

# Réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne M-R Fradet, S Maquinghen, Pr Y Glanddier

## DIAGNOSTIC LOCAL SANITAIRE ET SOCIAL DU PAYS DE LAFAYETTE

Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne 60 avenue de l'Union Soviétique 63057 CLERMONT-FERRAND Cedex 1 Tél. 04 73 98 75 50 Fax 04 73 91 55 84

#### **Extraits**

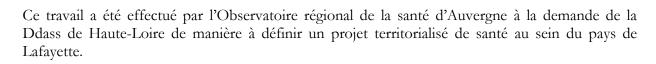
#### « Les déterminants sociaux de la santé »

# Organisation mondiale de la santé (OMS) [1]

« Même dans les pays les plus développés, les moins riches ont une espérance de vie bien plus courte et sont en moins bonne santé que les plus favorisés. Ces différences non seulement représentent une grande injustice sociale, mais attirent également l'attention du monde scientifique sur certains des facteurs les plus déterminants pour la santé dans les sociétés modernes. Elles ont notamment permis de mieux comprendre que la santé est très influencée par le milieu social et ce que nous appelons les déterminants sociaux de la santé. »...

« Si les soins médicaux peuvent prolonger la vie et améliorer le pronostic en cas de maladie grave, un facteur s'avère plus important pour la santé de la population dans son ensemble : le contexte social et économique qui est la cause profonde des maladies et de la nécessité de soins de santé. Cela dit, il est indéniable que l'accès généralisé aux soins médicaux constitue clairement l'un des déterminants sociaux de la santé. »...

« Pour améliorer la santé, il faut réduire les taux d'échec scolaire, l'insécurité et le chômage, et améliorer l'habitat. Les sociétés qui permettent à tous leurs citoyens de jouer un rôle utile dans la vie sociale, économique et culturelle sont dans une meilleure situation sanitaire que celles qui se caractérisent par l'insécurité, l'exclusion et la pauvreté. »...



Les auteurs tiennent à adresser leurs plus vifs remerciements aux membres du comité de pilotage et du comité technique ainsi qu'aux différentes structures ayant contribué à la réalisation de cette étude.

#### Comité de pilotage

- Monsieur Chaulet, Sous-préfet de Brioude ;
- Monsieur Plutino, Secrétaire général sous-préfecture de Brioude ;
- Monsieur Vigier, Conseiller général;
- Madame Chassin, Conseiller général;
- Monsieur Vignancourt, Président de l'Association du pays de Lafayette ;
- Madame Mercier Rayet, Vice-présidente en charge de la santé au Conseil régional d'Auvergne ;
- Monsieur Faucher, Maire de Brioude;
- Madame Roubaud, Maire de Langeac;
- Monsieur Virard, Directeur Ddass 43;
- Monsieur Celdran, Directeur Drass Auvergne;
- Madame Perrier, Statisticienne Drass Auvergne;
- Madame Thevenot, conseillère technique Drass Auvergne;
- Madame Pinero, Directrice de la Caisse primaire d'assurance maladie 43 ;
- Madame Wauquiez, Directrice de la vie sociale, Conseil général de Haute-Loire ;
- Monsieur Deroux, Directeur de la Caisse d'allocations familiales 43;
- Monsieur Picard, Directeur de la Mutualité française agricole ;
- Madame Seux, Infirmière conseillère technique, Inspection d'académie;
- Monsieur Tichit, Directeur du Centre hospitalier de Brioude;
- Docteur Rabeyrin, Président de l'URML;
- Docteur Chapon, Président du Conseil de l'ordre des médecins ;
- Monsieur Domat, Directeur du CHRS « Trait d'union », Président de la Fnars Auvergne ;
- Monsieur Atenza, Délégué régional de l'URIOPSS.

## Comité technique

- Monsieur Plutino, sous-préfecture de Brioude ;
- Monsieur Raynaud, Ddass 43;
- Docteur Rolland, Ddass 43;
- Madame Bony, Ddass 43;
- Madame Perrier, Drass;
- Madame Thevenot, Drass;
- Monsieur Oger, Caisse primaire d'assurance maladie 43;
- Madame Robert, Unité territoriale de Brioude, Conseil général de Haute-Loire;
- Madame Stoque, CCAS de Brioude;
- Monsieur Ferchaud, CCAS de Brioude;
- Madame Benoît, Mutualité française agricole ;
- Madame Seux, Inspection d'académie;
- Docteur Agnani, Centre hospitalier de Brioude;
- Madame Collange, Centre hospitalier de Brioude;
- Monsieur Brice, Caisse d'allocations familiales;
- Madame Sabadel, Caisse d'allocations familiales;
- Monsieur Domat, CHRS « Trait d'union », Fnars Auvergne ;
- Monsieur Beaumatin, URIOPSS.

# Sommaire

Introd	luction	1
Métho	ode	3
Diagn	nostic sanitaire et social – Étude quantitative	5
1.	Quelques traits d'histoire	
2.	Présentation du territoire	
3.	Caractéristiques démographiques	
3.1.	Un territoire rural avec une faible densité de population	
3.2.	Une accessibilité aux services de santé réduite	
3.3.	Une population en évolution	
3.4.	Une population plus âgée qu'en Haute-Loire	
3.5.	Revenu fiscal	
4.	Caractéristiques sociales	
4.1.	Emploi	
4.1.1.	Structuration économique	14
4.1.2.	Demandeurs d'emploi en fin de mois	
4.1.3.	Les besoins en main d'œuvre du bassin d'emploi de Brioude	
4.1.4.	Le public pris en charge par les missions locales	
4.1.5.	Insertion par l'activité économique	20
4.2.	Prestations sociales	22
4.2.1.	Revenu minimum d'insertion	22
<i>4.2.2.</i>	Allocation aux adultes handicapés	23
4.2.3.	Allocation solidarité spécifique	24
4.2.4.	Allocation de parent isolé	
4.2.5.	Fonds de solidarité vieillesse	25
4.3.		
4.3.1.	Allocation d'éducation spéciale	
4.3.2.	Fonds d'aide aux jeunes	
4.3.3.	Allocation personnalisée d'autonomie	
4.3.4.	Couverture maladie universelle complémentaire	
4.3.5.	Aide médicale de l'État	
4.3.6.	Allocataires Caf à bas revenus	
4.3.7.	Part des prestations dans les ressources	
4.4.	Logement	
4.4.1.	Les résidences principales	
4.4.2.	Le parc locatif social	
4.4.3.	Habitat indigne	
4.5.	Enfance-Jeunesse	
4.5.1.	Données issues des certificats de santé du 8 <sup>ème</sup> jour	
4.5.2.	Obésité chez les enfants de 5-6 ans	
<i>4.5.3</i> .	Les structures d'accueil de la petite enfance et des enfants	
4.5.4.	Situation scolaire	
<i>4.5.5</i> .	L'offre scolaire	
<i>4.5.6</i> . 4.6.	Les structures pour l'aide sociale à l'enfance	
4.6.1.	Offre de services	
	Les structures d'aide aux personnes en difficulté	
<b>7.0.∠.</b>	Les structures à aide aux personnes en anneulle	4/

5.	Équipements sanitaires	
5.1.	Les services d'aide aux personnes	50
5.1.1.	Les secteurs d'aide ménagère	
<i>5.1.2</i> .	Les territoires d'action des associations de portage de repas	50
<i>5.1.3</i> .	Les territoires d'action des associations de téléalarme	
<i>5.1.4</i> .	Les zones d'autorisation des Ssiad	
5.2.	Les structures d'accueil pour personnes âgées	
5.3.	Les structures d'accueil et d'hébergement pour personnes handicapées	
5.4.	Les établissements de santé	
5.5.	Les secteurs de la permanence des soins	
<i>5.5.1</i> .	Les secteurs de garde des médecins généralistes	
<i>5.5.2</i> .	Les secteurs de garde ambulancière	
<i>5.5.3</i> .	Les zones Smur	
<i>5.5.4</i> .	Les secteurs psychiatriques	
6.	État de santé de la population	
6.1.		
6.1.1.	Les principales causes de décès chez les hommes	
6.1.2.	Les principales causes de décès chez les femmes	59
6.1.3.	Une surmortalité observée au sein du pays de Lafayette par rapport à la France	
	métropolitaine	60
6.2.	Données de morbidité	63
6.2.1.	Les affections de longue durée	
<i>6.2.2.</i>	L'hospitalisation	
6.2.3.	Les prescriptions médicales	68
7.	Offre de soins	
7.1.	Les professionnels de santé	71
7.2.	Les pôles de santé	
7.3.	Accès aux services de santé de proximité	
7.4.	Les professionnels paramédicaux	73
7.5.	Les zones déficitaires	73
7.6.	Les territoires opérationnels	74
8.	Consommation et recours aux soins	
8.1.	Consommation de soins	
8.1.1.	Consultations des professionnels de santé	76
<i>8.1.2.</i>	Nombre d'actes consommés	
8.2.	Activité des médecins généralistes	78
9.	Offre de prévention	
10.	Synthèse d'études antérieures	83
10.1	. Bilan 2006 – PASS du centre hospitalier de Brioude	83
10.2	. Les besoins et les attentes des jeunes altiligériens en prévention de la santé	83
_	ostic sanitaire et social – Étude qualitative	
1.	Le pays de Lafayette : des contours méconnus	
2.	Le regard des professionnels et des élus sur la population	86
2.1.	Le regard des professionnels sur les jeunes enfants	
2.2.	Le regard des professionnels sur les adolescents, les jeunes adultes	
2.3.	Le regard des professionnels sur les personnes âgées	88
2.4.	Les personnes en situation de vulnérabilité	
3.	Les problématiques abordées	
3.1.	La problématique des transports	
3.1.1.	Les initiatives favorisant les déplacements	
3.1.2.	En résumé	94

3.2.	Les logements indignes	94
<i>3.2.1</i> .	Propriétaires occupants	95
<i>3.2.2.</i>	Locataires occupants	95
3.3.	La santé	95
3.3.1.	Une population éloignée de sa santé	96
<i>3.3.2.</i>	La perception de l'offre de soins	97
<i>3.3.3</i> .	Les hôpitaux et les médecins spécialistes	98
3.3.4.	Les pathologies observées	
3.3.5.	Les enfants et adolescents	
3.3.6.	Particularité de l'offre pour les personnes âgées	101
<i>3.3.7</i> .	La santé chez les populations les plus vulnérables	
3.3.8.	Les manques repérés de l'offre de soins	
4.	Le discours des professionnels sur leur pratique	
4.1.	L'écoute au centre de l'intervention sociale	
4.2.	Un réseau informel de professionnels : ses forces et ses faiblesses	104
4.3.	En résumé	
Synthe	èse	107
Concl	usion	111
		440
Annex	xes	113
Dáfána	on and hiblio amambiassas	121
refere	ences bibliographiques	131

# SOMMAIRE DES CARTES, TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Carte 1 : Le pays de Lafayette en Auvergne	6
Carte 2 : Densité de population par commune en Haute-Loire en 1999. Pays de Lafayette	
Carte 3 : Relief des communes de Haute-Loire. Pays de Lafayette	
Carte 4: Évolution de la population depuis 1999 dans les communes recensées entre 2004 et 2	
Pays de Lafayette	
Carte 5 : Part des personnes de plus de 60 ans par commune en 1999. Pays de Lafayette	
Carte 6 : Foyers fiscaux non imposables par commune en 2006. Pays de Lafayette	
Carte 7 : Revenu fiscal de référence moyen par commune en 2006. Pays de Lafayette	
Carte 8 : Part des DEFM de moins de 25 ans par communauté de communes en 2006. Par	
Lafayette	•
Carte 9 : Part des DEFM de plus de deux ans par communauté de communes en 2006. Pay	
Lafayette	
Carte 10 : Bénéficiaires du RMI au 31 décembre 2006 par communauté de communes. Pay	
Lafayette	
Carte 11 : Bénéficiaires de l'AAH au 31 décembre 2006 par communauté de communes. Pay	
Lafayette	ys de 23
Carte 12 : Bénéficiaires de l'API par communauté de communes au 31 décembre 2006. Pay	
Lafayette 2007	
Carte 13 : Bénéficiaires du fonds de solidarité vieillesse par communauté de communes a	
décembre 2006. Pays de Lafayette	
Carte 14 : Bénéficiaires de l'AEEH par communauté de communes au 31 décembre 2006. Par	
Lafayette	
Carte 15 : Bénéficiaires de l'Apa à domicile par communauté de communes au 31 décembre 2	
Pays de Lafayette	2000. 27
Carte 16 : Bénéficiaires de la CMUc au 31 décembre 2006 par communauté de communes. Par	27 vs. de
Lafayette	
Carte 17: Proportion d'allocataires Caf dont la part des prestations dans les ressources	
supérieure à 75 % par canton. Pays de Lafayette	
Carte 18: Densité d'assistantes maternelles (ASM) et nombre de places par communaut	
communes en 2006. Pays de Lafayette	
Carte 19 : Permanences des assistantes sociales et équivalent temps plein des assistantes de la confidence d	
intervenant spécifiquement dans le pays de Lafayette en 2008	
Carte 20 : Secteurs de PMI en 2008. Pays de Lafayette	
Carte 21 : Structure d'aide ménagère par commune en 2001. Pays de Lafayette	
Carte 22 : Structures de portage de repas par commune. Pays de Lafayette	
Carte 23 : Associations de téléalarme par commune. Pays de Lafayette	
Carte 24 : Zones d'autorisation des Ssiad en Haute-Loire 2008. Pays de Lafayette 2007	
Carte 25 : Les secteurs d'astreinte des médecins généralistes dans le Pays de Lafayette en 2008.	
Carte 26 : Les secteurs de garde ambulancière en Haute-Loire. Pays de Lafayette en 2000.	
Carte 27 : Accueil et traitement des urgences en Auvergne	
Carte 28 : Secteurs correspondant aux 3 CMP en 2008. Pays de Lafayette	
Carte 29 : Pôles de santé par commune au 31 décembre 2006. Pays de Lafayette	
Carte 30 : Distance au médecin généraliste le plus proche. Pays de Lafayette	
Carte 31 : Les zones déficitaires. Pays de Lafayette	
Carte 32 : Territoires opérationnels en Haute-Loire. Pays de Lafayette	
Carte 33 : Aire d'attractivité du médecin généraliste du pays de Lafayette en 2005	
Carte 34: Localisation des actions 2004-2006 relatives aux personnes âgées et aux action	
l'Anpaa en Haute-Loire. Pays de Lafayette	
Carte 35 : Taux de participation au dépistage du cancer du sein en 2007. Pays de Lafayette	81
Same 33. Than de participation de depistage du cancer du sem en 2007. Lays de Latayette	01

	dice de vieillissement en 1999 et taux de natalité par communauté de con
•	rs de Lafayette
	es salariés des principaux secteurs hors régime agricole au 31 décembre e Brioude 2007. Pays de Lafayette
	es salariés hors régime agricole par sphère d'activité au 31 décembre
	e Brioude. Pays de Lafayette
	ombre de DEFM cat 1 au 31 décembre 2007. Comparaison avec le départer
	nce métropolitaine. Bassin d'emploi de Brioude. Pays de Lafayette
	s taux de chômage par zone d'emploi au 2 <sup>ème</sup> trimestre 2007 au sens du Bl
	Pays de Lafayette
	situations des jeunes en 1 <sup>er</sup> accueil en 2006. Pays de Lafayette
	ucture d'insertion par l'activité économique COTEF/SPEL Brioude en 200
	ocataires de l'ASS par canton au 31décembre 2006. Pays de Lafayette 2007
	énéficiaires du Faj par communauté de communes au 31 décembre 2006.
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Tableau 11 : A	llocataires de la Caf à bas revenus par communauté de communes au 31 dé
2006. Pays de 1	Lafayette
Tableau 12 : Ca	aractéristiques des résidences principales par canton en 1999. Pays de Lafayet
Tableau 13: N	Nombre et part de logements du parc privé potentiellement indignes (PP
communauté d	e communes en 2003. Pays de Lafayette
Tableau 14 : L	iste des structures intervenant sur l'accès au logement et l'aide alimentaire e
Pays de Lafaye	tte
	aux d'équipement par catégorie d'établissement : lits ou places pour 1 000 ad
	1 <sup>er</sup> janvier 2008. Pays de Lafayette
	ctivité des établissements de santé en 2005. Pays de Lafayette
	Nombre de décès cumulés par pathologies sur la période 2000-2004. I
	Surmortalité significative observée dans le pays de Lafayette et en Haute
	2004. Pays de Lafayette
	rigine des personnes hospitalisées dans le pays de Lafayette en 2005
	Différence de volumes moyens remboursés par rapport au département. I
,	
	es 30 classes thérapeutiques les plus remboursées sur le pays de Lafayette. I
	ffectif et densité de professionnels de santé en 2006. Pays de Lafayette
	Effectif et densité des professionnels paramédicaux (salariés et libéraux) en
	ttette
	actions de prévention répertoriées dans le cadre d'un financement GRSP. I
	agement des jeunes interrogés sur la santé et recours aux professionnels de
	tte
	Données concernant la vie amoureuse et la sexualité des jeunes interrogés. I
,	assement des jeunes interrogés en fonction de classe d'ICM. Pays de Lafayett
	art des jeunes interrogés sur leur consommation de tabac, alcool et drogues
	j j interiose our rour comonimistron de table, alcoor et drogues

Graphique 1 : Pyramide des âges du pays de Lafayette et de la Haute-Loire en 1999	9
Graphique 2 : Certificats du 8 <sup>ème</sup> jour en 2006. Pays de Lafayette	37
Graphique 3 : Répartition de la population non scolarisée de 15 ans ou plus selon le diplôme	
plus élevé en 1999. Pays de Lafayette	
Graphique 4 : Répartition de la population des 15-24 ans selon leur situation scolaire en 1999. Pa	ıys
de Lafayette	
Graphique 5 : Répartition de la population de 15-24 ans non scolarisée selon le diplôme le pl élevé en 1999. Pays de Lafayette	
Graphique 6 : Catégorie socioprofessionnelle des responsables des élèves scolarisés dans le 2	
degré. Année 2007-2008. Bassin du Haut-Allier	
Graphique 7 : Âge à l'entrée en sixième à la rentrée 2007. Établissements publics. Année 200	)7-
2008. Bassin du Haut-Allier. Graphique 8 : Part des redoublants en 6 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> en établissement public. Année 2007-200	)8
Bassin du Haut-Allier	41
Graphique 9 : Réussite au brevet des collèges – Session 2006. Année 2007-2008. Bassin du Hau Allier	
Graphique 10 : Orientation en fin de troisième générale dans les établissements publics en ju	iin
2007. Année 2007-2008. Bassin du Haut-Allier	
Graphique 11 : Origine des élèves en 6 <sup>ème</sup> (hors redoublants) par bassin de formation. Bassin de Haut-Allier	du
Graphique 12 : Réussite au baccalauréat - Session 2006. Année 2007-2008. Bassin du Haut-Allie	er
	43
Graphique 13 : Part des principales causes de décès chez les hommes entre 2000 et 2004. Pays Lafayette	de
Graphique 14 : Part des causes de décès chez les hommes âgés de moins de 65 ans entre 2000	
2004. Pays de Lafayette	
Graphique 15 : Part des causes de décès chez les hommes âgés de plus de 65 ans entre 2000	
2004. Pays de Lafayette	
Graphique 16 : Part des principales causes de décès chez les femmes entre 2000 et 2004. Pays	
Lafayette	
Graphique 17 : Part des causes de décès chez les femmes âgées de moins de 65 ans entre 2000	
2004. Pays de Lafayette	59
Graphique 18 : Part des causes de décès chez les femmes âgées de plus de 65 ans entre 2000	
2004. Pays de Lafayette	
Graphique 19 : Répartition des nouveaux bénéficiaires d'une ALD par causes principales en 200	)4
Pays de Lafayette	
Graphique 20 : Taux comparatifs d'hospitalisation par sexe en 2005. Pays de Lafayette	
Graphique 21 : Taux d'hospitalisation par âge chez les femmes en 2005. Pays de Lafayette	
Graphique 22 : Taux d'hospitalisation par âge chez les hommes en 2005. Pays de Lafayette	
Graphique 23 : Taux d'hospitalisation selon la pathologie en 2005. Pays de Lafayette	
Graphique 24 : Répartition des hospitalisations (nombre de séjours hospitaliers) de plus de 2 jou	
selon les pathologies principales par âge en 2005. Pays de Lafayette	
Graphique 25 : Part des personnes protégées du pays de Lafayette ayant consulté un professionr	
de santé au moins une fois au cours de l'année 2005	
Graphique 26 : Nombre moyen d'actes de généralistes par bénéficiaire et par classe d'âge en 200	
Pays de Lafayette	77
Graphique 27 : Nombre moyen de soins infirmiers par bénéficiaire et par classe d'âge en 200	
Pays de Lafayette	
Graphique 28 : Nombre moyen de soins de masseurs-kinésithérapeutes par bénéficiaire et p	
classe d'âge en 2005. Pays de Lafayette	
O	

## Introduction

Les diagnostics représentent un outil de planification s'inscrivant dans une démarche de projet. Une méthodologie pertinente et rigoureuse et une démarche multipartenariale permettent d'obtenir une adhésion sur un état des lieux commun et, à partir de là, d'envisager avec l'ensemble des partenaires les actions à entreprendre. Cela répond à la volonté de s'orienter vers une meilleure connaissance des situations locales pour une adaptation optimale des actions et des ressources.

Afin d'élaborer un plan d'action dans le cadre des politiques territorialisées, la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Haute-Loire a souhaité la réalisation d'un état de situation des problématiques sanitaires et sociales du territoire du pays de Lafayette afin de créer une référence commune pour les décideurs des politiques sanitaires et sociales au niveau de ce territoire.

Le comité de pilotage souhaitait non seulement décrire ce territoire, le situer par rapport au département de la Haute-Loire mais également prendre en compte les disparités et les éléments transversaux qui existent au sein même du pays de Lafayette.

Le diagnostic permettra d'évaluer la densité et les caractéristiques des publics confrontés, sur ce territoire, à des problèmes sanitaires et sociaux et de caractériser la nature de ces problèmes. Il convient donc de s'appuyer sur l'analyse des besoins de la population, et sur ce qui existe dans ce territoire afin de repérer les freins à la santé, aux soins et les solutions qui sont actuellement en place ou qui restent à envisager.

### Méthode

## Le diagnostic repose sur :

- ✓ une étude quantitative axée sur la collecte et l'analyse de données issues des principaux systèmes d'information sanitaires et sociaux. Cette étude descriptive a permis, à partir d'indicateurs fournis par diverses structures de Haute-Loire et de la région Auvergne, de réaliser une analyse sociale et sanitaire du pays de Lafayette ;
- ✓ une étude qualitative par la réalisation d'entretiens auprès des personnes ressources de ce territoire (élus, professionnels, représentants associatifs) ayant une bonne connaissance de la situation locale.

L'analyse quantitative a préférentiellement été menée à l'échelle des communautés de communes et des trois communes les plus peuplées : Brioude, Sainte-Florine et Langeac. Cependant, en fonction de la disponibilité de données et de leur pertinence certains résultats sont présentés à l'échelle des communes, des pseudo-cantons ou des codes postaux.

La commune de Lubilhac n'adhère à aucune communauté de communes. Compte tenu de la taille de sa population et de son appartenance au canton de Blesle, elle sera, dans cette étude, associée à la communauté de communes de Blesle.

Le diagnostic est réalisé au niveau du pays de Lafayette, or ce découpage ne tient pas compte de l'appartenance d'une partie de la communauté de communes d'Auzon au bassin minier de Brassac-les-Mines et à sa proximité avec le département du Puy-de-Dôme. Une partie de la spécificité de ce territoire échappe donc au diagnostic présenté ci-après.

Ce diagnostic, non exhaustif, pourra être complété par les différents acteurs du territoire. Il constitue cependant une base de travail à laquelle les acteurs locaux participent.

Une des limites de cet exercice est de fixer la situation d'un pays qui est engagé dans une dynamique de territoire. D'un élément dynamique, est réalisée une analyse statique. Lors de la distribution de ce rapport la situation aura d'ores et déjà changé.

Le point de vue des professionnels et des élus de ce territoire permet de compléter l'étude quantitative. Il s'agit plus précisément, par une grille thématique d'entretiens, de saisir le sens et la signification que les professionnels confèrent à leurs actions, comment ils perçoivent l'organisation des services, face à quelles réalités ils sont confrontés quotidiennement, quels sont les obstacles à leurs pratiques, les solutions pour les contourner et les besoins non comblés identifiés. Pour ce faire, la méthode de l'entretien semi-directif a été retenue.

Vingt-six entretiens ont été menés auprès de 36 professionnels du secteur médico-social et sanitaire ou élus du pays de Lafayette. Les entretiens se sont essentiellement déroulés sur le lieu de travail des personnes interviewées. Ils ont été enregistrés puis retranscrits mot à mot. Une analyse de contenu a alors été réalisée. Celle-ci consiste en un découpage thématique des entretiens (déconstruction des discours) afin de mener une analyse transversale, c'est-à-dire chercher une cohérence dans les discours pour chaque thème abordé. La mise à jour de la répétition d'informations est recherchée (principe de saturation), lorsque des propos discordants ou trop contrastés sur une thématique propre apparaissent, il est de rigueur d'en chercher les explications dans la cohérence verticale (unité du discours). Deux autres entretiens ont été menés une fois l'analyse réalisée, leur contenu a été utilisé pour conforter certains points détaillés par ailleurs.

La méthode par entretiens semi-directifs présente quelques limites :

- le biais de l'interprétation de l'analyste : bien qu'utilisant une méthode éprouvée, tant la menée des entretiens que l'analyse des discours comportent un risque d'interprétation. Ce risque est contenu au mieux par le support d'une grille d'entretien unique et la vérification systématique des évidences.
- l'échantillonnage n'est pas représentatif des différents secteurs d'action (il manque la médecine libérale, les structures d'aide à domicile...).
- parallèlement aux professionnels il aurait été nécessaire de rencontrer les usagers, la population.

Les différentes analyses et représentations graphiques ont été effectuées avec les logiciels Excel 2007®, Mapinfo version 6.0® et Weft-qualitative data project®.

# Diagnostic sanitaire et social - Étude quantitative

# 1. Quelques traits d'histoire

- Dès le XV<sup>e</sup> siècle, les comptes fiscaux du receveur d'Auvergne faisaient ressortir Brioude, Langeac, Auzon parmi les « treize bonnes villes participant aux états d'Auvergne ». En effet, un des itinéraires Lyon-Bordeaux traversait la région descendant du plateau de la Chaise-Dieu vers Paulhaguet pour traverser l'Allier à Lavoûte-Chilhac avant de rejoindre Saint-Flour. Cet axe de circulation a permis le développement d'un réseau de ville et de bourgs d'une certaine importance dans le couloir limagnais.
- → Du quinzième au seizième siècle la ville de Langeac connut un essor commercial important. La proximité du Languedoc a valu à Langeac d'être le siège de la gabelle à partir de 1527 participant ainsi à son développement.
- L'exploitation du charbon a été l'activité la plus importante et la plus célèbre de toutes les activités extractives. La plus durable aussi puisque les derniers puits fermèrent en 1978 à Bayard et à la Combelle (63). Longtemps le travail de la mine s'intégra à l'économie rurale : le paysan se faisait mineur à la morte saison, dans un système de double activité que sa femme pratiquait aussi avec la passementerie. L'exploitation du charbon s'industrialisa peu avant la première guerre mondiale. Les compagnies minières engagèrent de plus en plus de main-d'œuvre extérieure au bassin puis des étrangers à partir de 1915. Les cités minières que l'on construisit alors allaient devenir le creuset d'une intégration particulièrement réussie.
- ➡ Le travail du textile s'adaptait également bien au milieu rural : la dentelle de soie noire ou blanche à Langeac, les manufactures royales de Brioude, les tanneries à Paulhaguet et Brioude. Malgré une reconversion dans la carderie et les ateliers de chaussures, le XIX<sup>e</sup> siècle leur fut fatal.
- ☐ L'histoire de l'abbaye de la Chaise-Dieu est intimement liée à l'épanouissement spirituel du christianisme en Europe précisément à une époque de bouleversements politiques, disciplinaires, voire même doctrinaux.
- → La communauté de communes de Saugues est définie par les monts de la Margeride, la bête du Gévaudan ainsi que la ferveur religieuse. La religion faisait, en effet, partie intégrante de la vie des gens du pays, en témoigne la survivance des pèlerinages et des confréries.
- ➡ Les XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècles représentent l'âge d'or de la cité de Blesle. La richesse du commerce local et la double justice, celle de la noblesse (Mercœur puis Chavagnac) et celle de l'abbaye, favorisaient les professions libérales : notaires, procureurs d'office, avocats, chirurgiens...

#### 2. Présentation du territoire

La Haute-Loire est composée de trois pays : le pays de Lafayette, le pays du Velay et le pays de la jeune Loire et ses rivières. Après signature, le 5 février 2002, de l'arrêté préfectoral de reconnaissance du périmètre d'étude du pays de Lafayette, l'association a engagé la réalisation du diagnostic de territoire (2002-2003), puis l'élaboration d'une Charte de Développement (2004-2005).

Le pays de Lafayette, qui fait l'objet de cette étude, se trouve à l'ouest du département et est limitrophe aux départements du Cantal, du Puy-de-Dôme et de la Lozère. La partie nord-ouest de ce territoire est traversée par l'A75 (Clermont-Ferrand-Montpellier) et l'autre partie par la route nationale RN102 qui rejoint le Puy-en-Velay.

Carte 1 : Le pays de Lafayette en Auvergne



Sources : Site internet Place aux jeunes − CC du Brivadois, IGN ©

Exploitation Obresa

Le pays de Lafayette est structuré autour des 3 bassins de vie principaux : Brioude, Langeac et Saugues. Paulhaguet reste sous l'influence du bassin de Brioude. Ces trois bassins, par leurs différences, déterminent le développement démographique et économique du pays de Lafayette.

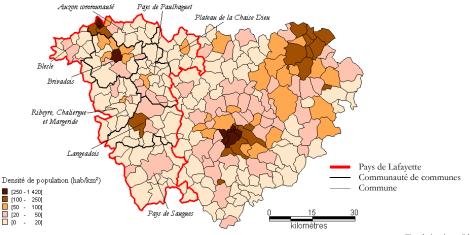
La Chaise-Dieu et Blesle constituent également 2 bassins de vie autonomes, ils sont en partie enclavés et faiblement peuplés. Ils figurent parmi les espaces ruraux métropolitains les plus fragilisés. Dans ces zones de montagne, l'attractivité est plus faible et l'économie plus fragile. Le vieillissement de la population et la déprise démographique y sont prononcés.

# 3. Caractéristiques démographiques

#### 3.1. Un territoire rural avec une faible densité de population

Le pays de Lafayette se compose de 113 communes et rassemble 45 195 habitants en 1999. Plus de la moitié des communes a moins de 200 habitants. Ce territoire, à dominante rurale, présente une densité de 24 habitants par km², deux fois moins importante que celle de Haute-Loire (42 hab/km²). Des disparités importantes selon les communautés de communes (CC) sont observées. Les CC du Pays de Saugues et de Ribeyre-Chaliergue et Margeride ont une densité de 10,7 habitants par km² et les CC d'Auzon communauté et du Brivadois ont une densité supérieure à 50 habitants par km² [2].

Carte 2 : Densité de population par commune en Haute-Loire en 1999. Pays de Lafayette



Sources: Insee-RP99, IGN ©

Exploitation Obresa

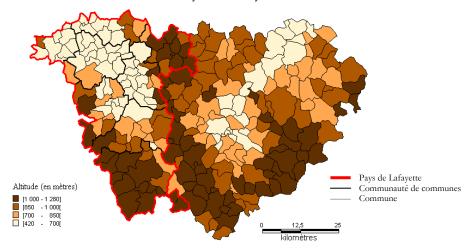
La population est principalement située dans les zones de plaine au détriment des contreforts montagneux. Les 4 communes les plus peuplées : Brioude (6 820 habitants), Langeac (4 070 habitants), Sainte-Florine (3 002 habitants) et Saugues (2 013) représentent le tiers de la population du pays.

L'Insee considère que la bordure nord-ouest du pays de Lafayette constitue la limite sud de l'espace urbain clermontois, elle se développe autour d'une fonction résidentielle et d'une attractivité croissante en opposition avec le reste du territoire.

Géographiquement, le pays de Lafayette présente des communes particulièrement enclavées. Certaines communes autour de Pinols et de Saugues se trouvent à plus d'une heure de Brioude et du Puy-en-Velay. De même, le bassin de la Chaise-Dieu se dirigera plus aisément vers Ambert (Puy-de-Dôme) plus accessible que Brioude ou le Puy-en-Velay.

Le pays de Lafayette se trouve sur l'axe de circulation Clermont-Ferrand/le Puy-en-Velay. Les communes à proximité de Brioude sont à moins de 45 minutes de Clermont-Ferrand alors que la moitié sud du pays de Lafayette est plus proche du Puy-en-Velay.

Carte 3 : Relief des communes de Haute-Loire. Pays de Lafayette



Source: IGN © Exploitation Obresa

#### 3.2. Une accessibilité aux services de santé réduite

Les bassins de vie du pays de Lafayette se distinguent par une inégalité dans l'accès aux principales activités (résumées sous l'intitulé « équipements ») de commerces, de services, de soins et de

l'emploi. La situation des bassins de vie de la Chaise-Dieu, de Langeac et de Saugues est particulièrement défavorable par rapport à la situation moyenne en Auvergne.

La population du pays de Lafayette se situe en moyenne à 18 minutes des équipements. Ce temps est proche de la moyenne nationale qui est de 16 minutes mais il existe de grandes disparités. Seuls les bassins de Brioude et de Brassac-Sainte-Florine restent dans la moyenne du pays. Tous les autres bassins ont des temps d'accès plus long notamment Saugues et la Chaise-Dieu. En ce qui concerne les services de proximité, l'accessibilité tend à se rapprocher de la moyenne du pays de Lafayette. Dans les zones isolées, le maintien du maillage de ces pôles représente donc un enjeu de premier ordre.

Le temps d'accès au service de santé dépend de l'accessibilité aux pôles hospitaliers fréquentés par les habitants du pays : Brioude, Issoire, Clermont-Ferrand ou le Puy-en-Velay [2]. Le bassin de vie de Saugues est particulièrement pénalisé par l'éloignement des pôles hospitaliers.

Tableau 1 : Accessibilité aux équipements (temps d'accès en minute) par bassin de vie. Pays de Lafayette

Bassins de vie	Accessibilité aux équipements*			
	concurrentiels	non concurrentiels	de santé	de santé de proximité
Bassins français	9 min	14 min	19 min	5 min
Auvergne	8 min	12 min	16 min	5 min
Haute-Loire	10 min	15 min	21 min	5 min
Pays de Lafayette	11 min	15 min	27 min	8 min
La Chaise-Dieu	22 min	33 min	31 min	16 min
Saugues	19 min	30 min	51 min	9 min
Paulhaguet	17 min	18 min	31 min	10 min
Langeac	13 min	22 min	34 min	9 min
Blesle	13 min	20 min	31 min	10 min
Brioude	9 min	9 min	20 min	8 min
Brassac les mines**	7 min	7 min	18 min	3 min

Sources: Insee RP 1999. Inventaire communal 1998. Inra

les services concurrentiels : secteur privé marchand

les services non concurrentiels : autorité de l'État ou des collectivités territoriales

les services de santé : équipements ou services relevant des secteurs publics et privés

les services de santé de proximité : médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, dentistes

#### 3.3. Une population en évolution

Depuis janvier 2004, l'Insee réalise le recensement de la population résidant en France par enquête annuelle. Chaque commune de moins de 10 000 habitants est recensée tous les cinq ans, à raison d'une commune sur cinq chaque année.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2006, la population de la Haute-Loire est estimée à 218 000 habitants. Le rythme de croissance annuelle de sa population (+0,61 % par an entre 1999 et 2006) est similaire au taux national. Les hausses de population les plus importantes sont concentrées à l'est du département entre les aires urbaines du Puy-en-Velay et de Saint-Etienne ainsi que dans le bassin brivadois.

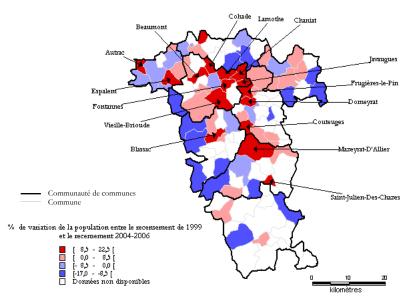
Les recensements 2005/2006 ont concerné 61 % des communes du pays de Lafayette. Les variations de population oscillent entre + 22 % (Fontannes) à - 17 % (Saint-Pal-de-Senouire).

<sup>\*</sup>Les équipements :

<sup>\*\*</sup> Communes du pays incluses dans le bassin de vie de Brassac les Mines

Il est noté une nette augmentation de la population dans les communes recensées : 780 habitants en plus entre 1999 et 2006, ce qui représente une croissance de 0,5 % (à comparer à une baisse de 0,4 % entre 1990 et 1999). L'augmentation concerne la moitié nord du pays de Lafayette, notamment les communes autour de Brioude et celles à proximité des axes de circulation. Les communes rurales du sud du pays de Lafayette voient leur population baisser mais dans des proportions plus faibles qu'entre 1990 et 1999.

Carte 4 : Évolution de la population depuis 1999 dans les communes recensées entre 2004 et 2006. Pays de Lafayette



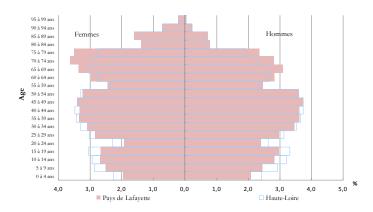
Sources : Insee-RP99-Enquête annuelle de recensement 2004, 2005 et 2006, IGN ©

Exploitation Obresa

# 3.4. Une population plus âgée qu'en Haute-Loire

La population du pays de Lafayette est plus âgée que celle du département de la Haute-Loire. Le graphique 1 montre une surreprésentation des personnes âgées de plus de 60 ans dans le pays de Lafayette par rapport au département.

Graphique 1 : Pyramide des âges du pays de Lafayette et de la Haute-Loire en 1999.

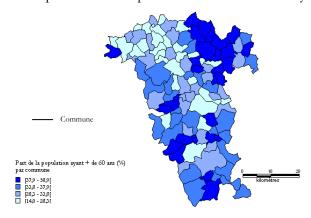


Source : Insee - RP99

Exploitation Obresa

En 1999, 30 % des habitants du pays ont plus de 60 ans contre 26 % en Haute-Loire. Les populations les plus jeunes se localisent autour de Brioude et dans une moindre mesure à Langeac et Saugues c'est-à-dire à proximité des bassins d'emploi. Ce contraste entre les communes est important et risque de s'accentuer.

Carte 5 : Part des personnes de plus de 60 ans par commune en 1999. Pays de Lafayette



Sources: Insee-RP99, IGN © Exploitation Obresa

En 1999, le pays de Lafayette compte 117 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans (indice de vieillissement de 117). Cet indice est de 87 pour le département.

Les communautés de communes de la Chaise-Dieu et du Pays de Saugues ont les indices de vieillissement les plus importants. Seule la communauté de communes du Brivadois a un indice de vieillissement inférieur à 100 et proche de celui du département.

Le taux de natalité du pays de Lafayette pour la période 2003-2006 est de 10,2 naissances vivantes pour 1 000 habitants. Ce taux est plus faible que celui du département (11,7 %).

Un gradient du taux de natalité est visible du nord au sud. Ces résultats sont cohérents avec les données provisoires du recensement 2004-2006. Le nord du pays de Lafayette tend à gagner de la population contrairement au sud. Dans les massifs montagneux situés à l'ouest et au sud du département où la population est la plus âgée, les apports migratoires ne suffisent pas à compenser le déficit naturel.

Tableau 2 : Indice de vieillissement en 1999 et taux de natalité par communauté de communes 2003-2006. Pays de Lafayette

	* 1· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Taux de natalité moyen
	Indice vieillissement	2003-2006
	444	
Auzon communauté	114	11,8
CC Pays de Blesle	101	12,4
CC Brivadois	88	10,8
CC Langeadois	139	10,6
CC Pays de Paulhaguet	136	9,8
CC Pays de Saugues	143	8,4
CC Plateau de la Chaise-Dieu	166	8,1
CC Ribeyre-Chaliergue et Margeride	138	7,7
Pays de Lafayette	117	10,2
Haute-Loire	87	11,7

Sources: Insee, RP 1999 Exploitation Obresa

Selon les projections de population réalisées par l'Insee, la population en 2030 est estimée entre 42 900 habitants (hypothèse basse) et 45 300 habitants (hypothèse haute). Mais quel que soit le scénario envisagé, la population du pays de Lafayette continuera à vieillir. D'ici 2030, le nombre d'habitants de 60 ans ou plus va progresser de 25 %, ils représenteront alors 41 % de la population.

Le vieillissement souvent perçu comme négatif est surtout témoin de l'amélioration de l'espérance de vie. Il aura un impact sur la croissance de la demande de soins et sur l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes.

#### 3.5. Revenu fiscal

En 2006, le pays de Lafayette compte 27 092 foyers fiscaux, dont 57,0 % sont non imposables. Cette part est plus élevée que celle du département de la Haute-Loire qui compte 122 642 foyers fiscaux dont 54,0 % sont non imposables ou que celle de l'Auvergne qui enregistre 769 429 foyers fiscaux dont 50,1 % non imposables.

Carte 6 : Foyers fiscaux non imposables par commune en 2006. Pays de Lafayette

Sources : Direction Générale des Impôts, IGN ©

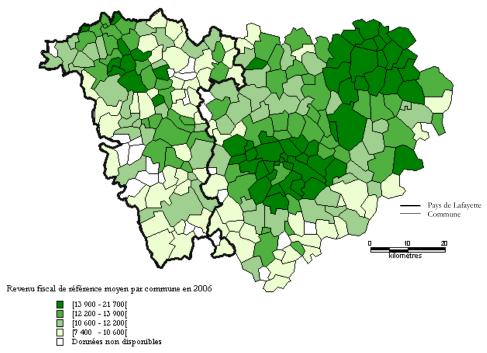
Exploitation Obresa

Les communes rurales situées au sud du pays de Lafayette ont une part de foyers fiscaux non imposables plus élevée que le nord du département. Quatre communautés de communes ont une part de foyers fiscaux non imposables supérieure à 60 %: le Pays de Saugues (67,8 %), le Plateau de la Chaise-Dieu (61,7 %), la communauté de communes de Ribeyre-Chaliergue et Margeride (60,9 %) et le Pays de Paulhaguet (60,6 %).

En 2006, le revenu fiscal de référence moyen par foyer fiscal (carte 7) s'élève à 12 679 euros dans le pays de Lafayette contre 14 270 euros en Haute-Loire et 14 965 euros en Auvergne. Une diversité importante existe selon les communautés de communes. Les zones de montagne sont ainsi marquées par la précarité financière des populations âgées et la précarité économique des jeunes actifs [2]. Dans ces secteurs ruraux, le revenu de référence moyen par foyer fiscal varie entre 10 216 euros pour le Pays de Saugues et 11 465 euros pour le Plateau de la Chaise-Dieu.

La faiblesse des revenus fiscaux est moins marquée sur la communauté de communes du brivadois où l'activité économique est plus développée (14 514 euros).

Carte 7 : Revenu fiscal de référence moyen par commune en 2006. Pays de Lafayette



Sources : Direction Générale des Impôts, IGN ©

Exploitation Obresa

#### Caractéristiques démographiques

Le pays de Lafayette, à dominante rurale, a une densité de population faible. La population se concentre dans la plaine au détriment des zones montagneuses. Son relief, défini par la Margeride et la Chaîne du Devès, limite son accessibilité à l'ouest et au sud. La majorité des communes se trouve éloignée des principaux services. La population s'organise autour de 3 bassins de vie : Brioude, Langeac et Saugues et dans une moindre mesure la Chaise-Dieu et Blesle.

L'évolution de la population s'est inversée entre 1990-1999 et 1999-2006. En effet, après une baisse de l'ordre de 4 % entre 1990 et 1999, la population a augmenté de 4 % entre 1999 et 2006 dans les communes recensées. Cette hausse concerne principalement le nord du territoire et les communes à proximité des principaux axes de circulation. Le contraste entre l'évolution du bassin de Brioude et ses contreforts montagneux tend à s'accentuer.

Cependant, selon les prévisions de l'Insee, la population continuera à vieillir. En 2030, les habitants de plus de 60 ans représenteront 41 % de la population. Le contraste entre le nord et le sud du pays de Lafayette s'accentuera.

Le pays de Lafayette est un territoire hétérogène avec des communes en plaine qui concentrent la population et les services et des communes en zone montagneuse où la population est particulièrement éloignée, isolée au sein du pays de Lafayette mais également au sein de la Haute-Loire.

## 4. Caractéristiques sociales

#### 4.1. Emploi

#### 4.1.1. Structuration économique

# 4.1.1.1. Diagnostic territorial 2006 réalisé par la DDTEFP et l'Afpa<sup>1</sup>

La Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle d'Auvergne (DRTEFP) [3] découpe la Haute-Loire en trois zones d'emploi : le Puy-en-Velay, Brioude et Yssingeaux. La zone d'emploi de Brioude se compose des communautés de communes d'Auzon communauté, du Pays de Blesle, du Brivadois, du Pays de Paulhaguet, de Ribeyre-Chaliergue et Margeride et du Langeadois.

Les communautés de communes du Plateau de la Chaise-Dieu et du Pays de Saugues appartiennent à la zone d'emploi du Puy-en-Velay.

Les 10 principaux employeurs en termes d'effectif sur l'arrondissement de Brioude sont situés à Sainte-Florine, Brioude, Mazerat-d'Allier, Siaugues-Sainte-Marie, Couhade et Auzon [3].

L'orientation économique industrielle de la zone d'emploi de Brioude s'organise autour de 3 pôles d'activité principaux : la sous-traitance automobile, l'agro-alimentaire et les entreprises de transformation du bois. Le bassin de Brioude fait partie des bassins les plus industrialisés de l'Auvergne, la présence d'un bassin minier explique en partie la tradition industrielle de ce bassin.

Les critères de fragilité de l'économie industrielle du bassin de Brioude reposent sur [2]:

- ✓ une forte dépendance à des centres de décisions extérieurs (les sièges des groupes se trouvent hors du pays);
- ✓ un poids important des principaux établissements employeurs qui a pour conséquence une concentration plus élevée des emplois (particulièrement marquée à Saugues et Langeac.).

Les entreprises liées aux commerces et aux services couvrent quant à elles les besoins de la population.

L'activité hôtelière est quasi permanente. Le taux d'occupation varie de 30 à 48 % selon les saisons. Le nombre d'établissements a progressé ainsi que le nombre d'emplois. La filière a su se renouveler, se professionnaliser et attirer de nouveaux chefs d'établissement.

En 2006, 1 200 agriculteurs étaient en activité avec des exploitations d'environ 50 hectares. Les principales activités des exploitations sont la production laitière, la production de viande bovine, l'élevage ovin et l'élevage porcin. Entre 1995 et 1999, le nombre d'entreprises artisanales a augmenté de 5 % et le nombre de salariés a augmenté de 10 % environ.

Ce document montre également que la mobilité reste un des premiers freins à l'insertion professionnelle des jeunes. Différentes mesures ont été mises en place selon des partenariats multiples pour aider à l'insertion des différents publics (Contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE), Contrat d'insertion dans la vie sociale (CIVIS), convention de partenariat conseil général, Agence locale pour l'emploi (ALE) de Brioude).

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Afpa: Association nationale pour la formation professionnelle des adultes

#### 4.1.1.2. Portrait de territoire – CARIF/OREF

Les données du centre d'animation et de ressources pour l'information sur la formation (Carif) et de l'observatoire régional emploi formation (Oref) concernent le comité territorial emploi formation (Cotef)/service public pour l'emploi local (SPEL) de Brioude. Ce comité se compose des communautés de communes suivantes : Auzon communauté, Pays de Blesle, Brivadois, Pays de Paulhaguet, Ribeyre-Chaliergue et Margeride, Langeadois et Pays de Saugues.

En 1999, la structure par catégorie socioprofessionnelle des emplois montrait une surreprésentation des ouvriers et des agriculteurs sur la zone Cotef/SPEL de Brioude par rapport à la Haute-Loire. Sur la zone de Brioude, 33 % de la population active occupée était ouvrière contre 28 % en Haute-Loire, et 13 % était agricole contre 8 % en Haute-Loire.

En 1999, la structure de la population active occupée par niveau de formation était différente entre la Haute-Loire et la zone Cotef/SPEL de Brioude. Sur la zone de Brioude, 69,5 % de la population active n'avaient pas de formation ou avaient une formation courte ou un CAP/BEP contre 64,8 % en Haute-Loire. Et inversement, 30,5 % avaient un niveau Bac ou Bac+2 dans la zone de Brioude contre 35,2 % en Haute-Loire.

Au 31 décembre 2005, le nombre de personnes salariées hors régime agricole dans la zone Cotef/SPEL de Brioude est de 11 628 personnes avec une prédominance des domaines de la santé et de l'éducation [4]. Entre décembre 2004 et décembre 2005, le nombre de salariés a globalement diminué de 1,4 % alors que le nombre de salariés a augmenté de 0,3 % au niveau régional.

Les principaux secteurs concernés par une hausse du nombre de salariés sont les activités immobilières (+215,4 %), les industries agricoles et alimentaires (+9,9 %), les services aux entreprises (+1,0 %), l'administration (+0,9 %) et l'industrie de biens d'équipement (+0,6 %).

Tableau 3 : Les salariés des principaux secteurs hors régime agricole au 31 décembre 2005. Cotef/SPEL de Brioude 2007. Pays de Lafayette

	Cotef	tef /SPEL Brioude Haute-Loire		Auvergne					
	Effectifs salariés	%	Évolution 04-05	Effectifs salariés	%	Évolution 04-05	Effectifs salariés	%	Évolution 04-05
Éducation, santé, action sociale	2 714	23,3	-0,7	15 673	25,6	1,4	102 144	24,1	1,4
Industries des biens intermédiaires	1 888	16,2	-1,7	9 751	15,9	-7,6	51 225	12,1	-5,0
Administration	1 290	11,1	0,9	8 236	13,4	-3,3	54 835	12,9	-6,1
Commerce	1 227	10,6	-4,7	7 125	11,6	-0,4	55 207	13,0	-1,1
Construction	869	7,5	-2,1	4 566	7,5	2,0	28 358	6,7	3,3
Industrie automobile	760	6,5	-2,7	880	1,4	-3,2	1 674	0,4	-10,4
Services aux entreprises	675	5,8	1,0	3 478	5,7	-2,7	36 557	8,6	3,3
Industries agricoles et alimentaires	601	5,2	9,9	2 425	<b>4,</b> 0	18,9	14 278	3,4	29,4
Tous secteurs confondus	11 628		-1,4	61 280		-1,2	424 160		0,3

Source : CARIF-OREF (Insee, CLAP)

Exploitation Obresa

La sphère d'activité productive<sup>2</sup> est plus importante sur la zone Cotef/SPEL de Brioude qu'en Auvergne (40,1 % des emplois contre 33,4 % en Auvergne) mais cette sphère tend à diminuer. Les

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> La sphère productive englobe les activités industrielles, de service aux entreprises, de transports, d'entreposage et de commerce de gros. La sphère privée englobe les commerces, les services aux particuliers, les services financiers, la construction et la promotion immobilière et les transports de voyageurs.

sphères résidentielles privées et fonction publique sont plus faibles. La sphère résidentielle privée a augmenté de 7,8 % mais dans des proportions moindres qu'au niveau départemental.

Tableau 4 : Les salariés hors régime agricole par sphère d'activité au 31 décembre 2005. Cotef/SPEL de Brioude. Pays de Lafayette

	Cotef /SPEL Brioude		Haute-Loire			Auvergne			
	Effectifs	%	Évolution 04-05	Effectifs	%	Évolution 04-05	Effectifs	%	Évolution 04-05
Sphère productive*	4 685	40,1	-8,3	21 398	34,9	-10,8	141 710	33,4	-8,1
Sphère économique résidentielle privée**	4 085	35,1	7,8	23 755	38,8	9,1	161 684	38,1	9,4
Sphère Fonction publique***	2 885	24,8	-1,2	16 127	26,3	-0,8	120 768	28,5	-0,2
Total	11 628		-1,4	61 280		-1,2	424 162		0,3

Source: CARIF-OREF (Insee, CLAP)

Exploitation Obresa

Le taux de recours à l'intérim est plus important dans le bassin d'emploi de Brioude (6,1 %) qu'en Haute-Loire (4,4 %) et qu'en Auvergne (3,8 %). Sur le bassin d'emploi de Brioude, 775 personnes ont effectué une mission d'intérim en décembre 2006 dont 46,6 % de femmes. En décembre 2006, l'intérim a concerné davantage de femmes qu'en Haute-Loire (38,4 %) et qu'en Auvergne (30,5 %).

#### 4.1.2. Demandeurs d'emploi en fin de mois

#### 4.1.2.1. Le bassin d'emploi de Brioude

Le bassin d'emploi se compose d'Auzon communauté, du Pays de Blesle, du Brivadois, du Pays de Paulhaguet, de Ribeyre-Chaliergue et Margeride, du Langeadois et du Plateau de la Chaise-Dieu.

La Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle d'Auvergne signale que l'Auvergne assiste à une désindustrialisation continue de l'emploi et à une tertiarisation de ce même emploi, mais à un degré moindre qu'en France. Entre septembre 2006 et septembre 2007, il a été observé, en Auvergne, une augmentation de l'emploi. Cette évolution est cependant variable selon les départements et la Haute-Loire est le seul département qui n'a pratiquement pas créé d'emplois.

Au 31 décembre 2007, la Haute-Loire est le département d'Auvergne où le chômage a le moins diminué depuis décembre 2006, avec une diminution de 3 % sur l'année. Une diminution de 7,7 % est observée en Auvergne et de 9,3 % en France [5]. La Haute-Loire a, au contraire, subi une destruction de l'emploi industriel très forte (-4,2 % contre -2,6 % en Auvergne et -1,0 % en France).

Cependant, les bassins d'emploi ne sont pas touchés de la même façon. Au 31 décembre 2007, le bassin d'emploi de Brioude présente la baisse la plus faible. Elle est de -0,7 % sur un an alors que sur la même période les deux autres bassins d'emploi voient leur nombre de chômeurs diminuer de 4,3 % pour le Puy-en-Velay et 3,6 % pour Yssingeaux (tableau 5).

<sup>\*</sup> La sphère productive englobe les activités industrielles, de service aux entreprises, de transports, d'entreposage et de commerce de

gros.

\*\* La sphère privée englobe les commerces, les services aux particuliers, les services financiers, la construction et la promotion immobilière et les transports de voyageurs.

<sup>\*\*\*</sup> La sphère publique correspond aux emplois offerts par les fonctions publiques d'état, territoriales et hospitalières.

Tableau 5 : Nombre de DEFM<sup>3</sup>cat 1 au 31 décembre 2007. Comparaison avec le département, la région et la France métropolitaine. Bassin d'emploi de Brioude. Pays de Lafayette

	Valeur absolue nouvelle cat 1	Variation en % sur un an	% de jeunes	% de femmes	% de cld*
Bassin d'emploi de Brioude	1 034	-0,7	22,8	51,3	28,1
Bassin d'emploi du Puy-en-Velay	2 231	-4,3	22,6	50,0	24,8
Bassin d'emploi d'Yssingeaux	1 667	-3,6	22,1	50,5	22,8
Haute-Loire	4 956	-3,0	22,4	50,4	24,8
Auvergne	35 376	-7,8	20,9	51,2	27,5
France métropolitaine	1 941 987	-9,4	19,6	48,4	25,9

\*cld : chômeur longue durée

Source : DRTEFP

Exploitation Obresa

La situation de la zone d'emploi de Brioude est préoccupante. Le taux de chômage est un des plus élevés d'Auvergne juste après le bassin de Vichy et celui de Thiers, au même niveau que celui de Montluçon.

La situation des femmes reste dans la moyenne régionale mais légèrement supérieure aux deux autres bassins d'emploi de Haute-Loire. La situation des jeunes continue à être préoccupante quelle que soit la zone d'emploi. Ils représentent 22,8 % des demandeurs d'emploi de la zone d'emploi de Brioude.

Le nombre de chômeurs longue durée en Haute-Loire était jusque là plus faible que la moyenne régionale mais la situation s'aggrave particulièrement au sein de la zone d'emploi de Brioude qui atteint son niveau le plus élevé depuis onze ans. La DRTEFP conclue que l'arrondissement de Brioude devra faire l'objet d'un soin particulier dans la répartition de l'enveloppe unique régionale.

Les taux de chômage par zone d'emploi au 2<sup>ème</sup> trimestre au sens du BIT (bureau international du travail) CVS (corrigé des variations saisonnières) montrent une stabilité du chômage au sein de la zone d'emploi de Brioude depuis 2005 alors que le chômage diminue dans les deux autres zones d'emploi de Haute-Loire. Brioude est la seule zone d'emploi à présenter un taux de chômage supérieur à ceux observés en Auvergne.

Tableau 6 : Les taux de chômage par zone d'emploi au 2<sup>ème</sup> trimestre 2007 au sens du BIT CVS (série révisée). Pays de Lafayette

	2ème trimestre 2005	2ème trimestre 2006	2ème trimestre 2007
Zone d'emploi de Brioude	8,4 %	8,3 %	8,3 %
Zone d'emploi du Puy-en-Velay	7,9 %	7,2 %	6,4 %
Zone d'emploi d'Yssingeaux	7,7 %	7,2 %	6,6 %
Haute-Loire	8,0 %	7,4 %	6,8 %
Auvergne	8,6 %	7,9 %	7,2 %
France métropolitaine	10,0 %	9,0 %	8,0 %

Source : DRTEFP

Exploitation Obresa

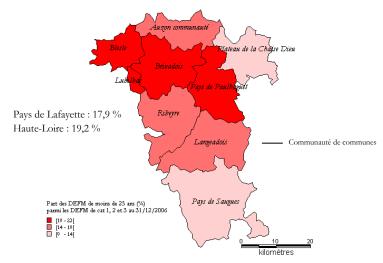
Les données concernant les travailleurs handicapés datent de 2006. En 2006, parmi les demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM) cat 1, les travailleurs handicapés sont surreprésentés dans la zone d'emploi de Brioude par rapport à l'Auvergne.

#### 4.1.2.2. Situation des communautés de communes

Au 31 décembre 2006, la part de jeunes de moins de 25 ans parmi l'ensemble des DEFM de cat 1, 2 et 3 est plus faible dans le Pays de Saugues que dans les autres communautés de communes. La part de moins de 25 ans est comprise entre 9,9 % dans le Pays de Saugues et 22,1 % dans le Pays de Blesle.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> DEFM: Demandeur d'emploi en fin de mois

Carte 8 : Part des DEFM de moins de 25 ans par communauté de communes en 2006. Pays de Lafayette



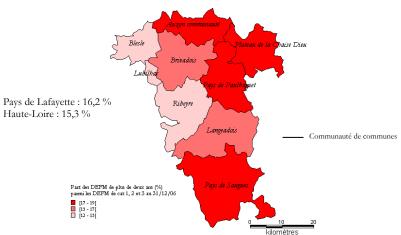
Sources: Corinthe (ANPE), IGN ©

Exploitation Obresa

La part de chômeur de plus de 2 ans parmi les demandeurs d'emploi en fin de mois de cat 1, 2 et 3 varie de 13,9 % dans le Pays de Blesle à 18,8 % dans le Pays de Saugues.

La part de chômeurs de plus de 2 ans et âgés de moins de 25 ans est plus élevée à Langeac (10,7 pour 1 000 demandeurs d'emploi en fin de mois cat 1, 2 et 3) que dans le pays de Lafayette (2,2 pour 1 000 demandeurs d'emploi en fin de mois cat 1, 2 et 3).

Carte 9 : Part des DEFM de plus de deux ans par communauté de communes en 2006. Pays de Lafayette



Sources : Corinthe (ANPE), IGN ©

Exploitation Obresa

Ces résultats peuvent être influencés par la structure d'âge des populations, le nord du pays étant plus jeune que le sud du pays. Il est à noter qu'Auzon communauté présente une forte proportion de chômeurs de plus de 2 ans (17,9 %).

#### 4.1.3. Les besoins en main d'œuvre du bassin d'emploi de Brioude

Une étude menée par les Assedic d'Auvergne [6] a dénombré 760 projets de recrutement sur le bassin d'emploi de Brioude en 2008. Sur les 1 000 établissements interrogés, 26 % ont répondu. Les intentions d'embauche de ce bassin représentent 18 % des recrutements projetés en Haute-Loire. La part des projets de recrutement jugés difficiles ainsi que celle des projets liés à une activité saisonnière sont supérieures aux moyennes régionales (respectivement 55 % et 40 % contre 49 % et 32 % pour l'Auvergne). Les métiers permanents les plus recherchés et jugés difficiles sont

diversifiés : chaudronniers, tôliers industriels qualifiés ou vendeurs autres qu'en alimentation et équipements de la personne...

Les grandes entreprises du bassin ont une propension à recruter nettement supérieure à la moyenne régionale. Cette spécificité repose sur la forte proportion d'intentions d'embauche chez les ouvriers de l'industrie, principalement les ouvriers non qualifiés des industries agro-alimentaires, caractérisée par peu de difficulté mais un fort caractère saisonnier.

Ces résultats sont complétés par ceux d'une étude menée par la Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (Dares) [7] qui montrait que la composition de la main d'œuvre était localement défavorable au retour à l'emploi. L'étude note un contexte moins favorable dans le bassin de vie de Langeac mais plus propice dans les bassins de vie de Blesle et de la Chaise-Dieu.

# 4.1.4. Le public pris en charge par les missions locales 4

Actuellement, la mission locale de Brioude assure le fonctionnement de trois antennes situées à Langeac, Auzon et Saugues. 289 jeunes ont été reçus en premier accueil en 2006 sur la zone de Brioude, le nombre a augmenté de 8,2 % entre 2005 et 2006 (+15,2 % en Auvergne). La répartition selon les âges est identique à la région avec 15,2 % de moins de 18 ans sur la zone de Brioude et 17,1 % en Auvergne. Les femmes représentent 56,7 % des jeunes pris en charge par la mission locale. La répartition des jeunes selon leur niveau d'étude ne diffère pas du niveau départemental et régional. Environ 1 jeune sur 3 a un diplôme de niveau V (BEP, CAP) (30,4 % en Auvergne), 32,9 % sont sans qualification (31,8 % en Auvergne) et 30,8 % ont un diplôme de niveau IV (bac ou brevet professionnel) (34,2 % en Auvergne).

La majorité (60,2 %) des jeunes reçus à la mission locale est sortie du système scolaire depuis moins de deux ans. Comparativement à l'ensemble des jeunes reçus en région ou dans le département de Haute-Loire, la proportion de jeunes sortis de système scolaire entre 1 et 2 ans est plus importante (19,0 % au sein de l'arrondissement de Brioude, 15,7 % en Haute-Loire et 13,5 % en Auvergne). Il semble que certains jeunes s'adressent tardivement à la mission locale après leur sortie du système scolaire.

La répartition des situations des jeunes en 1<sup>er</sup> accueil est différente entre la Haute-Loire et la zone de Brioude. Ils sont moins nombreux à être demandeur d'emploi et plus nombreux à avoir un emploi ou être scolarisés. Toutefois, des différences de gestion des informations entre les missions locales peuvent être à l'origine de ces différences.

Tableau 7 : Les situations des jeunes en 1er accueil en 2006. Pays de Lafayette

	Cotef/SPEL Brioude	Haute-Loire	Auvergne
Nombre de situations des jeunes en	295	1 653	9 967
1 <sup>er</sup> accueil*			
Demandeur d'emploi	<b>58,</b> 0 %	70,8 %	70,8 %
Emploi	14,9 %	12,5 %	8,7 %
Scolarité	8,5 %	4,5 %	7,7 %
Alternance	3,1 %	2,9 %	2,4 %
Formation	2,7 %	2,0 %	1,9 %
Situation non professionnelle	1,4 %	1,1 %	1,6 %
Situation non précisée	11,5 %	6,1 %	6,9 %

<sup>\*</sup>Un jeune peut connaître plusieurs situations simultanément (exemple : formation et recherche d'emploi) Source : CARIF-OREF (Conseil régional, ANPE)

Exploitation Obresa

Si l'on compare aux jeunes reçus au niveau régional ou départemental, une proportion plus importante de jeunes n'a pas de véhicule : 44,6 % dans la zone de Brioude contre 31,4 % en Haute-Loire et 24,3 % en Auvergne.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Données COTEF/SPEL de Brioude

Il est possible que les jeunes reçus à la mission locale de Brioude aient un profil un peu différent (accès plus tardif, jeunes ayant un emploi) du niveau départemental ou régional. Une description plus précise de cette population serait à envisager afin de mieux la décrire.

#### 4.1.5. Insertion par l'activité économique

Sur les 25 structures d'insertion par l'activité économique (IAE) de Haute-Loire, près de la moitié interviennent sur le COTEF/SPEL de Brioude (tableau 8).

En 2006, la commission locale d'insertion (CLI) de Brioude a retenu deux thèmes de travail :

- ✓ diagnostic de territoire : la communauté de communes d'Auzon a été identifiée par les travailleurs sociaux comme un secteur particulièrement touché par les problématiques de l'insertion. Un travail de diagnostic est actuellement en cours afin de proposer aux membres de la commission locale d'insertion des projets d'actions.
- ✓ accès au bilan de santé : le groupe de travail a été à l'initiative de rencontres avec la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et la Mutualité sociale agricole (MSA) permettant ainsi, par la mutualisation de moyens, de faire des propositions quant à l'organisation de bilans de santé délocalisés.

Le plan départemental insertion 2007 comprend un bilan d'activité des structures d'insertion. Quelques éléments des principaux freins à l'emploi identifiés sont repris ici. Par ordre décroissant de citation, étaient notés : l'absence ou la faible qualification professionnelle, les problèmes de santé, l'absence de mobilité, les troubles du comportement (instabilité, manque de confiance), l'âge, l'isolement et la situation familiale.

Tableau 8 : Structure d'insertion par l'activité économique COTEF/SPEL Brioude en 2008. Pays de Lafayette

Nom de la structure d'insertion par l'activité économique (IAE)	Commune
Ateliers et Chantiers d'insertion (ACI)	
Réagir 43	Brioude
Communauté de communes Ribeyre-Chaliergue et Margeride*	Lavoûte-Chilhac
Communauté de communes de Paulhaguet*	Paulhaguet
Association Vivre au Pays	Pinols
Association d'insertion du Chemin de Fer du Livradois-Forez	Bonneval
SICALA	Brioude
Association Le jardin des Estreys	Langeac
Ateliers de la Bruyère	Saugues
Associations Intermédiaires (AI)	
Action et Entraide en Brivadois	Brioude
Aide à la recherche au travail	Langeac
Entreprises d'Insertion (EI)	
SA - Idée travaux	Brioude

<sup>\*</sup>Les deux CC citées gèrent un atelier ou un chantier d'insertion

Source : CARIF-OREF (Conseil régional, ANPE)

Exploitation Obresa

## **Emploi**

L'agriculture, associée à l'exploitation forestière, occupe encore une place privilégiée notamment dans les bassins de vie de montagne. Dans les bassins de Langeac et Brioude, les services à la population se développent et occupent une place de plus en plus prépondérante. Le maintien des services de proximité représente un enjeu majeur pour garantir la politique d'accueil de nouveaux résidents au sein du pays.

À l'instar des autres territoires disposant d'une image environnementale préservée et d'atouts culturels et architecturaux, l'activité touristique pourrait venir soutenir cette économie dans un territoire où elle est encore peu présente.

Les différents éléments cités montrent que le bassin d'emploi de Brioude est néanmoins plus fragile que les autres bassins de la Haute-Loire, avec une problématique accentuée chez les jeunes et les femmes. Les différentes publications de la DRTEFP incitent à renforcer l'attention portée au bassin d'emploi de Brioude.

Cette analyse conforte également les freins identifiés dans le plan départemental insertion : problèmes de qualification professionnelle, de mobilité et d'âge. Elle suggère également que les populations des communautés de communes présentent des problématiques différentes comme l'insertion des jeunes dans la CC du Brivadois et l'insertion des plus âgés dans la CC d'Auzon communauté.

### 4.2. Prestations sociales

Le pays de Lafayette compte, au 31 décembre 2006, 6 082 allocataires de la Caisse d'allocations familiales (Caf) et 1 241 allocataires de la MSA.

Le nombre d'allocataires de minima sociaux ne constitue par directement un indicateur de mesure de la pauvreté. L'évolution des effectifs est en effet sensible aux changements de réglementation concernant les minima sociaux eux-mêmes, mais également à ceux d'autres dispositifs comme l'indemnisation du chômage. Cependant, à une même date, le contexte institutionnel est uniforme et la répartition géographique des allocataires dessine une carte qui ne recouvre pas la totalité des personnes les plus pauvres mais des populations dont les niveaux de vie figurent parmi les plus faibles [8].

#### 4.2.1. Revenu minimum d'insertion

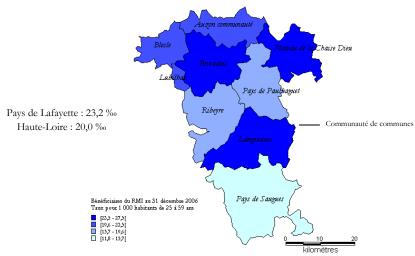
Le revenu minimum d'insertion (RMI) est attribué à un foyer et les conjoints éventuels des allocataires administratifs bénéficient au même titre que ces deniers du dispositif (allocation et accompagnement). Il conviendrait donc de tenir compte également des conjoints des allocataires du RMI pour apprécier l'importance globale du recours aux minima sociaux. L'objectif ici étant de comparer différents territoires, le nombre d'allocataires bien que plus restrictif sera utilisé comme base de calcul. Le taux est calculé en rapportant le nombre d'allocataires à l'effectif de la population de 25 à 59 ans. Pour information, on estime le nombre de personnes couvertes à environ le double du nombre d'allocataires [9].

Il est dénombré 475 allocataires du RMI (427 dépendant du régime général et 38 du régime agricole). Parmi les allocataires Caf, la proportion d'allocataires du RMI est plus importante dans le pays de Lafayette qu'en Haute-Loire (respectivement 70,2 ‰ et 53,8 ‰).

Rapporté à la population des 25-59 ans, le taux d'allocataires du RMI est plus important dans le pays de Lafayette (23,2 ‰) qu'en Haute-Loire (20,0 ‰).

Au sein du pays de Lafayette, la CC du Pays de Saugues (11,8 ‰) présente une proportion de personnes bénéficiant du RMI plus faible que dans le pays de Lafayette. Les communautés de communes du Brivadois, Langeadois et le Plateau de la Chaise-Dieu ont des parts de bénéficiaires de RMI supérieures à 25 ‰. De même, les communes de Brioude (40,0 ‰) et de Langeac (35,4 ‰) se différencient par des taux plus importants.

Carte 10 : Bénéficiaires du RMI au 31 décembre 2006 par communauté de communes. Pays de Lafayette



Sources: Caf 43, MSA 43, Insee RP99, IGN ©

Exploitation Obresa

En 2005, la population bénéficiaire du RMI en Haute-Loire était constituée d'une plus grande majorité de personnes seules (61 % contre 58,6 % en métropole) et de ménages sans enfant (64,7 % contre 62,3 % en métropole) [10].

Au niveau national, la répartition géographique des allocataires du RMI se superpose à celle du chômage. Cela reflète à la fois l'impact du chômage sur la précarité des ménages et le rôle de dernier volet d'indemnisation joué par le RMI [8].

### 4.2.2. Allocation aux adultes handicapés

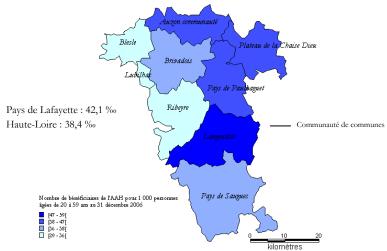
En France, l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) constitue le deuxième minimum social après le RMI ce qui n'est pas vérifié en Haute-Loire et dans le pays de Lafayette où l'AAH est le premier minimum social. La situation est semblable dans les départements de l'Allier et du Cantal.

Au niveau national, les différences géographiques sont expliquées par la répartition géographique disparate des établissements pour adultes handicapés mais également par les conditions d'attribution de la prestation qui peuvent faire l'objet d'interprétations diverses par les Cotorep. Il n'est pas impossible que des critères socio-économiques départementaux influencent ces évaluations : il a été mis en avant une corrélation positive faible, mais significative, entre le nombre d'accords AAH pour un taux d'incapacité de 50 % à 79 % pour mille habitants âgés de 20 à 59 ans et le taux de chômage [11]. La population bénéficiaire de l'AAH est en général très éloignée de l'emploi. Les disparités de recours à l'AAH sont également liées à la structure démographique de la population, le risque de handicap augmentant avec l'âge [8].

943 bénéficiaires ont été recensés sur le pays de Lafayette et 4 086 en Haute-Loire. La part de bénéficiaires parmi la population des 20-59 ans est plus importante au niveau du pays de Lafayette où elle atteint 4,2 %.

La CC du Langeadois présente une part de bénéficiaires plus importante (5,9 %) que le reste du pays alors que les communautés de communes du Brivadois (3,6 %) et de Ribeyre-Chaliergue et Margeride (3,0 %) présentent des taux inférieurs à celui du pays de Lafayette. La commune de Langeac se différencie également par un taux de bénéficiaires AAH plus important (7,7 %). La position de la CC du Langeadois et de la commune de Langeac est à mettre en lien avec la présence de lieux d'hébergement pour personnes handicapées sur ce territoire.

Carte 11 : Bénéficiaires de l'AAH au 31 décembre 2006 par communauté de communes. Pays de Lafayette



Sources: Caf 43, MSA 43, Insee RP99, IGN ©

Exploitation Obresa

## 4.2.3. Allocation solidarité spécifique

Au 31 décembre 2006, 264 personnes bénéficiaient de l'allocation solidarité spécifique (ASS) dans le pays de Lafayette (1 250 en Haute-Loire). La part de bénéficiaires de cette allocation parmi les demandeurs d'emploi de catégorie 1 à 3 est la même dans le pays de Lafayette (14,7 %) et dans le département (15,3 %). Cependant, au sein du territoire étudié les cantons d'Auzon, de Pinols et de la Chaise-Dieu ont un taux de bénéficiaires de l'ASS plus élevé que dans le pays de Lafayette.

Généralement, les bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique sont le plus souvent des chômeurs de longues durées et une majorité d'entre eux ont plus de 50 ans [8].

Tableau 9 : Allocataires de l'ASS par canton au 31décembre 2006. Pays de Lafayette 2007

Libellé Canton	Nombre de bénéficiaire de l'ASS Décembre 2006	Nombre de DEFM** cat 1+2+3	Part des bénéficiaires ASS parmi DEFM**
Auzon	75	385	19,5
Blesle	10	86	11,6
Brioude	71	598	11,9
La Chaise-Dieu	15	72	20,8
Langeac	38	298	12,8
Lavoûte-Chilhac	11	94	11,7
Paulhaguet	24	140	17,1
Pinols	_*	-	20,8
Saugues	15	97	15,5
Pays de Lafayette	264	1794	14,7
Haute-Loire	1250	8147	15,3

<sup>\*</sup> Effectifs inférieurs à 6

Exploitation Obresa

## 4.2.4. Allocation de parent isolé

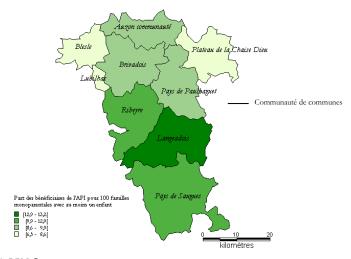
La proportion de famille monoparentale parmi le nombre d'allocataires Caf du pays de Lafayette est de 21,2 %. Cette proportion est plus importante qu'en Haute-Loire où elle est de 18,1 %.

La Caf et la MSA ont comptabilisé 86 bénéficiaires de l'allocation de parent isolé (API) au sein du pays de Lafayette et 379 en Haute-Loire. La proportion de ces bénéficiaires parmi les familles monoparentales avec au moins un enfant est d'environ 10 % quelle que soit l'échelle géographique : pays de Lafayette, communautés de communes et Haute-Loire. Il n'est pas remarqué de spécificité par rapport à cette allocation.

Cependant, si l'on rapporte cette allocation à la population de 15 à 64 ans [8], les communes de Brioude et de Langeac ont une proportion d'allocataires API plus élevée que le pays de Lafayette (5,3 % pour Brioude et 6,0 % pour Langeac).

<sup>\*\*</sup>DEFM : demandeur d'emploi en fin de mois Sources : Assedic Auvergne –ANPE (Corinthe)

Carte 12 : Bénéficiaires de l'API par communauté de communes au 31 décembre 2006. Pays de Lafayette 2007



Sources : Caf 43, MSA 43, Insee RP99, IGN  $\circledcirc$ 

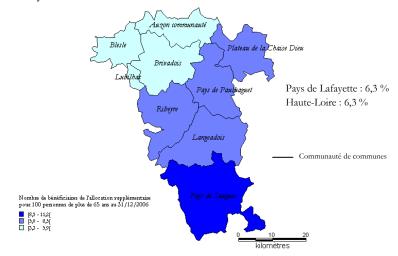
Exploitation Obresa

## 4.2.5. Fonds de solidarité vieillesse

Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) permet aux personnes âgées de 65 ans ou plus de bénéficier de deux types d'allocations, celles de 1<sup>er</sup> niveau qui concernent très peu de personnes : l'allocation aux vieux travailleurs salariés et l'allocation aux mères de familles nombreuses et celle de 2<sup>ème</sup> niveau telle que l'allocation supplémentaire.

Au 31 décembre 2006, 697 bénéficiaires du fonds de solidarité vieillesse sont dénombrés dans le pays de Lafayette (2 714 en Haute-Loire). Les communautés de communes d'Auzon communauté, du Pays de Blesle et du Brivadois présentent des proportions plus faibles que le pays de Lafayette. Les communautés de communes à dominante rurale ont une part de bénéficiaires FSV plus importante. La proportion de bénéficiaires du FSV est la plus forte (11,1 %) dans la CC du Pays de Saugues.

Carte 13 : Bénéficiaires du fonds de solidarité vieillesse par communauté de communes au 31 décembre 2006. Pays de Lafayette



Sources: Cram Auvergne, Insee RP99, IGN ©

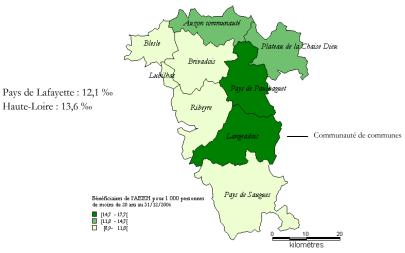
Exploitation Obresa

### 4.3. Autres allocations

## 4.3.1. Allocation d'éducation spéciale

La répartition géographique des bénéficiaires de l'allocation d'éducation spéciale de l'enfant handicapé (AEEH ex AES) ne présente pas de spécificité. 110 personnes bénéficient de cette allocation dans le pays de Lafayette et 656 en Haute-Loire. La part d'allocataires parmi les enfants de moins de 20 ans varie entre 9,2 ‰ pour la CC du Pays de Saugues et 17,6 ‰ pour la CC du Pays de Paulhaguet (12,1 ‰ pour le pays de Lafayette et 13,6 ‰ en Haute-Loire).

Carte 14 : Bénéficiaires de l'AEEH par communauté de communes au 31 décembre 2006. Pays de Lafayette



Sources: Caf 43, MSA 43, Insee RP99, IGN ©

Exploitation Obresa

## 4.3.2. Fonds d'aide aux jeunes

En 2006, 45 jeunes du pays de Lafayette et 201 de Haute-Loire ont bénéficié du fonds d'aide aux jeunes (Faj) en 2006, données qui, rapportées à la population des 18-25 ans, sont comparables. La CC du Brivadois et la commune Sainte-Florine se différencient par des taux plus élevés respectivement de 21,6 ‰ et de 37,2 ‰. La commune de Brioude a une part plus faible de bénéficiaires du Faj de 4,9 ‰.

Tableau 10 : Bénéficiaires du Faj par communauté de communes au 31 décembre 2006. Pays de Lafayette

	Nb de bénéficiaires pour 1 000 jeunes de 18 à 25 ans
Auzon communauté	19,0
CC Pays de Blesle	6,6
CC Brivadois	21,6
CC Langeadois	5,7
CC Pays de Paulhaguet	-
CC Pays de Saugues	-
CC Plateau de la Chaise-Dieu	6,1
CC Ribeyre-Chaliergue et Margeride	11,5
Pays de Lafayette	13,2
Haute-Loire	11,1

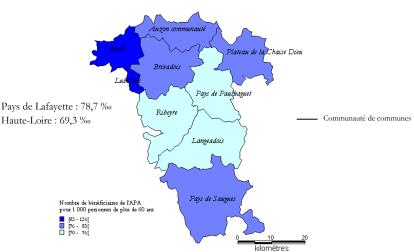
Sources : Conseil général de la Haute-Loire, Insee RP99, IGN ©

Exploitation Obresa

## 4.3.3. Allocation personnalisée d'autonomie

Au 31 décembre 2006, 1 078 personnes de plus de 60 ans et domiciliées dans le pays de Lafayette ont perçu l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa). La part de bénéficiaires est plus élevée que celle observée en Haute-Loire, le Pays de Blesle est la communauté de communes avec la part la plus élevée. Cette allocation est avant tout un indicateur de la perte d'autonomie des personnes. La présence de personnes plus âgées dans le pays de Lafayette qu'en Haute-Loire peut en partie expliquer la part de bénéficiaires de l'Apa plus importante parmi les habitants du pays de Lafayette comparée à la Haute-Loire. Il est également possible que la prise en charge à domicile de la personne âgée diffère d'un territoire à l'autre. La commune de Brioude a une part de bénéficiaires Apa plus faible (60,6 %). Les différences géographiques observées dans la distribution des bénéficiaires de l'Apa s'expliquent également en fonction de l'offre disponible (établissements et service de soins à domicile). Ainsi, l'absence d'établissement pour personnes âgées et la présence d'un Ssiad au sein de la communauté de communes du Pays de Blesle peut expliquer le fort taux de bénéficiaires. De même que la présence d'établissements pour personnes âgées à Brioude peut expliquer le taux plus faible.

Carte 15 : Bénéficiaires de l'Apa à domicile par communauté de communes au 31 décembre 2006. Pays de Lafayette



Sources : Conseil général de la Haute-Loire, Insee RP99, IGN ©

Exploitation Obresa

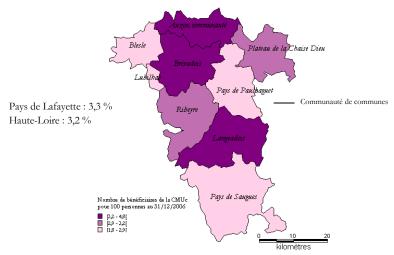
### 4.3.4. Couverture maladie universelle complémentaire

La Couverture maladie universelle (CMU) de base regroupe des situations socio-économiques variées. Ainsi, certains assurés ont des revenus annuels supérieurs au seuil fixé. Ils peuvent tout de même accéder à la CMU en contrepartie du paiement d'une cotisation, mais ce phénomène reste marginal. Liée à un plafond de ressources la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) est, quant à elle, plus révélatrice de précarité financière. C'est pourquoi, nous analyserons uniquement la CMUc dans cette étude.

Le pays de Lafayette enregistre 1 513 bénéficiaires (3,3 % de la population totale) de la CMUc au 31 décembre 2006. Cette proportion est similaire à celle observée en Haute-Loire qui est de 3,2 %.

Le Pays de Saugues et le Pays de Blesle ont les taux les plus bas (respectivement 1,9 % et 2,4 %) et la CC du Langeadois le plus élevé (4,7 %). Les villes de Brioude et Langeac ont un taux de bénéficiaires plus élevé que le pays de Lafayette.

Carte 16 : Bénéficiaires de la CMUc au 31 décembre 2006 par communauté de communes. Pays de Lafayette



Sources : Caf 43, MSA 43, Insee RP99, IGN  $\ensuremath{\mathbb{C}}$ 

Exploitation Obresa

Les résultats obtenus sont cohérents avec les données nationales où le recours à la CMUc est plus fréquent parmi les allocataires des dispositifs de minima sociaux. Il existe un lien étroit entre le nombre de bénéficiaires CMUc et le nombre de bénéficiaires du RMI [12]. Ce lien s'illustre par la superposition des cartes représentant les bénéficiaires du RMI et de la CMUc pour les communautés de communes d'Auzon communauté, du Brivadois et du Langeadois.

Il semble que les jeunes adultes (entre 20 et 29 ans) et les personnes âgées accèdent moins à la CMUc [13]. L'enquête « Santé et protection sociale » réalisée en 2004 par l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) [13] mettait en évidence qu'au-delà de 80 ans, le taux de couverture diminuait fortement. Plusieurs éléments d'explication étaient apportés : il est trop coûteux d'acquérir une complémentaire maladie à ces âges, ces personnes n'ont pas eu l'habitude de payer pour couvrir leur risque santé, les femmes veuves ne feraient pas l'acquisition de leur propre complémentaire, l'exonération du ticket modérateur concerne une personne sur deux après 80 ans. Ces raisons pourraient expliquer les taux plus faibles observés dans les communautés de communes les plus rurales tel le Plateau de la Chaise-Dieu.

De plus, il faut souligner que le montant du minimum vieillesse était supérieur au seuil de revenu donnant accès à la CMUc. Ce point pourrait donc éclairer la proportion faible de bénéficiaires CMUc observée dans la CC du Pays de Saugues.

Les entretiens montrent que les complémentaires santé sont le plus souvent absentes chez les personnes jeunes. Leur absence peut être liée à une méconnaissance des droits, à des freins financiers mais également au sentiment d'inutilité d'une telle prestation.

## 4.3.5. Aide médicale de l'État

En 2006, aucune personne résidant dans le pays de Lafayette ne bénéficie de l'Aide Médicale de l'État (AME).

### 4.3.6. Allocataires Caf à bas revenus

Les définitions portant sur la pauvreté regroupent plusieurs aspects : le revenu, les conditions de vie et le niveau de vie. La notion de bas revenu est considérée comme une mesure de pauvreté relative et dépend donc de deux facteurs [14] :

- ✓ l'évolution générale des niveaux de vie, qui conditionne le seuil de référence monétaire ;
- ✓ l'évolution du niveau de vie des personnes situées en bas de l'échelle des revenus par rapport à l'évolution du niveau de vie de la population générale : elle influe sur le nombre de personnes en situation de pauvreté monétaire, ainsi que sur l'« intensité » de la pauvreté.

Cet indicateur est calculé à partir de l'Enquête revenus fiscaux et sur la base de 50 % d'un revenu médian (avant impôt, y compris les prestations) par unité de consommation. Dans un foyer allocataire, l'échelle d'équivalence compte pour 1 le premier adulte, pour 0,5 les autres personnes de 14 ans et plus, pour 0,3 les personnes de moins de 14 ans et ajoute 0,2 dans le cas des familles monoparentales. Ce seuil de bas revenus à 50 % portant sur l'ensemble des personnes dans des ménages ordinaires permet de comptabiliser les personnes couvertes par les allocations dont le revenu par unité de consommation est inférieur au seuil et d'en déduire un taux de bas revenus.

Dans cette étude, le seuil de pauvreté utilisé est de 771,47 euros mensuels en France en 2005. Cet indicateur ne comprend pas les régimes spéciaux, notamment le régime agricole.

Au 31 décembre 2006, le pays de Lafayette compte 6 082 allocataires de la caisse d'allocations familiales (Caf). La pauvreté touche 1 672 personnes dans le pays de Lafayette soit 27,5 % d'allocataires qui sont dits à bas revenus (indicateur de précarité). Cette part est plus importante que dans le département de la Haute-Loire.

La CC de Langeac a un taux d'allocataires à bas revenus plus faible que le pays de Lafayette. Parmi les trois villes suivies, Brioude (31,1 %) a une plus forte proportion d'allocataires à bas revenus que le pays de Lafayette.

Tableau 11 : Allocataires de la Caf à bas revenus par communauté de communes au 31 décembre 2006. Pays de Lafayette

	Nombre d'allocataires CAF	Nombre d'allocataires à bas revenus	% de bas revenus
Auzon communauté	1 325	391	29,5
CC Pays de Blesle	191	59	31,0
CC Brivadois	2 201	583	26,5
CC Langeadois	1 173	289	24,7
CC Pays de Paulhaguet	452	116	25,6
CC Pays de Saugues	302	97	32,0
CC Plateau la Chaise-Dieu	228	72	31,4
CC Ribeyre-Chaliergue et Margeride	212	66	31,1
Brioude	1 233	384	31,1
Langeac	760	195	25,7
Sainte-Florine	515	156	30,3
Pays de Lafayette	6 082	1 672	27,5
Haute-Loire	33 548	7 528	22,4
Source : Caf 43	·	·	Exploitation Obre

Les allocataires à bas revenus se caractérisent par une forte dépendance vis-à-vis des prestations. Elles représentent en 2000 en moyenne 60 % de leurs revenus au niveau national [15]. Néanmoins,

la notion de bas revenus (ou de pauvreté monétaire) ne se résume pas aux minima sociaux. En 2000, au niveau national, près de la moitié des allocataires à bas revenus ne bénéficie pas d'un des trois minima sociaux gérés par les Caf (AAH, RMI, API). De plus, la population des allocataires à bas revenus rassemble des allocataires très divers en termes de structure familiale et de logement. Les prestations logement ont d'ailleurs un rôle crucial en matière d'entrée et de sortie dans les situations de bas revenus. Dans l'étude de la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf), la majorité des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) se trouve au-dessus du seuil [15]. Ces différents points peuvent expliquer en partie, la situation moyenne de la CC du Langeadois.

Le phénomène de pauvreté monétaire étant plus souvent urbain, il est cohérent de distinguer Brioude et Sainte-Florine. Cependant, la part d'allocataires à bas revenus dans les communautés de communes rurales est importante (environ 30 %) du même ordre qu'à Brioude ou Sainte-Florine.

En cours d'études, les données correspondant au seuil de bas revenu sur la base de 60 % d'un revenu médian nous sont parvenues. Ces données étaient complétées par quelques caractéristiques relatives aux allocataires. Le Tableau 11 qui reprend les données calculées au seuil de 60 % (contre 50 % dans le tableau ci-dessus) est disponible en annexe 3.

Attention, la commune de Lubilhac est exclue de l'analyse suivante. Ces éléments permettent de décrire la population d'allocataires à bas revenus domiciliés dans le pays de Lafayette qui travaille. 10,5 % des allocataires Caf du pays sont considérés comme travailleurs pauvres (8,8 % en Haute-Loire). Parmi eux, 70 % sont salariés ou indépendants sur l'ensemble de l'année (71 % en Haute-Loire). Ce sont principalement des familles monoparentales surtout dans les CC du Brivadois et d'Auzon communauté et des couples avec enfants dans les autres communautés de communes. La majorité est âgée de 30 à 49 ans.

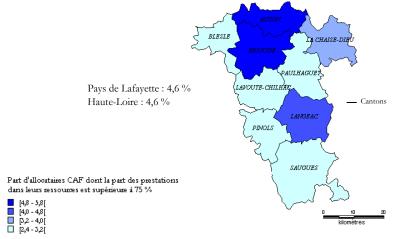
## 4.3.7. Part des prestations dans les ressources

Un autre indicateur disponible est la proportion de ménages allocataires Caf dont la part des prestations dans les ressources est supérieure à 75 %. Les prestations considérées comprennent le RMI, l'API, l'AAH, les prestations familiales et les aides au logement (Allocation logement à caractère familial, Allocation logement à caractère social, Aide personnalisée au logement). Cet indicateur n'est pas disponible pour la MSA. 887 personnes sont concernées dans le pays de Lafayette.

La situation du pays de Lafayette est similaire à celle du département avec une proportion de ménages allocataires Caf dont la part des prestations dans les ressources est supérieure à 75 % qui s'élève à 4,6 %. Les cantons d'Auzon et de Brioude se distinguent par des proportions de prestations dans les ressources supérieures à 75 % respectivement de 5,8 % et de 5,7 %.

Cette proportion est plus faible et varie entre 2,5 à 3,0 % pour les cantons de Blesle, Paulhaguet, Lavoûte-Chilhac et Saugues.

Carte 17 : Proportion d'allocataires Caf dont la part des prestations dans les ressources est supérieure à 75 % par canton. Pays de Lafayette



Sources : Caf, Cnaf (BDSL), Insee RP99, IGN ©

Exploitation Obresa

### Prestations sociales

Le pays de Lafayette semble marqué par une précarité financière. Celle-ci est plus présente dans les villes telles que Brioude, Langeac et Sainte-Florine mais également dans les zones de montagne telles que le Pays de Saugues et le Plateau de la Chaise-Dieu. Cette précarité financière est définie par des indicateurs portant sur les minima sociaux (proportion de ménages touchant le RMI plus élevée) mais également sur des caractéristiques plus générales comme le revenu fiscal moyen ou encore la part d'allocataires à bas revenus.

Au sein des communautés de communes des disparités apparaissent. Les communautés de communes d'Auzon communauté et du Brivadois présentent une situation moins favorable par rapport au pays de Lafayette. La communauté de communes du Langeadois se distingue, quant à elle, par une forte proportion de bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés, qui peut expliquer la plus faible proportion d'allocataires à bas revenus.

Les communes de Brioude et Langeac présentent une situation plus précaire que leur communauté de communes. Cela témoigne probablement d'une hétérogénéité des populations de ces communautés de communes comme cela peut être observé entre les villes centres et leur banlieue mais dans des proportions moindres.

La particularité des communautés de communes rurales est un revenu fiscal moyen plus faible, des proportions d'allocataires à bas revenus ou du Fond de solidarité vieillesse plus fortes. Les CC de Saugues et du Plateau de la Chaise-Dieu semblent particulièrement concernées par la précarité des personnes âgées.

Les communautés de communes de Paulhaguet, de Ribeyre, Chaliergue et Margeride ainsi que celle de Blesle ont une situation intermédiaire semblable à celle du pays de Lafayette.

## 4.4. Logement

## 4.4.1. Les résidences principales

Un peu plus de 84 700 résidences principales ont été recensées en 1999 en Haute-Loire dont 19 300 dans le pays de Lafayette. Le parc des résidences principales du pays de Lafayette est plus ancien que celui de la Haute-Loire. En effet, 48 % des résidences principales du pays de Lafayette ont été construites avant 1948 contre 40 % en Haute-Loire. Le canton du Brivadois avec 36 % de logements construits avant 1948 se distingue de la Haute-Loire et du pays de Lafayette. Quant aux cantons de la Chaise-Dieu, de Blesle, de Lavoûte-Chilhac, de Paulhaguet et de Pinols, ils présentent des parts de logements construits avant 1948 supérieur à 60 %.

En 1999, 611 résidences principales du pays de Lafayette sont considérées sans confort, c'est-à-dire n'ayant ni baignoires, ni douches, ni toilettes. La proportion de résidences sans confort est plus importante dans le pays de Lafayette (3,2 %) que dans le département de la Haute-Loire (2,6 %).

De même, en 1999, la part de résidences principales équipées de sanitaires mais sans chauffage central est plus importante dans le pays de Lafayette (28 %) qu'en Haute-Loire (21 %).

Les disparités selon les cantons restent présentes, les pourcentages les plus faibles s'observent dans le canton du Brivadois et les plus élevés dans le canton de Pinols.

## 4.4.2. Le parc locatif social

Le pays de Lafayette se différencie de la Haute-Loire par un pourcentage de logements HLM moins important, un pourcentage de propriétaires occupants et un pourcentage de personnes logées gratuitement plus élevés.

Tableau 12 : Caractéristiques des résidences principales par canton en 1999. Pays de Lafayette

Cantons	Nombre de	Logement	Propriétaires	Personnes logées
Cantons	résidences principales	HLM %	occupants %	gratuitement %
Blesle	767	3,3	75,1	8,1
Auzon	3 888	8,8	70,4	5,4
Brivadois	5 812	9,4	60,0	4,3
Chaise-Dieu	936	2,0	72,2	11,1
Langeac	3 222	7,8	66,4	5,5
Paulhaguet	1 633	4,2	74,5	6,4
Lavoûte-Chilhac	976	2,2	77,6	8,9
Pinols	432	0,2	79,4	14,8
Saugues	1 686	2,6	72,1	11,2
Pays de Lafayette	19 352	6,8	68,0	6,4
Haute-Loire	84 730	8,0	63,8	5,6

Source : Insee (RP 1999)

Exploitation Obresa

Les cantons d'Auzon, Brioude et Langeac se différencient des autres cantons par une plus forte présence de logements HLM.

Les cantons de Brioude et de Langeac présentent les pourcentages de propriétaires occupants les plus faibles du pays. Les pourcentages de personnes logées gratuitement sont plus élevés dans les cantons les plus ruraux (Pinols, Saugues, la Chaise-Dieu). Ceci peut illustrer la cohabitation trans générationnelle qui peut être encore présente en milieu rural.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, des données plus récentes sur le parc locatif social montrent que le pays de Lafayette a un taux d'équipement plus faible que la Haute-Loire : 33,8 logements sociaux pour 1 000 habitants dans le pays de Lafayette contre 36,5 en Haute-Loire. Des différences s'observent selon les communautés de communes. Les communautés de communes d'Auzon et du Brivadois

présentent un taux d'équipement plus élevé que la Haute-Loire respectivement de 46,8 et 46,2 logements sociaux pour 1 000 habitants. La CC de Langeac a un taux (37,3 ‰) similaire à celui de la Haute-Loire. Dans les communautés de communes à dominante rurale, le taux d'équipement varie de 8,5 ‰ dans la CC du Pays de Blesle à 20,2 ‰ dans la CC du Pays de Paulhaguet.

## 4.4.3. Habitat indigne

## Habitat indigne

Cette notion recouvre toutes les situations qui portent atteinte à la santé des personnes, à leur dignité et au droit au logement. Il s'agit d'un concept politique et non d'une définition juridique. Cela concerne les logements, immeubles ou locaux insalubres, les locaux où le plomb est accessible, les immeubles menaçant ruine, les hôtels meublés dangereux et toutes les formes d'habitat précaire, dont la suppression ou la réhabilitation relève des pouvoirs de police administrative des maires et des préfets.

Parmi les résidences principales, le parc privé est dominant. Plus de 96 % des résidences principales font partie du parc privé dans les communautés de communes du Pays de Paulhaguet, du Pays de Blesle, du Plateau de la Chaise-Dieu et de Ribeyre-Chaliergue et Margeride [16].

Le nombre de logements indignes a diminué entre 1997 et 2003 dans le pays de Lafayette et en Haute-Loire. La baisse a été plus faible dans les communautés de communes d'Auzon communauté, du Brivadois et du Langeadois.

Tableau 13 : Nombre et part de logements du parc privé potentiellement indignes (PPPI) par communauté de communes en 2003. Pays de Lafayette

	Nb de logements potentiellement indignes	Part des logements potentiellement indignes au regard des résidences principales du parc privé (en %)
CC Pays de Paulhaguet	395	23,4
CC Langeadois	591	17,5
Auzon communauté	389	12,1
CC Pays de Saugues	476	25,8
CC Pays de Blesle	148	19,2
CC Ribeyre-Chaliergue et Margeride	336	29,1
CC Plateau de la Chaise-Dieu	234	24,1
CC Brivadois	720	12,5
Haute-Loire	9 686	11,3

Source : Direction régionale de l'équipement (base de données PPPI 2003) [16]

Exploitation Obresa

Sur les 6 communautés de communes de Haute-Loire qui ont un parc de logements indignes supérieur à 18 % du parc des résidences principales, 5 font parties du pays de Lafayette : Pays de Saugues, Ribeyre-Chaliergue et Margeride, Plateau de la Chaise-Dieu, Pays de Paulhaguet et Pays de Blesle. Les CC du Pays de Saugues et de Ribeyre-Chaliergue et Margeride sont particulièrement concernées avec une part de logements potentiellement indignes de plus de 25 % dans l'ensemble des résidences principales du parc privé. Ce sont également au sein de ces communautés de communes que le parc est le plus dégradé.

Les propriétaires occupants habitant un logement indigne sont plus nombreux dans les territoires ruraux. Les communautés de communes de Ribeyre-Chaliergue et Margeride, du Pays de Paulhaguet et du Plateau de la Chaise-Dieu se distinguent par une part de propriétaires occupants dans le parc privé potentiellement indigne supérieure à 20 %. De plus, dans le territoire de Ribeyre-

Chaliergue et Margeride, du Plateau de la Chaise-Dieu et du Pays de Saugues, plus de 15 % des ménages sont âgés (c'est-à-dire que la personne de référence du ménage a plus de 60 ans) [17].

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, en Haute-Loire, 4 Opérations programmées d'amélioration de l'habitat (OPAH) ou programmes d'intérêt général (PIG) sont en phase opérationnelle dont une sur la communauté de communes du Langeadois.

## Logement

Le pays de Lafayette se différencie de la Haute-Loire par un pourcentage de logements HLM moins important, un pourcentage de propriétaires occupants et un pourcentage de personnes logées gratuitement plus élevés.

Les communautés de communes les plus urbanisées (Brivadois, Auzon communauté) ont un taux d'équipement en logements sociaux plus élevé que les autres communautés de communes du pays de Lafayette et que le département. La CC du Langeadois présente un taux d'équipement similaire au département.

Le Pays de Saugues, Ribeyre-Chaliergue et Margeride, le Plateau de la Chaise-Dieu, le Pays de Paulhaguet et le Pays de Blesle sont les 5 communautés de communes les plus touchées par le parc privé potentiellement indigne. Elles cumulent des indicateurs défavorables :

- ✓ plus de 18 % des résidences principales sont classées en parc privé potentiellement indigne ;
- ✓ plus de 20 % des résidences principales classées en parc privé potentiellement indigne sont occupées par leur propriétaire ;
- ✓ plus de 15 % des résidences sont occupées par des personnes âgées.

Le pays de Lafayette concentre les logements sociaux locatifs dans les communautés de communes les plus urbanisées. Il voit, parfois, également se dégrader les logements des zones rurales.

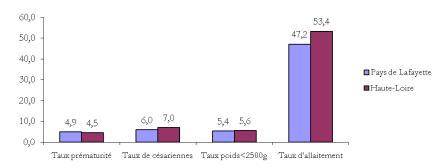
### 4.5. Enfance-Jeunesse

## 4.5.1. Données issues des certificats de santé du 8ème jour

En 2006, 447 certificats du 8<sup>ème</sup> jour ont été établis dans le pays de Lafayette et 2 332 en Haute-Loire. Les informations contenues dans le certificat du 8<sup>ème</sup> jour montrent que le taux d'allaitement est plus faible chez les parturientes du pays de Lafayette par rapport au département.

Il faut noter que le taux d'allaitement est souvent lié à la catégorie socioprofessionnelle des parents et que l'emploi et l'élévation du niveau d'étude vont dans le sens d'une amélioration de la prévention et donc d'une meilleure santé de l'enfant à la naissance [18]. Les autres indicateurs n'indiquent pas de différence entre le pays de Lafayette et le département.

Graphique 2 : Certificats du 8<sup>ème</sup> jour en 2006. Pays de Lafayette



Source: Conseil général de la Haute-Loire - Service PMI

Exploitation Obresa

#### 4.5.2. Obésité chez les enfants de 5-6 ans

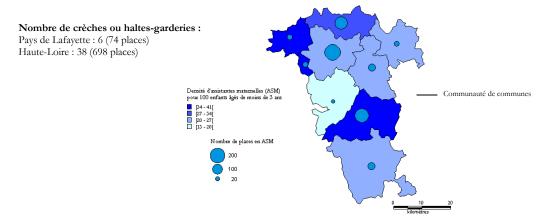
Une étude intitulée « Obésité chez les enfants de 5-6 ans en Auvergne » [19] et réalisée par l'Obresa durant l'année scolaire 2004-2005 incluait 11 369 enfants en Auvergne dont 2 364 en Haute-Loire.

Dans le pays de Lafayette, 364 élèves relevant du bilan de santé scolaire de grande section maternelle en 2004-2005 étaient inclus dans l'étude. Aucune différence significative n'est mise en évidence avec la Haute-Loire et l'Auvergne concernant l'obésité globale et l'obésité de degré 1 ou 2. Dans le pays de Lafayette, 8,8 % des enfants enquêtés sont obèses, 4,9 % sont obèses de degré 1 (5,8 % en Haute-Loire et 6,1 % en Auvergne) et 3,8 % sont obèses de degré 2 (2,6 % en Haute-Loire et 3,1 % en Auvergne).

## 4.5.3. Les structures d'accueil de la petite enfance et des enfants

Le pays de Lafayette compte 6 crèches ou haltes-garderies pouvant accueillir 74 enfants et réparties sur 4 communautés de communes : Brivadois, Pays de Paulhaguet, Langeadois, Pays de Saugues. Les deux structures les plus importantes se situent dans la communauté de communes du Brivadois.

Carte 18 : Densité d'assistantes maternelles (ASM) et nombre de places par communauté de communes en 2006. Pays de Lafayette



Sources : Conseil général de la Haute-Loire - Service PMI, IGN ©

Exploitation Obresa

Le pays de Lafayette recense 324 assistantes maternelles (ASM) regroupant 763 places : 2,3 places par ASM dans le pays de Lafayette et 4,0 places par ASM pour la Haute-Loire. La densité d'assistantes maternelles pour 100 enfants de moins de trois ans est supérieure à celle du département mais avec moins de places disponibles qu'au niveau du département (respectivement 61 places pour 100 enfants de moins de trois ans dans le pays de Lafayette et 64 places pour 100 enfants en Haute-Loire). La répartition des assistantes maternelles n'est pas uniforme sur le territoire. En effet, les communautés de communes du Pays de Blesle et du Langeadois ont une densité d'assistantes maternelles et de places plus importante que le pays de Lafayette, tandis que la CC du Brivadois et le Pays de Saugues sont en déficit de places par rapport au pays.

La CC de Ribeyre-Chaliergue et Margeride se différencie des autres communautés de communes par un déficit en nombre d'assistantes maternelles et en nombre de places.

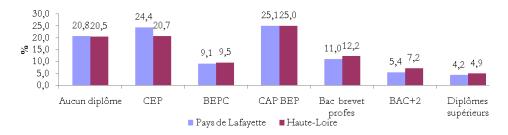
La CC du Brivadois est en déficit en nombre d'assistantes maternelles et en nombre de places tandis que celle du Langeadois présente une situation plus favorable concernant l'offre de garde d'enfants.

Ce dispositif est complété par la présence de cinq relais assistante maternelle situés dans la CC du Brivadois, la CC du Langeadois, Auzon communauté, le Pays de Saugues et le Pays de Paulhaguet.

### 4.5.4. Situation scolaire

En 1999, dans le pays de Lafayette, 21 % des personnes non scolarisées de plus de 15 ans, n'avaient pas de diplôme (20 % en Haute-Loire).

Graphique 3 : Répartition de la population non scolarisée de 15 ans ou plus selon le diplôme le plus élevé en 1999. Pays de Lafayette

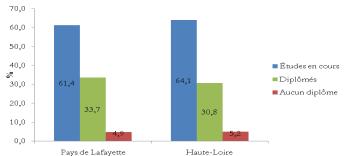


Source : Insee-RP99 Exploitation Obresa

Les différences observées entre le pays de Lafayette et la Haute-Loire peuvent en partie s'expliquer par la différence de structure par âge des populations.

Parmi les 15-24 ans, il est dénombré une part plus importante de diplômés dans le pays de Lafayette qu'en Haute-Loire (graphique 4). CAP/BEP, bac et brevet professionnel sont les diplômes les plus représentés au sein des 15-24 ans du pays de Lafayette.

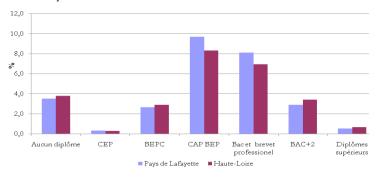
Graphique 4 : Répartition de la population des 15-24 ans selon leur situation scolaire en 1999. Pays de Lafayette



Source: Insee-RP99

Exploitation Obresa

Graphique 5 : Répartition de la population de 15-24 ans non scolarisée selon le diplôme le plus élevé en 1999. Pays de Lafayette



Source: Insee-RP99 Exploitation Obresa

#### 4.5.5. L'offre scolaire

Les données utilisées pour caractériser l'offre scolaire sont issues du rectorat de Clermont-Ferrand et sont disponibles par bassin de formation. Le bassin de formation du Haut-Allier comprend une majeure partie du pays de Lafayette. Il exclut les communes de Cistrières, la Chapelle-Geneste, Malvières, Bonneval, la Chaise-Dieu, Connangles, St-Pas-de-Senouire, Sembabel et Félines (communauté de communes du Plateau de la Chaise-Dieu). Ces 9 communes intégrées au bassin de formation du Puy-en-Velay comptent 3 écoles primaires et un collège.

Le pays de Lafayette comprend 56 écoles, 11 collèges (CGL), 2 lycées (LYC) à Brioude, un lycée professionnel (LP) à sainte-Florine et un établissement régional d'enseignement adapté (Erea) à Brioude. S'ajoutent à ces établissements, un lycée agricole à Fontannes et une maison familiale à Sainte-Florine.

L'Insee [2] note que la majorité des collèges ont moins de 250 élèves, ceux de Blesle et de Saugues comptent moins de 100 élèves.

À la rentrée 2007, 2 765 élèves étaient scolarisés dans le second degré dans le bassin du Haut-Allier (public et privé) soit 15 % des élèves scolarisés en Haute-Loire. Il a été recensé à la rentrée 2007, 1 890 élèves en collège et Segpa (Section d'enseignement général et professionnel adapté), 594

élèves en lycée et SGT (Section général et technologique en LP) et 281 élèves en LP, SEP (Section professionnelle en lycée) et Erea.

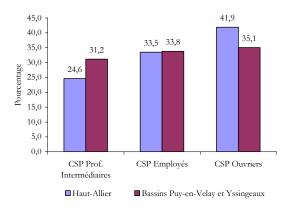
### 4.5.5.1. Catégorie socioprofessionnelle des parents

L'académie de Clermont-Ferrand dispose d'un indicateur intitulé « origine socioprofessionnelle des élèves ». Il prend en compte la catégorie socioprofessionnelle (CSP) du parent responsable de l'élève. Cette définition est spécifique à l'éducation nationale. Trois groupes de CSP sont alors constitués :

- ✓ chefs d'entreprise, cadre, les professions intermédiaires (nommé « prof. intermédiaires »);
- ✓ agriculteur, commerçant, artisan, employé (nommé « employés »);
- ✓ ouvrier (nommé « ouvriers »).

Quel que soit le niveau, collège, lycée général ou lycée professionnel et le statut de l'établissement, public ou privé, le bassin du Haut-Allier présente une plus forte proportion de CSP « ouvriers». Cette différence est confirmée pour les élèves de lycée professionnel où 68 % des CSP sont du groupe « ouvriers» contre 50 % dans le reste du département.

Graphique 6 : Catégorie socioprofessionnelle des responsables des élèves scolarisés dans le 2<sup>nd</sup> degré. Année 2007-2008. Bassin du Haut-Allier.



Source : Rectorat de Clermont-Ferrand

Exploitation Obresa

## 4.5.5.2. Description des collégiens

## 4.5.5.2.1. Élèves boursiers

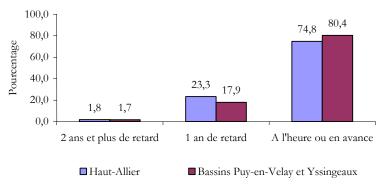
À la rentrée 2007, 1 890 élèves étaient scolarisés dans un collège (public et privé) du Haut-Allier, parmi eux, 575 étaient boursiers. 30,4 % des élèves de collège (établissements publics et privés) étaient boursiers contre 23,4 % dans les deux autres bassins.

## 4.5.5.2.2. Retard à l'entrée en 6ème

À l'entrée en 6<sup>ème</sup>, un élève scolarisé dans un établissement public du bassin du Haut-Allier sur quatre a au moins une année de retard. Cette proportion est plus importante que pour les élèves scolarisés en 6<sup>ème</sup> dans le reste du département.

Cette différence ne s'observe pas dans les établissements privés et elle disparait si l'on prend en compte les élèves scolarisés dans l'ensemble des établissements publics et privés. Des pratiques de scolarisation entre les établissements privés et publics différentes d'un bassin de formation à un autre pourraient expliquer ces disparités.

Graphique 7 : Âge à l'entrée en sixième à la rentrée 2007. Établissements publics. Année 2007-2008. Bassin du Haut-Allier.



Source : Rectorat de Clermont-Ferrand

Exploitation Obresa

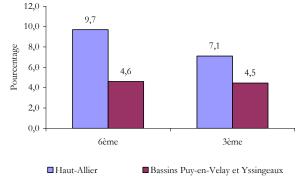
Les résultats d'une étude réalisée par l'Insee en 2007 [20] montraient que la majorité des élèves entrés en 6<sup>ème</sup> en 1995 poursuivent des études 10 ans plus tard. Cette situation est plus fréquente pour les filles, les enfants de cadres et surtout pour les élèves qui avaient effectué une bonne scolarité à l'école primaire, c'est-à-dire sans redoubler, ou ayant atteint un bon niveau de compétence en français et en mathématiques. Il semble que ce soit la situation scolaire des élèves au début du collège qui creuse les écarts les plus grands. De plus, les disparités liées à la catégorie sociales des parents sont également un facteur explicatif essentiel. Ces indicateurs sont également reliés aux sorties précoces des jeunes du système scolaire.

## 4.5.5.2.3. Élèves redoublants

La part de redoublants correspond à l'effectif d'élèves scolarisés, à un niveau donné, déjà scolarisés à ce même niveau l'année précédente (pas forcément dans l'établissement) divisé par l'effectif total de ce niveau. Cet indicateur comprend donc les redoublants provenant d'autres établissements et peut différer des préconisations des conseils de classe en matière de redoublements.

Dans les établissements publics et privés la proportion de redoublants en 6<sup>ème</sup> est plus importante dans le Bassin du Haut-Allier par rapport au reste du département. Dans les établissements publics, la part de redoublants en 3<sup>ème</sup> est plus élevée dans le bassin du Haut-Allier (7,1%) que dans le reste des établissements de Haute-Loire (4,5 %).

Graphique 8 : Part des redoublants en 6<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> en établissement public. Année 2007-2008. Bassin du Haut-Allier.

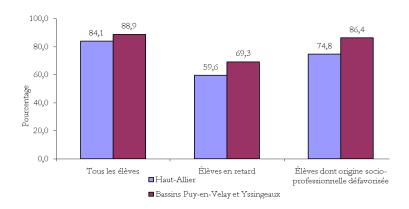


Source: Rectorat de Clermont-Ferrand

Exploitation Obresa

Sur 384 élèves présents au brevet des collèges à la session 2006 dans le bassin du Haut-Allier, 323 ont été admis. La part d'admis est plus faible que pour le reste du département.

Graphique 9 : Réussite au brevet des collèges – Session 2006. Année 2007-2008. Bassin du Haut-Allier.

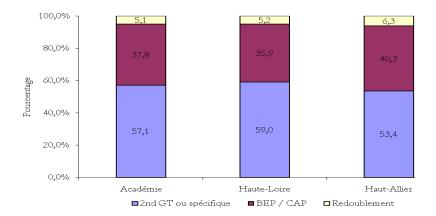


Source: Rectorat de Clermont-Ferrand

Exploitation Obresa

En juin 2007, la majorité des élèves du bassin du Haut-Allier en fin de troisième générale s'oriente vers une seconde générale technique ou spécifique. La répartition des différents types d'orientation est similaire au département ou à l'académie de Clermont-Ferrand.

Graphique 10 : Orientation en fin de troisième générale dans les établissements publics en juin 2007. Année 2007-2008. Bassin du Haut-Allier.



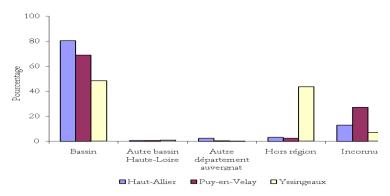
Source : Rectorat de Clermont-Ferrand

Exploitation Obresa

## 4.5.5.2.4. Origine des élèves

Ces données ne concernent pas les redoublants. 80,5 % des élèves en 6<sup>ème</sup> (hors redoublant) proviennent d'un établissement du bassin du Haut-Allier lui-même ce qui est plus important que dans les deux autres bassins (68,9 % pour le bassin du Puy-en-Velay et 48,5 % pour le bassin d'Yssingeaux). 2,5 % des élèves sont originaires d'un autre département d'Auvergne.

Graphique 11 : Origine des élèves en 6ème (hors redoublants) par bassin de formation. Bassin du Haut-Allier



Source : Rectorat de Clermont-Ferrand

Exploitation Obresa

## 4.5.5.3. Description des lycéens

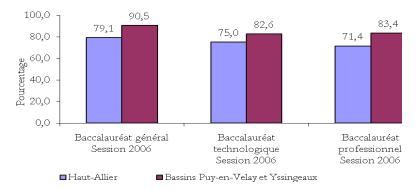
À l'entrée en seconde aucune différence n'est observée entre le bassin du Haut-Allier (public ou privé) et le reste du département. Quel que soit le statut de l'établissement, environ un élève sur 4 arrive en seconde générale et technologique avec au moins un an de retard.

Une différence est observée dans le privé lors de l'entrée en terminale générale et technologique. 28,3 % des élèves entrent en terminale avec au moins un an de retard dans l'établissement privé du bassin du Haut-Allier contre 45,5 % dans le reste du département. Ces résultats peuvent témoigner de pratiques d'orientation des élèves différentes.

Dans les établissements publics, la proportion de redoublants en seconde générale est plus élevée dans le bassin du Haut-Allier (22,1 %) que dans le reste du département (11,0 %). Ces données connaissent toutefois des variations importantes d'une année à l'autre.

Le taux de réussite au bac dans le bassin du Haut-Allier est plus faible que dans le reste du département. Cette différence n'est significative que pour le baccalauréat général. Cette tendance qui est observée depuis plusieurs années tend à se modifier. En effet, les résultats du baccalauréat à la session de juin 2007 montre un taux de réussite similaire entre les jeunes scolarisés dans les lycées de Brioude et ceux scolarisés dans les autres lycées du département.

Graphique 12 : Réussite au baccalauréat - Session 2006. Année 2007-2008. Bassin du Haut-Allier.



Source : Rectorat de Clermont-Ferrand

Exploitation Obresa

### 4.5.6. Les structures pour l'aide sociale à l'enfance

Les données sont issues du schéma départemental conjoint de protection de l'enfance de Haute-Loire [21]. Trois structures sont recensées sur le territoire : une maison d'enfants à caractère social (MECS) est située à Mazeyrat d'Allier, un lieu de vie à Bonneval et un centre éducatif renforcé (CER) à Félines.

Au niveau départemental, le constat posé dans le cadre du schéma départemental conjoint de protection de l'enfance montre que le nombre global de places est suffisant mais que la gestion au quotidien présente des difficultés liées :

- à la localisation géographique des établissements avec l'absence d'une maison d'enfants à caractère social sur le Brivadois ;
- à la capacité d'accueil selon l'âge (plus de place pour les adolescents que pour les petits) ;
- au dispositif du premier accueil et à la place du foyer de l'enfance.

En 2005, 31 % des jeunes accueillis dans les structures (MECS et lieux de vie) sont originaires d'un autre département. Depuis fin 2007, une MECS est implantée à Saint-Georges-d'Aurac.

En 2004, 14 % des assistants familiaux du département travaillent dans le pays de Lafayette. Il est constaté que le secteur du Brivadois est sous représenté. Lors du diagnostic élaboré dans le cadre du schéma, il ressort que le dispositif d'accueil est inégalement réparti sur le département, beaucoup notent la situation du Brivadois dépourvu d'accueils adaptés. Cette situation entraîne des contraintes de déplacements, des ruptures et une plus grande difficulté à impliquer les familles en cas de placement.

Du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2006, le nombre d'enfants placés au service de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans est plus faible chez les enfants domiciliés dans le pays de Lafayette (4,7 pour 1 000 enfants de moins de 20 ans) que dans le département (7,2 placements pour 1 000 enfants de moins de 20 ans). Cependant les taux sont similaires si l'on inclut les mesures éducatives (5,4 pour la Haute-Loire et 5,8 pour le pays de Lafayette).

## Enfance-jeunesse

La répartition des écoles primaires et des collèges semble répondre aux besoins du pays de Lafayette. Les territoires de Blesle et la Chaise-Dieu semblent plus fragiles du fait de petits effectifs. Les flux des élèves montrent que globalement les jeunes font l'ensemble de leur scolarité dans les établissements du bassin de formation du Haut-Allier. Mais, l'Insee note également que la présence de 2 lycées seulement peut contribuer à accroître la dépendance du pays vis-à-vis des centres urbains extérieurs.

Le bassin du Haut-Allier se différencie des deux autres bassins de Haute-Loire par un nombre d'élèves en retard à l'entrée en 6<sup>ème</sup>, par une proportion de redoublants en 6<sup>ème</sup> et en 3<sup>ème</sup> plus élevée et également par un taux de réussite au brevet des collèges et au bac général plus faible.

Les indicateurs du pays de Lafayette décrivent une situation plus défavorable que dans les deux autres bassins du département. Les étapes telles que la 6<sup>ème</sup> et la 2<sup>nde</sup> semblent plus difficiles à franchir.

Il convient donc de renforcer les actions qui permettent au plus grand nombre de poursuivre leur scolarité.

#### 4.6.1. Offres institutionnelles

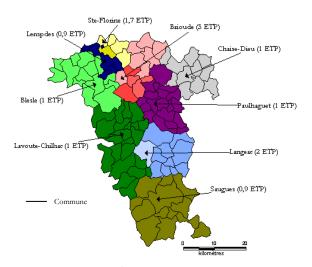
#### 4.6.1.1. Unité territoriale de Brioude

Le conseil général de Haute-Loire est organisé autour de quatre Unités territoriales (UT) : Brioude, Yssingeaux, Puy urbain et Puy rural. Les communautés de communes du Plateau de la Chaise-Dieu et du Pays de Saugues font partie de l'UT Puy rural.

Le pays de Lafayette bénéficie de 13 permanences d'assistantes sociales du conseil général. Globalement en 2008, sur ce territoire interviennent en équivalent temps plein (ETP) :

- ✓ 12,5 ETP d'assistante sociale ;
- ✓ 0,9 ETP d'assistante sociale en renfort sur l'ensemble de l'UT de Brioude ;
- ✓ 3,6 ETP de secrétaire médico sociale ;
- ✓ 3 ETP d'assistante sociale « RMI » sur l'ensemble de l'UT de Brioude ;
- ✓ 3 ETP d'assistante sociale « personnes âgées, personnes handicapées » sur l'ensemble de l'UT de Brioude ;
- ✓ 1 ETP d'assistante sociale « ASE » sur l'ensemble de l'UT de Brioude en complément de l'équipe située au Puy-en-Velay.

Carte 19 : Permanences des assistantes sociales et équivalent temps plein des assistantes sociales intervenant spécifiquement dans le pays de Lafayette en 2008.



Sources : Conseil général 43 – Unité territoriale de Brioude, IGN ©

Exploitation Obresa

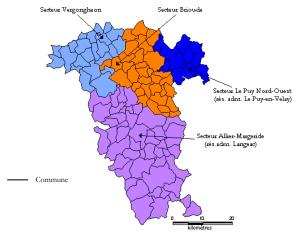
## 4.6.1.2. Secteur protection infantile maternelle (PMI)

Le pays de Lafayette est divisé en 4 secteurs PMI : Vergongheon, Brioude, Allier Margeride et le Puy Nord-ouest (qui dépend de l'UT du Puy rural).

Sur les trois secteurs de l'unité territoriale de Brioude interviennent en équivalent temps plein (ETP) :

- ✓ 0,8 ETP de médecin ;
- ✓ 0,6 ETP de sage-femme ;
- ✓ 2,5 ETP de puéricultrice ;
- ✓ 0,8 ETP d'assistante sociale « service accueil familial adulte » qui intervient sur l'ensemble du département.

Carte 20 : Secteurs de PMI en 2008. Pays de Lafayette.



Sources: Conseil général 43 – Unité territoriale de Brioude, IGN ©

Exploitation Obresa

## 4.6.2. Les structures d'aide aux personnes en difficulté

Des structures apportent une aide pour l'accès au logement et à l'aide alimentaire. Cette liste ne prétend pas être exhaustive mais elle permet de signifier que la société civile s'est organisée pour apporter une aide aux plus fragiles.

Tableau 14 : Liste des structures intervenant sur l'accès au logement et l'aide alimentaire en 2008. Pays de Lafayette.

T , TT			
Logement Urgence			
CCAS*	Brioude		
Trait d'union (CHRS**)	Brioude		
CCAS*	Langeac		
CCAS*	Sainte-Florine		
Aide alimentaire et aide vestimentaire			
Banque alimentaire	Sainte-Florine		
Croix-Rouge	Brioude		
Croix-Rouge	Langeac		
Restos du cœur	Brioude		
Restos du cœur	Langeac		
Restos du cœur	Sainte-Florine		
Restos du cœur	La Chaise-Dieu		
Secours catholique	Brioude		
Secours catholique	Paulhaguet		
Secours catholique	Saugues		
Secours populaire	Brioude		
Secours populaire	Sainte-Florine		
St Vincent de Paul	Langeac		

Sources : Sous-préfecture de Brioude, Mairie de Langeac, Mairie de Brioude, URIOPSS, IGN ©

Exploitation Obresa

Le centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), Alis Trait d'Union, propose un accueil de jour, un Centre d'accueil et d'hébergement d'urgence (CAHU) et des appartements d'insertion. Ce dispositif est complété par des appartements. L'association a remarqué une évolution de sa population avec de plus en plus de jeunes, de femmes et de personnes isolées.

<sup>\*</sup>CCAS: Centre communal d'action sociale

<sup>\*\*</sup> CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

Le rapport d'activité 2005 du CHRS donne le profil suivant des utilisateurs de l'accueil de jour :

- ✓ personnes en squat;
- ✓ personnes dans les abris de fortunes ou précaires ;
- ✓ personnes en errance et de passage à Brioude, préférant dormir dehors qu'au centre d'accueil, cherchant un abri de repos dans la journée ;
- ✓ jeunes de moins de 26 ans n'ayant pas de domicile fixe, vivant temporairement et alternativement chez des amis ou connaissances à Brioude;
- ✓ personnes en situation de précarité sociale et vulnérables (faibles ressources, logement précaire, sociabilité défaillante) domiciliées à Brioude, souhaitant rompre leur isolement social ;
- ✓ personnes en détresse psychique venues chercher conseils, écoutes et orientations ;
- ✓ personnes à difficultés chroniques (grande exclusion ou marginalité, pathologies psychiatriques, conduites addictives), nécessitant une orientation et une prise en charge urgente (unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (Upatou), centre médico psychologique, hospitalisation en psychiatrie).

Entre 2002 et 2005, la fréquentation de l'accueil de jour a régulièrement augmenté. Au 30 novembre 2006, la fréquentation était d'environ 12 personnes par jour d'ouverture. La population est plutôt jeune et masculine. Cependant, la population féminine a tendance à augmenter.

En ce qui concerne le CAHU, les 18-24 ans sont les plus nombreux à bénéficier de ce service. Mais il est noté un très net vieillissement de la population accédant au CAHU. 90 % des personnes hébergées au centre d'accueil sont originaires d'Auvergne dont 43 % de Haute-Loire.

Parmi l'ensemble des personnes reçues par le CHRS, il est noté une majorité d'hommes mais avec une tendance à la féminisation du public. Les différents services accueillent le plus souvent des jeunes de moins de 25 ans mais avec depuis peu l'augmentation ou l'apparition, selon les services, de personnes plus âgées. Cela peut témoigner d'une paupérisation plus importante des personnes de plus de 60 ans. La zone d'influence du CHRS correspond à l'arrondissement de Brioude. Toutefois, des échanges réguliers existent en lien avec les autres établissements du sud du Puy-de-Dôme.

## Offre de services

L'offre en services sociaux couvre le territoire. Elle correspond à une offre institutionnelle (unité territoriale du conseil général) complétée par une offre associative développée.

Le pays de Lafayette est partagé entre deux unités territoriales : le Puy rural comprenant les communautés de communes de la Chaise-Dieu et de Saugues et l'unité territoriale de Brioude qui couvre le reste du pays de Lafayette.

Le centre d'hébergement et de réinsertion sociale voit la population accueillie se modifier au cours du temps. Elle se compose majoritairement d'hommes jeunes. Mais se développe l'arrivée de personnes de plus de 60 ans et de femmes. La population fréquentant le CHRS de Brioude semble correspondre aux situations de précarisation rencontrées sur l'arrondissement.

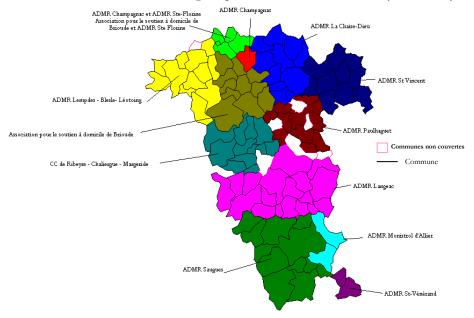
# 5. Équipements sanitaires

## 5.1. Les services d'aide aux personnes

## 5.1.1. Les secteurs d'aide ménagère

Les structures d'aide ménagère jouent un rôle dans le maintien à domicile des personnes âgées. En 2001, sept communes du pays de Lafayette n'étaient pas couvertes par une association d'aide ménagère dont 5 communes de la CC du Pays de Paulhaguet.

Carte 21 : Structure d'aide ménagère par commune en 2001. Pays de Lafayette



Sources : Urcam Auvergne – Enquête Drass Auvergne octobre 2001, IGN ©

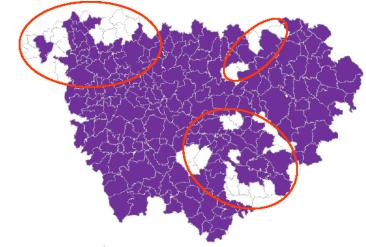
ADMR: Association du service à domicile

Exploitation Obresa

## 5.1.2. Les territoires d'action des associations de portage de repas

Les services de portage de repas à domicile s'adressent aux personnes âgées vivant seules et ont pour but de leur offrir des repas réguliers et équilibrés. En 2008, les communautés de communes du Pays de Blesle et Auzon communauté ne sont pas totalement couvertes par une structure de portage de repas.

Carte 22 : Structures de portage de repas par commune. Pays de Lafayette

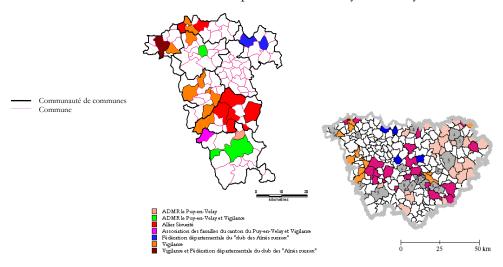


Sources : ENEIS Conseil, conseil général 43, IGN ©

### 5.1.3. Les territoires d'action des associations de téléalarme

La téléalarme offre une présence permanente aux personnes âgées, handicapées, invalides, qui sont particulièrement soumises à d'importants risques physiques, chutes ou malaises. Attention, les données disponibles datent de 2001, la situation est probablement différente aujourd'hui.

Carte 23 : Associations de téléalarme par commune. Pays de Lafayette



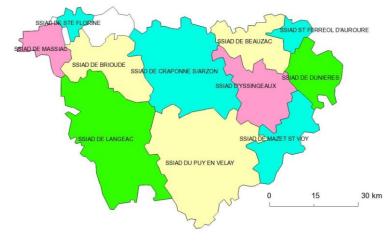
Sources: Urcam Auvergne - Enquête Drass Auvergne octobre 2001, IGN ©

Exploitation Obresa

#### 5.1.4. Les zones d'autorisation des Ssiad

Les Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) sont des alternatives à l'hospitalisation ou à l'hébergement en institution. Ils ont pour objectif de maintenir le plus possible les personnes dans leur environnement familial et personnel. Ils s'adressent à toutes personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, ou bien aux personnes handicapées âgées de moins de 60 ans sur prescription médicale. Quatre Ssiad interviennent sur le territoire du pays de Lafayette : Auzon/Sainte-Florine, Brioude, ADMR Blesle/Massiac, Langeac. La zone la plus rurale de la communauté de communes d'Auzon communauté n'est pas encore couverte par une zone d'autorisation Ssiad. De plus, certaines structures sont en cours d'extension et quelques communes ne semblent pas encore couvertes, début 2008, notamment au niveau des CC du Plateau de la Chaise-Dieu, et du Langeadois.

Carte 24 : Zones d'autorisation des Ssiad en Haute-Loire 2008. Pays de Lafayette 2007



Source : Drass - Finess Décembre 2008 ©Articque

Le département de la Haute-Loire ne dispose pas de Centre local d'information et de coordination gérontologique (Clic), guichet d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation destiné aux personnes âgées et à leur entourage.

## 5.2. Les structures d'accueil pour personnes âgées

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, le pays de Lafayette recense 9 structures d'hébergement pour personnes âgées : 7 Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), un logement-foyer et une maison de retraite. La résidence St-Dominique à Brioude propose également un accueil adapté aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (10 places en hébergement complet et 10 places en accueil de jour). L'ensemble de ces structures représente 689 places installées.

Ces structures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées sont présentes sur les communes de Brioude, la Chaise-Dieu, Saugues, Paulhaguet, Sainte-Florine, Langeac, Lavoûte-Chilhac.

Le taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées (lits de maisons de retraite, logements de logements-foyers et lits d'hébergements temporaires) du pays de Lafayette est plus faible que celui de Haute-Loire. Il est de 131,8 pour 1 000 habitants de plus de 75 ans (Insee RP 1999) dans le pays de Lafayette et de 176,2 ‰ en Haute-Loire.

## 5.3. Les structures d'accueil et d'hébergement pour personnes handicapées

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, le pays de Lafayette comptabilise 5 structures d'accueil et d'hébergement pour adultes handicapés situées à Langeac et Vergongheon :

- ✓ un foyer d'hébergement pour adultes handicapés (38 places);
- ✓ un foyer de vie (26 places dont 4 d'accueil temporaire) ;
- ✓ un foyer d'accueil médicalisé (27 places) ;
- ✓ un établissement et service d'aide par le travail (75 places) ;
- ✓ une entreprise adaptée (29 places).

Tableau 15 : Taux d'équipement par catégorie d'établissement : lits ou places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2008. Pays de Lafayette

	Pays de Lafayette	Haute-Loire
Foyer d'hébergement	1,7	1,7
Foyer de vie	1,2	0,2
Foyer d'accueil médicalisé	1,2	1,3
Entreprise adaptée	1,3	0,6
Établissements et services d'aide par le travail	3,3	4,2

Sources: Drass Auvergne – Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), Insee RP99

Exploitation Obresa

Pour l'accueil des enfants ou adolescents handicapés, trois structures sont présentes sur le territoire du pays de Lafayette :

- ✓ l'institut médico éducatif (IME) Bergoide à Vergongheon (38 places)
- ✓ le Centre d'Adaptation scolaire d'intégration et d'apprentissage (Casia) à la Chaise-Dieu (45 places en IME et 15 places en institut médico professionnel)
- ✓ l'institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) Centre Lafayette à Chavaniac-Lafayette (54 places). Il comprend 2 antennes l'une à Brioude et l'autre à Langeac.

Le pays de Lafayette comprend également 4 Classes d'intégration scolaire (Clis) (Sainte-Florine, Brioude et Langeac) et une Unité pédagogique d'intégration (UPI) à la Chaise-Dieu. Un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) est implanté à Brioude depuis juin 2008.

## 5.4. Les établissements de santé

En 2005, un centre hospitalier et une clinique étaient installés à Brioude ainsi qu'un hôpital local à Langeac.

En 2005, le centre hospitalier de Brioude a comptabilisé 1 659 séjours et la clinique St-Dominique 1 814 séjours. 87,0 % des séjours concernent des personnes domiciliées en Haute-Loire, 10,8 % des personnes domiciliées dans un des trois autres départements d'Auvergne et 2,2 % sont domiciliées dans une autre région.

La clinique St-Dominique est une structure d'accueil de personnes âgées dépendantes depuis fin 2007.

Tableau 16 : Activité des établissements de santé en 2005. Pays de Lafayette

	Type d'activité	Hospitalisation complète Nombre de lits installés	Anesthésie ou chirurgie ambulatoire Nombre de places	Nombre de consultations de soins externes
	Centre Hospitalier	296		161
Brioude	Clinique St-Dominique	40	3	3705
	Soins de longue durée	45		
Langeac	Hôpital local	225		
	Soins de longue durée	60		

Source : Drass Auvergne – SAE

Exploitation Obresa

Le centre hospitalier de Brioude et l'hôpital local de Langeac proposent également plusieurs consultations externes hospitalières. Le centre hospitalier de Brioude propose des consultations en imagerie médicale, néphrologie (dialyse), médecine diabète, dermatologie, cardiologie, plaies chroniques. L'hôpital local de Langeac propose quant à lui des consultations en ophtalmologie, cardiologie et diététique. Un centre périnatal de proximité dépend également du centre hospitalier de Brioude.

### 5.5. Les secteurs de la permanence des soins

### 5.5.1. Les secteurs de garde des médecins généralistes

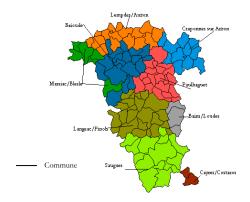
La sectorisation a pour but de déterminer les zones dans lesquelles l'accès aux soins, délivrés par des professionnels libéraux la nuit, les dimanches et les jours fériés, est assuré pour la population. La taille du secteur délimité doit permettre un exercice « normal » de distribution des soins pour le professionnel et d'accès aux soins pour le patient<sup>5</sup>. Le pays de Lafayette est couvert par neuf secteurs de garde.

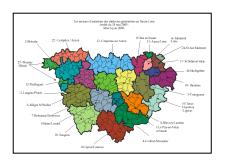
Le département était divisé en 25 secteurs. La création de la maison de garde de Craponne-sur-Arzon a permis, début de l'année 2006, la fusion de trois secteurs : Craponne/Arzon, St-Pal en Chalencon et la Chaise-Dieu. Sur ce secteur, la permanence est désormais assurée par deux effecteurs, le premier délivrant les soins au cabinet, le second effectuant les visites à domicile.

Diagnostic sanitaire et social – Pays de Lafayette (43)

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Circulaire DHOS/SDO n°2002-399 du 15 juillet 2002

Carte 25 : Les secteurs d'astreinte des médecins généralistes dans le Pays de Lafavette en 2008.





Sources: Urcam Auvergne – Arrêté du 18 mai 2005 – Mise à jour 2006, IGN ©

Exploitation Obresa

Une réflexion portant sur les secteurs de permanences des soins est en cours en Haute-Loire.

## 5.5.2. Les secteurs de garde ambulancière

Les secteurs de garde ambulancière ont également pour objectif une bonne organisation de la permanence des soins. En 2004, six secteurs de garde ambulancière sont présents sur le département de la Haute-Loire. Quatre secteurs interviennent au sein du pays de Lafayette, les deux secteurs les plus importants couvrent Brioude et Saugues. À l'est du territoire le secteur de Bellevue la Montage concerne le Plateau de la Chaise-Dieu et celui du Puy-en-Velay une partie des CC du Langeadois et du Pays de Saugues.

Carte 26 : Les secteurs de garde ambulancière en Haute-Loire. Pays de Lafayette



Sources: Urcam Auvergne – DDASS/CPAM, IGN ©

Exploitation Obresa

## 5.5.3. Les zones Smur

Les Services mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) sont des groupes de véhicules sanitaires répartis dans les départements. Ces services médicaux d'urgences ont des aires d'actions prédéfinies par le Comité départementale de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins (Codamups). Une structure d'urgences est opérationnelle à Brioude avec une antenne Smur qui est rattachée au Smur localisé à Issoire.

La 2<sup>ème</sup> révision du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) Auvergne 2006-2011 donne entre autre des éléments généraux sur l'accueil et le traitement des urgences en Auvergne. Une carte issue de ce document est reprise ci-dessous.

Situation au 31/03/06 (SROS Initial)

Terribles de sante

Anbara Thurs

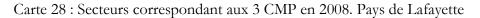
Frode

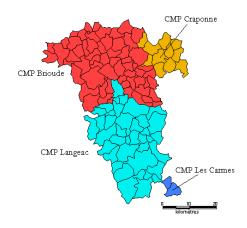
Carte 27 : Accueil et traitement des urgences en Auvergne

## 5.5.4. Les secteurs psychiatriques

Tous les départements en France sont découpés en secteurs psychiatriques. Chacun de ces secteurs dispose d'équipes médico-sociales (psychiatres, infirmiers, psychologues, assistantes sociales ...) rattachées à un centre hospitalier. Ces équipes prennent en charge, au plus près de leur domicile, la population de la zone géographique couverte par leur secteur. Les équipes des secteurs de psychiatrie adulte répondent aux besoins de santé mentale de la population âgée de plus de 16 ans.

Les habitants du pays de Lafayette sont concernés par 3 centres médico psychologique (CMP) situés à Brioude, Langeac et Craponne.





Sources : Ddass 43, IGN © Exploitation Obresa

L'hospitalisation de jour se déroule à Brioude et est accessible aux enfants et aux adultes.

## Équipements sociaux et sanitaires

Le pays de Lafayette a un taux d'équipement moins important que la Haute-Loire en ce qui concerne le nombre de places d'assistantes maternelles rapporté au nombre d'enfants de moins de 3 ans et le nombre de places en structure d'accueil pour personnes âgées.

Le territoire n'est pas complètement couvert par les structures de portage de repas et les Services de soins infirmiers à domicile. Des communes non desservies existent encore dans les communautés de communes d'Auzon communauté, du Plateau de la Chaise-Dieu, du Pays de Blesle et du Langeadois.

Les structures orientées sur l'accueil des adultes handicapés semblent correspondre aux besoins. Cela ne signifie pas que les établissements ne soient pas confrontés parfois à un manque de place pour les personnes domiciliées dans le pays de Lafayette ou en Haute-Loire.

Le territoire étudié comprend un centre hospitalier à Brioude et un hôpital local à Langeac.

Les secteurs d'astreinte des médecins généralistes, des gardes ambulancière couvrent l'ensemble du pays de Lafayette. Ce dispositif est renforcé par la présence d'une antenne Smur au centre hospitalier de Brioude.

Avec la présence de 3 centres médico psychologique (CMP), l'ensemble des communes du pays de Lafayette est relié à un CMP.

# 6. État de santé de la population

#### 6.1. Données de mortalité

<u>Avertissement</u>: Pour le calcul des indices comparatifs de mortalité (ICM), les populations utilisées pour le département et la région sont celles de 2000 à 2004 alors que, pour le pays de Lafayette, la population du recensement de 1999 a été utilisée, les populations à l'échelle communale n'étant disponibles qu'à cette date. Les ICM sont comparés à la population française métropolitaine.

Entre 2000 et 2004, 3 012 décès ont été recensés parmi les habitants du pays de Lafayette, 1 606 chez les hommes et 1 406 chez les femmes. Il est observé une moyenne de 600 décès par an sur ce territoire (321 chez les hommes et 281 chez les femmes).

Comme pour le département de Haute-Loire les principales causes de décès sont les tumeurs malignes (498 décès cumulés de 2000 à 2004) puis les maladies de l'appareil circulatoire (443 décès cumulés de 2000 à 2004).

Tableau 17 : Nombre de décès cumulés par pathologies sur la période 2000-2004. Pays de Lafayette

	Но	omme	Fe	mme
Pathologie	Pays de Lafayette	Haute-Loire	Pays de Lafayette	Haute-Loire
Tumeurs malignes	498	1 975	291	1 302
Maladies de l'appareil circulatoire	443	1 714	501	1 939
Maladies de l'appareil respiratoire	105	399	103	377
Traumatisme	127	522	95	353
dont Accident de transport	19	90	6	29
dont Suicide	31	163	16	50
Maladies infectieuses et parasitaires	32	101	38	121
Troubles mentaux	47	177	47	293
Maladies de l'appareil digestif	83	288	61	229
Diabète sucré	43	140	35	165
Autres causes	228	861	235	1 073
Total de décès	1 606	6 177	1 406	5 852

Source : Inserm CepiDC

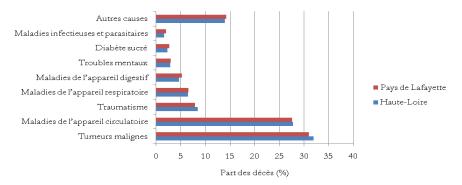
Exploitation Obresa

# 6.1.1. Les principales causes de décès chez les hommes

La répartition des causes de décès chez les hommes domiciliés dans le pays de Lafayette est semblable à celle des personnes domiciliées en Haute-Loire (Graphique 13).

Parmi ces décès, 78 % sont survenus chez des hommes de plus de 65 ans, 20 % chez des hommes entre 35 et 64 ans et 2 % chez les moins de 35 ans.

Graphique 13 : Part des principales causes de décès chez les hommes entre 2000 et 2004. Pays de Lafayette



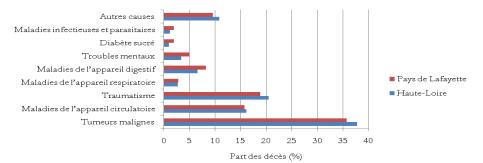
Sources: Inserm CepiDC, Insee - RP99

Exploitation Obresa

Sur la période 2000-2004, 111 décès masculins sont liés à l'alcool (annexe 5) soit 6,9 % des décès et 248 au tabac (annexe 5) soit 15,4 %. Les proportions sont similaires à celles observées en Haute-Loire.

En fonction de l'âge les causes de mortalité varient. Pour les hommes de moins de 65 ans, les tumeurs malignes restent responsables de la majorité des décès mais sont suivies des décès par traumatismes.

Graphique 14 : Part des causes de décès chez les hommes âgés de moins de 65 ans entre 2000 et 2004. Pays de Lafayette

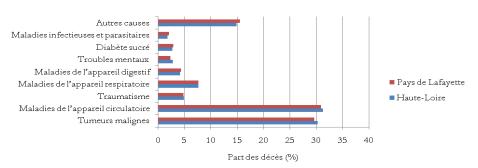


Sources: Inserm CepiDC, Insee - RP99

Exploitation Obresa

Les décès des hommes de plus de 65 ans sont principalement dus aux maladies de l'appareil circulatoire, suivis des tumeurs malignes. La répartition des causes de décès est similaire entre le pays de Lafayette et la Haute-Loire. (Graphique 15).

Graphique 15 : Part des causes de décès chez les hommes âgés de plus de 65 ans entre 2000 et 2004. Pays de Lafayette



Sources: Inserm CepiDC, Insee - RP99

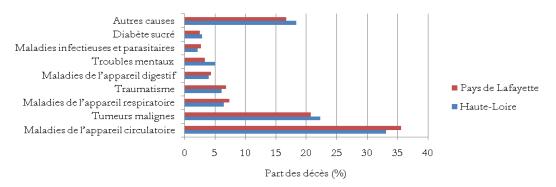
Exploitation Obresa

## 6.1.2. Les principales causes de décès chez les femmes

Chez les femmes domiciliées dans le pays de Lafayette, les principales causes de décès sont dues aux maladies de l'appareil circulatoire (501 décès cumulés sur 5 ans) et aux tumeurs malignes (291 décès sur 5 ans).

La répartition des causes de décès chez les femmes domiciliées en Haute-Loire et dans le pays de Lafayette montre une différence. La part des décès dus à un trouble mental est plus faible qu'en Haute-Loire : 3,3 % chez les femmes du pays de Lafayette contre 5,0 % chez les femmes de Haute-Loire.

Graphique 16 : Part des principales causes de décès chez les femmes entre 2000 et 2004. Pays de Lafayette



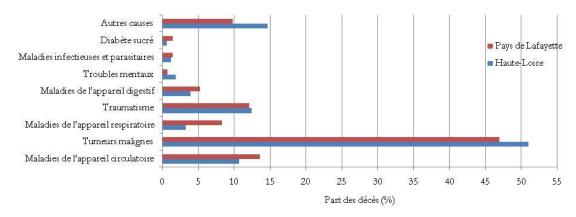
Sources: Inserm CepiDC, Insee - RP99

Exploitation Obresa

Parmi ces décès, 90,7 % sont survenus chez des femmes de plus de 65 ans, 8,7 % chez des femmes entre 35 et 64 ans et 0,6 % chez les moins de 35 ans.

Sur la période 2000-2004, 14 décès féminins sont liés à l'alcool (annexe 5) soit 1,0 % des décès et 133 au tabac (annexe 5) soit 9,5 %. Les proportions sont similaires à celles observées en Haute-Loire.

Graphique 17 : Part des causes de décès chez les femmes âgées de moins de 65 ans entre 2000 et 2004. Pays de Lafayette

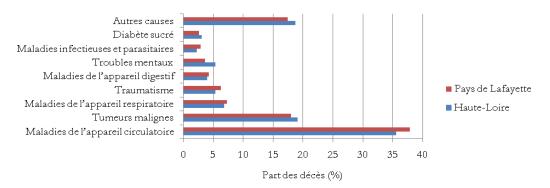


Sources: Inserm CepiDC, Insee - RP99

Exploitation Obresa

La part de décès par troubles mentaux est plus faible chez les femmes de plus de 65 domiciliées dans le pays de Lafayette (3,6 %) que pour l'ensemble du département (4,1 %).

Graphique 18 : Part des causes de décès chez les femmes âgées de plus de 65 ans entre 2000 et 2004. Pays de Lafayette



Sources: Inserm CepiDC, Insee - RP99

Exploitation Obresa

# 6.1.3. Une surmortalité observée au sein du pays de Lafayette par rapport à la France métropolitaine

Le pays de Lafayette et la Haute-Loire se distinguent par une mortalité générale masculine plus élevée qu'en France métropolitaine sur la période 2000-2004.

Un décès est considéré comme prématuré lorsqu'il survient avant l'âge de 65 ans. Le pays de Lafayette présente une surmortalité prématurée chez les hommes.

De même, l'étude des décès survenant après 65 ans montre une surmortalité masculine, surmortalité observée également au niveau du département. Les hommes sont plus concernés par des indicateurs moins favorables que les femmes.

<u>Avertissement</u>: Les ICM calculés sur la période 2000-2004 correspondent parfois à de faibles effectifs de décès.

Concernant les causes de mortalité telles que les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs malignes, les maladies de l'appareil respiratoire le pays de Lafayette ne présente pas de particularité par rapport à la France métropolitaine (Tableau 18).

Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme « évitables », c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient entraîner que peu de décès avant 65 ans.

La liste des causes de décès évitables utilisée a été établie par les Observatoires régionaux de la santé (ORS) en s'inspirant à la fois des travaux européens menés sous l'égide du Comité d'actions concertées « Health Services Research » et des travaux menés au sein du service d'information sur les causes médicales de décès de l'Inserm.

Elle inclut les décès avant 65 ans par typhoïde, tuberculose, tétanos, sida, cancer de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, de la peau, du sein, de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémies, psychose alcoolique et cirrhose du foie, cardiopathies rhumatismales chroniques, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, grippe, asthme, ulcères, mortalité maternelle, accidents de la circulation, chutes accidentelles et suicides.

Tableau 18 : Surmortalité significative observée dans le pays de Lafayette et en Haute-Loire. Période 2000-2004. Pays de Lafayette

		Ensemble		Но	omme	Femme		
		Lafayette	Haute-Loire	Lafayette	Haute-Loire	Lafayette	Haute-Loire	
Mortalité générale	Effectif*	602	2 406	321	1 235	281	1 170	
Wortante generale	ICM**	104,1	106,4	110,4	108,6	-	103,8	
Mortalité chez les	Effectif*	505	2 005	250	950	255	1 055	
personnes de plus de 65 ans	ICM**	-	107,5	108,3	111,0	-	104,6	
Mortalité prématurée	Effectif*	97	401	71	286	26	116	
- Wortante prematuree	ICM**	116,1	-	118,5	-	-	-	
Traumatisme	Effectif*	44	175	25	104	19	71	
	ICM**	115,3	110,0	-	113,2	-	-	
Maladies de l'appareil	Effectif*	29	103	17	58	12	46	
digestif	ICM**	-	-	125,4	-	-	-	
Mortalité liée à l'alcool	Effectif*	25	91	***nc	79	***nc	12	
Mortante nee a raicoor	ICM**	124,3	-	137,4	115,3	-	65,2	
Diabète sucré	Effectif*	16	61	9	28	7	33	
Diabete sucre	ICM**	-	126,2	151,4	127,6	-	124,7	
Maladies infectieuses et parasitaires	Effectif*	14	44	6	20	8	24	
	ICM**	126,4	-		-		-	
Mortalité évitable liée aux	Effectif*	33	136	***nc	112,6	***nc	24	
comportements à risque	ICM**	118,5	-	119,5	-	-	-	

Sources: Inserm CepiDC, Insee - RP99

Exploitation Obresa

Les travaux européens classent les décès « évitables » en deux groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence. Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action sur les facteurs de risques individuels, par exemple décès par cancer du poumon, alcoolisme ou encore accidents de la circulation.

Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels.

La surmortalité observée chez les habitants du pays de Lafayette semble particulièrement liée à des comportements à risque. En effet, une surmortalité de l'ordre de 18 % est observée pour l'ensemble des sexes et de 19 % chez les hommes.

<sup>\*</sup>Effectif: nombre annuel moyen de décès sur la période 2000-2004

<sup>\*\*</sup>ICM : seules les surmortalités ou sous-mortalités significatives sont indiquées

<sup>\*\*\*</sup>Nc : non communicable. Au moins un des effectifs par sexe est inférieur à 6

Au sein du pays de Lafayette, 4 communautés de communes présentent des particularités.

Auzon communauté est la communauté de communes où les données de mortalité semblent les plus défavorables. Entre parenthèses sont précisés les ICM et le nombre annuel moyen de décès sur la période 2000-2004 :

- ✓ Surmortalité générale masculine (ICM = 118 ; 60 décès par an en moyenne) ;
- ✓ Surmortalité précoce masculine (ICM = 130 ; 16 décès par an en moyenne) ;
- ✓ Surmortalité par maladies de l'appareil respiratoire tout sexe confondu (ICM = 146 ; 10 décès par an en moyenne) et masculine (ICM = 175) ;
- ✓ Surmortalité masculine par maladies de l'appareil digestif (ICM = 167) ;
- ✓ Surmortalité par traumatisme tout sexe confondu (ICM = 151; 11 décès par an en moyenne) et masculine (ICM = 164);
- ✓ Surmortalité par suicide tout sexe confondu (ICM = 168 ; moins de 6 décès par an en moyenne).

La CC du Pays de Saugues. Entre parenthèses sont précisés les ICM et le nombre annuel moyen de décès sur la période 2000-2004 :

- ✓ Surmortalité générale pour l'ensemble des sexes (ICM = 112; 65 décès par an en moyenne);
- ✓ Surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire pour l'ensemble des sexes (ICM = 122 ; 22 décès par an en moyenne) ;
- ✓ Surmortalité par maladie de l'appareil respiratoire chez les femmes (ICM = 180).

La CC du Langeadois. Entre parenthèses sont précisés les ICM et le nombre annuel moyen de décès sur la période 2000-2004 :

- ✓ Surmortalité générale chez les hommes (ICM = 121 ; 66 décès par an en moyenne) ;
- ✓ Surmortalité générale chez les hommes de plus de 65 ans (ICM = 122 ; 55 décès par an en moyenne) ;
- ✓ Sous mortalité générale chez les femmes de plus de 65 ans (ICM = 88, 50 décès par an en moyenne);
- ✓ Surmortalité par maladies liées à l'alcool chez les hommes (ICM = 161 ; moins de 6 décès par an en moyenne) ;
- ✓ Surmortalité par maladies infectieuses et parasitaire tout sexe confondu (ICM = 190).

La CC du Pays de Paulhaguet. Entre parenthèses sont précisés les ICM et le nombre annuel moyen de décès sur la période 2000-2004 :

- ✓ Surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire tout sexe confondu (ICM = 129 ; 22 décès par an en moyenne) et masculine (ICM = 131) ;
- ✓ Sous mortalité par tumeurs malignes chez les femmes (ICM = 58; moins de 6 décès par an en moyenne).

#### 6.2. Données de morbidité

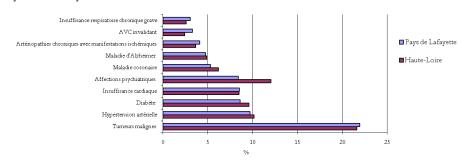
# 6.2.1. Les affections de longue durée

Ces données concernent les nouveaux bénéficiaires d'affection longue durée (ALD) en 2004. Elles sont déclinées au niveau des codes postaux du lieu de résidence et non de la commune. Il a donc été pris en compte quelques communes ne faisant pas partie du territoire mais ayant le même code postal qu'une des communes de la zone (Alleyras, Barges, Landos, Rauet, Saint Didier d'Allier, Saint Haron, et Saint Privat d'Allier). Ce territoire couvre donc une population de 46 676 habitants.

En 2004, d'après les trois régimes de l'assurance maladie, 1 095 nouveaux bénéficiaires d'une ALD (5 082 en Haute-Loire) ont été enregistrés. Avec un taux comparatif de 19,5 pour 1 000 personnes, la zone étudiée enregistre moins de nouveaux bénéficiaires d'une ALD que le département de la Haute-Loire (22,2 pour 1 000 personnes).

2,3 % de ces nouveaux bénéficiaires ont été comptabilisés chez les personnes âgées de moins de 20 ans, 8,4 % chez les personnes âgées de 20 à 39 ans, 29,8 % chez les 40-59 ans et 59,5 % chez les personnes âgées de 60 ans ou plus.

Graphique 19 : Répartition des nouveaux bénéficiaires d'une ALD par causes principales en 2004. Pays de Lafayette



Sources : Cnamts, RSI, MSA Exploitation Obresa

Dans la zone étudiée, les tumeurs malignes, affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique sont les motifs les plus fréquents de nouveaux bénéficiaires d'ALD tout âge confondu, suivis de l'hypertension artérielle, du diabète de type 1 ou 2 et des insuffisances cardiaques.

La répartition des causes d'ALD est similaire entre le pays de Lafayette et la Haute-Loire, excepté pour les affections psychiatriques de longue durée. En effet, les affections psychiatriques de longues durées se trouvent être le 5ème motif de reconnaissance en ALD alors qu'elles sont à la deuxième position pour les nouveaux bénéficiaires en Haute-Loire et leur part est plus importante en Haute-Loire.

Les motifs de ces nouveaux bénéficiaires d'ALD diffèrent toutefois selon l'âge et les différences observées peuvent être dues aux différences de structures par âge des différents territoires.

Les motifs d'ALD varient selon l'âge des patients. Chez les moins de 20 ans, les principaux motifs d'ALD sont les affections psychiatriques de longue durée, les insuffisances cardiaques et troubles du rythme grave et les tumeurs malignes. Chez les patients de 20 à 29 ans, les principaux motifs sont la scoliose structurale évolutive, les affections psychiatriques de longue durée et les tumeurs malignes. Chez les patients de 40 à 59 ans, les motifs sont les polypathologies, la sclérose en plaque ainsi que les hémoglobinopathies. Et enfin chez les patients de plus de 60 ans, les principaux motifs sont les tumeurs malignes, l'hypertension artérielle sévère et les insuffisances cardiaques et troubles du rythme grave.

Entre le pays de Lafayette et la Haute-Loire quelques différences apparaissent :

- ✓ Chez les 40 à 59 ans, il est observé une part d'ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences plus importante en Haute-Loire (6 %) que dans le pays de Lafayette (2 %), la même différence est observée pour les maladies chroniques actives du foie et cirrhoses : 4 % pour la Haute-Loire et 1 % dans le pays de Lafayette.
- ✓ Chez les 20 à 39 ans, la part d'ALD pour affections psychiatriques de longue durée est plus importante en Haute-Loire (35 %) que dans le pays de Lafayette (24 %).

## 6.2.2. L'hospitalisation

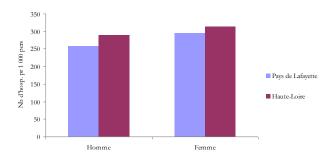
#### 6.2.2.1. Les séjours hospitaliers

Les données d'hospitalisation sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Dans cette base de données, l'enregistrement se fait au niveau des codes postaux du lieu de résidence et non par la commune de résidence. Pour cette partie, il a donc été pris en compte les communes ne faisant pas partie du territoire mais ayant le même code postal qu'une des communes de la zone (Alleyras, Barges, Landos, Rauet, Saint Didier d'Allier, Saint Haron, et Saint Privat d'Allier). Ce territoire couvre donc une population de 46 676 habitants.

Il a été enregistré 14 481 hospitalisations au cours de l'année 2005 sur le territoire étudié, soit un taux d'hospitalisation de 310 pour 1 000 personnes. Ce taux est de 288 hospitalisations pour 1 000 hommes et 318 hospitalisations pour 1 000 femmes.

Afin d'éliminer les biais liés à la structure par âge de la population, les taux comparatifs d'hospitalisation<sup>6</sup> ont été calculés. Avec un taux comparatif de 284 hospitalisations pour 1 000 personnes, la zone étudiée enregistre moins d'hospitalisations que dans le département de Haute-Loire (302 hospitalisations pour 1 000 personnes). Cette différence entre le pays de Lafayette et le département est également présente chez les hommes et chez les femmes.

Graphique 20: Taux comparatifs d'hospitalisation par sexe en 2005. Pays de Lafayette



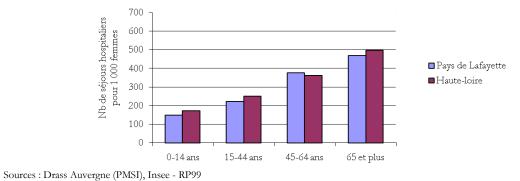
Sources: Drass Auvergne (PMSI), Insee - RP99

Exploitation Obresa

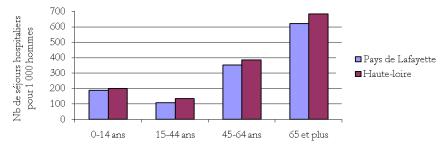
Le nombre de séjours hospitaliers augmente avec l'âge chez les femmes. Chez les hommes, le taux d'hospitalisation le plus faible est chez les 15-44 ans. Quel que soit l'âge, le taux d'hospitalisation est plus faible parmi les personnes domiciliées dans le pays de Lafayette que celles domiciliées dans le département. L'inverse est observé chez les femmes de 45 à 64 ans.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Il s'agit de taux calculés en appliquant aux taux par âge observés la structure par âge de la population française en 2005. Cette méthode élimine les effets de la structure par âge et permet des comparaisons entre populations de structures d'âge différentes.

Graphique 21: Taux d'hospitalisation par âge chez les femmes en 2005. Pays de Lafayette



Graphique 22 : Taux d'hospitalisation par âge chez les hommes en 2005. Pays de Lafayette



Sources: Drass Auvergne (PMSI), Insee - RP99

Exploitation Obresa

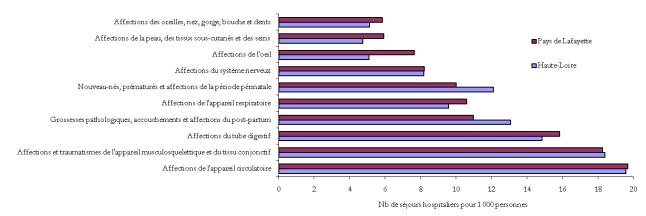
Exploitation Obresa

Les données utilisées concernant l'hospitalisation par pathologie n'étant pas déclinées par âge, ces taux ne peuvent pas être standardisés. Les différences de structure par âge des populations étudiées peuvent de ce fait influer sur les différences des taux observés entre les territoires.

En 2005, dans le pays de Lafayette comme dans le département de Haute-Loire, la première cause d'hospitalisation est les affections de l'appareil circulatoire avec 19,7 hospitalisations pour 1 000 habitants. Viennent ensuite les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, les affections du tube digestif, les grossesses pathologiques, les affections de l'appareil respiratoire.

Les taux brut d'hospitalisation concernant les grossesses pathologiques et les nouveaux prématurés sont plus faibles pour les habitants du pays de Lafayette que ceux de Haute-Loire. Tandis que les taux d'hospitalisation pour maladies de l'appareil respiratoire, affections de l'œil, affections cutanées ou affections ORL sont plus élevés au sein du pays de Lafayette que dans le département. Ces différences peuvent s'expliquer par la structure par âge de la population du pays.

Graphique 23: Taux d'hospitalisation selon la pathologie en 2005. Pays de Lafayette



Sources: Drass Auvergne (PMSI), Insee

Exploitation Obresa

En 2005, chez les hommes, les affections de l'appareil circulatoire sont la principale cause d'hospitalisation (21 hospitalisations pour 1 000 hommes), suivie des affections du tube digestif (18 hospitalisations pour 1 000 hommes), des affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique (17 hospitalisations pour 1 000 hommes) et des affections de l'appareil respiratoire (13 hospitalisations pour 1 000 hommes).

Chez les femmes, les grossesses pathologiques, les accouchements et affections du post-partum sont les principales causes d'hospitalisation (22 hospitalisations pour 1 000 femmes) suivies des affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif et des affections de l'appareil circulatoire (19 hospitalisations pour 1 000 femmes).

Excepté chez les personnes de 45 à 64 ans, la part de séjours de moins de 2 jours est moins importante chez les patients domiciliés dans le pays de Lafayette que chez les patients de Haute-Loire.

Les causes d'hospitalisation par âge illustrent la spécificité des pathologies selon l'âge. Chez les patients de moins de 15 ans, les principales causes d'hospitalisation sont les pathologies chez les nouveaux nés, prématurés et les affections de la période périnatale, les affections du tube digestif et les affections ORL.

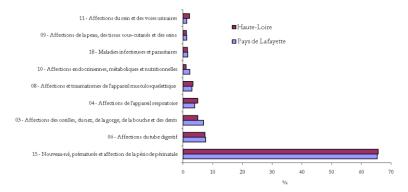
Chez les personnes de 15 à 44 ans, les principales causes d'hospitalisation sont liées aux grossesses pathologiques, accouchements et les affections du post-partum, aux affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique ainsi qu'aux affections ORL.

Chez les personnes de plus de 45 ans, les principales causes d'hospitalisation sont les affections de l'appareil circulatoire, les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique, et les affections du tube digestif.

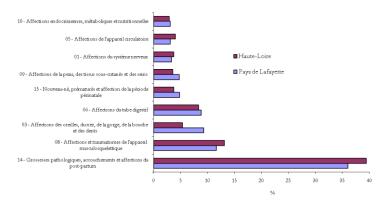
Le graphique 24 reprend les données brutes d'hospitalisations. Certaines différences peuvent être dues à la différence de la structure d'âge des populations. Par contre la part d'hospitalisation chez les personnes de plus de 65 ans pour les affections de l'appareil circulatoire doit trouver d'autres hypothèses par exemple une prise en charge par le médecin traitant plus souvent réalisée à domicile.

Graphique 24 : Répartition des hospitalisations (nombre de séjours hospitaliers) de plus de 2 jours selon les pathologies principales par âge en 2005. Pays de Lafayette

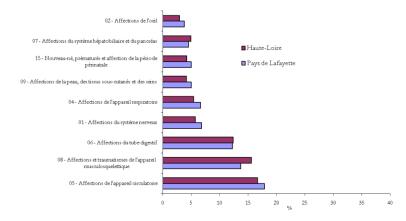
# Les moins de 15 ans



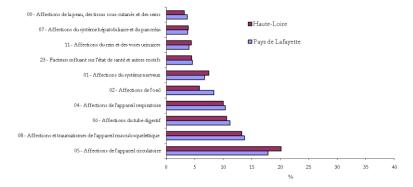
# Les personnes de 15 à 44 ans



# Les personnes de 45-64 ans



# Les personnes de plus de 65 ans



Sources: Drass Auvergne (PMSI), Insee

Exploitation Obresa

#### 6.2.2.2. Lieux d'hospitalisation des habitants du territoire

En 2005, il a été dénombré 14 481 séjours hospitaliers chez les habitants du pays de Lafayette. La majorité de ces séjours se sont déroulés hors du département de Haute-Loire.

En termes d'hospitalisations, les habitants du territoire s'orientent vers Clermont-Ferrand (38 %), le Puy-en-Velay (27 %), Brioude (19 %) et Issoire (10 %).

# 6.2.2.3. Trajectoire des patients hospitalisés dans le pays de Lafayette

En 2005, 3 473 hospitalisations ont eu lieu au centre hospitalier ou à la clinique de Brioude. La plupart des séjours concernent des personnes domiciliées sur le pays de Lafayette. Les séjours concernent également les personnes domiciliées dans le reste de la Haute-Loire et dans le Cantal puis, dans une moindre proportion, les autres départements.

Tableau 19 : Origine des personnes hospitalisées dans le pays de Lafayette en 2005.

Département d'origine	Nb de séjours	%
Pays de Lafayette	2 773	79,8
Autres communes de Haute-Loire	250	7,2
Cantal	212	6,1
Puy-de-Dôme	136	3,9
Allier	6	0,2
Autres	96	2,8

Sources : Drass Auvergne - PMSI

Exploitation Obresa

#### 6.2.3. Les prescriptions médicales

Les médicaments prescrits par des professionnels de santé (libéraux ou non) et faisant l'objet d'une demande de remboursement peuvent être déclinés par type de médicaments et donner des indications sur les pathologies dont souffre la population étudiée.

Les données utilisées ici concernent les personnes bénéficiaires de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du pays de Lafayette et de la Haute-Loire et ayant bénéficié d'un remboursement de médicament au cours de l'année 2006.

Les volumes de médicaments prescrits (et remboursés) sont estimés par le biais des montants remboursés. Pour établir les comparaisons, ils sont rapportés à la population consommante couverte par la CPAM. Il faut noter que, lors d'un remboursement, la commune n'est pas systématiquement renseignée. La population consommante du pays de Lafayette prise en compte dans notre étude ainsi que les montants remboursés peuvent donc être sous-estimés alors que les données départementales sont exhaustives. C'est pourquoi, les comparaisons des volumes moyens remboursés entre la zone étudiée et le département n'ont été effectuées que sur les grandes classes de médicaments, à savoir le diabète, les médicaments relatifs aux maladies cardiovasculaires, les antibiotiques et les psychotropes.

De plus, les données utilisées ne sont pas déclinées par âge. Les différences de structure par âge des populations étudiées peuvent de ce fait influer sur les différences de volumes remboursés.

Sur l'année 2006, le pays de Lafayette compte 24 516 personnes ayant consommé un médicament et couverte par le régime général contre 149 542 sur le département de la Haute-Loire.

De manière cohérente avec les résultats des ALD et des hospitalisations, les psychotropes représentent un montant moyen par consommant de remboursement plus faible que la Haute-Loire.

Tableau 20 : Différence de volumes moyens remboursés par rapport au département. Pays de Lafayette

Grandes classes de médicaments	Différence de volumes moyens
Antibiotiques	+ 25 %
Cardiovasculaire	+ 22 %
Diabète	+ 20 %
Psychotropes	- 9 %

Source : Direction régionale du service médical Auvergne

Exploitation Obresa

Tableau 21 : Les 30 classes thérapeutiques les plus remboursées sur le pays de Lafayette. Pays de Lafayette

Classes thérapeutiques	Rang Pays de Lafayette	Rang Haute-Loire
Inhibiteurs de la pompe à protons (antiulcéreux)	1	2
Statines (inhibiteurs de la hmg-coa réductase) (hypo-lipémiant)	2	1
Non narcotiques et antipyrétiques Inhibiteurs agrégation plaquettaire antagonistes récepteurs adénosine diphosp (anticoagulant)	3	3 5
Antagonistes de l'angiotensine II non associés (anti-HTA)	5	6
Antagonistes de l'angiotensine II en association (anti-HTA)	6	10
Antirhumatismaux spécifiques	7	22
Antagonistes calciques non associés (anti-HTA/maladies coronariennes) Inhibiteurs de l'enzyme de conversion non associés (anti-HTA/maladies	8	8
cardiovasculaire)	9	9
Antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI)	10	7
Associations de bêta 2 stimulants et de corticoïdes, à inhaler (asthme)	11	11
Interférons, bêta (sclérose en plaques)	12	16
Antipsychotiques atypiques	13	4
Bêtabloquants non associés (anti-HTA/maladies cardiovasculaire)	14	13
Antiépileptique	15	12
Antirhumatismaux non stéroïdiens non associés	16	18
Inhibiteurs de l'aromatase cytostatiques (anticancéreux)	17	19
Antidiabétiques sulfamides (diabète)	18	21
Tranquillisants	19	14
Tout autre antinéoplasique (anticancéreux)	20	29
Héparines fractionnées (thrombose veineuse, embolies pulmonaires)	21	20
Autres antidépresseurs	22	17
Corticoïdes, à inhaler (asthme)	23	26
Céphalosporines orales (antibiotique)	24	28
Macrolides et apparentes (antibiotique)	25	30
Narcotiques	26	27
Immunosuppresseur	27	25
Diphosphonates pour l'ostéoporose et les troubles associés	28	24
Vasodilatateurs cérébraux et périphériques, antagonistes du calcium exclus	29	33
Thérapeutique antivaricosique, à usage systémique	30	38

Source : Direction régionale du service médical Auvergne

Exploitation Obresa

# État de santé

#### Mortalité

Le pays de Lafayette montre une surmortalité masculine quel que soit l'âge. Cette surmortalité est observée également chez les hommes pour des pathologies liées à des comportements à risque. Cependant, toutes les communautés de communes ne partagent pas ce constat. Il est toutefois particulièrement vrai pour Auzon communauté. La situation d'Auzon communauté peut être également liée à son passé minier. Passé et présent minier s'accompagnent presque toujours d'une forte dégradation de l'état de santé de la population [22]. Il semble systématique que les systèmes miniers mettent en place des rapports sociaux hors normes et que l'après-mine génère une déstabilisation sociale qui fait qu'une partie de la population est affectée dans ses rapports sociaux et sa santé. Mais établir un lien de cause à effet n'est pourtant pas simple. Seule une partie de la population est concernée par cet état de santé dégradé, qui se traduit sur un grand nombre de maladies et de causes de décès. Le lien ou la suspicion de lien ne peut donc être établi avec ce qui est connu aujourd'hui. Toutefois la particularité de la communauté de communes d'Auzon devrait s'inscrire plus largement dans l'étude du bassin minier. Les communautés de communes du Pays de Saugues, du Langeadois et de Paulhaguet montrent également des indicateurs de mortalité défavorables.

#### Morbidité

Les habitants du pays de Lafayette semblent avoir moins recours au système de soins que les habitants de Haute-Loire. Les taux comparatifs de nouveaux bénéficiaires d'affection longue durée (ALD) et d'hospitalisations sont plus faibles dans le pays de Lafayette qu'en Haute-Loire. L'analyse des causes ne montre pas d'importantes différences entre la Haute-Loire et le pays de Lafayette. Les différences relatives aux nouveaux bénéficiaires d'ALD concernent :

- ✓ des parts d'ALD pour maladie d'Alzheimer et démence et pour maladies chroniques actives du foie et cirrhoses chez les personnes de 40 à 59 ans plus faibles ;
- ✓ une part d'ALD pour affections psychiatriques de longue durée plus faible chez les personnes de 20 à 39 ans.

#### 7. Offre de soins

# 7.1. Les professionnels de santé

Les densités de médecins généralistes, de pharmaciens et chirurgiens-dentistes au sein du pays sont légèrement plus élevées que les densités départementales. Leur répartition n'est cependant pas homogène. Les professionnels de santé se concentrent dans les villes les plus importantes du pays de Lafayette : Brioude, Langeac, Sainte-Florine, Saugues, Vergongheon et Lempdes-sur-Allagnon. Les densités d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes sont quant à elles plus faibles.

Tableau 22 : Effectif et densité de professionnels de santé en 2006. Pays de Lafayette

		irurgien- lentiste	In	nfirmier	Mas	seur Kiné	Ph	armacien	N	Médecin
	Nb	Densité*	Nb	Densité*	Nb	Densité*	Nb	Densité*	Nb	Densité*
Auzon communauté	5	6	6	7	9	10	5	6	10	11
CC Pays de Blesle			2	11			1	5	1	5
CC Brivadois	10	7	19	14	13	10	11	8	20	15
CC Langeadois	4	5	16	20	5	6	6	8	10	13
CC Pays de Paulhaguet	1	3	10	26	1	3	1	3	3	8
CC Pays de Saugues	3	7	5	11	1	2	4	9	3	7
CC Plateau la Chaise-Dieu	1	5	2	9	1	5	1	5	3	14
CC Ribeyre-Chaliergue et Margeride			2	8			1	4	2	8
Pays de Lafayette	24	5	62	14	30	7	30	7	52	11
Haute-Loire	109	5	321	15	152	7	132	6	219	10

<sup>\*</sup> Densité pour 10 000 habitants

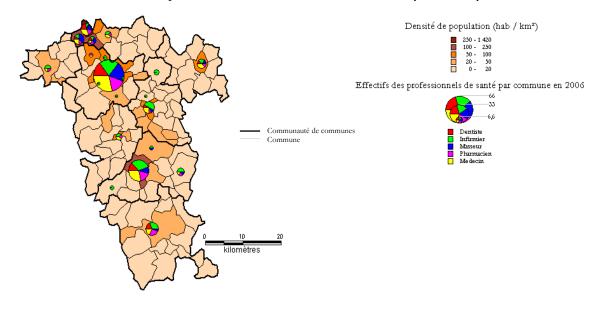
Source: Drass Auvergne

Exploitation Obresa

# 7.2. Les pôles de santé

Les pôles de santé sont définis à partir des cinq services de base de proximité (médecin généraliste, masseur kinésithérapeute, infirmier libéral, dentiste et pharmacie). Trois types de pôles (complet, incomplet et éléments isolés) sont définis selon la présence ou l'absence de ces services.

Carte 29 : Pôles de santé par commune au 31 décembre 2006. Pays de Lafayette



Sources: Drass Auvergne, IGN © Exploitation Obresa

Le pays de Lafayette dénombre 8 communes disposant d'un pôle de santé complet (les 5 services de base sont présents : médecin généraliste, dentiste, infirmier libéral, masseur kinésithérapeute, pharmacie) : Sainte-Florine, Vergongheon, Lempdes sur Allagnon, Brioude, la Chaise-Dieu, Paulhaguet, Langeac et Saugues. Leur emplacement correspond aux communes les plus peuplées.

Deux communautés de communes du Pays de Blesle et Ribeyre-Chaliergue et Margeride n'ont pas de pôle de santé complet (seulement 3 ou 4 des services de base sont présents) sur leur territoire expliqué par l'absence de masseur kinésithérapeute et de dentiste.

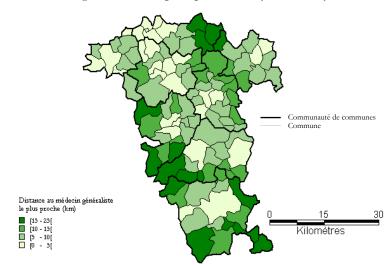
Les éléments isolés (présence seulement d'1 ou 2 services) correspondent le plus souvent à la présence d'un infirmier libéral.

En 2006, 21 pharmacies sont installées sur le pays de Lafayette. En termes de spécialités médicales, cinq sont présentes à Brioude : un cardiologue, un radiologue, deux gynécologues, un psychiatre et deux ophtalmologues. En 2008, le pays de Lafayette ne bénéficie plus de la présence d'un psychiatre. Il est à noter qu'aucun pédiatre n'est recensé sur le territoire.

# 7.3. Accès aux services de santé de proximité

Dix-sept communes se trouvent à plus de 15 km d'un médecin généraliste soit 2 135 habitants (5 % de la population du pays de Lafayette). Cet éloignement est une particularité du pays de Lafayette comparé au reste des communes de Haute-Loire.

Carte 30 : Distance au médecin généraliste le plus proche. Pays de Lafayette



Sources : Urcam Auvergne – Cartosanté – Régime général, MSA et RSI, IGN ©

Exploitation Obresa

Pour compléter, une étude a été menée en 2001 par la caisse centrale de MSA sur les zones blanches pour les urgences graves et/ou vitales en zone d'isolement sanitaire [23].

La définition du risque a été réalisée à partir des facteurs suivants :

- ✓ éloignement du centre hospitalier le plus proche ;
- ✓ accessibilité y compris hivernale ;
- ✓ organisation des gardes au moment de la rédaction initiale du rapport ;
- ✓ disponibilité des médecins libéraux y compris thermaux ;
- ✓ intervention des hélicoptères de la protection civile ou des SAMU ;
- ✓ possibilité d'intervention des pompiers.

77 communes en Haute-Loire sont alors considérées à plus de 30 minutes d'intervention des secours d'urgence. 33 226 personnes dont 28,2 % assurés du régime agricole sont concernées par des difficultés d'accès aux soins pouvant entraîner, en situation d'urgence, une perte de chance pour le patient. Ces communes se trouvent sur la CC du Pays de Saugues, et à l'est du Plateau de la Chaise-Dieu.

# 7.4. Les professionnels paramédicaux

Les densités de paramédicaux montrent globalement une situation en déficit par rapport à la Haute-Loire. L'offre libérale des professions paramédicales est probablement une faiblesse du territoire.

Tableau 23 : Effectif et densité des professionnels paramédicaux (salariés et libéraux) en 2006. Pays de Lafayette

	Pays de Lafayette			Haute-Loire			
	Effectif	% salariés	Taux pour 100 000 habitants	Effectif	% salariés	Taux pour 100 000 habitants	
Manipulateur ERM	12	100,0	26,6	52	100,0	24,9	
Assistant de service social	9	100,0	19,9	126	100,0	60,3	
Psychologue	9	88,9	19,9	75	90,7	35,9	
Opticien lunetier	7	57,1	15,5	47	63,8	22,5	
Infirmier psychiatrique	5	100,0	11,1	450	100,0	215,3	
Pédicure podologue	5	0,0	11,1	25	<b>4,</b> 0	12,0	
Orthophoniste	4	25,0	8,9	45	24,4	21,5	
Diététicien	3	100,0	6,6	21	81,0	10,0	
Sage-femme	2	50,0	10,2	43	88,4	45,0	
Orthoptiste	1	0,0	2,2	4	0,0	1,9	
Psychomotricien	1	100,0	2,2	14	85,7	6,7	
Audioprothésiste	1	100,0	2,2	8	50,0	3,8	
Ergothérapeute	-	-	-	8	100,0	3,8	
Orthopédiste-orthésiste	-	-	-	3	100,0	1,4	
Podo-orthésiste	-	-	-	2	50,0	1,0	

Source : Drass Auvergne Exploitation Obresa

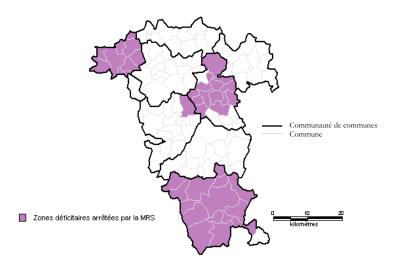
#### 7.5. Les zones déficitaires

La Mission régionale de santé (MRS) a travaillé en 2005 sur la définition de zones déficitaires en vue de l'attribution d'aides à l'installation aux médecins généralistes en Auvergne. L'arrêté de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie n°2005-1 en date du 25 octobre 2005 désigne les zones éligibles à l'aide à l'installation des médecins généralistes en Auvergne.

Trois zones ont été identifiées en Haute-Loire, toutes situées dans le pays de Lafayette. Elles se composent de la communauté de communes du Pays de Blesle, d'une majorité des communes des CC du Pays de Saugues et du Pays de Paulhaguet.

Les travaux effectués par la MRS se sont appuyés sur les données de l'offre médicale et paramédicale existante (effectifs, activités, accessibilité, âge...) à l'échelle des bassins de services intermédiaires (BSI) et sur le contexte sociodémographique des territoires [24].

Carte 31 : Les zones déficitaires. Pays de Lafayette



Sources : Urcam, IGN © Exploitation Obresa

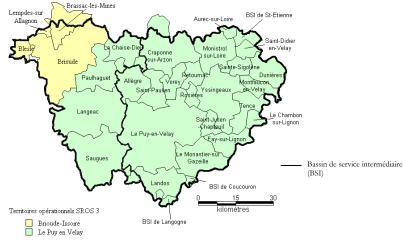
# 7.6. Les territoires opérationnels

Les territoires opérationnels sont issus de la réflexion menée par le groupe de travail « Territorialisation » dans le cadre des travaux préparatoires au Schéma régional d'organisation sanitaire 3 (SROS) dirigés par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) Auvergne.

L'échelle géographique retenue pour cette réflexion est le bassin de services intermédiaires, plus petite unité territoriale d'accès aux soins de proximité.

Ces territoires opérationnels ont été conçus à partir des flux de patients, au travers des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). À partir de ces éléments, ont été déterminés les territoires propres aux pôles hospitaliers de moins de 200 lits MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) et ceux des pôles hospitaliers par spécialité. Ces deux bases de travail ont permis de constituer les territoires opérationnels dans lesquels s'élaborent les projets médicaux. La Haute-Loire compte deux territoires opérationnels : celui d'Issoire-Brioude et celui du Puy-en-Velay.

Carte 32 : Territoires opérationnels en Haute-Loire. Pays de Lafayette



Sources: ARH (SROS 3), IGN © Exploitation Obresa

Le pays de Lafayette est couvert par les deux territoires SROS3 : le nord-ouest du pays par celui de Brioude-Issoire et le reste par celui du Puy-en-Velay.

#### Offres de soins

Les communes les plus importantes rassemblent les pôles de santé les plus complets. Les médecins spécialistes sont regroupés à Brioude. L'offre de santé des professionnels de santé de proximité apparaît globalement assez importante concernant les médecins généralistes mais elle est inégalement répartie sur le territoire. Deux communautés de communes Blesle et Ribeyre, Chaliergue et Margeride n'ont pas de pôle complet. Cependant, toutes les communautés de communes ont au moins un médecin, un infirmier libéral et une pharmacie.

Le temps moyen d'accès aux services de santé est de 27 minutes (16 minutes en Auvergne) et atteint 51 minutes pour les habitants du bassin de Saugues. L'éloignement aux hôpitaux et maternités qui influence ce temps d'accès important est compensé par une meilleure accessibilité aux services de santé de proximité.

L'offre paramédicale semble plus problématique sur ce territoire qu'au niveau du département.

#### 8. Consommation et recours aux soins

Les actes réalisés par les professionnels de santé libéraux et faisant l'objet d'une demande de remboursement par la population ressortissante du territoire peuvent être dénombrés et permettre une évaluation de la consommation de soins de cette population. La consommation de soins est un indicateur complexe à interpréter qui dépend de l'état de santé de la population mais aussi de l'offre existante et de l'accès aux soins dans toutes ses dimensions. Cet indicateur ne concerne que l'activité libérale et ne permet pas d'approcher la consommation globale de soins (soins hospitaliers notamment).

#### 8.1. Consommation de soins

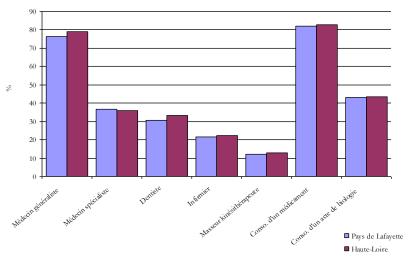
## 8.1.1. Consultations des professionnels de santé

Le pays de Lafayette comptabilise 42 623 personnes protégées.

Le professionnel de santé le plus consulté est le médecin généraliste suivi du médecin spécialiste et du dentiste. En 2005, 76 % des personnes protégées du pays de Lafayette ont consulté au moins une fois au cours de l'année un médecin généraliste contre 78 % pour la Haute-Loire.

En 2005, quel que soit le professionnel de santé, la consommation était légèrement plus faible dans le pays de Lafayette qu'en Haute-Loire. Seule exception, la consommation d'actes spécialistes qui est un peu plus élevée.

Graphique 25 : Part des personnes protégées du pays de Lafayette ayant consulté un professionnel de santé au moins une fois au cours de l'année 2005.



Sources: Urcam Auvergne – Cartosanté – Régime général, MSA et RSI, IGN ®

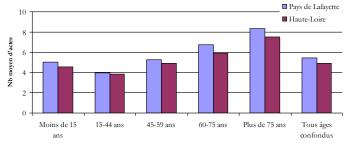
Exploitation Obresa

#### 8.1.2. Nombre d'actes consommés

En 2005, 32 421 personnes du pays de Lafayette ont eu au moins un acte (consultation ou visite) de médecin généraliste remboursé et ils ont consommé en moyenne 5,4 actes dans l'année (le nombre moyen d'actes consommé est de 4,9 en Haute-Loire).

Le nombre d'actes de médecine générale par bénéficiaire, plus faible entre 15 et 44 ans, augmente régulièrement avec l'âge. Quel que soit l'âge, le nombre d'acte par bénéficiaire est plus élevé chez les bénéficiaires du pays de Lafayette.

Graphique 26 : Nombre moyen d'actes de généralistes par bénéficiaire et par classe d'âge en 2005. Pays de Lafayette

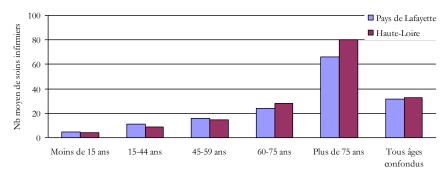


Sources: Urcam Auvergne - Cartosanté - Régime général, MSA et RSI

Exploitation Obresa

En 2005, il a été dénombré 9 174 bénéficiaires d'au moins un soin infirmier domiciliés dans le pays de Lafayette. La consommation moyenne est de 31,8 actes infirmiers dans l'année pour les habitants du pays de Lafayette et de 32,7 pour la Haute-Loire. De moins de 15 ans à 59 ans, le nombre de soins infirmiers moyen est plus important dans le pays de Lafayette qu'en Haute-Loire. Le rapport s'inverse à partir de 60 ans.

Graphique 27 : Nombre moyen de soins infirmiers par bénéficiaire et par classe d'âge en 2005. Pays de Lafayette

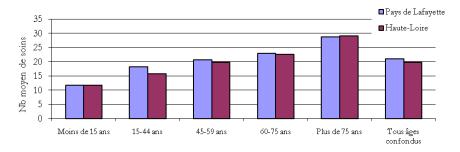


Sources : Urcam Auvergne – Cartosanté – Régime général, MSA et RSI

Exploitation Obresa

En 2005, 5 065 personnes domiciliées dans le pays de Lafayette ont bénéficié d'au moins un acte de masseur kinésithérapeute. La consommation moyenne est de 21,0 actes pour le pays de Lafayette et de 19,7 actes pour la Haute-Loire. Pour les moins de 15 ans, la situation entre le pays de Lafayette et la Haute-Loire est similaire. De 15 à 75 ans, le nombre d'actes est légèrement plus élevé dans le pays de Lafayette qu'en Haute-Loire. La situation s'inverse après 75 ans.

Graphique 28 : Nombre moyen de soins de masseurs-kinésithérapeutes par bénéficiaire et par classe d'âge en 2005. Pays de Lafayette



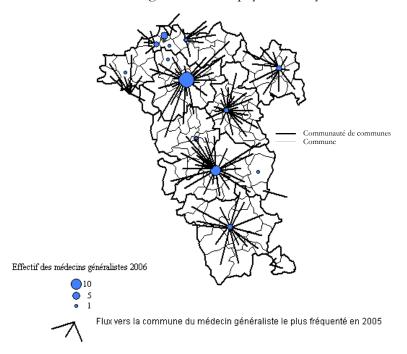
Sources: Urcam Auvergne - Cartosanté - Régime général, MSA et RSI

Exploitation Obresa

# 8.2. Activité des médecins généralistes

Les aires d'attractivité des médecins généralistes sont concentrées à l'intérieur du pays de Lafayette. À l'exception de la CC du Pays de Blesle qui est plutôt dirigée vers Massiac (15) et de la CC d'Auzon communauté qui se disperse sur plusieurs communes mais qui est attractive pour quelques communes du sud du département du Puy-de-Dôme (carte 33).

Carte 33 : Aire d'attractivité du médecin généraliste du pays de Lafayette en 2005.



Sources : Urcam Auvergne – Cartosanté – Régime général, MSA et RSI, IGN ©

Exploitation Obresa

#### Consommation et recours aux soins

Globalement, les parts de bénéficiaires des prestations médicales sont plus faibles dans le pays de Lafayette que dans le département excepté pour les prestations des médecins spécialistes.

Le nombre moyen de soins infirmiers par bénéficiaire est plus faible audelà de 60 ans chez les personnes domiciliées dans le pays de Lafayette. Cela peut paraître surprenant puisqu'il semble que les médecins généralistes prescrivent en milieu rural davantage de soins infirmiers [25]. La densité médicale pour les infirmiers dans le pays de Lafayette et un moindre recours aux soins peuvent être des hypothèses afin d'expliquer cette différence.

#### 9. Offre de prévention

Afin de compléter cet état des lieux de la situation sanitaire et sociale de pays de Lafayette, un « recensement » de l'offre de prévention existante sur ce territoire a été réalisé.

Le centre hospitalier de Brioude héberge différentes structures intervenant dans le champ de la prévention : le centre périnatal de proximité, une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), une permanence d'accès aux soins de santé (Pass) et une consultation anti-tabac.

Cette offre est complétée par la présence à Brioude du mouvement français du planning familial et d'une antenne de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) et à Langeac de l'Association des alcooliques anonymes.

Dans le cadre du Programme régional de santé public (PRSP), une analyse géographique des actions de prévention a été réalisée sur deux axes du programme : les personnes âgées et les addictions.

Concernant l'analyse qualitative, le pays de Lafayette semble moins bien couvert mais ces informations sont à prendre avec précaution. En effet, l'analyse porte sur les actions financées par le Groupement régional de santé public (GRSP) et le lieu où s'est déroulée l'action. Elles ne tiennent donc pas compte de l'effectif de la population concernée par ces actions mais aussi des actions qui pourraient être mises en place sans apport financier du GRSP. Les principales actions se déroulent à Brioude, Sainte-Florine, Langeac, la Chaise-Dieu et Saugues. Il apparaît de nouveau un problème d'accessibilité aux actions pour la population la plus éloignée (carte 34).

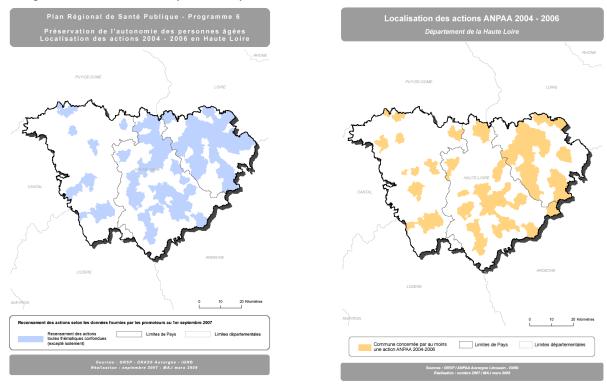
Une information complémentaire concerne la participation des femmes au dépistage du cancer du sein. La carte 35 montre que le taux de participation au dépistage diminue dans les zones les plus rurales et montagneuses, la zone de Saugues étant celle présentant le taux de participation le plus faible.

En milieu scolaire, quelques actions ont été répertoriées mais elles sont complétées par d'autres interventions dans le cadre des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) n'ayant pas demandé de financement et ne faisant pas l'objet d'un recensement.

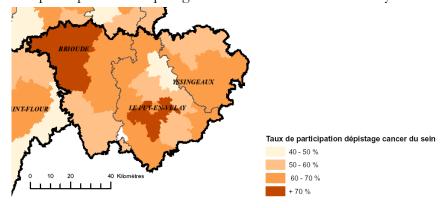
Tableau 24 : Actions de prévention répertoriées dans le cadre d'un financement GRSP. Pays de Lafayette

Ville siège du promoteur	Promoteur de l'action	Intitulé de l'action		
Les maladies ca	rdio-vasculaires			
La Chaise-Dieu	APE la Chaise-Dieu	Goûter à thème		
Le suicide				
Brioude	Mission locale	Soutien psychologique		
Brioude	CHRS Trait d'union	Soutien psychologique		
La santé scolaire	e			
Brioude	Lycée Lafayette Brioude	Éducation à la santé dont conduites addictives		
Brioude	Collège Lafayette Brioude	Risques routiers et conséquences		
Brioude	Lycée Lafayette Brioude	Que faire plutôt que fumer à l'internat		
Brioude	Collège et Lycée St Julien Brioude	Sensibilisation sur les conduites addictives		
La Chaise-Dieu Réseau du Haut Velay (Allègre, la Chaise-Dieu, Craponne)		Forum santé		
Source : GRSP	Grande Brea, Grapoline)	Exploitation Obresa		

Carte 34 : Localisation des actions 2004-2006 relatives aux personnes âgées et aux actions de l'Anpaa en Haute-Loire. Pays de Lafayette



Carte 35 : Taux de participation au dépistage du cancer du sein en 2007. Pays de Lafayette



Sources : GRSP/Ardoc Septembre 2007, IGN ©

# Offre de prévention

L'offre de prévention est inégalement répartie dans le pays de Lafayette, elle se concentre principalement dans les bourgs-centres. Le recensement des actions de prévention n'est pas aisé à réaliser, les sources d'informations étant dispersées.

Le milieu scolaire est propice à la mise en place d'actions de prévention. Il aurait été intéressant de cartographier les actions effectuées afin d'estimer leur répartition selon les établissements.

# 10. Synthèse d'études antérieures

# 10.1.Bilan 2006 – PASS du centre hospitalier de Brioude

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médicosociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. En application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place, dans le cadre des Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), des Pass, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Les Pass concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

La population accueillie à la Pass de Brioude est majoritairement masculine et âgée de 57 ans en moyenne. Le pourcentage de personnes sans couverture sociale de base ou complémentaire est également important.

Les problématiques les plus fréquentes chez les personnes de moins de 60 ans sont l'absence ou la faiblesse des ressources, un problème d'addiction (alcool, drogues), l'absence ou la précarité du logement, l'absence de couverture sociale, l'absence de suivi médical. Il est également rencontré des problèmes de violence, d'absence de lien social et de difficultés psychologiques.

Chez les personnes de plus de 60 ans, on trouve principalement l'isolement, l'absence de lien social, des conditions de vie précaires (logement insalubre, absence d'hygiène,...), des difficultés dans la gestion administrative, le maintien à domicile devenu difficile ou impossible, l'absence de couverture sociale (le plus souvent complémentaire), un problème d'addiction à l'alcool. Il est noté une recrudescence de personnes âgées isolées en situation de grande précarité. La plupart n'avait pas de médecin traitant et n'ont jamais connu l'hôpital. L'absence de lien social semble être à l'origine de nombreuses difficultés.

## 10.2. Les besoins et les attentes des jeunes altiligériens en prévention de la santé

Ce paragraphe reprend les principaux éléments descriptifs de l'enquête réalisée par le Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire (Careps) en 2003-2004 dans le département de Haute-Loire. Les populations des arrondissements ne sont pas comparables. Il est, par exemple, noté dans l'échantillon de Brioude une surreprésentation des lycéens ainsi qu'une sous-représentation des jeunes suivis en mission locale. Les informations des arrondissements du Puy-en-Velay et d'Yssingeaux sont données à titre indicatif. L'étude a été menée par auto questionnaire auprès de jeunes âgés de 12 à 25 ans.

Globalement pour la Haute-Loire, les résultats montraient une consommation particulièrement importante de tabac, d'ecstasy et d'alcool. Le recours aux soins des jeunes de Haute-Loire souffre de certaines insuffisances surtout pour les soins dentaires et le suivi gynécologique des jeunes filles. L'analyse des comportements en matière d'hygiène de vie (hygiène corporelle, comportement alimentaires) des jeunes, scolarisés ou non, met en évidence de nombreuses lacunes dans ce domaine en montrant l'intérêt d'actions sur ces thématiques.

Enfin, l'état de santé en général (bien être, isolement, recours aux soins, addictions, prises de risque, etc.) des jeunes accueillis en mission locale apparaît comme plus dégradé. Certaines données relatives à cette enquête sont disponibles en annexe 2.

# Diagnostic sanitaire et social - Étude qualitative

La première partie de cette étude a consisté à décrire le pays de Lafayette et sa population au travers des différents indicateurs retenus.

À partir des constats établis, ont été mis en place des entretiens auprès des acteurs locaux : professionnels, élus, associatifs...

Cette seconde partie rend compte de l'analyse des entretiens au cours de laquelle des dimensions importantes sont apparues. Cette analyse porte ainsi plus particulièrement sur les difficultés liées à la mobilité, aux logements, à l'offre de soins et à la santé des usagers.

Le recueil des dispositifs, des aides, des actions existants dans le pays de Lafayette relatés dans cette étude n'est pas exhaustif.

# 1. Le pays de Lafayette : des contours méconnus

L'association du pays de Lafayette et ses contours sont peu connus, excepté par les élus et par quelques professionnels qui ont ce territoire comme zone d'intervention. Ce sont les communautés de communes du Pays de Saugues et du Plateau de la Chaise-Dieu qui ne sont pas systématiquement associées au pays de Lafayette. D'ailleurs, même si ce territoire correspond depuis peu, à l'arrondissement de Brioude, de nombreux autres découpages institutionnels découpent le pays de Lafayette, ce qui peut rendre difficile le choix d'une échelle géographique d'actions.

La méconnaissance des contours du pays de Lafayette semble liée à deux facteurs prédominants. D'une part l'association du pays de Lafayette<sup>7</sup> et ses objectifs sont peu connus. En effet, en tant qu'instance de réflexion et de cohésion de mise en place de projets, elle se trouve encore éloignée de la population. Le pays est, pour certains, également vécu comme un énième territoire mis en place et pour quelle utilité ? D'autre part, son nom, lié au marquis de Lafayette, est un facteur de confusion qui lie le pays à la communauté de communes du Pays de Paulhaguet.

Ainsi, l'analyse des entretiens rend compte d'une hétérogénéité du territoire et des antagonismes présents. Ce vaste territoire regroupe des réalités différentes avec 4 entités qui se distinguent : les communautés de communes de Brioude, de Sainte-Florine axées vers Clermont-Ferrand et les communautés de communes de Langeac et du Pays de Saugues axées vers le Puy-en-Velay. Le pays sauguin se caractérise par une image très rurale et une forme d'autonomie par rapport au reste du pays de Lafayette. Les communautés de communes du Pays de Paulhaguet et de Ribeyre-Chaliergue et Margeride sont des territoires de transition entre le langeadois et le brivadois et avec le reste du département. Le Plateau de la Chaise-Dieu, quant à lui semble être la communauté de communes la moins connue.

Avec récurrence sont opposées les communes de montagne à celles de plaine, les communes rurales aux communes urbaines, les zones où la population s'accroit à celles où elle diminue et vieillit. Cependant, les professionnels revendiquent avec insistance la nécessité d'une solidarité entre les différents territoires, la présentant comme indispensable à l'unité du pays de Lafayette à différents niveaux. Une solidarité au sein des communautés de communes entre le bourg-centre<sup>8</sup> et les communes les plus rurales, au sein du pays de Lafayette entre la communauté de communes du Brivadois et les autres communautés de communes et enfin au sein de la Haute-Loire, entre les autres pays et le pays de Lafayette.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Le 5 février 2002, un arrêté préfectoral a reconnu l'association du pays de Lafayette et son périmètre. Le pays de Lafayette occupe le tiers ouest du département de la Haute-Loire.

<sup>8</sup> Les bourgs-centres sont Brioude, Langeac, Sainte-Florine, Blesle, la Chaise-Dieu, Saugues, Paulhaguet, Lavoûte-Chilhac.

Les atouts perçus de ce territoire portent sur son potentiel touristique et sur sa qualité de vie environnementale. Le pays de Lafayette représente également un trait d'union entre l'Auvergne et le Velay, ce qui en fait un territoire à développer en termes de communication en direction du reste de l'Auvergne et au niveau national.

# 2. Le regard des professionnels et des élus sur la population

La parole des professionnels rencontrés porte sur les usagers des services et des structures. L'enquête présentée n'est donc pas représentative de la population domiciliée au sein du pays de Lafayette. Bien que toutes personnes puissent s'adresser aux services rencontrés, l'enquête porte un regard centré sur les populations les plus fragiles : les personnes âgées, les personnes isolées, les personnes fragiles économiquement. Les professionnels spécifiques de l'enfance et de l'adolescence n'ayant pas été rencontrés, le résultat de l'analyse concernant ces populations est donc partiel.

# 2.1. Le regard des professionnels sur les jeunes enfants

Les efforts réalisés par les communes pour l'accueil des jeunes enfants sur l'ensemble du territoire ces dernières années ont été évoqués : création de crèches, de haltes-garderies, de relais assistantes maternelles, d'accueil périscolaire et de structures de loisirs.

Les professionnels expriment, cependant, un besoin de places supplémentaires en crèche et/ou halte-garderie principalement pour répondre à des besoins ponctuels et bien souvent urgents. Une plus grande souplesse dans l'accès à ces services permettrait, par exemple, d'aider les mères en recherche d'emploi ou ayant des emplois précaires (enchaînement de CDD) ou encore celles traversant des périodes difficiles et ayant besoin d'un soutien ponctuel avec leurs enfants.

La prévention et la protection de l'enfance sont au cœur des missions de la protection maternelle infantile (PMI). La protection de l'enfance relève également des missions des assistantes sociales. Dans ce cadre, les assistantes sociales ont évoqué les difficultés auxquelles elles peuvent être confrontées dans l'estimation des situations dites « limites ». Un effort particulier est mené sur ce territoire à ce sujet par le conseil général. Des permanences très attendues de l'aide sociale à l'enfance (ASE) seront mises en place prochainement à Brioude. Cependant, très souvent, apparaît dans les discours le sentiment que la famille ne joue plus son rôle protecteur. Il est question, en effet, d'un besoin d'éducation et de soutien à propos des enfants et des adolescents. Les professionnels souhaiteraient développer ou voir se développer des actions de prévention valorisant les liens affectifs et contribuant à leur consolidation.

La PMI et les professionnels de la petite enfance ont, en effet, un rôle important dans la mise en place d'actions de prévention à destination des parents et des enfants. Même si certaines interventions des professionnels de PMI sont dirigées vers des publics ciblés (parents d'un premier enfant, parents dans des situations sociales fragiles, familles monoparentales), leurs actions ont vocation à s'adresser à l'ensemble de la population.

#### Actions organisées par la PMI

- ▶ faciliter l'accès à la prévention. Des animations sont réalisées dans la salle d'attente de la PMI (intervention d'une diététicienne, éveil à la musique, intervention d'une éducatrice de jeunes enfants…)
- ► action pour tout public

## 2.2. Le regard des professionnels sur les adolescents, les jeunes adultes

La population jeune regroupe des réalités différentes et reste peu visible : jeunes scolarisés, jeunes inactifs et jeunes actifs. Le contenu des entretiens suggère, mais cela reste à confirmer, que le monde rural n'est plus lié à une identité culturelle forte, excepté pour Saugues. En fait, ces jeunes, qui toutefois peuvent se sentir isolés, ne sont pas très différents des jeunes urbains. Ils rencontrent les mêmes problèmes liés à l'adolescence telles les prises de risque ou les expérimentations d'expériences nouvelles.

# « [Les jeunes] vont plutôt bien » EC\_1

Pour les jeunes scolarisés se posent les questions de l'orientation, des conditions financières nécessaires au suivi de leurs études. Il apparaît essentiel de soutenir les jeunes dans leurs projets, et leurs orientations, de leur permettre d'envisager leur départ du pays de Lafayette dans de bonnes conditions. Les jeunes s'orientent plus volontiers vers des filières techniques. Ces choix semblent être parfois des orientations par défaut, les possibilités de suivre une formation étant souvent destinées à des jeunes déjà autonomes.

Implicitement, les professionnels se demandent s'il y a suffisamment de lieux d'écoute et de soutien pour les jeunes afin de permettre l'émergence de projets et rendre les jeunes acteurs à part entière de leurs projets. Le contenu des entretiens suggère que sur ce territoire où le vieillissement de la population est important (30 % de la population avait plus de 60 ans en 1999, cf. §3.4), les « jeunes » ne semblent pas être une priorité des politiques menées. Il est vrai que cette population ne se définit pas par rapport aux limites administratives (les communes, les départements) et est présente sur différents lieux au gré de leurs activités (scolaires, loisirs...). Les entretiens réalisés n'ont toutefois pas permis d'analyser plus précisément la place et les dispositifs accessibles aux adolescents et jeunes adultes dans le pays de Lafayette.

La communauté de communes d'Auzon communauté se singularise, par exemple, par le souhait de développer des actions en milieu communautaire en direction des jeunes. Leur réflexion a tenu compte des habitudes de vie de ce public et a été menée avec la communauté de commune du Bassin minier montagne, communauté de communes limitrophe du Puy-de-Dôme. Existe également un conseil intercommunal de sécurité prévention de la délinquance (CISPD) qui permet, par exemple, la mise en place d'actions de prévention routière. Actuellement, un animateur est présent à Sainte-Florine et Brassac-les-Mines, recruté dans un objectif de mise en commun des moyens, sa présence en deux lieux est difficile à concilier avec un contact régulier des adolescents. Sa présence n'a toutefois pas encore fait ses preuves. Deux autres CISPD existent dans le pays de Lafayette : Brioude et Langeac.

Les communes peuvent donc manquer de moyens financiers pour professionnaliser le travail « de rue » avec les jeunes. Aller à la rencontre des jeunes adolescents demande des compétences, du temps et des financements.

Une question récurrente est posée : « comment on garde nos jeunes sur le territoire ? » EI\_9. L'emploi des jeunes filles diplômées semble encore plus poser souci. Celles-ci sont souvent dans l'obligation d'accepter un poste moins qualifié que ce que leur permettrait leur formation.

Parallèlement, il faut cependant noter la présence de la mission locale. Depuis début 2008, le centre social « Déclic » à Brioude gère le point information jeunesse (PIJ) et développe des actions ciblées en direction des jeunes. Le centre social renforcera cette mission par de l'information en direction des partenaires afin qu'un travail partenarial puisse se mettre en place.

De plus, Brioude possède des dispositifs d'aide adressés aux jeunes pour l'accès aux vacances et aux loisirs. La commune de Brioude a, par exemple, mis en place un système de billet de cinéma à 1 euro en période de vacances scolaires.

#### 2.3. Le regard des professionnels sur les personnes âgées

Le vieillissement de la population particulièrement visible dans les communes les plus rurales est une préoccupation majeure des professionnels et des élus.

Selon les professionnels interrogés, la population des personnes âgées se scinde en deux profils :

- ✓ les séniors originaires du pays de Lafayette ou venus s'installer à leur retraite ;
- ✓ les personnes les plus âgées (le 4<sup>ème</sup> âge) à qui s'adresse aujourd'hui le dispositif de maintien à domicile et/ou les établissements spécialisés.

Les séniors ont tendance à se rapprocher des bourgs-centres de manière à être plus près des services, des professionnels de santé, ce qui leur procure un sentiment de sécurité. Parmi eux, se trouvent des personnes souvent dynamiques qui s'impliquent dans diverses activités (club des aînés ruraux par exemple). Les besoins exprimés sont souvent liés à l'accès aux loisirs.

Les plus âgés, quand à eux, sortent peu et expriment peu de besoins. Cette population se compose très souvent de personnes qui ont de faibles, voire de très faibles revenus. Les professionnels spécialisés du grand âge signalent la nécessité de leur porter une attention particulière. Ils dénoncent le risque de les considérer uniquement comme une « valeur marchande » et de ne plus appuyer la prise en charge du grand âge sur des personnes qualifiées. En complément, une de leurs préoccupations majeures est le maintien d'une prise en charge coordonnée de la personne âgée.

« C'est une génération [les plus de 80 ans] qui n'exprime pas ses besoins parce que l'on ne leur a jamais demandé. Alors que ma génération [55-60] sera différente, on nous aura autorisé à nous exprimer » EI\_4

Les personnes âgées souhaitent généralement rester à domicile. Ainsi, quelle que soit la communauté de communes, la présence de personnes âgées particulièrement isolées est signalée :

- isolées géographiquement : les professionnels commencent à rencontrer des personnes vivant une partie de l'année seules dans leur hameau ;
- isolées socialement: les soutiens familiaux et de voisinage sont encore présents sur ce territoire, particulièrement dans les zones les plus rurales. Cette présence des aidants tend cependant à diminuer du fait de l'éloignement et de l'implication variable des familles, mais également du vieillissement de ces aidants (famille, voisinage).

Les professionnels des soins à domicile accentuent l'importance de l'aide au maintien des relations avec l'extérieur : la famille mais peut-être plus encore les amis et les voisins. De plus, pour cette population, il ne suffit pas de mettre en place des interventions, il faut les solliciter et les aider dans leurs déplacements. Il est important de valoriser et de soutenir les aidants au quotidien.

Pour la personne âgée à domicile, les professionnels ressentent surtout un besoin de soutien et de protection :

- ✓ par rapport à l'accès aux soins, aux services ;
- ✓ par rapport aux abus (abus financier);
- ✓ par rapport à l'isolement.

#### 2.4. Les personnes en situation de vulnérabilité

La précarité financière des usagers des différents services rencontrés est très fréquente indépendamment de l'âge des usagers. Cependant, compte tenu de leurs missions, la perception de la précarité est probablement accentuée chez ces professionnels puisqu'elle compose leur quotidien.

Il n'est pas possible de définir un profil type des usagers. Les situations sont très variables : le jeune qui quitte la maison familiale, la personne récemment veuve, la famille monoparentale, la personne au chômage, la personne considérée comme travailleur pauvre. Sur ce territoire à dominante rurale, les situations de vulnérabilité se rencontrent également parmi les personnes relevant du régime agricole : exploitants agricoles, salariés agricoles, retraités agricoles.

# Mutualité sociale agricole (MSA)

À partir de plusieurs critères (par exemple ne pas être à jour de ses cotisations MSA, percevoir le RMI et ne pas avoir eu de remboursement médical dans les 6 derniers mois), les personnes relevant du régime agricole et rencontrant des difficultés sont identifiées systématiquement. Dans ce cadre et selon les situations, les services de la MSA ont développé des programmes d'accompagnement et d'aide aux exploitants en grande difficulté.

La majorité des professionnels signale que les difficultés ne se rencontrent pas seulement chez les groupes situés au bas de l'échelle sociale. Il existe un gradient passant par tous les intermédiaires. Les personnes insérées sont elles aussi concernées. Dans ce cas, les solutions semblent encore plus difficiles à trouver. Ces situations amènent les professionnels à être confrontés aux effets seuil des divers dispositifs (revenu au-delà duquel la personne n'a pas droit aux aides) et à relayer le sentiment présent chez leurs usagers qu'il est plus facile de vivre avec le RMI (compte tenu des aides) qu'avec un Smic.

Au quotidien, les travailleurs sociaux sont confrontés à :

- des situations dynamiques qui s'inscrivent dans le parcours des personnes, des situations transitoires qui peuvent conduire à fragiliser, parfois de manière durable, les individus. Ces facteurs déstabilisants sont les séparations, la survenue d'un décès, d'une maladie, du chômage. La vie, dès la petite enfance, est en effet ponctuée par de nombreuses transitions: les changements affectifs et matériels de la petite enfance, le passage de l'école primaire au collège, le premier emploi, le départ de la maison familiale, la fondation d'un foyer, le changement d'emploi, la perspective d'un licenciement et enfin le départ à la retraite. Ce sont des points de rupture sur lesquels l'attention doit particulièrement se porter.
- des situations familiales de transmission générationnelle de la précarité. Face à une situation déjà complexe, s'ajoute, chez les professionnels, un sentiment d'échec, d'être toujours confronté aux mêmes situations sans percevoir d'évolution. Le souhait des professionnels est alors d'orienter leur intervention vers les enfants de ces familles.

Les difficultés financières sont également évoquées concernant des familles qui gèrent pourtant leur budget. Les professionnels dénoncent le recours aux différentes formes de crédit. Ce phénomène approche celui du « malendettement » repéré par les travailleurs sociaux mais sur lequel peu de leviers sont possibles aujourd'hui. La pression environnementale, sociétale semble la plus forte.

Les travailleurs sociaux dénoncent également la multiplication d'intervenants auprès d'une même famille ou plus exactement le manque de coordination.

Pour certains d'entre eux, cette situation illustre une forme de « violence » des services médicosociaux qui pousse les travailleurs sociaux à s'éloigner de l'accompagnement pour aboutir à l'assistanat. Certains services ont d'ailleurs déjà mené une réflexion sur les nombreux intervenants issus d'une même institution et ont développé des pratiques minimisant ce phénomène. Pour eux, le travail de coordination en amont d'une intervention correspond d'une part à une amélioration des services pour la personne et d'autre part à un gain financier de la prise en charge (réduction des coûts de déplacement, réduction du temps d'intervention...).

Les professionnels se sont également exprimés sur les nouveaux arrivants. L'importance de ce phénomène semble présente sur l'ensemble du pays avec plus ou moins de visibilité. Ce sont les bourgs-centres qui sont essentiellement concernés.

Les personnes qui s'installent dans le pays de Lafayette se composent d'une population diversifiée : personnes jeunes bénéficiaires de minima sociaux, jeunes retraités, personnes ayant un emploi au sein du pays de Lafayette et personnes âgées en Ephad, familles monoparentales... Il est impossible, à partir des entretiens, de définir l'intensité de ce phénomène. Par contre, du fait du type de professionnels rencontrés, la situation de personnes en situation de précarité venant s'installer a été le plus souvent évoquée. Les flux observés de ces personnes existent également à l'intérieur du pays de Lafayette ou avec les bassins de vie à proximité.

Ce territoire n'échappe pas au constat fait par d'autres auteurs [26] « il existe bien un phénomène de fuite de la ville vers le monde rural de familles en difficulté mais on ne peut pas en mesurer l'ampleur et son importance semble amplifiée par les acteurs locaux ». Dans cette étude, les auteurs relevaient que les avantages du milieu rural soulignés par les familles sont la possibilité de rencontrer très vite les travailleurs sociaux, d'avoir un contact personnalisé et des délais de traitement des dossiers beaucoup plus courts qu'en zone urbaine. Les entretiens avec les professionnels renforcent cette perception. Bien souvent les familles ne peuvent plus repartir faute de ressources, de perspectives d'emploi ou de logement.

- Les facteurs d'attractivité perçus par les professionnels :
  - l'attrait de la région ;
  - les caractéristiques géo-climatiques, le cadre de vie ;
  - la présence de membres de la famille ou d'amis installés sur ce territoire ;
  - le sentiment que la vie sera plus facile qu'en ville (vie moins cher) ;
  - l'accès plus facile aux aides sociales (minima sociaux), à certains soins, à certaines filières professionnelles, à certains établissements (maison de retraite) ;
  - les nombreuses résidences secondaires ;
  - la création d'une activité agricole ou de multiservices.
- Les motifs d'installation suggérés par les professionnels :
  - un retour au pays (ils ont vécus ici, ou ont passé des vacances) ;
  - le souhait de changer de vie ;
  - la fuite d'une situation difficile (fuite d'un suivi social, d'une décision de justice) ;
  - la représentation d'un encouragement des services sociaux des zones urbaines à l'exode rurale de familles en difficulté.
- Les conséquences observées par les professionnels sur les populations arrivants :
  - des difficultés d'intégration avec un risque de stigmatisation de ces populations nouvellement arrivées qui peuvent se différencier culturellement (culture urbaine, étrangère);
  - des difficultés pour les bailleurs HLM d'assurer la mixité sociale de certains quartiers ;
  - le développement de problèmes psychologiques liés à des codes sociaux différents et incompris ;
  - des situations d'isolement subi ;
  - la persistance de difficultés financières et/ou sociales ;
  - l'échec de leur projet;
  - les difficultés liées aux transports ;

- un mode vie qui peut amener certaines familles à s'installer dans un système d'assistanat.

Les professionnels soulignent que ces personnes cumulent souvent un ensemble de freins : déplacements, garde et/ou scolarisation des enfants, loisirs, alimentation, difficultés financières importantes. À ces obstacles s'ajoutent des difficultés liées au manque d'emploi, celles relevant de désillusions suite à l'échec partiel ou total de la création d'une activité et enfin, des problèmes d'adaptation dans le passage d'un mode de vie urbain à un mode de vie rural. L'ensemble de ces facteurs complexifie le parcours d'intégration de ces familles.

Les actions des travailleurs sociaux en direction de ces populations vulnérables se heurtent aux conditions défavorables du marché du travail sur le pays de Lafayette. Le chômage concerne particulièrement les femmes et les jeunes. La première partie de l'étude montrait en effet, que fin 2007, un peu plus de 50 % des demandeurs d'emploi en fin de droit (cat 1) étaient des femmes et environ 23 % étaient des jeunes de moins de 25 ans. Dans ce contexte, l'accompagnement mis en place dans le cadre des contrats d'insertion est complexifié.

« Une dame [qui] est sans permis [qui] a une cinquantaine d'années, qui est inscrite comme demandeur d'emploi. Qu'est-ce-que je peux lui proposer? Un travail à domicile? Non. Quelle solution apporter aux gens? » E\_6

Dans ce contexte, les différents professionnels soulignent la présence et l'importance des chantiers d'insertion dans leur pratique. En effet, ils représentent un relais indispensable dans l'insertion des populations les plus éloignées de l'emploi.

À cette situation socio-économique déficitaire s'ajoutent des difficultés d'accès à l'emploi liées à :

- ✓ l'absence de formation ou la faible qualification ;
- ✓ des conditions matérielles inadaptées : absence de moyen de transport, absence de mode de garde des enfants ;
- ✓ la santé : les objectifs des contrats d'insertion et des mesures d'accompagnement reposent principalement sur la santé au sein de ce territoire. La variété des besoins repérés (soins ophtalmologiques, dentaires, problèmes de dos) appelle donc des réponses personnalisées.

# 3. Les problématiques abordées

D'après les professionnels, les principaux motifs de sollicitation de leurs services sont les demandes d'aides financières. Un certain nombre de dispositifs sont en cela disponible pour apporter des réponses ponctuelles ou à plus long terme. Cependant, le contenu des entretiens montre que les freins financiers n'expliquent pas à eux seuls le moindre accès aux transports, à l'amélioration de l'habitat et au système de santé. La dimension sociale d'un accompagnement est alors présentée comme incontournable. Les déplacements en milieu rural participent indéniablement à la vitalité du territoire tant en termes de liens sociaux que de services. Ils reposent sur la présence de transports alternatifs à la voiture particulière, le coût de ces services mais également sur leur appropriation par la population.

#### 3.1. La problématique des transports

Comme dans de nombreuses zones rurales, le pays de Lafayette est peu desservi par les transports collectifs publics. Le mode de transport privilégié est donc la voiture particulière. Ce recours accru à la voiture personnelle a donc participé à la centralisation des services. Cependant, tous les habitants ne disposent pas d'une voiture qui leur offre la liberté de mouvement nécessaire pour trouver un emploi, avoir accès aux services sociaux, sanitaires, administratifs, commerciaux et de loisirs. D'ailleurs, l'écart, entre ceux qui ont accès à une voiture et ceux qui n'en ont pas, semble se creuser.

« Pour les gens éloignés géographiquement, ce qui facilite c'est quand ils ont le permis mais beaucoup ne l'ont plus. » EI\_10

« Il n'y a plus de bus, il y a de moins en moins de voisins qui peuvent prendre en charge les personnes âgées. » El 5

Le contenu des entretiens met l'accent sur l'importance de l'accès aux transports quel que soit le public : les personnes âgées, les personnes en situation de précarité ou encore les jeunes ruraux.

La problématique des transports est également transversale quelles que soient les thématiques abordées. Les difficultés liées aux transports peuvent être expliquées par des freins financiers mais peut-être plus encore par des freins géographiques, culturels ou liés à la santé.

Les freins géographiques sont illustrés par la géographie du territoire avec des communes éloignées, des conditions hivernales pouvant être difficiles, des axes de circulation perçus comme insatisfaisants. Ainsi, l'autoroute A75 est vue comme un facteur de développement tandis que la nationale 102 suscite l'insatisfaction de la population mais également des professionnels.

Ces difficultés liées aux transports sont accentuées par des situations financières précaires :

- o les usagers qui n'ont pas de permis et/ou pas de voiture ;
- o les usagers qui ont un véhicule mais dont la situation financière délicate ne permet pas le paiement d'une assurance, l'entretien d'un véhicule ou l'achat de carburant. L'illustration en est l'accroissement des demandes d'aide au carburant auprès des différents professionnels sociaux ou associatifs ;
- o le transport alternatif parfois onéreux tel le taxi.

Cependant, à ressources égales, des familles vont utiliser les transports en commun disponibles beaucoup plus aisément que d'autres. Ceci témoigne entre autre de la présence d'un ancrage culturel important. Les distances sont parfois perçues comme importantes, voire insurmontables. Cet avis est relayé dans une moindre mesure par les professionnels dans le cadre de leur activité.

« Le Puy en Velay est à 40 min de Paulhaguet, l'hiver il faut monter Fix, il faut redescendre. Si le Brivadois veut envoyer sur le Puy-en-Velay c'est aussi loin que de Clermont ». EI\_2

À ces différents freins s'ajoute celui lié à l'état de santé. En effet, l'usager peut ne pas être en capacité de se déplacer ou être sous le coup d'une suspension de permis.

Les besoins ressentis par les professionnels concernent des publics très différents : personnes âgées, familles ne possédant qu'un seul véhicule utilisé par exemple par celui ou celle qui travaille, familles sans véhicule, collégiens. Le développement de la mobilité est, pour les professionnels rencontrés, un axe de travail indispensable.

# 3.1.1. Les initiatives favorisant les déplacements

Pour faciliter l'accès aux services, des permanences ont été créées dans plusieurs bourgscentres telles que les permanences de la mission locale, de la MSA, de la Caisse régionale d'assurance maladie (Cram)... Toutes les initiatives de permanences ainsi que les actions décentralisées, que ce soit du Puy-en-Velay vers Brioude ou de Brioude vers les autres bourgscentres du pays de Lafayette sont perçues positivement par les professionnels rencontrés. Elles facilitent d'une part, l'accès des services aux usagers et d'autre part, le travail des professionnels en ce qui concerne les orientations et les relais. « La permanence me permet de voir plus de personnes que si je devais faire des visites à domicile, ça me permet de voir 5 personnes alors que j'en aurais vu que 2 à domicile». E25

Ces réponses sont renforcées par les travailleurs sociaux dont la grande majorité fait un important travail à partir de visites à domicile. Ces déplacements indispensables permettent d'apporter une réponse aux personnes les plus isolées.

Des actions pour améliorer l'accès aux transports existent d'ores et déjà sur ce territoire. Elles sont nombreuses et visent très souvent un public spécifique : les personnes âgées, les personnes fragiles, les jeunes.

#### 3.1.1.1. Chez les personnes âgées

Les projets en direction des personnes âgées semblent les plus nombreux et les plus aboutis. Les personnes âgées sont les premières concernées, nombreuses en milieu rural, souvent isolées, sans moyen de transport individuel et avec des moyens financiers faibles.

Ce public sollicite en priorité les services de transports informels : familles, amis, voisins. Compte tenu de cette pratique et des expériences menées, sur ce territoire mais également ailleurs en France [27], il semble que les personnes âgées privilégient les services de transports individuels tels les taxis plutôt que les transports en commun, même quand ils existent. En effet, la mise en place de minibus de ramassage dans plusieurs zones du pays de Lafayette n'a pas toujours eu le succès escompté. Bien souvent le manque d'usagers met en péril la pérennité de l'action. Les projets de transport collectif semblent butter sur la rentabilité. Les personnes âgées se montrent intéressées par les projets mais sont, au final, peu utilisatrices de ces bus.

## Expérience de financement de déplacement en taxi à Sainte-Florine

Sous condition de revenu, une personne âgée de plus de 60 ans peut bénéficier de 6 allers-retours par trimestre en taxi pour un coût d'environ un euro.

Par ailleurs, le fait que les auxiliaires de vie puissent dorénavant emmener et accompagner les personnes âgées à l'extérieur de leur domicile est un réel avantage, cela participant incontestablement au maintien à domicile des personnes âgées.

## 3.1.1.2. Chez les jeunes

En ce qui concerne la mobilité des enfants et des adolescents, le problème est similaire : difficultés d'accès aux loisirs et à certains services qui sont propres aux adolescents. Quelques projets ont été rapportés.

#### Actions loisir du centre social Déclic.

Les activités proposées aux enfants intègrent un système de ramassage en bus qui les conduit de leur domicile aux lieux des activités.

#### Aide au permis de conduire : CCAS de Brioude

Une aide au permis de conduire existe pour les jeunes de 16 à 24 ans. Une aide de 500 euros peut être versée à l'auto école choisie par le jeune. En contrepartie, le jeune effectue 60 heures de travail en mairie.

La problématique des personnes handicapées a été peu abordée, si ce n'est pour les jeunes isolés. Des projets d'aide aux déplacements des personnes handicapées sont en cours de mise en place par le Conseil général de Haute-Loire.

#### 3.1.1.3. Chez les personnes en situation de précarité

Peu d'actions ont été décrites. Des réponses existent sous forme d'aide à la mobilité de l'ANPE ou d'aide à la location de véhicule... mais, liées uniquement à l'emploi, elles ne semblent pas répondre aux besoins observés. Cependant la question du transport est récurrente.

#### 3.1.2. En résumé

Il semble nécessaire de développer les liens entre les communes rurales et leur bourg-centre et entre les bourgs-centres et Brioude où de nombreux services sont centralisés. En parallèle, il est important d'intégrer la notion d'aller au plus près des populations en poursuivant notamment la politique de développement des permanences.

Pour compléter, il est essentiel de favoriser les déplacements en direction de Clermont-Ferrand et du Puy-en-Velay que ce soit pour l'accès aux soins, aux services ou à l'emploi.

Par ailleurs, les actions mises en place, nombreuses sur le territoire, visent très souvent un public spécifique. La faisabilité d'un système plus transversale serait peut-être à envisager.

## 3.2. Les logements indignes<sup>9</sup>

Pays de Saugues, Ribeyre-Chaliergue et Margeride, Plateau de la Chaise-Dieu, Pays de Paulhaguet et Pays de Blesle sont les 5 communautés de communes les plus touchées en Haute-Loire par le parc privé potentiellement indigne (PPPI). Elles cumulent en effet de nombreux indicateurs défavorables :

- ✓ plus de 18 % des résidences principales sont classées en PPPI ;
- ✓ plus de 20 % des résidences principales classées en PPPI sont occupées par leur propriétaire ;
- ✓ plus de 15 % des résidences sont occupées par des personnes âgées.

Les professionnels abordent la question du logement principalement au cours des visites à domicile et parfois lors d'entretiens avec les usagers. Les visites à domicile semblent être un outil important dans le repérage des situations d'insalubrité.

En effet, même lorsque la question des conditions de vie est abordée au cours d'un entretien, plusieurs paramètres peuvent amener l'usager à minimiser la situation : un sentiment de gène, le déni de la situation, la peur d'entrer dans des démarches complexes et coûteuses. Rendre compte d'une situation d'insalubrité à un professionnel est difficile, principalement à cause de la méconnaissance de ce que ce constat peut apporter.

En termes de logement, l'insalubrité est un sujet régulièrement relevé par les professionnels. Selon eux, cette problématique concerne principalement :

- ✓ les propriétaires occupants souvent âgés et vivant dans des communes rurales ;
- ✓ les locataires occupants vivant plutôt dans un bourg-centre.

La perception de ces situations diffère. Dans le premier cas, la situation est perçue comme choisie et ne revêt donc pas un caractère d'urgence. Dans le deuxième cas, la situation paraît subie et donc beaucoup moins acceptable.

<sup>9</sup> Habitat indigne : cette notion recouvre toutes les situations qui portent atteinte à la santé des personnes, à leur dignité et au droit au logement. Il s'agit d'un concept politique et non d'une définition juridique. Cela concerne les logements, immeubles ou locaux insalubres, les locaux où le plomb est accessible, les immeubles menaçant ruine, les hôtels meublés dangereux et toutes les formes d'habitat précaire, dont la suppression ou la réhabilitation relève des pouvoirs de police administrative, des maires et des préfets.

Cependant, les personnes rencontrées se sont peu exprimées sur les outils disponibles pour améliorer ces situations qui restent complexes, difficiles à modifier et où il peut être difficile de mobiliser la personne concernée.

La situation est différente selon le statut de l'occupant : propriétaire ou locataire

#### 3.2.1. Propriétaires occupants

Dans cette étude, la parole des usagers n'a pas été recueillie, or sur ce thème elle apparaît particulièrement importante. Quels sont les besoins de ces propriétaires et quels sont les freins à l'amélioration de leur habitat? Certaines explications sont, cependant, apportées par les professionnels tels les limites financières, les craintes liées à un changement d'habitude, le déni d'une situation d'insalubrité...

Pour les plus âgés, la question « quand et comment intervenir ? » se pose plus expressément puisque le professionnel envisage, au contraire de la personne âgée, la probabilité d'une entrée dans la dépendance de cette personne nécessitant des conditions d'habitat adaptées. Ces situations peuvent même poser un problème urgent lors d'une sortie d'hospitalisation, les conditions de vie ne permettant pas un maintien à domicile, une aide à domicile. Cependant, les conditions minimales pour un retour à domicile ne semblent pas faire consensus parmi les personnes rencontrées.

« Le vital c'est avoir un toit, manger et se chauffer » EC\_22

Alors qu'il conviendrait d'intervenir en amont d'une situation d'urgence, comment amener la personne âgée à accepter ce changement? Dans ce cadre, les professionnels sont souvent confrontés aux limites de leur intervention.

La MSA est engagée sur cette thématique et propose un programme d'amélioration de l'habitat. Elle informe ces ressortissants des outils de sortie d'insalubrité et aide à leur mise en œuvre. Cependant, ces situations sont décrites comme longues et complexes.

#### 3.2.2. Locataires occupants

Sur ce territoire, l'accès aux logements du parc locatif social n'a pas été cité comme problématique. Un turnover important est observé dans les logements HLM, que ce soit sur Langeac, Brioude ou Sainte-Florine. Les conditions d'accès, les prix, la disponibilité favorisent ce turnover. Ce point est un élément déterminant dans la lutte contre l'insalubrité, les possibilités de relogement des populations existent.

Une action a été menée par le centre social de Brioude en partenariat avec de nombreux acteurs sur le thème des logements insalubres. L'action ciblait plus particulièrement les jeunes.

L'information doit donc être menée auprès des locataires mais également auprès des propriétaires pour leur rappeler leurs devoirs et également les aides qu'ils peuvent solliciter.

#### 3.3. La santé

Les données de mortalité traitées dans la première partie de cette étude portaient sur la population domiciliée dans le pays de Lafayette et la surmortalité prématurée c'est-à-dire intervenant avant 65 ans interrogeait sur les comportements et l'accès aux soins de la population.

Les entretiens parlent, quant à eux, de la population fragile rencontrée par les différents professionnels et élus. Les problématiques les plus citées sont les consommations d'alcool, de drogues et les problèmes liés à la souffrance psychique, au mal être ou aux maladies mentales. Ces problématiques sont celles qui posent le plus de difficultés pour la prise en charge et l'orientation.

Ensuite, selon les populations rencontrées, ont été cités pour les plus jeunes des situations de violence et, pour les populations en situation de grande précarité, des problèmes d'obésité, de maladies de peau et de mal de dos. Chez les collégiens et lycéens, des problèmes d'hygiène, dentaires et ophtalmologiques sont également repérés principalement chez les jeunes originaires des communautés de communes les plus rurales. Les entretiens ne permettent pas d'estimer l'ampleur de ces phénomènes.

## 3.3.1. Une population éloignée de sa santé

Les professionnels se font l'écho de l'importance de l'aspect social dans la santé perçue par les usagers. Les professionnels parlent de liens sociaux qui apparaissent comme un moyen de maintien et d'amélioration de la santé de leurs usagers.

Une des premières conséquences réside dans la minimisation des symptômes et de la douleur ressentie. L'accès aux consultations sera davantage lié aux conditions extérieures (situations économiques, disponibilité) qu'aux symptômes et à la douleur. Les raisons sont culturelles mais également individuelles liées à l'histoire familiale du patient envers la santé, envers le système de soins.

« Est-ce que les pathologies sont plus graves en pleine campagne? Non, elles sont à peu près les mêmes mais on a quand même des gens qui ne sont pas trop demandeurs qui endurent. Ils ont connu cette vie tout le temps ils ont vu les parents, les grands-parents, c'est la mentalité paysanne. » EI\_2

De plus, une partie de la population évoquée n'a pas de suivi médical. Il n'est pas rare que les professionnels reçoivent des jeunes qui ont vu le médecin seulement 2 à 3 fois dans leur vie. Cela en est de même pour les spécialistes, tels le dentiste, le gynécologue...

La situation est différente pour les personnes âgées. Elles ont le plus souvent un suivi médical. Le poids de leur histoire portera davantage sur leur adhésion au diagnostic, aux traitements. La survenue d'une pathologie est régulièrement associée à un sentiment de fatalisme. Chez les personnes âgées, ce sont bien souvent des pathologies chroniques (diabète, maladie cardiovasculaire,...), des maladies souvent peu visibles et souvent déjà présentes dans les familles (un parent, grands-parents...).

Les personnes qui travaillent dans le soin, peuvent avoir des difficultés à recueillir l'adhésion de leurs patients aux soins. En effet, ces derniers ont parfois des difficultés à comprendre le bienfait d'un traitement, d'un examen.

Des facteurs liés au temps que peut prendre les démarches, à la facilité d'accès à ces démarches et également aux offres de services sont également signalés. En effet, pour les usagers, les démarches sont, du fait de leur isolement, plus compliquées et génèrent souvent un coût supplémentaire. Les premiers freins cités sont liés aux moyens financiers de la personne et aux difficultés de transport déjà abordés dans le paragraphe 3.1.1.

Une des missions des travailleurs sociaux est d'ouvrir les droits à la Couverture maladie universelle (CMU) et à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc). Ils notent que l'absence de couvertures sociales reflète un manque de moyen financier ou un choix. Mais ce choix est souvent marqué par un manque d'information et concerne les plus jeunes.

Il ressort également de l'analyse des entretiens que la personne entrera dans un parcours de soins si un accompagnement plus large a été mis en place, c'est-à-dire la prise en compte de la garde des enfants, la prise en compte du maintien d'une activité (agricole, artisanale...). Le médecin seul n'a pas les compétences et le temps pour faire ces démarches et aurait besoin d'un réseau extérieur pour prendre le relais et mettre en œuvre les démarches nécessaires.

Pour les professionnels, la démarche santé (soins, prévention) apparaît pour les usagers comme une démarche supplémentaire pour un résultat immédiat perçu comme restreint. Dans les expériences citées, il apparaît qu'un des facteurs déterminant du succès de la prise en charge médicale réside dans le soutien social du patient.

Les facteurs liés au médecin, perçus par les professionnels autre que les médecins eux-mêmes, sont abordés dans le paragraphe 4.2.

#### Expérience des bilans de santé sur Brioude

#### ► faciliter l'accès aux soins :

Les personnes reçues aux bilans de santé sont toutes précaires et éloignées des soins. Sans accompagnement, ces personnes n'entreraient pas dans une démarche de soins. Le travail en partenariat entre les associations par lesquelles se fait le recrutement des bénéficiaires, l'intervention coordonnée de la Cpam, de l'assistante sociale et du médecin sont donc indispensables pour amener les gens à la consultation.

## ► faciliter le transport :

La délocalisation des bilans de santé à Brioude est un succès qui a été possible par la mise en place d'un système permettant aux assistantes sociales d'aller chercher les personnes pour les amener au bilan.

## ▶ faciliter la concertation santé/sociale

Le médecin et les assistantes sociales qui organisent les bilans de santé ont, sans lever le secret professionnel, mis en place des échanges qui permettent à l'assistante sociale d'accompagner une personne ayant besoin de soins supplémentaires.

## 3.3.2. La perception de l'offre de soins

Globalement, les densités de professionnels de santé à l'échelle du pays de Lafayette masquent l'hétérogénéité de leur répartition sur le territoire. Les services de soins sont concentrés dans les bourgs-centres, d'où selon les communautés communes, des problématiques différentes : pour certaines l'objectif est de maintenir la densité de professionnels présents et pour d'autre l'objectif est d'attirer de nouveaux professionnels.

À ce sujet, chez les personnes rencontrées, il existe une revendication marquée des territoires les plus ruraux à ne pas être « sacrifiés ». Les professionnels de ces territoires et plus particulièrement les élus, qui se font le relais des populations, se savent isolés, connaissent la faible démographie de leur commune mais revendiquent le droit d'avoir accès aux services de santé. La question posée est : « est-ce toujours à eux de faire les efforts ? ».

À cette question, ils évoquent par exemple le développement de cabinets secondaires qui pourraient accueillir alternativement diverses professions. Ils demandent des organisations (la permanence de soins, les permanences médicales) qui tiennent compte de leur spécificité. Les problématiques étant différentes selon les communautés de communes, les réponses ne peuvent être similaires. La permanence des soins pose, par exemple, un problème à la population de la CC du Pays de Saugues, du Plateau de la Chaise-Dieu et du Nord d'Auzon communauté. Concernant le Pays de Paulhaguet, la situation est mitigée, la proximité avec les médecins de Langeac et de Brioude permet, en cas de difficultés, d'assurer une permanence des soins mais rend ce territoire dépendant des territoires voisins. Le maintien de la permanence de soins se posera également dans les établissements pour personnes âgées. Cette question risque de devenir cruciale, entre autre, sur la communauté de communes du Pays de Saugues.

Plusieurs personnes interrogées ont évoqué les thèmes des maisons pluridisciplinaires de santé ou encore des maisons de santé. Les questions de leur implantation portent sur la délimitation des territoires concernés, la population concernée, les capacités d'attractivité d'un territoire, la volonté des professionnels présents et le soutien des organes politiques. Les solutions ne sont pas uniques et nécessitent une réflexion transversale.

## 3.3.3. Les hôpitaux et les médecins spécialistes

Les professionnels rencontrés ont rarement évoqué l'hôpital. Ce thème se résume souvent à la prise en charge des urgences. Les consultations externes ont été peu citées, probablement par manque de connaissances sur cette offre. De plus, la restructuration de l'hôpital de Brioude est relativement récente et un effort de communication est envisagé. La présence des spécialistes se centralise à Brioude, il persiste donc la question des transports pour la population la plus éloignée. La distance, ainsi que les délais pour obtenir un rendez-vous sont des freins aux consultations. Il semble que les conséquences concernent plus le retard aux soins que le non recours aux soins.

« Dans cette région il manque des spécialistes, les pédiatres il faut aller au Puy, l'ophtalmo, il y en a un à Brioude mais c'est 6 mois d'attente, y en a pas à Langeac » EI\_4

Les spécialités libérales qui semblent faire défaut sont la pédiatrie et la psychiatrie. En effet, depuis 2007, il n'y a plus de psychiatre libéral à Brioude. Cependant, en ce qui concerne la pédiatrie, un médecin généraliste ayant une capacité en pédiatrie semble être identifié par la population et sa présence propose donc une alternative à l'absence de pédiatre sur ce territoire.

La mise en place de l'hospitalisation à domicile est attendue par les professionnels du soin. Certains mettent cependant l'accent sur la nécessité de tenir compte des spécificités rurales pour sa mise en place : les distances à réaliser et les ressources professionnelles disponibles que ce soit en médecin spécialiste ou généraliste.

#### 3.3.4. Les pathologies observées

L'enquête laisse apparaître chez les usagers un déni du corps et de la santé à travers une non prise en compte des problèmes de santé mais également à travers la dénégation des problèmes d'addiction. De plus, les répercussions d'une situation de précarité sont très importantes, notamment sur la santé psychologique des personnes précaires :

- manque d'estime de soi : sentiment de ne pas être utile, de ne pas se sentir bien dans sa peau, d'être rejeté ou dévalorisé ;
- angoisse et troubles psychosomatiques;
- incapacité à faire face : incapacité à surmonter les difficultés, impossibilité de prendre les choses du bon côté et perte de confiance en soi.

Il semble donc assez cohérent de voir les thématiques de l'addiction et de la souffrance psychique ressortir de l'analyse des entretiens.

#### 3.3.4.1. Les addictions

Pour les professionnels interrogés, la prévention et la prise en charge des personnes ayant un problème d'addiction semblent insuffisantes sur ce territoire. La consommation de drogues associée à la présence de jeunes sous traitement de substitution, a été citée comme un problème en extension qui n'a pas de relais dans le domaine du soin sur ce territoire.

Le sentiment d'extension de la problématique peut être lié :

- ✓ à une perception de l'augmentation des consommations ;
- \[
   \] à une consommation plus visible, liée par exemple à la banalisation de la consommation de cannabis chez les jeunes;
- ✓ à une meilleure connaissance par les professionnels de ce phénomène ;
- \[
   \] à des professionnels plus sensibilisés permettant plus facilement la circulation de la parole des jeunes;
- ✓ à une meilleure prise en charge des usagers de drogues et d'alcool même si des efforts restent à faire.

Quelles que soient les raisons évoquées, les professionnels sanitaires et sociaux se trouvent face à des difficultés d'orientation dues, d'une part, à un manque de structure à Brioude et, d'autre part, à une méconnaissance du réseau de soins en addictologie.

Il est donc important de renforcer les capacités des travailleurs sociaux et des médecins généralistes à repérer et orienter les personnes ayant un problème d'addiction.

L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa 43) est le seul relais identifié sur ce territoire pour la prise en charge de conduites addictives liées à l'alcool. L'implantation d'une antenne à Brioude est repérée comme une amélioration du service rendu mais n'arrive pas complètement à combler les besoins des patients résidant dans les communes les plus isolées. D'une part, l'éloignement intervient sur la connaissance de cette antenne et ne facilite pas l'orientation des patients. D'autre part, les difficultés de transport signalées précédemment sont un frein à la prise en charge.

Dans le fonctionnement de l'Anpaa, l'assistante sociale se déplace et oriente la personne si nécessaire vers une consultation médicale qui se déroule à Brioude. Il n'y a pas de prise en charge sur la communauté de communes du Pays de Saugues et très peu sur le Plateau de la Chaise-Dieu. La proximité du Puy-en-Velay peut expliquer ce point mais le fait que l'antenne soit insuffisamment repérée par les intervenants de ces secteurs également.

« Un jeune toxico qui n'a pas de rond si on lui dit : il faut que tu ailles 6 fois au Puy-en-Velay ce n'est pas la peine. » EC\_16

Actuellement, la prise en charge des patients ayant des problèmes d'addictions, autre qu'avec l'alcool ou le tabac, se déroule au Puy-en-Velay ou à Clermont-Ferrand par l'intermédiaire des Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) ou des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). L'implication des médecins généralistes dans ces prises en charge est très variable. Aucun médecin généraliste n'est repéré comme relai possible par les travailleurs sociaux, cela ne signifiant pas pour autant qu'il n'y en a pas.

# 3.3.4.2. La souffrance, le mal-être, les pathologies mentales

Les professionnels sont régulièrement confrontés à des personnes présentant des désordres psychologiques ou du mal être. Un certain nombre de relais sont identifiés : l'hôpital de jour de Brioude, les centres médico-psychologiques (CMP) de Brioude et de Langeac. Cependant, les délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous (3 mois) à une consultation médicale dans ces services apparaissent comme beaucoup trop longs. Aussi, si la démarche de prise de rendez-vous renforce un sentiment d'accompagnement ayant abouti à un résultat concret chez les professionnels, cela soulève parallèlement le problème des obstacles à la prise en charge médicale en termes de délais.

Les délais engendrent le sentiment qu'il y a des retards dans la prise en charge voire une absence de prise en charge. Les professionnels semblent opérer un choix dans l'orientation des cas qui leur semblent les plus graves.

Les travailleurs sociaux se posent également la question de l'orientation. N'y a-t-il pas une tendance à orienter trop vite les personnes vers la psychiatrie? Cette question est liée aux missions d'accompagnement, d'écoute des travailleurs sociaux et renvoie à leurs conditions d'exercice (cf. §4).

« L'essence même de notre travail c'est l'écoute. On sous-estime, on ne mesure pas le travail qu'on fait à travers l'écoute. On a plus tendance, dès qu'il y a un petit souci qui apparaît, c'est psy donc on prend le bottin pour le CMP. Il y a une antenne de Sainte Marie, le CMP en face mais ce n'est pas possible ils ne peuvent pas répondre au quart de tour. » EC\_20

Des réponses ont déjà été apportées dans certaines structures. Les professionnels du Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ont vu, par exemple, le profil de leur population se modifier, avec de plus en plus de personnes présentant des problèmes liés aux pathologies mentales. La présence d'une psychologue et un temps d'infirmier psychiatrique ont participé à l'amélioration de l'accueil, en permettant de mieux appréhender l'usager et de mieux comprendre ses réactions. Ainsi, la tension qu'une telle population peut engendrer dans une équipe a très nettement diminué. Dans cet exemple, la présence des professionnels spécialisés aide à l'accompagnement de l'usager et à sa prise en charge.

« Des choses qu'on ne maîtrisait pas et qui de part notre méconnaissance créait de la peur. [L'infirmier psychiatrique] a dédramatisé tout ça. Si on a des urgences on peut le joindre, il réoriente aussi. Il fait le lien entre l'hôpital et le CHRS quand il y a besoin d'une hospitalisation, d'un rendezvous chez un médecin. » EC\_11

## Présence d'un temps d'infirmier psychiatrique au CHRS

► faciliter l'accès aux soins :

Rendre accessible les soins aux usagers du CHRS

► faciliter la concertation santé/sociale :

Le travail mené avec l'équipe du CHRS a permis de mieux comprendre les pathologies, de mieux réaliser les orientations.

#### 3.3.5. Les enfants et adolescents

La santé des jeunes enfants a été peu évoquée, si ce n'est l'observation d'une difficulté à orienter les enfants vers un orthophoniste. En effet, que ce soit dans le Brivadois ou le Langeadois, le besoin est fortement exprimé. Pour eux, une des premières conséquences est une sélection et une orientation des enfants présentant les besoins les plus importants.

À l'entrée au lycée, des problèmes de santé dentaires ou ophtalmologiques sont repérés de manière hétérogène selon l'origine des élèves. Deux hypothèses ont été avancées :

- un moindre accès aux actions de prévention du fait d'un personnel sanitaire au sein des collèges moins présent dans certains établissements scolaires ;
- un moindre recours aux soins des enfants fréquentant ces établissements.

Bien souvent, chez les élèves présentant des problèmes de santé s'ajoute un sentiment de démotivation. Même si dans la grande majorité des cas, le passage en 6<sup>ème</sup> et en 2<sup>nde</sup> se fait sans

aucun souci, pour certains jeunes ce sont des périodes de rupture. Il semble important de repérer ceux qui accumulent des difficultés lors de ces transitions. L'étude n'a pas permis de voir si l'accès à la prévention est équitable au sein des différents établissements scolaires.

Les personnes rencontrées ont le sentiment que la thématique de la sexualité semble suffisamment traitée, ce qui n'est pas le cas des addictions, probablement par manque de formation et d'intervenants repérés. Il en est de même pour ce qui concerne les relais extérieurs dont plusieurs sont identifiés sur la thématique de la sexualité (planning familial, centre de périnatalité, centre d'information sur les droits des femmes (CIDF)) alors qu'aucun n'a été cité sur la thématique des addictions.

Toutefois la nécessité de repérer précocement les jeunes en souffrance ou qui cumulent diverses difficultés est présente.

Les professionnels regrettent également l'absence de structure d'accueil spécifique jeune de type maison des adolescents. La présence de lieux d'accueil pour les jeunes et les mineurs en particulier se fait sentir sur le pays de Lafayette. Il serait intéressant de connaître les lieux identifiés par les jeunes afin d'identifier leurs besoins et les manques.

## 3.3.6. Particularité de l'offre pour les personnes âgées

Une offre de services pour personnes âgées est disponible et se développe sur ce territoire. Cependant, deux types de difficultés liées à l'offre sont exprimés :

- ✓ des zones blanches pour le maintien à domicile ;
- ✓ la moindre utilisation des accueils temporaires ;
- ✓ un taux d'équipement en lit d'Ephad plus faible qu'en Haute-Loire.

Ce taux d'équipement plus faible n'est pas perçu de la même manière selon les communautés de communes. Un manque de place a été cité sur les communautés de communes de Langeac et de Ribeyre-Chaliergue et Margeride, la situation n'a pas été clairement évoquée pour le Pays de Saugues et les Pays de Paulhaguet. Par contre sur Brioude, la situation semble plus ou moins tendue selon les périodes. Toutefois, compte tenu des projections portant sur le vieillissement de la population, l'effort pour augmenter le nombre de place est à poursuivre.

Les professionnels hospitaliers signalent les difficultés rencontrées pour trouver une place en sortie d'hospitalisation dans la mesure où ils essaient au maximum de respecter le choix des familles sur la localisation de l'établissement. Les entretiens laissent penser que la personne âgée, ainsi, que son entourage familial mais aussi médical (médecin traitant, Ssiad), n'anticipent pas assez l'entrée en institution. Cette décision se prend donc bien souvent dans l'urgence. Les professionnels notent que les entrées en établissement se font de plus en plus tardivement. Les raisons évoquées sont le désir de rester au domicile le plus longtemps possible et le coût de ces structures. L'âge de plus en plus avancé des personnes prises en charge à domicile a pour conséquence la nécessité de prendre en charge la perte d'autonomie à domicile.

Une piste de réflexion pourrait être de voir comment et quand initier la réflexion avec la personne âgée sur son entrée en établissement.

Excepté dans les zones blanches des services de soins à domicile, les personnes interrogées n'ont pas évoqué de difficultés pour la prise en charge à domicile. Cependant, le nombre de professionnels interrogés directement concernés était faible. Le point de vue des familles et des personnes âgées auraient été intéressant pour estimer la satisfaction que les usagers ont de ces services.

Les accueils temporaires et les accueils de jour, bien que décrits comme indispensables, ne semblent pas être suffisamment utilisés pour des raisons de manque de lisibilité de ces structures, limitant l'orientation par les professionnels de santé.

Le maintien du lien social est essentiel dans la thématique santé des personnes âgées. Toutes initiatives portant sur le maintien du lien social est primordiale : accès aux clubs, aux repas, aux rencontres. Pour les professionnels rencontrés, cela participe indéniablement au maintien à domicile de la personne. Il faut toutefois préciser que ces actions reposant sur le bénévolat possèdent des limites. Ainsi, les projets peuvent se heurter à l'insuffisance de bénévoles pour mettre en place des projets en direction des personnes âgées.

# 3.3.7. La santé chez les populations les plus vulnérables

Pour ces populations les plus fragiles « tout est lourd » et les difficultés de tout ordre s'accumulent :

- l'accès à une alimentation suffisante et équilibrée ;
  - « ils disent souvent qu'ils n'ont pas de quoi acheter des légumes, de la viande. Par exemple, les mois peuvent se terminer avec des chips et du fromage au micro onde. » EC\_19
- la demande d'aide financière pour payer les factures « énergie » ;
- les demandes pour renouveler la CMUc;
- la lourdeur au quotidien de la gestion du budget restreint.
  - « il pourrait engager des soins en se serrant la ceinture sur autre chose [mais] des efforts, ils en font assez » EI\_6

Les problèmes de santé arrivent bien souvent juste après les besoins financiers et comme cela a été évoqué précédemment, ils ne constituent pas une de leurs priorités.

Une question majeure posée par les travailleurs sociaux est de pouvoir prendre en considération les problèmes de santé de leur population. Une concertation avec le champ du soin est vivement souhaitée, les travailleurs atteignent dans ce domaine les limites de leurs missions et de leurs compétences, ils doivent prendre en compte des problèmes de santé pour accompagner l'usager dans une démarche d'insertion mais ne dispose pas forcément des outils nécessaires.

```
« Faut savoir ce que [l'usager] ne peut pas faire dans un cadre professionnel. [Souvent la réponse est] « je ne peux pas forcer » mais qu'est-ce-que ça veut dire ? Rien et c'est tout ce que j'aurai [comme information] » EI_6
```

Alors qu'un des freins majeurs à l'emploi est la santé, la concertation entre les champs social et sanitaire semble encore à construire.

La MSA remarque que leurs actions santé-précarité qui prennent en charge tout un ensemble de consultations ne sont pas toujours utilisées. Donc un accompagnement de ces populations qui serait uniquement financier n'est pas suffisant.

## 3.3.8. Les manques repérés de l'offre de soins

Des manques sur l'offre ont été signalés dans les domaines :

- ✓ des soins à domicile où il existe des zones blanches au sein du pays de Lafayette : secteur du plateau d'Ally et d'Auzon ;
- ✓ de la prise en charge orthophonique ;
- ✓ de la prise en charge des personnes ayant un problème d'addiction ;
- ✓ de la prise en charge des personnes ayant un problème psychiatrique ;
- ✓ d'un réseau de soins palliatifs ;
- ✓ d'un réseau d'hospitalisation.

Les deux derniers points ont plutôt été exprimés par les professionnels qui exercent en secteur rural.

La prévention a été peu évoquée. Cependant, le contenu des entretiens montre les difficultés que rencontrent certains professionnels dans la mise en place d'actions de prévention en direction du grand public. La thématique ne doit pas être stigmatisante et même dans ce cas, les professionnels sont confrontés à la difficulté d'adhésion du public. Un des freins majeurs exprimés est socioculturel sous-tendu par la peur du jugement.

# 4. Le discours des professionnels sur leur pratique

Il est important de préciser que les entretiens ne sont pas représentatifs du champ sanitaire de ce territoire. Le contenu des entretiens a porté sur le regard des professionnels sur la population et leurs problématiques. Mais les thématiques abordées précédemment ont également des répercussions sur les moyens mis en œuvre par les professionnels pour répondre à leur mission.

Ainsi, la question des transports est primordiale quelles que soient la thématique et la population. Les professionnels rencontrés notent l'impact des trajets sur leurs interventions. Les trajets réalisés sont particulièrement chronophages et ont un coût financier non négligeable. La prise en charge de leurs usagers tient compte indéniablement de ces paramètres.

```
« l'évite d'y aller toutes les semaines, il y a de gros déplacement, l'hiver la route est difficile » EI_10
```

« [Je souhaiterais avoir des moyens financiers suffisants] pour ne pas se dire [à propos de] cette personne je suis allée la voir à la Chaise-Dieu la semaine dernière ça va coûter trop cher d'aller la revoir cette semaine » EI\_6

Les professionnels et les usagers sont confrontés à des logiques différentes d'accompagnement. La projection dans le long terme est bien plus difficile pour les familles qui sont dans une logique de survie financière immédiate que pour les plus aisés ou pour les professionnels. L'accompagnement des professionnels débute par le soutien de la personne à se projeter différemment.

### 4.1. L'écoute au centre de l'intervention sociale

Pour l'ensemble des professionnels, le travail avec le secteur social est indispensable. En effet, quels que soient le professionnel ou l'élu interrogés, l'assistante sociale est signalée comme un professionnel essentiel. Celles-ci travaillent au conseil général, à la mairie de Brioude, à l'hôpital, au sein de l'éducation nationale,... Les propos des assistantes sociales indiquent une augmentation des sollicitations associée à une disparité des situations, même si les tâches sont souvent orientées sur la constitution de demandes financières en réponse à des besoins urgents. L'empathie et l'écoute sont intégrées aux missions des travailleurs sociaux.

« On est formé à l'accompagnement des personnes mais pas à l'assistanat même si on s'appelle AS et à devenir autonome. Je trouve qu'on fait l'inverse quand on répond à une demande directe comme avec les gamins « j'ai faim, tu manges », je ne sais pas faire mes devoirs je les fais à ta place. En gros c'est ça, et du coup les gens aussi sont la dedans par rapport à la demande ce n'est pas demain ou après demain c'est tout de suite » EC\_20

De ce fait, les professionnels revendiquent le rôle d'écoute qu'ils exercent auprès du public rencontré. Cependant, parallèlement à ce constat le contenu des entretiens suggère que cette mission n'est pas aisée à remplir.

En premier lieu, l'isolement de leurs usagers résonne avec leur propre isolement professionnel. Bien souvent, le travailleur social dépend d'une équipe qui se trouve au Puy-en-Velay ou à Brioude et il est donc seul face aux difficultés des situations. Il doit donc repérer, orienter et prendre de la distance. Cela l'amène aux limites de ses missions, d'autant plus criantes quand ils n'ont pas les interlocuteurs souhaités pour l'orientation. Cela fait naître un sentiment de prise en charge incomplète. Une des demandes des professionnels est alors orientée vers la création de lieux d'écoute, de paroles. En pratique, ce sont eux que les usagers identifient pour exercer cette fonction. Cela peut donc révéler un besoin de conforter les professionnels dans ce rôle d'écoute et de leur procurer des outils afin de détecter les situations les plus délicates pour un meilleur relais.

## 4.2. Un réseau informel de professionnels : ses forces et ses faiblesses

Les différents acteurs soulignent la nécessité du travail en concertation, « seul on ne trouve pas de solution ». Les professionnels soulignent être peu nombreux à exercer sur ce territoire, ce qui facilite la connaissance des individus mais la géographie du territoire complique parfois leur rencontre. Ils relèvent l'intérêt de travailler sur un territoire « à taille humaine ». Ainsi, un réseau ou plutôt des réseaux informels se sont mis en place. Ces réseaux reposent sur la connaissance mutuelle des acteurs et leur proximité géographique. Ils sont renforcés pour certains par des rencontres régulières entre professionnels d'institutions différentes. L'objectif majeur est de ne pas être isolé dans son institution et d'échanger sur les problématiques et les pratiques dans une même zone d'intervention. Cela implique que les professionnels gardent du temps pour ces temps d'échange.

Cependant, la majorité des personnes rencontrées note l'absence d'un réseau sanitaire et social sur ce territoire. Des obstacles au travail en commun entre le milieu social et la médecine générale ont été précisés, obstacles perçus principalement par les travailleurs sociaux :

- ✓ une méconnaissance des pratiques, des limites des missions de chacun (problème du secret médical par exemple) ;
- ✓ un manque de temps des médecins généralistes pour recevoir en urgence les usagers des différents services, pour participer à des réunions d'échange, pour prendre des contacts avec les assistantes sociales ;
- ✓ un manque de formation sur des problématiques ciblées (addiction, démences, maladies d'Alzheimer) ;
- ✓ une surcharge de travail avec d'importante patientèle ;
- ✓ le sentiment des médecins généralistes d'être sollicités sur de trop nombreux sujets.

Cette question est bien évidement liée à la démographie médicale mais pas uniquement puisque ces remarques sont également valables pour Brioude.

« d'un point de vue médicale sur place [Brioude] j'ai l'impression que ce n'est pas facile peut être que les généralistes sur place, il faudrait qu'ils soient un peu plus avertis, soutenus » EC\_19

Cependant, ce réseau informel, véritable force sur ce territoire, présente également ces faiblesses. Le contenu des entretiens montre en effet qu'un travail sur les missions et les limites de chacun doit être entretenu du fait de l'arrivée de nouveaux professionnels, de l'évolution des missions ainsi

que de la modification des priorités institutionnelles. Cet échange portant sur la connaissance de chacun est essentiel dans le parcours des usagers pour faciliter la coordination des interventions.

« À Saugues, je ne la vois pas la collègue. Plus on me voit, plus on pense à moi ».  $EI_10$ 

« Plus on va se connaître [entre AS], plus on va connaître nos façons de travailler et mieux on travaillera ensemble. »  $EI\_25$ 

Bien que le travail partenarial puisse et doive être amélioré, les professionnels notent une certaine facilité au travail commun sur ce territoire. Les conditions de travail leur permettent de se rendre à domicile et de faire un réel accompagnement social.

Cependant, les distances et les moyens financiers peuvent être des freins aux déplacements. Connaître les limites des missions, c'est également savoir passer le relai au bon moment, un travail de mise en relation est souhaité.

Le territoire, humain par sa population restreinte mais vaste par son étendue, ne permet apparemment pas aux professionnels de s'appuyer sur les réseaux associatifs locaux qui sont méconnus.

Trois pistes sont souhaitées : une mise à jour régulière des connaissances des différents services avec leurs missions et leurs champs d'intervention, l'amélioration de la coordination des différentes interventions auprès d'une même famille et le travail en partenariat.

Entre connaissance, coordination et partenariat, les demandes sont variées et ne permettent pas de spécifier le type de liens souhaité. Cependant, connaître qui intervient, pour faire quoi et dans quelles conditions reste important.

Les conditions de travail sont essentielles. Les professionnels rencontrés notent l'importance des locaux dans l'accueil du public. D'ailleurs, des projets visant à l'amélioration des locaux sont en cours à plus ou moins long terme pour certains. L'organisation, les moyens financiers et la reconnaissance du service rendu sont importants. L'écoute apportée aux équipes les plus isolées est quant à elle primordiale.

Quelques actions en milieu communautaire ont été signalées : un travail avec un groupe de femmes à Saugues organisé par la MSA, des réunions d'information ou des ateliers sur des thèmes de prévention : alimentation, jeunes enfants, adolescence organisés par le centre social de Brioude...

Les travailleurs sociaux signalent le souhait et le besoin de mettre en place des actions collectives. Or le manque de temps, la priorité de leur action sur l'individuel et pour certain l'absence de locaux ne leur permettent pas. Il est à noter que les actions collectives souhaitées ne sont pas estampillées « santé » cependant réduire l'isolement, créer des lieux d'échange et aborder des thématiques telles que l'alimentation, le budget... sont des objectifs essentiels dans l'intervention au niveau des déterminant sociaux de la santé.

#### 4.3. En résumé

Les professionnels remarquent et souhaitent l'investissement des communes et des institutions dans les projets qu'ils mettent en place ou qu'ils initient. Quelques expériences de réseaux ont été initiées sur ce territoire avec des états d'avancement plus ou moins aboutis et des obstacles tels que le peu de temps disponible, le manque de soutien des institutions et parfois des équipes. La mise en place de réseaux doit donc répondre à un besoin et réunir les professionnels ainsi que les institutions et les décideurs locaux. Un réseau sur la thématique des violences est en train de se formaliser sur ce territoire et semble répondre à ces critères.

Pour les professionnels de santé, pointent la volonté de développer le travail pluridisciplinaire et d'autres solutions telles que les cabinets annexes par exemple mais cela ne peut reposer que sur des volontés et des dynamismes locaux. Le dynamisme des professionnels d'un territoire et le soutien des politiques et des institutions permettront au territoire d'être attractif pour de nouveaux professionnels.

# Synthèse

L'étude qualitative n'a pas interrogé la population du pays de Lafayette, or il serait intéressant d'avoir son point de vue sur les thématiques développées afin de compléter les résultats de cette étude.

Le pays de Lafayette est hétérogène avec des communes en plaine qui concentrent la population et les services et des communes en zone montagneuse où la population est particulièrement éloignée voire isolée au sein du pays et au sein de la Haute-Loire. La question des transports est transversale en raison des problèmes de mobilité des jeunes pour accéder à l'emploi et du problème de l'isolement des personnes âgées.

Sur la thématique des transports et de la lutte contre l'isolement, il conviendrait de

- favoriser les déplacements vers les bourgs-centres, vers Clermont-Ferrand et le Puy-en-Velay;
- développer l'accès aux transports;
- encourager et soutenir les projets basés sur l'itinérance (amener les services à la population ou encore aider la population à aller vers les services).

Le vieillissement de la population est inéluctable, en 2030, les habitants de plus de 60 ans représenteront 41 % de la population et le contraste entre le nord et le sud du pays de Lafayette s'accentuera. Le pays de Lafayette a un taux d'équipement moins important que la Haute-Loire en ce qui concerne le nombre de places en structure d'accueil pour personnes âgées. La prise en charge de la personne âgée à domicile et en institution est un enjeu essentiel de ce territoire. Le schéma départemental des personnes âgées et handicapées, en cours d'élaboration, pourra permettre la mise en place d'actions répondant aux objectifs qui retiennent l'attention :

- réduire l'isolement des personnes âgées ;
  - O Quelle est la place de nos anciens dans notre société ? Comment combattre l'image négative des personnes âgées sur ce territoire ?
  - O Développer des actions favorisant le lien social (aide à la mobilité, mise en place de rencontres...)
  - Développer un environnement sécurisant pour les personnes âgées en termes de prise en charge
- augmenter le nombre de places dans les établissements pour personnes âgées ;
- favoriser l'accès aux établissements des personnes à revenu modeste (effet seuil) ;
- développer le soutien aux aidants : développer l'accès aux foyers d'accueil temporaire, aux accueils de jour, rendre visible et accessible les services existants sur le territoire ;
- développer la coordination entre les professionnels autour de la personne âgée (assistante sociale, professionnels hospitaliers, médecins, professionnels des services de maintien à domicile). Favoriser un travail de repérage et d'anticipation pour éviter les situations d'urgence;
- développer la formation des différents intervenants et ce, à différents niveaux : élus, familles, professionnels, bénévoles...

Les communautés de communes les plus urbanisées, les communautés de communes du Brivadois ou Auzon communauté ont un taux d'équipement en logement social locatif plus élevé que les autres communes du pays de Lafayette et que le département. La communauté de communes du Langeadois présente un taux d'équipement bien plus faible que le pays de Lafayette.

Les CC du Pays de Saugues, de Ribeyre-Chaliergue et Margeride, du Plateau de la Chaise-Dieu, du Pays de Paulhaguet et Pays de Blesle sont les 5 communautés de communes les plus touchées par le parc privé potentiellement indigne.

Les actions sont à envisager dans le cadre du plan départemental d'accès aux logements des personnes défavorisées (PDALPD) et devraient poursuivre les objectifs suivant :

- développer le repérage des logements indignes ;
- améliorer les conditions de logements insalubres. Prioriser les conditions indispensables au maintien à domicile des personnes âgées ;
- diffuser les informations concernant les aides ;
- informer les locataires occupants et les propriétaires sur leurs droits et leurs devoirs ainsi que sur les aides disponibles.

Le revenu fiscal de référence moyen par foyers fiscaux est plus faible dans le pays de Lafayette qu'en Haute-Loire et en Auvergne. Il est plus élevé au nord du pays de Lafayette qu'au sud. Les taux de bénéficiaires de minima sociaux sont plus importants qu'au niveau départemental et les revenus sont en moyenne plus faibles. Selon les communautés de communes, les populations sont différentes. La situation est moins favorable pour les personnes âgées dans le Pays de Saugues et dans le Plateau de la Chaise-Dieu, mais également pour les personnes plus jeunes en recherche d'emploi à Brioude et Langeac. Auzon communauté apparaît globalement plus en difficulté avec une proportion de bénéficiaires de minima sociaux plus importante. Les données nationales montrent que plus l'âge des bénéficiaires de minima sociaux avance, plus ils subissent un fort isolement social et familial.

Pour aider et améliorer la réponse apportée aux populations fragilisées, il serait intéressant de :

- développer la coordination entre les professionnels du social pour une meilleure prise en charge globale autour d'une même situation ;
  - o Renforcer la connaissance des divers partenaires (les services, les missions)
  - o Réfléchir à la construction de réseaux
- → améliorer le repérage des périodes de transition qui fragilisent la population pour anticiper les risques;
- développer les actions collectives.

Les indicateurs fournis par l'éducation nationale montrent une situation qui semble plutôt complète en termes d'offre. Il apparaît des disparités liées à la catégorie sociale des parents et à la situation scolaire des élèves au début du collège. Ces deux indicateurs sont par ailleurs liés aux sorties précoces des jeunes du système scolaire.

Par ailleurs, la situation de la zone d'emploi de Brioude est préoccupante. Le taux de chômage, contrairement aux deux autres zones d'emploi de Haute-Loire, ne diminue pas. Les jeunes et les femmes sont les populations les plus concernées. Les différentes publications concernant cette zone d'emploi amènent à la nécessité de renforcer l'attention sur ce territoire particulièrement fragilisé.

Le public accueilli à la mission locale de Brioude semble différent du public reçu au niveau de la Haute-Loire ou en Auvergne. Elle reçoit plus de jeunes ayant un emploi et de jeunes ayant quitté le milieu scolaire depuis longtemps. Le manque de mobilité semble être un frein à l'insertion sur le territoire de Brioude.

En complément de la politique de l'emploi menée, il conviendrait de participer à:

- ⇒ lever les freins à l'emploi : favoriser l'accès aux soins, aux modes de garde des jeunes enfants, à la mobilité ;
- réduire l'échec scolaire ;
- favoriser les actions de formation et la formation continue.

Le pays de Lafayette montre une surmortalité générale et prématurée. Il est relevé également une surmortalité évitable liée aux comportements à risque. Les taux comparatif de nouveaux bénéficiaires d'ALD et d'hospitalisations sont plus faibles dans le pays de Lafayette qu'en Haute-Loire. Des prescriptions médicamenteuses plus élevées sont constatées en ce qui concerne les antibiotiques, les médicaments prescrits dans le cadre des maladies cardiovasculaires et du diabète. L'offre relative aux professionnels de santé de proximité apparaît globalement bonne concernant les médecins généralistes mais elle est inégalement répartie sur le territoire. L'offre est moins importante en ce qui concerne les infirmiers. La présence de ces services de santé de proximité est un atout pour le maintien à domicile d'une population de plus en plus âgée. La situation reste fragile particulièrement pour les zones de Paulhaguet, Blesle et Saugues.

Les séjours hospitaliers se déroulent principalement en dehors du pays de Lafayette. La répartition géographique des professionnels de santé est concentrée autour de Brioude, Auzon, Langeac et Saugues. Certaines zones de pays de Lafayette restent en difficulté pour l'offre de proximité. L'offre de prévention, lorsqu'elle est présente, est centralisée dans les communes les plus importantes. Il convient de mettre en œuvre une réflexion pour maintenir les effectifs de professionnels nécessaires et offrir des conditions de travail adéquates pour attirer de nouvelles installations (travail en concertation, maisons de santé...)

Dans le champ de la santé, les pistes de réflexion sont :

- améliorer l'accessibilité au secteur psychiatrique ;
- améliorer la prise en charge du mal-être et de la souffrance psychique :
  - O Aider les professionnels à mieux identifier les situations pouvant relever d'une intervention psychiatrique
  - o Aider les professionnels dans l'orientation de ces personnes
- améliorer la prise en charge des personnes en difficulté avec un produit psycho actif :
  - O Renforcer les capacités des travailleurs sociaux et des médecins généralistes à repérer, accompagner et orienter les personnes ayant un problème d'addiction
  - o Développer des permanences et des relais de prise en charge supplémentaires
  - o Faciliter la mobilité des patients
- développer des actions d'éducation à la santé :
  - o Localisées au plus près des populations concernées
  - O Sur les thématiques des addictions et de la souffrance psychique
- faciliter l'accès à une structure d'accueil spécifique jeune en souffrance psychique et en difficulté avec l'addiction;
- développer des partenariats spécifiques (maison des adolescents);
- développer un réseau médico-social au sein du pays de Lafayette.

# Conclusion

Quelle que soit la thématique abordée, l'accent est mis sur le repérage et l'intervention coordonnée des divers acteurs. L'accompagnement des plus fragiles semble indispensable et est un objectif de la majeure partie des professionnels. Amener à court terme les personnes les plus fragiles à l'autonomie est illusoire, il est le plus souvent nécessaire de mettre en place un accompagnement pour les amener à entrer dans diverses démarches d'accès aux soins, à l'emploi, à l'éducation.

Ce territoire se caractérise par un regain de population même s'il est d'intensité variable selon les communautés de communes, mais il s'accompagne d'un vieillissement de la population. L'éloignement et l'isolement sont des constats transversaux rencontrés tout au long de ce diagnostic. L'isolement est tout d'abord géographique pour les zones les plus montagneuses. Les problèmes de mobilité que l'on trouve chez les jeunes fréquentant la mission locale, s'observent également chez les personnes en insertion et chez les personnes âgées. Réduire l'isolement et faciliter la mobilité est indispensable. Afin de lever les freins rencontrés, les actions devront porter sur le coût des transports, mais également sur l'accompagnement des personnes. L'isolement et les problèmes de transport peuvent également trouver une solution dans la valorisation de visites à domicile des institutions (médecin, assistante sociale...). Les visites permettent de rendre compte concrètement des conditions de vie quotidienne [28].

Le vieillissement de la population, témoin de l'amélioration de l'espérance de vie, va probablement engendrer une croissance de la demande de soins de la population âgée du fait, non seulement de l'évolution des effectifs de cette classe d'âge, mais également de ses comportements de soins. Une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes devrait également être observée. Le vieillissement peut représenter une opportunité pour le territoire mais tout en prenant garde à ce que les personnes âgées restent au centre des dispositifs et ne deviennent pas de simples « marchandises ». Pour cela, il convient, d'une part, de combattre l'image négative des personnes âgées et d'autre part, de s'assurer de la qualité des prises en charge ainsi que de la formation des intervenants. L'objectif essentiel est de réduire l'éloignement des personnes âgées et de les aider à maintenir leurs liens sociaux.

Un autre enjeu de ce territoire est, pour certaines communes, de conserver les professionnels de santé présents et pour d'autres communes d'en attirer de nouveaux afin de permettre à la population d'accéder aux soins dont elle a et aura besoin dans les années à venir.

Le diagnostic montre une situation sociale plus difficile que le reste du département : un revenu fiscal moyen plus faible et une part de bénéficiaires de minima sociaux plus élevée. Ces difficultés sont renforcées par un contexte économique moins favorable qu'ailleurs, le bassin d'emploi de Brioude bénéficie beaucoup moins de la diminution du nombre de chômeurs que le reste du département. Le diagnostic réalisé montre que les obstacles qui peuvent s'opposer à la sortie des minima sociaux se rencontrent sur le pays de Lafayette, que ce soit la mauvaise santé, l'insuffisance de formation ou de qualification, les problèmes de transport, de garde d'enfant, de difficultés à trouver un emploi ou de découragement face à l'insuffisance d'offres d'emploi [9]. Ces difficultés sont partagées par l'ensemble de la population mais sont d'autant plus présentes pour la population précarisée. Cependant, de nombreuses aides et actions sont d'ores et déjà disponibles dans l'accompagnement des usagers.

Il faut probablement renforcer la mise en place de volets personnalisés de type « accompagnement dans l'emploi » au sein des différents dispositifs d'aide aux bénéficiaires de minima sociaux. Cela permet de proposer des aides adaptées aux problèmes auxquels font face les allocataires (qualification, prise en charge de garde d'enfants, de transport...).

Le pays de Lafayette n'échappe pas aux caractéristiques des zones rurales qui sont souvent marquées par l'isolement, le vieillissement de la population, le manque de perspective d'emploi. Cependant, de nombreuses réflexions et actions sont menées et doivent se poursuivre afin de réduire les phénomènes d'exclusion qui se rencontrent et ce, dans de nombreux domaines comme la santé, l'emploi, la formation, la culture, les transports... Plusieurs plans sont en cours en Haute-Loire et peuvent servir de soutien à la mise en place de différentes actions.

# **Annexes**

Annexe 1 : Composition communale et communautés de communes du pays de Lafayette



Source : Insee Auvergne. Synthèse territoriale: Pays de Lafayette. Les dossiers WEB. N°9. Mars 2007.

Annexe 2 : Les besoins et les attentes des jeunes altiligériens en prévention de la santé - Careps 2003-2004 - Haute-Loire.

Tableau 25 : Jugement des jeunes interrogés sur la santé et recours aux professionnels de santé. Pays de Lafayette

	Brioude	Puy-en-Velay	Yssingeaux	Haute-Loire	
% de jeunes qui se jugent en bonne santé	84,4	83,6	87,4	85,4	
% de jeunes qui ont consulté au moins une fois					
un médecin généraliste	<b>74,</b> 8	77,8	69,2	73,5	
un dentiste	64,7	60,9	60,0	61,5	
une infirmière scolaire	52,7	37,4	<b>54,</b> 0	48,3	
un ophtalmologue	21,2	23,3	21,7	<b>22,</b> 0	
un dermatologue	19,4	18,9	11,8	16,2	
un gynécologue	11,5	15,9	8,8	11,8	
un psychologue	7,9	11,1	7,9	9,0	

Tableau 26 : Données concernant la vie amoureuse et la sexualité des jeunes interrogés. Pays de Lafayette

	Brioude	Puy-en-Velay	Yssingeaux	Haute-Loire	
% de jeunes n'ayant jamais eu de rapports sexuels	54,8	45,9	59,3	53,8	
% de jeunes ayant eu au moins un rapport sexuel	38,9	50,0	36,3	41,4	
Fréquence d'utilisation d'un moyen de contraception					
% de jeunes qui utilisent un moyen de contraception lors de tous les rapports	72,7	77,3	52,3	66,1	
% de jeunes qui n'utilisent jamais de moyen de contraception	9,1	3,8	9,1	6,7	
% de jeunes qui connaît la contraception d'urgence	63,7	74,0	55,6	63,7	
% de jeunes qui a réalisé au moins un test de dépistage du Sida	12,8	16,6	11,8	13,8	

Tableau 27 : Classement des jeunes interrogés en fonction de classe d'ICM. Pays de Lafayette

Indice de masse corporelle	Brioude	Puy-en-Velay	Yssingeaux	Haute-Loire
Moins de 19	31,0	29,1	34,9	<b>32,</b> 0
De 19 à 25	53,1	58,1	47,3	52,3
Au-delà de 25	7,9	7,2	9,7	8,4

Tableau 28 : Part des jeunes interrogés sur leur consommation de tabac, alcool et drogues illicites. Pays de Lafayette

	Brioude	Puy-en-Velay	Yssingeaux	Haute-Loire
	N=283	N=317	N=400	N=1000
Tabac				
% de jeunes qui n'ont jamais consommé	44,7	37,8	40,6	40,9
% de jeunes qui ont expérimenté	17,3	14,7	21,3	18,1
% de jeunes qui consomment occasionnellement	7,6	5,5	8,4	7,3
% de jeunes qui consomment uniquement le WE	2,7	2,5	1,5	2,2
% de jeunes qui consomment tous les jours	27,6	39,5	26,5	30,9
Alcool				
% de jeunes qui n'ont jamais consommé	17,3	13,7	14,4	15,0
% de jeunes qui ont expérimenté	12,3	10,6	15,8	13,2
% de jeunes qui consomment occasionnellement	43,8	44,4	47,1	45,3
% de jeunes qui consomment uniquement le WE	24,1	28,2	16,2	22,2
% de jeunes qui consomment tous les jours	2,0	2,8	6,2	3,9
% de jeunes qui connaissent une personne alcoolique dans leur entourage	24,2	18,4	19,9	20,7
% de jeunes qui connaissent une personne alcoolique parmi leur ami proche	11,0	14,8	12,5	12,8
Drogues illicites				
% de jeunes qui n'ont jamais consommé	66,2	54,1	68,1	63,1
% de jeunes qui ont expérimenté	10,8	18,7	9,5	12,8
% de jeunes qui consomment occasionnellement	10,2	12,0	12,0	11,5
% de jeunes qui consomment uniquement le WE	5,3	6,1	2,5	4,4
% de jeunes qui consomment tous les jours	4,3	7,2	5,3	5,6

Tableau 29 : Part des consommateurs de cannabis, ecstasy et d'héroïne, de cocaïne ou de crack parmi les jeunes consommateurs de drogues illicites. Pays de Lafayette

Parmi les jeunes qui ont signalé consommer au moins un produit illicite au moins une fois	Brioude	Puy-en-Velay	Yssingeaux	Haute-Loire
Cannabis	N=56	N=80	N=79	N=215
% de jeunes qui n'ont jamais consommé	0,0	0,0	2,1	0,8
% de jeunes qui ont expérimenté	0,0	0,0	3,2	1,2
% de jeunes qui consomment occasionnellement	52,1	49,3	56,7	52,8
% de jeunes qui consomment tous les jours	17,0	26,2	21,9	22,2
Ecstasy	N=56	N=78	N=73	N=207
% de jeunes qui n'ont jamais consommé	59,8	65,1	63,7	63,2
% de jeunes qui ont expérimenté	8,9	16,0	14,5	13,6
% de jeunes qui consomment occasionnellement	21,3	5,4	7,8	10,5
% de jeunes qui consomment tous les jours	1,2	1,2	0,9	1,1
Héroïne, cocaïne, crack	N=56	N=78	N=73	N=207
% de jeunes qui n'ont jamais consommé	68,0	72,8	62,3	67,8
% de jeunes qui ont expérimenté	9,5	7,5	12,2	9,7
% de jeunes qui consomment occasionnellement	7,9	5,4	9,1	7,4
% de jeunes qui consomment tous les jours	1,2	1,2	2,3	1,6

Annexe 3 : Allocataires de la Caf à bas revenus par communauté de communes au 31 décembre 2006 au seuil de 60 % du revenu médian. Pays de Lafayette

	Nombre d'allocataires CAF	Nombre d'allocataires à bas revenus	% de bas revenus
Auzon communauté	1 325	494	37
CC Pays de Blesle	188	70	37
CC Brivadois	2 201	735	33
CC Langeadois	1 174	352	30
CC Pays de Paulhaguet	453	144	32
CC Pays de Saugues	299	107	36
CC Plateau la Chaise-Dieu	228	89	39
CC Ribeyre-Chaliergue et Margeride	209	81	39
Pays de Lafayette	6 077	2 072	34
Haute-Loire	33 440	9 443	28

Source: Caf 43 Exploitation Obresa

Cet indicateur est calculé à partir de l'Enquête revenus fiscaux et **sur la base de 60** % d'un revenu médian par unité de consommation (avant impôt, y compris les prestations), l'échelle d'équivalence comptant, dans un foyer allocataire, pour 1 le premier adulte, pour 0,5 les autres personnes de 14 ans et plus, pour 0,3 les personnes de moins de 14 ans et rajoutant 0,2 dans le cas des familles monoparentales. Ce seuil de bas revenus à 60 % portant sur l'ensemble des personnes dans des ménages ordinaires permet de comptabiliser les personnes couvertes par les allocations dont le revenu par unité de consommation est inférieur au seuil et d'en déduire un taux de bas revenus.

Dans cette étude, le seuil de pauvreté utilisé est de 845 euros en France en 2005. Ceci signifie qu'un individu est pauvre si son niveau de vie est inférieur à 845 euros mensuels. Cet indicateur ne comprend pas les régimes spéciaux, notamment le régime agricole.

Annexe 4: Glossaire

AAH Allocation aux adultes handicapés ADMR Aide à domicile en milieu rural AES Allocation d'éducation spéciale

Afpa Association nationale pour la formation professionnelle des adultes

ALD Affection de longue durée

Anpaa Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

APA Allocation personnalisée d'autonomie

API Allocation de parent isolé

ARH Agence régionale de l'hospitalisation

Aromsa Association régionale des organismes de Mutualité Sociale Agricole

ASS Allocation de solidarité spécifique **BDSL** Base de données sociales localisées **BEP** Brevet d'études professionnelles **BEPC** Brevet d'études du premier cycle BHD Buprénorphine haut dosage BSI Bassin de service intermédiaire Caf Caisse d'allocations familiales CAP Certificat d'aptitude professionnelle

CAT Centre d'aide par le travail

CCAS Centre communal d'action sociale CEP Certificat d'études primaires CFA Centre de formation des apprentis

CH Centre hospitalier

CHRS Centre d'hébergement et de réinsertion sociale CIDF Centre d'information sur les droits des femmes

Clic Centre local d'information et de coordination gérontologique

CMU Couverture maladie universelle

CMUc Couverture maladie universelle complémentaire

CODAMUPS Comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins

Codes Comité départemental d'éducation pour la santé

CPAM Caisse primaire d'assurance maladie
Cram Caisse régionale d'assurance maladie
CSST Centre spécialisé de soins pour toxicomanes

Ddass Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DDTEFP Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation

professionnelle d'Auvergne

Drass Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DRTEFP Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

d'Auvergne

EHPAD Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Faj Fonds d'aide aux jeunes

Finess Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

HLM Habitation à loyer modéré ICM Indice comparatif de mortalité

Insee Institut national des statistiques et des études économiques Inserm Institut national de la santé et de la recherche médicale

IOTF International obesity task force
IST Infection sexuellement transmissible

La Plage Lieu d'actions, de prévention, de lutte, d'accueil de groupes et d'échanges

MCO Médecine chirurgie obstétrique

MILDT Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies

MSA Mutualité sociale agricole

Obresa Observatoire régional de la santé d'Auvergne

Onpes Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale

PME Petites et moyennes entreprises PMI Protection maternelle et infantile

PMSI Programme de médicalisation des systèmes d'information

PRSP Plan régional de santé publique RMI Revenu minimum d'insertion RP Recensement de la population RSI Régime social des indépendants

Smur Service mobile d'urgence et de réanimation SROS Schéma régional d'organisation sanitaire Ssiad Service de soins infirmiers à domicile

Urcam Union régionale des caisses d'assurance maladie

<u>Taux de variation de la population entre 1990 et 1999</u>: (Source : Insee – RP 1990 et 1999) Taux de variation annuel (en %) de la population entre le recensement de 1990 et celui de 1999.

<u>Taux de variation de la population entre 1999 et 2006</u> : (Source : Insee – RP 1999 et 2005-2006 provisoire)

Taux de variation annuel (en %) de la population entre le recensement de 1990 et celui de 2006.

Part des personnes âgées de 60 ans ou plus : (Source : Insee - RP 1999)

Nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus rapporté à la population totale (en %).

Indice de vieillissement : (Source : Insee - RP 1999)

Nombre de personnes de plus de 65 ans pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans.

#### <u>Taux de natalité</u> : (Source : Insee)

Rapport du nombre annuel moyen de naissances vivantes survenues au cours des années 2003 à 2006 à la population totale du milieu de la période. Les populations à l'échelle communale n'étant disponibles qu'à la date des recensements, les populations utilisées seront donc celles du RP 1999. Les naissances vivantes prises en compte dans notre étude sont les naissances vivantes domiciliées. Les statistiques annuelles, concernant les naissances domiciliées, sont dressées à partir des bulletins statistiques de l'état civil, établis par les maires, au moment et dans la commune où ont lieu les naissances. Ces statistiques n'incluent que les enfants nés vivants. Pour les naissances, le lieu de l'événement est celui du domicile de la mère.

#### Foyers fiscaux: (Source: Direction générale des impôts)

Les données présentées fournissent une image de la taxation des revenus de l'année 2005 à la date du 31 décembre 2006. Cette situation reflète l'ensemble des déclarations d'impôt sur le revenu 2005, taxées tout au long de l'année 2006, ainsi que les impositions supplémentaires suite au contrôle fiscal et les dégrèvements accordés au cours de l'année 2006.

La statistique porte sur l'ensemble des foyers fiscaux taxés (une déclaration 2042 compte pour un foyer fiscal).

Nombre de foyers fiscaux : il indique le nombre de déclarations d'impôt sur le revenu déposées par l'ensemble des foyers fiscaux imposables et non imposables.

Foyers fiscaux non imposables: foyers fiscaux n'ayant aucun impôt à payer (suite à une exonération ou parce que leurs revenus sont inférieurs au seuil d'imposition ou parce qu'ils bénéficient d'une réduction d'impôt) ou qui se voient restituer totalement un avoir fiscal ou un crédit d'impôt.

La part des foyers fiscaux non imposables est calculée en rapportant le nombre de foyers fiscaux non imposables au nombre total de foyers fiscaux.

Revenu fiscal de référence : montant net des revenus et plus-values retenues pour le calcul de l'impôt sur le revenu :

- sous déduction des déficits des années antérieures, de la CSG déductible, des charges déductibles du revenu global et des abattements spéciaux (personnes âgées ou invalides et enfants mariés rattachés);
- et majoré du montant :
  - des revenus exonérés (bénéfices et plus-values) provenant de certaines activités BA, BIC, BNC, ainsi que des salaires exonérés perçus par les agents d'assurance exerçant leur activité dans une zone franche urbaine. Toutefois, les revenus non commerciaux non professionnels exonérés ne sont pas inclus dans le revenu fiscal de référence;
  - des revenus de capitaux mobiliers soumis à un taux de prélèvement libératoire ;

- des indemnités de fonction perçues par des élus locaux, soumises à la retenue à la source;
- de certains revenus exonérés en France (salariés détachés à l'étranger, fonctionnaires d'organisations internationales, revenus exonérés en vertu d'une convention internationale).

Le revenu fiscal de référence moyen par foyers fiscaux est obtenu en rapportant le revenu fiscal de référence au nombre total de foyers fiscaux.

#### <u>Catégories socioprofessionnelles</u>: (Source: Insee – RP 1999)

La nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles dite PCS a remplacé, en 1982, la <u>CSP</u>. Elle classe la <u>population</u> selon une synthèse de la profession (ou de l'ancienne profession), de la position hiérarchique et du statut (salarié ou non).

Dans notre analyse, la catégorie socioprofessionnelle est obtenue par regroupement de rubriques de la nomenclature "professions et catégories socioprofessionnelles - PCS".

Le "niveau 8" représente les "groupes socioprofessionnels" : il compte six groupes de personnes ayant une activité professionnelle et deux groupes sans activité professionnelle :

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- 3 Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4 Professions intermédiaires
- 5 Employés
- 6 Ouvriers
- 7 Retraités
- 8 Autres sans activité professionnelle

## <u>Population active et inactive</u>: (Source: Insee – RP 1999)

Population active : la population active comprend la population active ayant un emploi, les chômeurs et, depuis le recensement de 1990, les militaires du contingent.

Les actifs ayant un emploi sont les personnes qui ont une profession et l'exercent au moment du recensement. Sont classées dans cette rubrique les personnes qui aident un membre de leur famille dans son travail (par exemple : exploitation agricole ou artisanale, commerce, profession libérale...) à condition que la personne aidée ne soit pas salariée. Les apprentis sous contrat, les stagiaires rémunérés et les personnes qui, tout en poursuivant leurs études, exercent une activité professionnelle font également partie de la population active ayant un emploi.

Demandeurs d'emploi de catégorie 1, 2 ou 3: le classement des demandeurs d'emploi permet de répertorier ces derniers selon leur disponibilité afin de permettre à l'ANPE d'ajuster en conséquence les offres d'emploi proposées. Les demandeurs d'emploi de catégorie 1 sont des personnes sans emploi, immédiatement disponibles, tenues d'accomplir des actes positifs d'emploi, à la recherche d'un emploi à durée indéterminée à temps plein. Les demandeurs d'emploi de catégorie 2 sont des personnes sans emploi, immédiatement disponibles, tenues d'accomplir des actes positifs d'emploi, à la recherche d'un emploi à durée indéterminée à temps partiel. Les demandeurs d'emploi de catégorie 3 sont des personnes sans emploi, immédiatement disponibles, tenues d'accomplir des actes positifs d'emploi, à la recherche d'un emploi à durée déterminée, temporaire ou saisonnier, y compris de très courte durée.

#### Ressources financières:

Bénéficiaires du RMI, de l'AES et de l'AES

non renseignée dans la population totale des communes non renseignées. Ensuite, ce taux a été multiplié avec la différence entre le nombre total de bénéficiaires de l'arrondissement et le nombre total de bénéficiaires renseignés.

Revenu Minimum d'insertion (RMI) (Sources : Caf de la Haute-Loire – MSA de la Haute-Loire – Insee RP99) : prestation destinée aux personnes âgées d'au moins 25 ans ou qui ont la charge d'un ou de plusieurs enfants et dont le revenu est inférieur à un certain plafond déterminé par voie règlementaire.

La part de bénéficiaires du RMI est calculée en rapportant le nombre total de bénéficiaires du RMI au 31 décembre 2005 à la population âgée de 25 à 59 ans.

Allocation aux adultes handicapés (AAH) (Sources: Caf de la Haute-Loire – MSA de la Haute-Loire – Insee RP99): prestation destinée à assurer un revenu minimum aux adultes handicapés. Pour percevoir l'allocation aux adultes handicapés (AAH), il faut avoir un taux d'incapacité d'au moins 80 %. Si ce taux est compris entre 50 et 79 %, il faut de plus être reconnu dans l'impossibilité de travailler, avoir moins de 60 ans et ne pas avoir travaillé depuis au moins 1 an.

La part de bénéficiaires de l'AAH est calculée en rapportant le nombre total de bénéficiaires de l'AAH au 31 décembre 2006 à la population âgée de 20 à 59 ans.

Allocation de Solidarité Spécifique (Sources : Assedic Auvergne – Service Études et statistiques - ANPE) : versée par les Assedic, l'ASS est accordée aux demandeurs d'emploi ayant épuisé leurs droits aux allocations d'assurance chômage. Cette allocation est versée pour une durée de six mois, elle est renouvelable tant que l'allocataire continue à respecter les conditions d'attribution.

La part de bénéficiaires de l'ASS est calculée en rapportant le nombre total de bénéficiaires de l'ASS au 31 décembre 2006 au nombre de demandeurs d'emploi en fin de mois au 31 décembre 2006.

Allocation Parents Isolé (API) (Sources : Caf de la Haute-Loire – MSA de la Haute-Loire) : prestation familiale versée sous conditions de ressources et de résidence en France, aux personnes seules ayant à charge un ou plusieurs enfants.

La part de bénéficiaires de l'API est calculée en rapportant le nombre total de bénéficiaires de l'API au 31 décembre 2006 au nombre total de famille monoparentale.

Fond de solidarité vieillesse (FSV) (Sources : Cram Auvergne, Insee RP99) : le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) permet aux personnes âgées de 65 ans ou plus de bénéficier de deux types d'allocations, celles de 1<sup>er</sup> niveau qui concernent très peu de personnes : l'allocation aux vieux travailleurs salariés et l'allocation aux mères de familles nombreuses et celle de 2<sup>ème</sup> niveau telle que l'allocation supplémentaire. La part de bénéficiaires du FSV est calculée en rapportant le nombre total de bénéficiaires du FSV au 31 décembre 2006 à la population âgée de plus de 65 ans.

Allocation d'Éducation Spéciale (AES) (Sources : Caf de la Haute-Loire – MSA de la Haute-Loire – Insee RP99) : allocation destinée à compenser les dépenses supplémentaires qu'occasionne l'éducation d'un enfant handicapé (de 0 à 20 ans).

La part de bénéficiaires de l'AES est calculée en rapportant le nombre total de bénéficiaires de l'AES au 31 décembre 2006 à la population âgée de moins de 20 ans.

Fond d'aide aux jeunes (FAJ) (Sources: Conseil général de la Haute-Loire – Insee RP99): dispositif d'aide financière destiné aux jeunes qui a pour but d'apporter, lorsque c'est nécessaire, un secours d'urgence (hébergement, subsistance, santé...), de soutenir un projet d'insertion (se déplacer, acheter des vêtements...) et de favoriser la réalisation d'un projet professionnel (suivre une formation...). Pour pouvoir obtenir le FAJ, il faut être âgé de 18 à 25 ans révolus, être de nationalité française ou, pour les étrangers, disposer d'un titre de séjour permettant d'exercer un emploi ou de suivre une formation professionnelle, avoir des difficultés d'insertion sociale et professionnelle et

disposer de ressources faibles ou nulles. Le financement du Fonds d'Aide aux Jeunes est assuré par le département. Son fonctionnement est placé sous la responsabilité du Président du Conseil général.

La part de bénéficiaires du FAJ est calculée en rapportant le nombre total de bénéficiaires du FAJ en 2006 à la population âgée de 18 à 25 ans.

Allocation Personnalisée d'Autonomie (Sources : Conseil général de la Haute-Loire – Insee RP99) : versée par les conseils généraux, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est attribuée aux personnes âgées d'au moins 60 ans qui se trouvent en situation de perte d'autonomie, nécessitant une aide pour l'accomplissement des actes de la vie courante. L'APA concerne à la fois les personnes âgées résidant à domicile et celles demeurant en établissement.

La part de bénéficiaires de l'APA est calculée en rapportant le nombre total de bénéficiaires de l'APA à domicile en 2006 à la population âgée de 60 ans et plus.

Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUc) (Sources : Urcam Auvergne - Insee RP99) : la couverture maladie universelle complémentaire permet d'avoir le droit à une complémentaire santé gratuite. Il permet d'accéder aux médecins, à l'hôpital etc., sans dépense à charge et sans avance de frais. La CMU complémentaire est accordée pour un an sous conditions de ressources : l'ensemble des ressources du foyer des 12 mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond. La part de bénéficiaires de la CMUc est calculée en rapportant le nombre total de bénéficiaires de la CMUc au 31 décembre 2006 à la population totale.

Aide Médicale de l'État (AME) (Source : Urcam Auvergne) : l'AME est principalement destinée à prendre en charge les dépenses médicales des étrangers résidant en France, sans papiers et sans ressources.

Seuil de bas revenus (Source : Caf de la Haute-Loire) : il est calculé à partir de l'Enquête revenus fiscaux et sur la base de 50 % d'un revenu médian par unité de consommation (avant impôt, y compris les prestations), l'échelle d'équivalence comptant, dans un foyer allocataire, pour 1 le premier adulte, pour 0,5 les autres personnes de 14 ans et plus, pour 0,3 les personnes de moins de 14 ans et rajoutant 0,2 dans le cas des familles monoparentales. Ce seuil de bas revenus à 50 % portant sur l'ensemble des personnes dans des ménages ordinaires permet de comptabiliser les personnes couvertes par les allocations dont le revenu par unité de consommation est inférieur au seuil et d'en déduire un taux de bas revenus.

Dans cette étude, le seuil de pauvreté utilisé est de 771,47 euros en France en 2005. Ceci signifie qu'un individu est pauvre si son niveau de vie est inférieur à 771,47 euros mensuels. Cet indicateur ne comprend pas les régimes spéciaux, notamment le régime agricole.

Proportion d'allocataires dépendant des prestations dans l'ensemble des ménages (Sources: Base de données sociales localisées (BDSL), Insee, Caf): la population est répartie selon un taux de dépendance significatifs au-dessus de 75 %. Cet indicateur mesure le poids relatif de l'ensemble des prestations (minima sociaux, prestations familiales et allocations logement) sur le total des ressources. Le taux de dépendance permet de mesurer la fragilité des personnes quant à leur situation matérielle et leur faible indépendance financière. Cette précarité est d'autant plus forte que les ressources propres, hors système social, sont faibles et donc que les personnes sont assistées. Cependant, il n'est pas fait état de la taille du ménage dans cet indicateur, il faudrait donc peut-être le coupler avec la situation familiale. Par ailleurs, les personnes vivant en concubinage sans le déclarer faussent les statistiques. Il faut également exclure la population des étudiants très souvent bénéficiaires d'allocation logement. De plus cette variable n'est pas disponible pour la MSA. Enfin certaines prestations (ASS, ASV), non isolées dans le fichier utilisé, interviennent dans le total des ressources mais pas dans le total des prestations, donc le taux de dépendance est minoré. Ce biais concerne essentiellement les chômeurs et les personnes âgées.

Logements: (Source: Insee – RP 1999)

Les résidences principales :

Elles comprennent essentiellement:

- les logements ordinaires conçus pour l'habitation d'une famille dans des conditions normales ;
- les logements-foyers pour personnes âgées ;
- les pièces indépendantes : louées, sous-louées ou prêtées à des particuliers ;
- les fermes ;
- les chambres meublées dans les hôtels et les garnis : chambres occupées par des personnes qui vivent la plus grande partie de l'année dans un hôtel ou une maison meublée, ou qui n'ont pas d'autre résidence ;
- les constructions provisoires à usage d'habitation ;
- les habitations de fortune et les locaux impropres à l'habitation, cependant occupés à l'époque du recensement (baraque de bidonville, roulotte ou wagon immobilisés, cave, grenier, bâtiment en ruine, etc.).

Les habitations mobiles et les logements (chambres, studios, etc.) occupés par des personnes vivant en collectivité ne sont pas compris dans les résidences principales.

Propriétaires: le statut de propriétaire du logement inclut les différentes formes d'accession à la propriété.

Locataires : le statut de locataire ou sous-locataire concerne les locations de logements loués vides ou meublés ainsi que les chambres d'hôtel, quand il s'agit de la résidence principale de l'individu ou du ménage.

Personnes logées gratuitement: les personnes logées gratuitement sont, par exemple, des personnes logées chez leurs parents, des amis ou leur employeur.

Part des logements sans confort: rapport entre le nombre de résidences principales sans baignoire ni douche ni toilettes et le nombre total de résidences principales.

Part des logements sans chauffage central: rapport entre le nombre de résidences principales sans chauffage central et le nombre total de résidences principales. Les logements ayant le chauffage central sont tous ceux ayant, soit un chauffage central individuel avec une chaudière propre au logement (est inclus ici le « chauffage tout électrique » à radiateurs muraux), soit un chauffage central collectif (pour la totalité ou la plus grande partie de l'immeuble, un groupe d'immeuble ou par l'intermédiaire d'une compagnie de chauffage urbain).

Part des logements du parc privé potentiellement indigne (PPPI): les données sont issues de Filocom-Square 2003. Il s'agit d'un fichier élaboré par la Direction générale des impôts pour les besoins du ministère de l'équipement sur la base de données fiscales et foncières individuelles. L'exploitation de ce fichier selon la méthode Square croise l'état des logements en fonction de leur catégorie cadastrale avec les revenus des occupants et identifie ainsi un parc privé potentiellement indigne. La catégorie cadastrale est une classification établie par la Direction générale des impôts à partir d'une nomenclature type comportant 8 catégories définies en fonction de l'impression d'ensemble dégagée depuis les immeubles de grand luxe (catégorie 1) jusqu'aux très médiocres (catégorie 8). Le choix a été fait de croiser l'état du logement avec la condition de ses occupants, partant du principe qu'un logement modeste ou médiocre initialement (lors de son classement qui peut être ancien), occupé par un ménage modeste, a une forte probabilité d'être toujours médiocre. Les logements étudiés sont les logements classés 7 et 8 (respectivement des logements médiocres construits à l'économie, exigus et sans confort et des logements délabrés proches de l'insalubrité irrémédiable) occupés par des ménages qui ont un revenu imposable inférieur à 60 % du plafond HLM. Les logements de catégories cadastrales 6 (logements ordinaires, de qualité courante, avec des pièces de taille réduite...) sont également pris en compte, en étant plus strict sur les critères de ressources :

les occupants perçoivent un revenu inférieur à 30 % du plafond HLM. La méthode Square permet d'évaluer le volume de ce parc privé susceptible de révéler des situations d'indignité mais l'analyse des données permet aussi d'en approcher la structure et les caractéristiques.

## Enfance-jeunesse

Certificat de santé du 8ème jour (CS8): (Source: Conseil général de la Haute-Loire – Service PMI) La loi du 15 juillet 1970 a rendu obligatoire la délivrance de certificats de santé lors des trois examens médicaux des enfants avant le huitième jour (CS8), au neuvième mois (CS9) et au vingt-quatrième mois (CS24) de l'enfant. Ces certificats, qui contiennent des informations sur l'état de santé du nouveau-né mais également sur le suivi et le déroulement de la grossesse ainsi que sur l'accouchement, doivent être adressés aux services de PMI des Conseils Généraux qui en assurent la collecte et l'analyse.

Les taux d'allaitement, de prématurité, de césarienne et de faible poids de naissance sont calculés en rapportant le nombre d'allaitement, de prématurités, de césarienne et de faible poids de naissance au nombre total de certificats du 8<sup>ème</sup> jour.

#### Obésité:

Les données sur l'obésité sont issues de l'étude « Obésité chez les enfants de 5-6 ans en Auvergne » réalisée par l'Obresa dans le cadre de la plate-forme de l'observation sanitaire et sociale en octobre 2006. Cette enquête concerne les enfants scolarisés en 2004-2005 relevant du bilan de santé obligatoire de grande section de maternelle en Auvergne. 11 736 bilans d'enfants ont pu être inclus dans l'étude et 11 369 bilans ont pu être exploités pour déterminer la part d'enfants obèses.

L'indicateur utilisé pour évaluer la corpulence des enfants est l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Cet IMC se calcule de la manière suivante : IMC = Poids /(Taille ²) en Kg/m²

Un enfant est considéré obèse lorsque la valeur de son IMC est située au dessus du seuil du 97<sup>ème</sup> percentile de la courbe de référence française.

Il existe ensuite deux niveaux d'obésité: l'obésité de degré 1 et l'obésité de degré 2.

Un enfant est considéré obèse de degré 1 lorsque la valeur de l'IMC est comprise entre la courbe du 97<sup>ème</sup> percentile de la référence française et la courbe 30 de l'IOTF.

Un enfant est considéré obèse de degré 2 lorsque la valeur de l'IMC est supérieure à la courbe 30 de l'IOTF.

#### Accueil de la petite enfance :

Densité des assistantes maternelles pour 100 enfants de moins de trois ans (Sources : Conseil général de la Haute-Loire - Service PMI – Insee RP99) : nombre d'assistantes maternelles rapporté à la population de moins de trois ans issue du recensement de la population de 1999. Il s'agit de l'âge atteint au cours de l'année 1999. La date de référence du recensement étant le 8 mars 1999, la tranche d'âge 0-1 an n'est pas donc complète : elle ne comprend qu'une partie de la génération 1999. C'est pourquoi, nous avons utilisé les naissances vivantes de 1999 pour la classe d'âge des 0-1 an.

#### Scolarité:

Répartition de la population selon le dernier diplôme obtenu (Source : Insee – RP 1999) : les personnes de 15 ans ou plus, qui ne sont pas élèves ou étudiants, sont réparties selon le dernier diplôme obtenu. Les différents niveaux de diplôme retenus sont : aucun diplôme, CEP, BEPC, CAP-BEP, BAC et brevet professionnel, BAC + 2, diplômes supérieurs.

La répartition de la population selon le dernier diplôme obtenu est calculée en rapportant le nombre de personnes ayant obtenu un diplôme à la population de 15 ans ou plus non scolarisée.

Répartition de la population non scolarisée ou en cours d'études (Source : Insee – RP 1999) : la part des personnes non scolarisées ou en cours d'études est calculée en rapportant le nombre de personnes non scolarisées ou en cours d'études à la population de 15 ans ou plus.

Répartition de la population selon la situation scolaire (Source : Insee – RP 1999) : la répartition de la population selon la situation scolaire est calculée en rapportant le nombre de personnes en cours d'étude ou non scolarisées sans diplôme ou diplômées à la population des 15-24 ans.

Nombre d'élèves scolarisés (Rectorat - Base Élèves Académique 2007-2008) : il s'agit de l'effectif d'élèves (sous statut scolaire) recensés lors du constat de rentrée d'octobre. Sont exclues les formations relevant de la Mission Générale d'Insertion.

Origine socioprofessionnelle des élèves (Rectorat - Base Élèves Académique 2007-2008) : Il prend en compte la catégorie socioprofessionnelle (CSP) du parent responsable de l'élève. Cette définition est spécifique à l'éducation nationale. Trois groupes de CSP sont alors constitués :

- ✓ chefs d'entreprise, cadre, les professions intermédiaires (nommé « prof. intermédiaires ») ;
- ✓ agriculteur, commerçant, artisan, employé (nommé « employés »);
- ✓ ouvrier (nommé « ouvriers »).

Âge à l'entrée en sixième (Rectorat - Base Élèves Académique 2007-2008) : l'avance et le retard sont calculés par rapport à un âge idéal auquel l'élève accède à une formation. En 6ème, l'âge idéal est de 11 ans au 31/12/2007. Le retard est calculé en millésime. En conséquence, pour l'année 2007-2008, si l'élève est né en 1996, il a 11 ans en 2007, il est à l'heure.

Redoublants (Rectorat - Base Élèves Académique 2007-2008) : La part de redoublants correspond à l'effectif d'élèves scolarisés, à un niveau donné, déjà scolarisés à ce même niveau l'année précédente (pas forcément dans l'établissement) divisé par l'effectif total de ce niveau. Cet indicateur comprend donc les redoublants provenant d'autres établissements et peut différer des préconisations des conseils de classe en matière de redoublements

Réussite au brevet des collèges (Source : Rectorat – Application OCEAN 06/2006) : cette catégorie recense les élèves qui ont réussi au Diplôme National du Brevet (DBN) Série collège Session 2006. Il faut préciser que la totalité des élèves peut être différente de l'effectif des troisièmes de l'année concernée. En effet, tous les élèves de troisième ne présentent pas le DNB en fin d'année.

Orientation en fin de troisième générale (Source : Rectorat – Application de Recueil Informatique des Demandes et des Décisions d'Orientation du SAIO 06/2007) : ce sont les décisions d'orientation prises par le chef d'établissement en juin de chaque année et après les commissions d'appels. Concernant le redoublement, c'est le nombre d'élèves orientés vers un redoublement par rapport à l'effectif total d'élèves.

Origine des élèves en 6ème (hors redoublant) par bassin de formation (Rectorat - Base Élèves Académique 2007-08): Pour chaque élève, hors redoublant, présent en 2007-2008 dans le niveau de formation et le bassin de formation étudié est recherché son établissement d'origine et le bassin de formation auquel il appartenait.

# ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

## Données de mortalité

Indice comparatif de mortalité générale :

L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport du nombre de décès observés au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques aux taux nationaux.

La mortalité générale représente l'ensemble des décès quelle que soit la cause.

Indice comparatif de mortalité générale =  $100 \times \frac{D}{\sum_{i=1}^{n} \text{Ni Tri}}$ 

21 : le nombre de classes d'âge considérées

Les classes d'âge prises en compte sont les suivantes : moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans,..., 95 ans ou plus soit un total de 21 classes d'âge

i : l'indice de la classe d'âge considérée

Ni : la population du pays de Lafayette pour la classe d'âge i (RP99)

TFi : le taux spécifique de mortalité observé en France métropolitaine pour la classe d'âge i (nombre moyen annuel de décès domiciliés de la classe d'âge / population de la classe d'âge)

D : nombre moyen annuel de décès domiciliés du pays de Lafayette, tous âges confondus

#### Précisions

Population de référence : France métropolitaine

ICM France métropolitaine = 100. Période d'analyse : 2000-2004 Sources : Inserm CépiDc ; Insee

#### <u>Population</u>

Pour les différents zonages, les populations utilisées devraient être les populations estimées en milieu de période soit, pour la période 2000-2004, le 1<sup>er</sup> juillet 2002.

Les populations à l'échelle communale n'étant disponibles qu'à la date des recensements, les populations utilisées seront donc celles du RP 1999. Toutefois, la classe d'âge des 0-1 an étant incomplète (elle ne comporte que les enfants nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1999 et le 7 mars 1999) elle sera estimée par le nombre de naissances vivantes en 1999.

Pour le département, la région et la France métropolitaine, les populations utilisées sont celles de 2000, 2001, 2002, 2003 et 2004. Pour la classe d'âge des 0-1 ans, la population prise en compte sera les naissances vivantes en 2000, 2001, 2002, 2003 et 2004.

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

Indice comparatif de mortalité des plus de 65 ans : la mortalité des plus de 65 ans représente l'ensemble des décès, quelle que soit la cause, survenus après 65 ans.

Indice comparatif de mortalité due à l'alcool:

Sont considérés comme liés à l'alcool les décès par :

- O Tumeurs malignes de la cavité buccale et du pharynx
- o Tumeurs malignes de l'œsophage
- o Tumeurs malignes du larynx
- o Psychoses alcooliques et alcoolisme
- o Cirrhoses alcooliques

Indice comparatif de mortalité due au tabac :

Sont considérés comme liés au tabac les décès par :

- O Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon
- o Cardiopathies ischémiques
- o Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives

*Indice comparatif de mortalité par traumatismes :* la mortalité par traumatismes représente l'ensemble des décès dus à des causes externes de blessure et d'empoisonnement.

#### Données de morbidité

Affections de longue durée (ALD) : (Source : Urcam Auvergne)

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 affections ou groupes d'affections.

La part des bénéficiaires d'une ALD est calculée en faisant le rapport entre le nombre de bénéficiaires d'une ALD parmi les trois régimes de l'assurance maladie (régime générale, MSA et RSI) en 2004 sur la population protégée au 31 décembre 2006. Le nombre de personnes protégées au 31 décembre 2004 n'étant pas connu, il a été supposé que le nombre de personnes protégées en 2004 n'avait pas évolué en 2006.

<u>Hospitalisations</u>: (Sources: Drass Auvergne (PMSI-MCO) – Insee RP 1999)

Taux comparatif d'hospitalisation: taux d'hospitalisation que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de la France métropolitaine en 2005). Un taux comparatif permet de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

La méthode de calcul est la suivante :

Taux comparatif d'hospitalisation =  $\sum_{i=1}^{n} PiTij$ 

Où:

- n est le nombre de classes d'âge considérées (les classes d'âge prises en compte ici sont les suivantes : 0 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, ...95 ans et plus)
- i est l'indice de la classe d'âge considérée
- j est l'indice de la sous population, ici le pays de Lafayette
- P<sub>i</sub> est la part de la classe d'âge i dans la population de référence (dans notre cas, la population de référence est la population de la France métropolitaine en 2005) (population de la classe d'âge i dans la population de référence / population totale de référence)
- T<sub>ij</sub> est le taux spécifique d'hospitalisation observé dans le pays de Lafayette j pour la classe d'âge i ((nombre d'hospitalisations de la classe d'âge i en 2005 dans le pays de Lafayette j / population de la classe d'âge i dans le pays de Lafayette)\* 1 000)

Les populations à l'échelle communale n'étant disponibles qu'à la date des recensements, les populations utilisées seront donc celles du RP 1999. Toutefois, la classe d'âge des 0-1 an étant incomplète (elle ne comporte que les enfants nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1999 et le 7 mars 1999) elle sera estimée par le nombre de naissances vivantes en 1999. Pour la France métropolitaine, les populations utilisées sont celles de 2005.

Taux comparatif d'hospitalisation par sexe :

La méthode de calcul est la suivante (pour chacun des deux sexes) :

Taux comparatif d'hospitalisation chez les hommes =  $\sum_{i=1}^{n} PiTij$ 

#### Où:

- n est le nombre de classes d'âge considérées (les classes d'âge prises en compte ici sont les suivantes : 0 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, ...95 ans et plus)
- i est l'indice de la classe d'âge considérée
- j est l'indice de la sous population, ici le pays de Lafayette
- P<sub>i</sub> est la part de la classe d'âge i dans la population de référence (dans notre cas, la population de référence est la population de la France métropolitaine en 2005) (population de la classe d'âge i dans la population de référence / population totale de référence)
- T<sub>ij</sub> est le taux spécifique d'hospitalisation chez les hommes observé dans le pays de Lafayette j pour la classe d'âge i ((nombre d'hospitalisations chez les hommes de la classe d'âge i en 2005 dans le pays de Lafayette j / population masculine de la classe d'âge i dans le pays de Lafayette)\* 1 000)

Taux d'hospitalisation par âge: il est calculé en faisant le rapport entre le nombre d'hospitalisations enregistrées pour la classe d'âge sur la population de cette classe d'âge. Ce rapport est multiplié par 1 000 pour avoir le nombre d'hospitalisations pour 1 000 personnes.

Taux d'hospitalisation selon la pathologie : il est calculé en faisant le rapport entre le nombre d'hospitalisations pour une pathologie enregistrées sur la population totale. Ce rapport est multiplié par 1 000 pour avoir le nombre d'hospitalisations selon la pathologie pour 1 000 personnes. Les pathologies sont définies à partir des Catégories Majeures de Diagnostic (CMD) du PMSI-

La liste des CMD est la suivante :

MCO.

- o CMD 01 : Affections du système nerveux
- o CMD 02: Affections de l'œil
- o CMD 03: Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
- o CMD 04 : Affections de l'appareil respiratoire
- o CMD 05 : Affections de l'appareil circulatoire
- o CMD 06: Affections du tube digestif
- o CMD 07 : Affections du système hépatobiliaire et du pancréas
- o CMD 08: Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
- o CMD 09 : Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
- o CMD 10: Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
- o CMD 11: Affections du rein et des voies urinaires
- o CMD 12 : Affections de l'appareil génital masculin
- o CMD 13 : Affections de l'appareil génital féminin
- o CMD 14: Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum
- o CMD 15: Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale
- o CMD 16: Affections du sang et des organes hématopoïétiques
- o CMD 17: Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
- o CMD 18: Maladies infectieuses et parasitaires
- o CMD 19 : Maladies et troubles mentaux
- o CMD 20 : Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci
- o CMD 21: Traumatismes, allergies et empoisonnements
- o CMD 22 : Brûlures
- o CMD 23 : Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé
- o CMD 24 : Séjours de moins de 2 jours
- o CMD 25 : Maladies dues à une infection par le VIH
- o CMD 26: Traumatismes multiples graves
- o CMD 27: Transplantations d'organes
- o CMD 28 : Séances
- o CMD 90 : Erreurs et autres séjours inclassables

#### **CONSOMMATION ET RECOURS AUX SOINS**

#### Consommation de soins

Part des personnes ayant consulté au moins une fois au cours de l'année 2005 un professionnel de santé (Source : Urcam Auvergne – Cartosanté – Régime général, MSA et RSI) : cette part est calculée en rapportant le nombre de personnes ayant consulté au moins une fois au cours de l'année 2005 un professionnel de santé parmi les trois régimes à la population protégée au 31 décembre 2006. Le nombre de personnes protégées au 31 décembre 2005 n'étant pas connu, il a donc été supposé que le nombre de personnes protégées en 2005 n'avait pas évolué en 2006.

Nombre moyen d'actes consommés (Source : Urcam Auvergne – Cartosanté – 2005- Régime général, MSA et RSI) : rapport entre le nombre d'actes consommés par les bénéficiaires au cours de l'année 2005 et le nombre de bénéficiaires d'au moins un acte en 2005.

#### Activité des médecins généralistes

Aire d'attraction du médecin généraliste (Source : Urcam Auvergne – Cartosanté, données de l'année 2005 – Régime général, MSA et RSI) : pour chaque commune de résidence des bénéficiaires du département, sont identifiées les différentes communes de consultation au sein du pays de Lafayette ainsi que le nombre de bénéficiaires correspondants. Pour chaque commune de résidence, la commune de consultation ayant le plus grand nombre de bénéficiaires est nommée « commune Pôle ».

La carte correspondante représente, pour chaque « commune Pôle » appartenant au pays de Lafayette, la ou les communes de résidence de bénéficiaires venant consulter dans cette commune.

# Références bibliographiques

1 - OMS - Les déterminants sociaux de la santé. Les faits. Deuxième édition. 2004.

2 - Insee Auvergne. Synthèse territoriale : Pays de Lafayette. Les dossiers WEB. N°9. Mars 2007. http://www.insee.fr/fr/insee\_regions/auvergne/publi/elect/Lafayette.htm

Insee Auvergne. Enquêtes annuelles de recensement. Haute-Loire. 2004, 2005, 2006.

E-publication. Janvier 2007.

Insee Auvergne. Enquêtes annuelles de recensement. Auvergne. 2004, 2005, 2006, 2007. E-publication. Janvier 2008.

Insee Auvergne. L'année économique et sociale 2006. Les dossiers. N°18. Juin 2007.

Insee Auvergne. Regards croisés sur la précarité en Auvergne. Les dossiers. N°15. Mai 2006.

- 3 Diagnostic territorial 2006 Service public de l'emploi.
- 4 Carif-Oref Auvergne. Cotef/Spel de Brioude. Collection des portraits de territoires. Fevrier 2008.

http://www.formationauvergne.com//espacepro/getpage.asp?pay\_id=3etID=337etrubCode=223 etlastId=357etmenuCode=223

- 5 DRTEFP Auvergne Évolution et situation de la demande d'emploi en Auvergne Fin décembre 2007. Février 2008.
- 6 Assedic de la région Auvergne. Les besoins en main-d'œuvre en Auvergne 2008.
- 7 Emmanuelle Duguet, Yannick L'Horty, Florent Sary. DARES Les disparités spatiales de sortie du chômage : vingt-deux analyses régionales. Sortir du chômage en Auvergne. N°138-3. Avril 2008.
- 8 Études et résultat- Drees. La répartition géographique des allocataires de minima sociaux fin 2005. N°528. Octobre 2006
- 9 Cnaf. Recherches et Prévisions n°91. Minima sociaux : diversités des logiques d'action et des publics. Mars 2008.

http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/VueLien/RECHERCHESPREVISIONS91SOMMAIRE?opendocument

- 10 Conseil général de Haute-Loire. Programme départemental d'insertion de Haute-Loire 2007. http://www.cg43.fr/document.php4?id\_doc=1914
- 11 Cnaf. L'e-ssentiel. N°70 Février 2008. Évolution et portrait des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés.
- 12 -Drees Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2005. N°512. Août 2006.
- 13 IRDES Questions d'économie de la santé. Enquête santé et protection sociale 2004 : premiers résultats. N°110. Juillet 2006.
- 14 Réseau Perspicaf Pauvreté, bas revenus. Apports des données des CAF. Dossier d'étude n°107. Août 2008.

- 15 CNAF. L'e-ssentiel. N°8 Les allocataires à bas revenus. Janvier 2003.
- 16 DRE Auvergne-DHC-L'habitat indigne en Auvergne -état des lieux et constats. Octobre 2007.
- 17 Habitat et développement, Agence nationale de l'habitat. Étude habitat indigne. Département de la Haute-Loire. Décembre 2007.
- 18 Drees. La situation périnatale en France en 2003. Études et résultats n°383. Mars 2005.
- 19 Obresa. M Venzac, J Teulade. Auvergne santé, le point sur... Obésité chez les enfants de 5-6 ans en Auvergne. Octobre 2006.
- 20 Insee. Sylvie Lemaire, Véronique Guyon, Fabrice Murat. Un élève sur deux entrés en 6<sup>ème</sup> en 1995 fait des études 10 ans plus tard. Insee première. N°1158. Septembre 2007.
- 21 Conseil général de Haute-Loire. Schéma départemental conjoint de protection de l'enfance. Diagnostic départemental. Version 3. Mai 2006.
- 22 ORS Nord-Pas-de-Calais. 50/51 °NORD. Bassin minier, environnement et santé. Les petits dossiers de l'observatoire régional de la santé Nord-Pas-de-Calais. Numéro 17. 2008
- 23 Aromsa Auvergne Synthèse du rapport sur les urgences en zones d'isolement sanitaire en Auvergne. Avril 2007.
- 24 MRS. Urcam, ARH. Définition des zones déficitaires en vue de l'attribution d'aides à l'installation aux médecins généralistes en Auvergne. Septembre 2005.
- 25 Christophe Evrard. Société Géosanté, Urcam Auvergne. Activités des médecins généralistes et territoires : une étude en Auvergne. Adsp n°40. Septembre 2002.
- 26 Elizabeth Auclair, François Durand, Didier Vanoni. FORS Recherche sociale Le logement et l'insertion en milieu rural des exclus de la ville. Recherche sociale n°145. Janvier-mars 1998.
- 27 Déplacement en milieu rural. Bulletin d'information de la mutualité sociale agricole. N°59. Décembre 2005.
- 28 Alexandre Pagès. Le monde rural, terre d'exclusion. Dossier ruralité et précarité. Rhizome. Octobre 2007.

