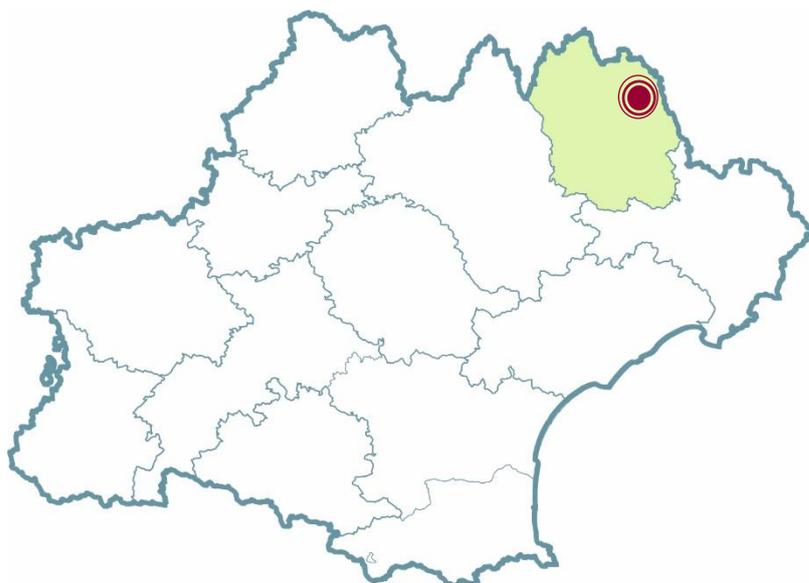


Profil Santé

Contrat Local de Santé

Haut Allier

POPULATION ET
TERRITOIRE -
DÉTERMINANTS SOCIAUX
DE SANTÉ -
DÉTERMINANTS
ENVIRONNEMENTAUX DE
SANTÉ - ÉTAT DE SANTÉ ET
PROBLÈMES DE SANTÉ -
ACCÈS À LA PRÉVENTION
ET AUX SOINS - OFFRE DE
SOINS DE PREMIER
RECOURS - PERSONNES EN
SITUATION DE HANDICAP
ET DE DÉPENDANCE



2018

CREAI-ORS

OCCITANIE



AVANT-PROPOS

Le profil santé du CLS du Haut-Allier rassemble les principales données quantitatives disponibles qui permettent de dégager certaines caractéristiques sociales et sanitaires, ainsi que celles de l'offre de soins et de services de ce territoire.

Les données et indicateurs mobilisés sont présentés pour l'ensemble du territoire. Les indicateurs sont référés à la situation observée sur l'ensemble du département ou de la région ou au niveau national.

Ce dossier s'organise autour de plusieurs chapitres :

- les caractéristiques de la population et du territoire
- les déterminants sociaux de santé
- les déterminants environnementaux de santé
- l'état de santé et les problèmes de santé
- la santé des enfants et des jeunes
- les comportements de santé en Occitanie
- l'accès à la prévention et aux soins
- l'offre de soins de premier recours
- les personnes en situation de handicap et de dépendance

Ces éléments doivent servir de support à un diagnostic partagé par l'ensemble des acteurs et des professionnels intervenant sur ce territoire afin de déterminer un projet de santé adapté aux spécificités locales.

Nota bene : sauf indication contraire, les données et indicateurs présentés dans ce profil de santé correspondent au territoire de la communauté de communes du Haut Allier auquel s'ajoute la commune de Grandrieu, commune qui devrait intégrer le CLS du Haut-Allier au 01/01/2019.

TABLE DES MATIÈRES

1	POPULATION ET TERRITOIRE _____	2
	Descriptif et localisation	2
	Une population en baisse.....	2
	Une population âgée et vieillissante	3
2	DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ _____	4
	De faibles niveaux de formation	5
	Une forte sous-représentation de cadres et de professions intermédiaires	5
	Un plus faible taux de chômage	5
	Un faible revenu moyen	6
	Des situations de précarité financière relativement moins fréquentes	6
	Des situations à risque d'isolement ou de fragilité moins fréquentes.....	7
3	DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX DE SANTÉ _____	8
	Un parc de logements anciens et potentiellement dégradés	8
	Quatre communes sur dix présentent une non-conformité bactériologique de l'eau potable.....	9
4	ÉTAT DE SANTÉ ET PROBLÈMES DE SANTÉ _____	11
	Une situation sanitaire relativement défavorable	12
	Une mortalité par cancer proche de la mortalité nationale mais qui ne diminue pas.....	12
	Une surmortalité par maladies cardiovasculaires	12
	Le diabète relativement fréquent	13
	La santé mentale : un champ difficile à explorer	13
	Une surmortalité par pathologies liées à la consommation de tabac	13
5	SANTÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES _____	14
	Des enjeux majeurs de santé	14
	Des comportements à risque chez les jeunes d'Occitanie	15
6	COMPORTEMENTS DE SANTÉ EN OCCITANIE _____	16
	Des habitudes de vie et des facteurs de risque dans la population d'Occitanie.....	16
7	ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS _____	18
	Un faible recours à la prévention	18
	Un recours à l'IVG légèrement plus faible.....	19
	Un plus faible taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein.....	19

8	OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS	20
	Un médecin généraliste sur trois est âgé de 60 ans ou plus	20
	Une Accessibilité Potentielle Localisée plutôt faible.....	21
9	PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DE DÉPENDANCE	22
	Un taux d'enfants bénéficiaires de l'AEEH en augmentation	22
	Plus de 5 % des adultes de 20 à 59 ans perçoivent l'AAH	22
	179 places en EHPAD sur le territoire	23
	Un Service de soins infirmiers à domicile.....	23
10	SYNTHÈSE	24
11	ANNEXE	25
	Profil des communes de la Communauté de communes du Haut-Allier	25

POPULATION ET TERRITOIRE

INDICATEURS	HAUT ALLIER			LOZERE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*
Population									
1- Population	5 993	-	↘	-	↗	-	↗	-	↗
2- Densité	-	17,2	↘	14,8	=	78,8	↗	117,7	↗
3- Croissance annuelle	-35	-0,6	-	-0,2	-	0,9	-	0,5	-
4- Naissances	27	4,5	↘	8,7	↘	11,0	↘	12,3	↘
5- Décès	97	16,2	↗	12	↗	9,4	=	8,5	↘
6- Population de nationalité étrangère	199	3,3	nd	3,9	nd	5,4	nd	6,3	nd
Profil d'âge									
7- Indice de vieillissement	-	132,6	↗	109	↗	91,1	↗	75,5	↗
8- Moins de 15 ans	853	14,2	↘	15,8	↘	17,0	=	18,3	=
9- 15 à 29 ans	838	14,0	↗	14,8	↘	17,1	↘	17,9	↘
10- 65-74 ans	702	11,7	↗	11,0	↗	10,2	↗	9,0	↗
11- 75 ans ou plus	881	14,7	=	12,3	↗	10,7	↗	9,3	↗

* Évolution observée sur cinq ans.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

1- Population totale (Insee RP2014) | 2- Densité de population (Insee RP2014) | 3- Nombre d'habitants supplémentaires et taux d'accroissement annuel (%) moyen entre 2009 et 2014 (Insee RP 2009 RP2014) | 4- Nombre de naissances et taux de natalité pour 1 000 habitants (Insee, État civil 2014, RP2014) | 5- Nombre de décès et taux brut de mortalité pour 1 000 habitants (Insee, État civil 2014, RP2014) | 6- Nombre et % de personnes de nationalité étrangère (Insee RP2014) | 7- Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans (Insee RP2014) | 8- Nombre et % des jeunes de moins de 15 ans dans la population (Insee RP2014) | 9- Nombre et % des habitants âgés de 15-29 ans dans la population (Insee RP2014) | 10- Nombre et % des habitants âgés de 65-74 ans dans la population (Insee RP2014) | 11- Nombre et % des habitants âgés de 75 ans ou plus dans la population (Insee RP2014)

Descriptif et localisation

Au 1^{er} janvier 2017, le territoire du Contrat Local de Santé (CLS) du Haut-Allier est constitué de douze communes. Au 1^{er} janvier 2019, la commune de Grandrieu rejoindra le CLS qui comptera alors treize communes. Le CLS du Haut-Allier est situé en milieu rural, au nord-est du département de la Lozère, à la frontière des départements de la Haute-Loire et de l'Ardèche. Selon les données du recensement de 2014, le territoire compte près de 6 000 habitants dont la moitié (48 %) vit à Langogne, seule commune qui compte plus de 1 000 habitants. La densité de la population du territoire est de 17 habitants au km² en 2014. La population des communes est détaillée en annexe.

Une population en baisse

En 2014, le CLS du Haut-Allier enregistre 97 décès et 27 naissances domiciliées. Le déficit des naissances par rapport aux décès n'est pas compensé par un nombre plus important d'habitants s'installant sur le territoire que celui d'habitants qui le quittent. Ainsi, sur la période 2009-2014, la population du territoire a baissé en moyenne de 35 personnes, soit -0,6 % par an. Cette baisse est légèrement plus importante que celle observée sur l'ensemble de la Lozère (-0,2 %) alors que, dans le même temps, la population de l'Occitanie augmentait de 0,9 % par an et celle de la métropole de 0,5 % par an. Près de 200 habitants du territoire sont de nationalité étrangère, soit 3,3 % de la population, part plus faible que celle du département ou de la région et deux fois plus faible que celle de la métropole.

Une population âgée et vieillissante

En 2014, 853 habitants du territoire ont moins de 15 ans et 838 sont âgés de 15-29 ans ; ainsi, les moins de 30 ans représentent 28,2 % de la population (respectivement, 14,2 % et 14,0 %), alors qu'ils représentent plus d'un tiers de la population régionale (34 %) et métropolitaine (36 %). Près de 900 habitants sont âgés de 75 ans ou plus, soit 14,7 % de la population ; cette part est stable depuis 2009 et reste plus importante que dans le département (12 %), en métropole (9 %) et plus importante aussi qu'en Occitanie (11 %). À l'intérieur du territoire, la part des personnes âgées de 75 ans ou plus varie de 7 % (dans les communes de Saint-Flour-de-Mercoire et de Naussac-Fontanes) à 25 % dans la commune de Luc ; dans huit des treize communes du CLS du Haut-Allier elle est plus élevée que celle de la région (11 %).

Des besoins de santé différents selon « les âges de la vie »

La connaissance de la répartition et de la part relative de certaines tranches d'âge permet d'orienter les politiques de santé.

On peut distinguer notamment :

- la période de l'enfance et l'adolescence dans laquelle est intégrée la période péri et post natale : les moins de 15 ans,
- les jeunes de 15 à 29 ans dont on connaît, malgré le manque d'indicateurs à des échelles locales, les besoins de prévention et de promotion de la santé au regard des comportements à risques,
- la part des 65 ans et plus qui permet de repérer l'importance du vieillissement démographique et des éventuels besoins en termes de prévention de la perte d'autonomie mais aussi de prise en charge.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ

INDICATEURS	HAUT-ALLIER			LOZERE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*
Niveau d'études									
1- 15 ans ou plus peu ou pas diplômés	1 739	36,9	↘	32,9	↘	30,8	↘	31,1	↘
2- 25-34 ans sans diplôme	78	15,4	↘	12,5	↘	14,4	↘	14,4	↘
Catégories sociales									
3- Personnes actives de 15-64 ans	2 492	70,1	↗	72,7	↗	72,2	↗	73,6	↗
4- Agriculteurs	232	9,8	=	10	↘	2,8	↘	1,7	↘
5- Artisans- commerçants	276	11,6	↗	9,5	↗	8,4	↗	6,5	↗
6- Cadres	116	4,9	↘	8,4	↘	16,3	↗	17,6	↗
7- Professions intermédiaires	416	17,6	=	23,6	↗	26,2	↗	25,8	↗
8- Employés	796	33,6	↗	28,9	↘	28,3	↘	27,8	↘
9- Ouvriers	534	22,5	↗	19,5	↘	18,0	↘	20,7	↘
10- Chômeurs de 15-64 ans	236	9,5	↗	9,5	↗	15,2	↗	13,5	↗
11- Chômeurs de 15-24 ans	56	23,1	↗	25,4	↗	32,8	↗	29,0	↗
12- Emplois précaires	747	40,7	↗	31,5	↗	30,0	=	27,5	=
Revenus									
13- Revenu annuel moyen par FF	18 866	-	nd	21 178	nd	23 295	nd	26 199	nd
14- Foyers fiscaux non imposés	2 469	68,0	nd	62	nd	59,0	nd	53,8	nd
Situations de précarité financière									
15- Personnes couvertes par le RSA	258	5,9	↗	6,0	↗	11,6	↗	9,5	↗
16- Allocataires dépendants à 100% des prestations sociales	83	9,9	↘	12,6	↘	19,6	↘	16,9	↘
17- Bénéficiaires de la CMUc	323	5,4	nd	4,5	nd	9,0	nd	nd	nd
Modes de vie et situations à risque de fragilité ou d'isolement									
18- PA 75+ à domicile	702	79,7	↘	83,1	=	90,5	↘	90,2	↘
19- PA 75+ seules à domicile	286	40,7	↘	40,9	=	39,3	↗	42,7	↘
20- Familles avec enfant(s)	671	44,2	↗	43,9	↘	48,6	=	51,4	↘
21- Familles monoparentales	141	21,0	↗	18,8	↗	25,5	↗	23,3	↗

* Évolution observée sur cinq ans.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

1- Nombre de personnes âgées de 15 ans ou +, hors système scolaire, sans diplôme ou au plus le brevet des collèges et % parmi les 15 ans ou plus hors système scolaire (Insee RP2014) | **2-** Nombre de personnes âgées de 25-34 ans, non étudiants, sans diplôme ou au plus le brevet des collèges et % parmi les 25-34 ans non étudiants (Insee RP2014) | **3-** Nombre de personnes actives (ayant un emploi ou au chômage) âgées de 15-64 ans et % parmi les 15-64 ans (Insee RP2014) | **4-** Nombre et part des agriculteurs exploitants dans la population active ayant un emploi (Insee RP2014) | **5-** Nombre et part des artisans, commerçants... dans la population active ayant un emploi (Insee RP2014) | **6-** Nombre et part des cadres dans la population active ayant un emploi (Insee RP2014) | **7-** Nombre et part des professions intermédiaires dans la population active ayant un emploi (Insee RP2014) | **8-** Nombre et part des employés dans la population active ayant un emploi (Insee RP2014) | **9-** Nombre et part des ouvriers dans la population active ayant un emploi (Insee RP2014) | **10-** Nombre de chômeurs âgés de 15-64 ans et % dans la population active des 15-64 ans (Insee RP2014) | **11-** Nombre de chômeurs (au sens du recensement) âgés de 15-24 ans et % dans la population active des 15-24 ans (Insee RP2014) | **12-** Nombre et part des 15 ans ou plus salariés, autre que CDI à temps plein, parmi les 15 ans ou + salariés (Insee, RP2014) | **13-** Revenu annuel moyen par foyer fiscal en euros (Insee, DGFIP 2014) | **14-** Nombre et % de foyers fiscaux non imposés (Insee, DGFIP 2014) | **15-** Nombre de personnes couvertes par le RSA total (allocataires et ayants droit) et % parmi la population des moins de 65 ans (Cnaf- CCMSA 2015, Insee RP2013) | **16-** Nombre et part des allocataires dépendant à 100% des prestations sociales parmi les allocataires dont les revenus sont connus (Cnaf- CCMSA 2015) | **17-** Nombre et part des bénéficiaires de la CMUc (assurés et ayants droit) dans la population totale (CPAM, MSA, RSI 2016, Insee RP 2014) | **18-** Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus à domicile et % parmi les 75 ans ou plus (Insee RP2014) | **19-** Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus seules à domicile et % parmi les 75 ans ou plus vivant à domicile (Insee RP2014) | **20-** Nombre de familles avec enfant(s) et % parmi les familles (Insee RP2014) | **21-** Nombre de familles monoparentales et % parmi les familles avec enfant(s) (Insee RP2014)

De faibles niveaux de formation

En 2014, plus de 1 700 habitants de 15 ans ou plus et sortis du système scolaire sont peu ou pas diplômés (avec au plus le brevet des collèges), soit 36,9 % de la population de cet âge. Cette part est nettement plus importante que celle observée dans le département (33 %), la région (31 %) et la France métropolitaine (31 %).

Parmi les 25-34 ans, la part des personnes peu ou pas diplômées est de 15,4 %, plus élevée aussi que celle observée dans le département, dans la région et en France métropolitaine.

En cinq ans, dans la population du CLS du Haut-Allier comme dans les territoires de comparaison, la part des personnes peu ou pas diplômées a baissé chez les 15 ans ou plus comme chez les 25-34 ans.

Une forte sous-représentation de cadres et de professions intermédiaires

Parmi les habitants en âge de travailler (les 15-64 ans), 70 % sont en activité ou en recherche d'emploi en 2014. Cette part est moins importante que celle observée dans les territoires de comparaison, notamment celle de la France métropolitaine (74 %).

En cinq ans, la population active a baissé de près de 2 % (de -1 % en Lozère), alors qu'elle a augmenté dans la région (+6 %) comme en métropole (+3 %).

Dans les communes du CLS, la répartition des catégories sociales parmi les actifs ayant un emploi se distingue, comme dans beaucoup de territoires ruraux, avec des parts d'agriculteurs (9,8 %) et d'artisans-commerçants (11,6 %) plus importantes que dans la région ou en France métropolitaine ; de même, on observe des parts plus importantes d'employés (33,6 %) et d'ouvriers (22,5 %) parmi les actifs ayant un emploi. À l'inverse, la part des cadres et celle des professions intermédiaires y sont nettement plus faibles que dans la région et la métropole.

En cinq ans, la part des agriculteurs parmi les actifs ayant un emploi est restée stable alors qu'elle a fortement baissé dans les territoires de comparaison, notamment en région (-14 %) et en France métropolitaine (-12 %) ; celle des cadres a nettement baissé dans le territoire (-26 %) alors qu'elle a augmenté en région et en métropole (respectivement, +8 % et +7 %).

Un plus faible taux de chômage

En 2014, 236 habitants du territoire, âgés de 15-64 ans, déclarent être au chômage lors du recensement de population ; leur part dans la population active est de 9,5 %, nettement moins élevée qu'en métropole (14 %) et qu'en Occitanie (15 %).

Les jeunes sont également moins touchés par le chômage : 23,1 % des actifs de 15-24 ans sont au chômage, légèrement moins qu'en Lozère (25 %), qu'en France métropolitaine (29 %) et nettement moins qu'en Occitanie (33 %).

En cinq ans, le taux de chômage a augmenté dans le Haut-Allier, comme dans le département, la région et la métropole.

Par ailleurs, près de 750 emplois sont des emplois dits « précaires » (autres qu'en CDI à temps plein), soit 40,7 % des emplois. Ces emplois sont nettement plus fréquents dans le territoire qu'au niveau national (28 % des emplois) et plus fréquents aussi que dans la région (30 %) ou le département (32 %) ; ils y sont en forte augmentation depuis 2009 alors qu'ils sont restés stables en Occitanie et en France métropolitaine.

Un faible revenu moyen

En 2014, le revenu annuel moyen par foyer fiscal est de 18 866 €, bien plus faible qu'au niveau national (26 199 €) et plus faible aussi que celui du département (dépassant légèrement les 21 000 €) ou de la région (autour de 23 300 €). Par ailleurs, près de 2 500 foyers fiscaux du CLS du Haut-Allier ne sont pas imposés en 2014, soit 68 % d'entre eux ; part qui n'est que de 59 % dans la région et de 54 % en France métropolitaine.

Des situations de précarité financière relativement moins fréquentes

En 2015, 258 personnes sont couvertes par le RSA, soit 5,9 % des habitants du territoire âgés de moins de 65 ans ; Parmi les habitants allocataires de prestations sociales, 83 ne déclarent aucun revenu, soit 9,9 %. Ces situations de précarité sont quasiment deux fois moins fréquentes pour les habitants du CLS du territoire que pour l'ensemble des Occitans et moins fréquentes aussi que pour l'ensemble des Français. En cinq ans, dans le CLS du Haut-Allier comme dans les territoires de comparaison, on observe une augmentation de la part des bénéficiaires du RSA et une baisse de la part des allocataires dépendant à 100 % des prestations sociales.

En 2016, parmi les habitants du territoire, on compte 320 bénéficiaires de la CMUc, soit 5,4 % de la population ; cette part est moins importante que celle observée dans la région (9 %). À l'intérieur du territoire, la part des bénéficiaires de la CMUc dans la population est très contrastée : elle varie de 1,7 % dans la commune d'Auroux, à 37,4 % dans la commune de Chambon-le-Château ; C'est dans la commune de Langogne, la plus importante du territoire, qu'est retrouvée la plus grande part des bénéficiaires de la CMUc (44,6 %) suivie par la commune de Chambon-le-Château qui accueille 33 % des bénéficiaires de la CMUc, alors qu'elle ne rassemble que 5 % de la population.

La situation sociale

à travers 4 indicateurs qui sont des déterminants sociaux de santé :

- **Les bénéficiaires de la CMUc**

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

- **Les personnes de 15 ans et plus non scolarisées et sans diplôme**

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

- **Les familles monoparentales**

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

- **Les personnes âgées de plus de 75 ans qui vivent seules à domicile**

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

*Caractéristiques et recours des populations bénéficiaires de la CMUc : plus jeune, plutôt féminine et en moins bonne santé. ARS Midi Pyrénées-INSEE, janvier 2014.

**Les familles monoparentales : des difficultés à travailler et à se loger. O. Chardon et col. INSEE Première n°1195, juin 2008

ciaires de la CMUc (44,6 %) suivie par la commune de Chambon-le-Château qui accueille 33 % des bénéficiaires de la CMUc, alors qu'elle ne rassemble que 5 % de la population.

Des situations à risque d'isolement ou de fragilité moins fréquentes

En 2014, près de 300 personnes âgées vivent seules chez elles, soit 40,7 % des personnes âgées de 75 ans ou plus qui vivent à domicile ; cette part est plus faible que celle observée en France métropolitaine (43 %). En cinq ans, le nombre et la part des personnes âgées seules à domicile ont baissé dans le territoire comme dans le département, alors qu'elles sont en augmentation au niveau de la région.

Dans le territoire du CLS du Haut-Allier, 44 % des familles ont un ou plusieurs enfants, contre 51 % au niveau national. Parmi elles, près de 141 sont des familles monoparentales, soit 21,0 % des familles avec enfant(s) ; cette part, plus importante que celle observée dans le département, est moins élevée que celles observées en région (26 %) et en France métropolitaine (23 %).

Depuis 2009, le nombre et la part des familles monoparentales ont plus augmenté dans le territoire (respectivement, +24 % et +25 %) que dans la région (respectivement, +11 % et +7 %) et qu'en métropole (respectivement, +9 % et +8 %).

DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX DE SANTÉ

INDICATEURS	HAUT-ALLIER			LOZERE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*
1- Logements construits avant 1946	926	34,2	nd	28,4	nd	21,7	nd	24,6	nd
2- Logements du parc privé potentiellement indigne (PPPI)	390	13,6	nd	10,6	nd	7,8	nd	nd	-nd
3- Logements HLM	154	5,7	↘	6,6	↘	8,7	↗	14,7	=
4- Résidences principales sans confort ⁽¹⁾	18	0,7	↘	0,8	↘	0,3	=	0,5	↘

* Évolution observée sur cinq ans.

(1) sans baignoire ni douche

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

- 1- Nombre de logements construits avant 1946 et % parmi les résidences principales (Insee RP2014)
- 2- Nombre et % de logements potentiellement indignes dans le parc privé en 2013 (FILICOM - DREAL- ANAH)
- 3- Nombre de logements HLM et % parmi les résidences principales (Insee RP2014)
- 4- Nombre de logements sans confort (sans baignoire ni douche) et % parmi les résidences principales (Insee RP2014)

Un parc de logements anciens et potentiellement dégradés

En 2014, la part des logements anciens (construits avant 1946) y est plus importante (34,2 %) que dans le département (28 %) et la région (22 %), et plus importante aussi qu'au niveau national (25 %).

Près de 400 logements du parc privé sont considérés comme potentiellement indignes, soit 13,6 %, nettement plus que dans le département (9 %) et la région (8 %).

L'habitat, un des principaux déterminants environnementaux

La qualité des logements ressort comme un enjeu important pour préserver la « qualité de l'environnement et le cadre de vie » et pour mieux vivre ensemble.

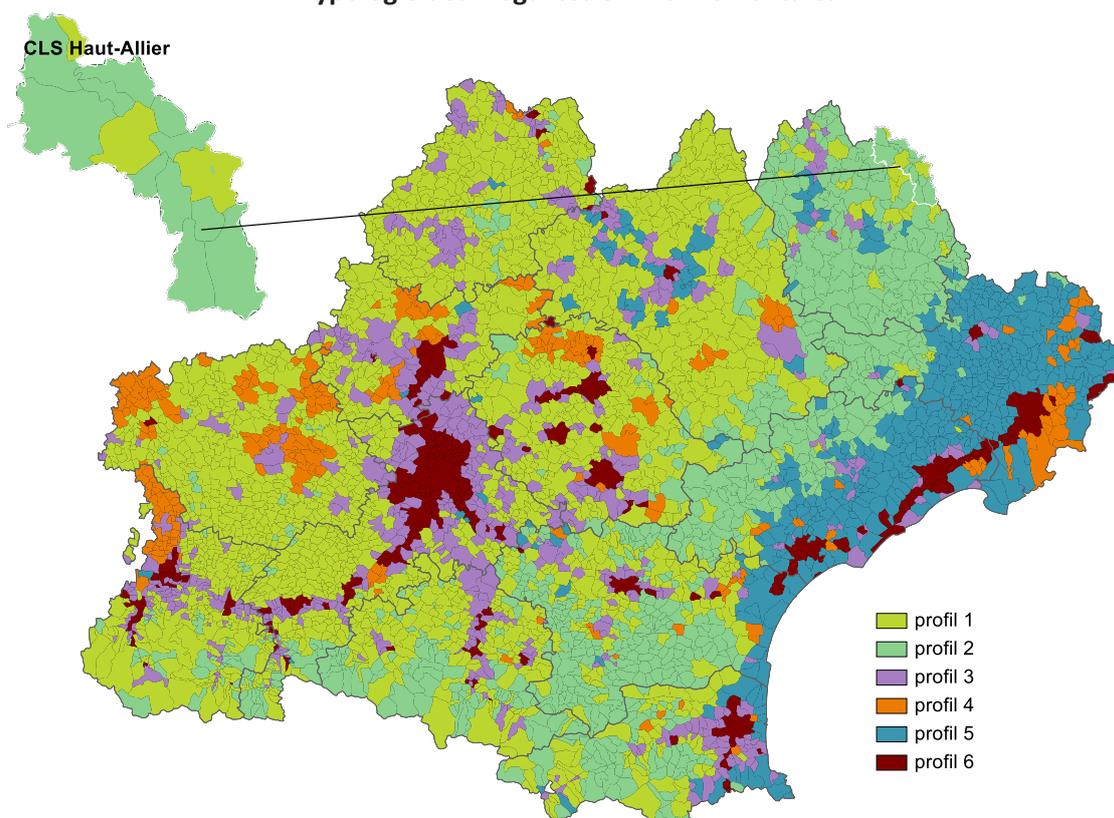
C'est aussi un enjeu en termes de santé à la fois physique et mentale.

Le logement est aussi un facteur de prévention de certains risques ou pathologies.

Quatre communes sur dix présentent une non-conformité bactériologique de l'eau potable

Une typologie des disparités environnementales de santé a été réalisée sur l'ensemble des communes de la région en Occitanie à partir des indicateurs sur les différents types de pollution : air, eau, habitat, sol. Elle permet d'identifier six profils qui mettent en évidence différents risques environnementaux selon le territoire. Il faut toutefois préciser que des disparités peuvent tout de même persister à l'intérieur d'un même profil. C'est pourquoi, il est important pour chaque territoire d'interpréter ces informations à la lumière de l'ensemble des données et connaissances locales.

Typologie des inégalités environnementales



Source : Disparités environnementales de santé en Occitanie, ORSMIP – CREA-ORS LR, Octobre 2017, 43p.

Profil 1		Territoires ruraux peu défavorisés sur le plan environnemental, avec une qualité de l'habitat légèrement dégradée (14% de la population)
Profil 2		Territoires ruraux marqués par une qualité bactériologique de l'eau insuffisante, un parc potentiellement indigne élevé et une très bonne qualité de l'air (2% de la population)
Profil 3		Milieus péri-urbains et axes routiers avec une qualité de l'air légèrement dégradée et un habitat récent (21% de la population)
Profil 4		Une qualité de l'eau détériorée par les pesticides et les nitrates (4% de la population)
Profil 5		Zone littorale exposée à l'ozone, avec un risque lié aux Éléments Traces Métalliques (ETM)* plus élevé et une qualité de l'eau très bonne (16% de la population)
Profil 6		Zones urbaines caractérisées par une mauvaise qualité de l'air et des sites et sols potentiellement pollués (43% de la population)

*3 éléments traces métalliques (ETM) jugés dangereux pour la santé ont été pris en compte : le plomb, le cadmium et le nickel.

Les communes du CLS du Haut Allier

		Nombre de communes	%	Population RP 2013	%
Profil 1		3	21,4	3 643	60,1
Profil 2		11	78,6	2 418	39,9
Total		14	100,0	6 061	100,0

Source : CREA-ORS Occitanie

L'analyse de cette typologie au niveau du territoire permet de mettre en exergue certaines caractéristiques :

- En 2013, l'ensemble des communes du CLS du Haut-Allier se caractérise par une bonne qualité de l'air du point de vue de la concentration en ozone, des émissions de PM2,5 et des émissions d'oxydes d'azote.
- 60% de la population réside dans l'une des 3 communes du profil 1. L'ensemble de ces communes présente une bonne qualité de l'eau. La proportion de résidences principales construites avant 1946 et celle du parc privé potentiellement indigne atteignent des niveaux intermédiaires comparativement à l'ensemble des communes de la région. Des sites potentiellement polluants (sites « Basias ») sont répertoriés sur ces trois communes, avec une densité sensiblement élevée pour deux d'entre elles.
- 40% de la population est regroupée dans 11 communes du profil 2. Ces communes se distinguent par une non-conformité bactériologique de l'eau potable au sein de 8 communes, dont 3 fréquemment. Le parc privé potentiellement indigne est faible dans 2 communes et la proportion de logements anciens est relativement hétérogène, avec 4 communes présentant une proportion élevée de résidences construites avant 1946 (supérieure à 46%). La densité de sites « Basias » est faible voire nulle pour l'ensemble de ces communes.

ÉTAT DE SANTÉ ET PROBLÈMES DE SANTÉ

INDICATEURS	HAUT-ALLIER			LOZERE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
État général de santé									
1- Mortalité générale	99	<u>979,9</u>	=	<u>837,6</u>	↘	<u>738,6</u>	↘	766,4	↘
2- Mortalité prématurée	15	247,9	=	205,4	=	<u>182,1</u>	↘	191,0	↘
3- Admissions en ALD	180	2289,0	=	<u>2322,3</u>	↘	<u>2222,5</u>	↗	2235,9	↗
Cancers									
4- Ensemble des cancers : Mortalité	25	262,6	=	223,4	↘	<u>216,3</u>	↘	231,4	↘
5- Admissions en ALD	38	488,1	↗	<u>533,4</u>	↗	<u>492,6</u>	↗	498,7	↗
6- Cancer du poumon : mortalité	5	53,1	=	39,9	=	43,7	=	44,3	↘
7- Admissions en ALD	3	39,5	=	38,8	=	<u>44,9</u>	↗	43,0	↗
8- Cancer du Colon : mortalité	2	nd**	-	21,6	=	<u>22,8</u>	↘	24,3	↘
9- Admissions en ALD	3	38,6	=	54,9	=	52,3	↗	51,7	=
10- Cancer du sein : mortalité	1	nd**	-	27,9	↘	<u>27,5</u>	↘	29,8	↘
11- Admissions en ALD	7	213,1	=	176,8	=	<u>178,5</u>	↗	176,0	↗
Maladies Cardio-Vasculaires									
12- Ensemble des maladies cardio-vasculaires : mortalité	32	<u>309,5</u>	=	<u>231,5</u>	↘	<u>191,5</u>	↘	193,5	↘
13- Admissions en ALD	45	<u>502,2</u>	=	<u>542,0</u>	=	<u>602,5</u>	↗	607,0	↗
Diabète									
14- Patients diabétiques traités (1)	278	6,6	nd	4,5	nd	4,5	nd	nd	nd
15- Admissions en ALD	25	332,6	=	<u>306,2</u>	↗	<u>332,5</u>	↗	363,0	↗
Santé mentale									
16- Admissions en ALD pour affection psychiatrique	20	<u>336,0</u>	=	<u>318,9</u>	↗	<u>249,9</u>	↗	206,3	↗
17- Consommation de psychotropes (1)	683	13,1	nd	11,6	nd	11,1	nd	nd	nd
18- Mortalité par suicide	< 1	nd**	-	13,2	=	<u>14,7</u>	↘	15,7	↘
Conséquences sanitaires des comportements à risque									
19- Accidents de la circulation	< 1	nd**	-	<u>9,4</u>	=	<u>7,4</u>	↘	5,6	↘
20- Alcool	4	48,7	=	28,1	=	<u>20,8</u>	↘	28,0	↘
21- Tabac	16	<u>169,6</u>	↗	<u>114,1</u>	=	<u>101,7</u>	↘	104,4	↘

Note : les taux standardisés (TxStd) soulignés diffèrent significativement du taux de la France métropolitaine

* Évolution observée sur cinq ans (en moyennes triennales). Seules les évolutions significatives sont représentées par des flèches

** effectif trop faible pour le calcul des taux standardisés

(1) Le calcul de ces données ne prend pas en compte la population des communes de Chambon-le-Château, Saint-Bonnet-Laval et Saint-Symphorien

INDICATEURS

Mortalité : Nbre annuel moyen de décès et taux standardisé de mortalité sur la période 2009-2013. Le TSM est le taux de mortalité que l'on observerait si la population de la zone étudiée avait la même structure par âge que la population de référence, soit la population de la France entière au RP de 2006 (Inserm CépiDC, Insee) : **1-** et **2-** mortalité tous âges et avant 65 ans toutes causes confondues ; **4-** mortalité par cancer toutes localisations confondues, CIM10 C00-C97 ; **6-** mortalité par cancer du poumon, CIM10 C33-C34 ; **8-** mortalité par cancer colorectal, CIM10 C18-C21 ; **10-** mortalité par cancer du sein, CIM10 C50 ; **12-** mortalité par maladies cardiovasculaires, CIM10 I00-I99 ; **18-** mortalité par suicide, CIM10 X60-XX84 Y87 ; **19-** mortalité par accident de la circulation, CIM10 V01-V99 ; **20-** mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme, CIM10 F10, par cirrhose, K70 K746 et par cancer des voies aéro-digestives supérieures, CIM10 C00-C14 C15 C32 ; **21-** mortalité par cancer du poumon CIM10 C33-C34, par bronchite chronique et obstructive CIM10 J40-44, J47, J961) et par cardiopathie ischémique CIM10 I20-I25.

Morbidity : Nbre annuel moyen de nouvelles admissions en ALD et taux standardisé d'incidence des ALD sur la période 2010-2014. Le TSI est le taux d'incidence des ALD que l'on observerait si la population de la zone étudiée avait la même structure par âge que la population de référence, soit la population de la France entière au RP de 2006 (CNAMTS, MSA, RSI, Insee) : **3-** Ensemble des ALD tous âges ; **5-** ALD n°30 pour cancer ; **7-** ALD n°30 pour cancer du poumon, CIM10 C33-C34 ; **9-** ALD n°30 pour cancer colorectal, CIM10 C18-C21 ; **11-** ALD n°30 pour cancer du sein, CIM10 C50 ; **13-** ALD pour maladies cardiovasculaires, ALD n°1, 3, 5 13 ; **14-** Nbre de bénéficiaires d'un des trois principaux régimes de l'assurance maladie (AM) ayant eu une délivrance de médicament pour le traitement du diabète (type I ou type II) à au moins 3 dates différentes en 2016 et part pour 100 bénéficiaires (DCIR - RG hors SLM, MSA,RSI -2016-2017) ; **15-** ALD pour diabète, ALD n°8 ; **16-** ALD pour affections psychiatriques tous âges, ALD n°23 ; **17-** Nbre de bénéficiaires d'un des régimes de l'assurance maladie (AM) ayant eu au moins 3 délivrances de médicaments psychotropes en 2016 et part pour 100 bénéficiaires de l'AM (DCIR - Ensemble des régimes de l'AM ; Insee RP2014).

Une situation sanitaire relativement défavorable

Avec une centaine de décès en moyenne chaque année, la mortalité des habitants du CLS du Haut-Allier est significativement plus élevée que celle des métropolitains, à structure d'âge comparable. Deux causes représentent 57 % des décès : les maladies cardio-vasculaires (32 %) et les tumeurs (25 %).

Parmi les décès annuels, 15% ont concerné des habitants de moins de 65 ans. Cette mortalité dite « prématurée » ne diffère pas de façon significative de la mortalité prématurée nationale, à structure d'âge identique ; son niveau est resté stable sur cinq ans alors que dans le même temps, il a baissé dans la région comme en France métropolitaine.

Chaque année, 180 nouvelles admissions en affection de longue durée (ALD) sont enregistrées en moyenne pour les habitants du territoire. Rapportées à la population et à structure par âge comparable, ces admissions représentent une incidence qui ne diffère pas de façon significative de celle observée au niveau national.

Une mortalité par cancer proche de la mortalité nationale mais qui ne diminue pas

Les cancers sont à l'origine d'une quarantaine de nouvelles admissions en ALD et de 25 décès d'habitants du territoire en moyenne chaque année.

À structure d'âge comparable, l'incidence des ALD et la mortalité par cancer sont aux mêmes niveaux pour les habitants du territoire que pour l'ensemble des métropolitains.

En cinq ans, la mortalité par cancer est restée stable pour les habitants du CLS du Haut-Allier alors qu'elle a baissé de façon significative dans le département, la région et en France métropolitaine.

Une surmortalité par maladies cardiovasculaires

Première cause d'admission en ALD et première cause de décès, les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de 45 nouvelles admissions en ALD et de 32 décès en moyenne chaque année pour les habitants du CLS du Haut-Allier.

Les décès prématurés : un enjeu important en termes de prévention

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

Cet indicateur est utile pour orienter les politiques de prévention car une part importante de ces décès est considérée comme évitable, que ce soit du fait de comportements à risques (accidents, consommation d'alcool ou de tabac par exemple), soit en lien avec le système de soins (au travers de l'accès au dépistage et de l'accès aux soins par exemple).

En Occitanie, 16,5% des décès sont considérés comme prématurés alors que cette proportion est de 18,6% au niveau de la France métropolitaine.

Les décès par cancer représentent à eux seuls deux décès évitables sur cinq, les cancers de la trachée, des bronches et des poumons étant à l'origine de plus d'un décès prématuré sur dix en Occitanie. Les causes externes de mortalité représentent 16% des décès prématurés avec, principalement, les suicides (6%) et les accidents de la circulation (3%). En prenant en compte les 12% de décès prématurés liés à des maladies de l'appareil circulatoire, on observe que tumeurs, causes externes de mortalité et maladies cardio-vasculaires représentent les deux tiers des décès prématurés.

Pour les habitants du territoire, et à structure par âge comparable, on observe une surmortalité significative par maladies cardio-vasculaires comparée à celle de l'ensemble des métropolitains. À l'inverse, on observe une sous incidence significative des nouvelles admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires ; ces mêmes observations sont faites pour les habitants du département. En cinq ans, la mortalité par maladies cardiovasculaires est restée stable sur le territoire alors qu'elle a baissé en Occitanie comme en France métropolitaine ; dans le même temps, l'incidence des ALD n'a pas évolué sur le territoire alors qu'elle a augmenté dans la région comme au niveau national.

Le diabète relativement fréquent

Chaque année en moyenne, 25 habitants du territoire sont admis en ALD en raison d'un diabète. Le taux d'incidence des ALD pour diabète ne diffère pas significativement du taux observé en France métropolitaine, alors qu'il est significativement plus faible dans le département et la région, à structure d'âge comparable.

En cinq ans, l'incidence des ALD pour diabète est restée stable pour les habitants alors qu'elle a augmenté pour les habitants des territoires de comparaison.

En 2016, 278 personnes ont été traitées pour un diabète sur le territoire, soit 6,6 % de la population, part légèrement plus élevée que celles observées dans le département et la région (5 %).

La santé mentale : un champ difficile à explorer

La santé mentale couvre un domaine très large qui va de la santé mentale positive se rapprochant de la notion de bien être mental et social de l'OMS aux maladies psychiatriques. Ce champ est très vaste mais peu de données statistiques sont disponibles

Avec une moyenne annuelle de 20 nouvelles admissions en ALD pour affection psychiatrique, on observe une surincidence significative des affections psychiatriques sur le territoire ; c'est aussi le cas pour l'incidence départementale et régionale.

Près de 700 habitants ont eu au moins trois délivrances de psychotropes au cours de l'année 2016, soit 13,1 % des habitants couverts par l'assurance maladie ; cette part est proche de celle observée dans le département (12 %) et la région (11 %).

Moins d'un décès par suicide, en moyenne par an, a été enregistré entre 2009 et 2013 ; ce faible nombre et l'effectif réduit de la population ne permettent pas de comparer cette mortalité à celle de la population nationale.

Une surmortalité par pathologies liées à la consommation de tabac

Sur la période 2009-2013, 16 décès d'habitants, en moyenne chaque année, sont dus à des pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque (dont 5 décès par cancer du poumon). Cette mortalité est significativement plus élevée sur le territoire qu'en France métropolitaine ; c'est aussi le cas pour la mortalité des habitants du département. De plus, en cinq ans, elle a augmenté de façon significative pour les habitants du territoire alors qu'elle est restée stable dans le département et qu'elle a baissé en Occitanie et en France métropolitaine.

Avec 4 décès en moyenne annuelle, la mortalité par pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque ne diffère pas significativement de celle observée au niveau national, à structure par âge comparable.

En cinq ans, la mortalité par pathologies dont la consommation d'alcool est un facteur de risque, est restée stable sur le territoire comme dans le département alors qu'elle a baissé de façon significative en Occitanie comme en France métropolitaine.

Entre 2009 et 2013, moins d'un décès annuel par accident de la circulation a été enregistré pour les habitants du territoire. Le faible effectif de la population des communes du CLS du Haut-Allier ne permet pas de comparer cette mortalité à celle observée au niveau national.

SANTÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES

Des enjeux majeurs de santé

De la période périconceptionnelle jusqu'à la fin de l'adolescence, se construit, pour une large part, la santé des individus.

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

- la santé buccodentaire ;
- les problèmes de surpoids et d'obésité ;
- les troubles mentaux et du comportement ;
- les conséquences des accidents.

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

En Occitanie, le recueil et l'analyse de certains indicateurs à 5-6 ans et en 6^e, ont été mis en place à partir des bilans infirmiers réalisés dans l'académie de Toulouse (dispositif Infiscal). Une enquête réalisée dans les collèges de cette académie (HBSC) permet par ailleurs de dégager les spécificités régionales sur les comportements et habitudes de vie des adolescents. Ces données ne sont pas disponibles pour les élèves de l'académie de Montpellier.

Pour en savoir plus :

- La santé des élèves en Midi-Pyrénées. Le dispositif Infiscal. Résultats 2016/2017. ORSMIP, 2017/12, 47 p. www.ormip.org
- La santé des collégiens en Midi-Pyrénées en 2014. Données régionales de l'enquête internationale HBSC (Health Behaviour in School Aged Children). ORSMIP, Rectorat de Toulouse. Service médical, Inserm 1027, ARS Occitanie. www.ormip.org

Des comportements à risque chez les jeunes d'Occitanie

Les indicateurs sur la consommation de produits psychoactifs chez les jeunes ne sont pas disponibles à l'échelle des territoires.

Les niveaux de consommation et les principales tendances évolutives ne sont pas encore disponibles au niveau des régions actuelles. Présentés à l'échelle des anciennes régions, ils permettent de dégager les principaux faits marquants caractérisant ce type de comportements.

INDICATEURS	Ex-MP	Ex-LR	Comparaison à la France		Tendance évolutive 2011-2014	
			MP	LR	MP	LR
Alcool						
Consommation régulière* d'alcool à 17 ans (2014)	15	13	+	=	→	→
Épisodes d'ivresses répétées** (> 3)	24	27	=	+	↘	→
Tabac						
Usage quotidien de tabac	37	37	+	+	→	→
Cannabis						
Expérimentation	50	54	=	+	↗	↗
Usage régulier***	12	13	+	+	↗	↗

* Au moins 10 usages dans les 30 jours précédant l'enquête

** 5 verres en une même occasion au moins 3 fois dans le mois à 17 ans

*** Usage régulier de cannabis dans le mois ≥ 10 usages

Source : ESCAPAD 2014 - Exploitation CREA-ORS Occitanie

POUR EN SAVOIR PLUS : Tableau de bord sur la santé. Région Occitanie. 2016. ORSMIP - CREA-ORS LR, 130p. 2017

FAITS MARQUANTS

- ▶ L'usage régulier d'**alcool à 17 ans** est supérieur à la moyenne métropolitaine dans l'ex-région Midi-Pyrénées. Entre 2011 et 2014, l'usage régulier d'alcool semble même légèrement à la hausse dans l'ex-région Languedoc-Roussillon et rejoint les niveaux de 2005.
- ▶ Les déclarations d'**alcoolisations ponctuelles importantes (API)** à 17 ans restent semblables en 2014 à celles observées dans les années antérieures malgré la diminution observée dans l'ex-Midi-Pyrénées et sont plus fréquentes chez les jeunes de l'ex-Languedoc-Roussillon. Ce comportement concerne en moyenne un jeune sur quatre.
- ▶ L'usage quotidien de **tabac** à 17 ans est plus fréquent en Occitanie que dans l'ensemble de la France et concerne un jeune sur trois. Cette part ne baisse pas.
- ▶ Les niveaux de consommation de **cannabis** en Occitanie sont supérieurs à ceux de la métropole et sont en hausse.

COMPORTEMENTS DE SANTÉ EN OCCITANIE

Des habitudes de vie et des facteurs de risque dans la population d'Occitanie

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

INDICATEURS	Sexe		Territoire		Différences significatives observées selon les caractéristiques socio-démographiques
	 H	 F	Occitanie 	France 	
Surcharge pondérale (15-75 ans selon la corpulence déclarée)	47%	31%		< 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Homme > Femme ✓ Croissant avec l'âge ✓ Ouvrier > Cadre (odds ratio : 1,7) ✓ > Pour les niveaux inférieurs au Bac ✓ > Pour les milieux ruraux ✓ < Pour les personnes vivant seules
Activité physique élevée (15-75 ans)	68%	50%	nd	nd	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Homme > Femme ✓ > Pour les 15-24 ans ✓ Ouvrier > Cadre (odds ratio : 3,6) ✓ < Pour les personnes vivant seules
Sédentarité (15-75 ans)	48%	42%	nd	nd	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ouvrier < Cadre (odds ratio : 0,38) ✓ > Pour les personnes scolarisées (15-24 ans) ✓ > Pour les niveaux supérieurs au Bac ✓ Urbain (100000 hab.) > rural

INDICATEURS	Sexe		Territoire		Différences significatives observées selon les caractéristiques socio-démographiques
	 H	 F	Occitanie 	France 	
Usage quotidien d'alcool (15-75 ans)	18%	6%	nd	nd	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Homme > Femme ✓ Croissant avec l'âge ✓ > Pour les niveaux inférieurs au Bac
Fumeur quotidien (15-75 ans)	29%	26%		> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ < Pour les 55-75 ans ✓ Ouvrier > Cadre (odds ratio : 2,1) ✓ > Pour les chômeurs ✓ > Pour les niveaux inférieurs au Bac ✓ > Pour les personnes vivant seules
Cannabis au cours des 12 derniers mois (15-75 ans)	14%	6%		> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Homme > Femme ✓ > Pour les 15-34 ans

INDICATEURS	Sexe  	Territoire Occitanie  France 	Différences significatives observées selon les caractéristiques socio-démographiques
Renoncement aux soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois (18-75 ans)	 H F		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Homme < Femme ✓ > Pour les chômeurs ✓ Décroissant avec le niveau de revenus ✓ > Pour les personnes sans couverture complémentaire ✓ > Pour les personnes seules
Opinion négative sur la vaccination en général (15-75 ans)	 H F		<ul style="list-style-type: none"> ✓ > Pour les 25-34 ans (vs 15-24 ans) ✓ Décroissant avec le niveau de revenus ✓ < Pour les personnes scolarisées ✓ > Pour les personnes vivant seules

Source : Baromètre Santé 2016 – Exploitation CREAI-ORS Occitanie

FAITS MARQUANTS

Ces indicateurs mesurent l'importance de certains comportements de santé à risques, notamment la fréquence de l'usage quotidien de tabac, supérieure en Occitanie à celle observée dans le reste de la France.

Leur analyse met bien en évidence les enjeux autour des **Inégalités Sociales de Santé (ISS)**, très présentes dans la région et dans plusieurs dimensions. Les différences observées selon les groupes sociaux ou selon les revenus ou le niveau de diplôme (toutes choses égales par ailleurs) concernent en effet :

- La surcharge pondérale
- L'usage quotidien d'alcool
- Le tabagisme quotidien
- Le renoncement aux soins

ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

INDICATEURS	HAUT-ALLIER		LOZERE	OCCITANIE
	Effectif	Taux	Taux	Taux
Recours à la prévention (1)				
1- Vaccination antigrippale remboursée en 2016	495	32,5	43,5	46,2
2- Dépistage organisé du cancer du sein	231	27,0	35,6	42,7
3- Dépistage individuel du cancer du sein	90	10,5	6,2	12,9
4- Dépistage du cancer du col de l'utérus	233	19,0	23,1	24,1
5- Bilan bucco-dentaire 5-19 ans	101	12,0	12,3	10,6
Suivi médical du diabète :				
6- Dosage de l'hémoglobine glyquée	139	50,0	49,2	50,2
7- Dosage de microalbuminurie	78	28,1	25,7	26,2
8- Dosage de créatininémie	243	87,4	87,4	87,5
Recours à l'IVG				
9- IVG des 15-49 ans	10	10,3	12,8	13,8
10- dont IVG médicamenteuses	7	70,0	70,4	58,3
11-IVG des 15-24 ans	4	15,9	15,8	19,3

(1) Le calcul de ces données ne prend pas en compte la population des communes de Chambon-le-Château, Saint-Bonnet-Laval et Saint-Symphorien

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

1- Nombre et pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus bénéficiaires d'une vaccination antigrippale en 2016 (DCIR, ensemble des régimes de l'AM - Insee RP2014) ; **2-** Nombre et pourcentage de femmes âgées de 50-74 ans bénéficiaires d'un dépistage organisé du cancer du sein en 2015-2016 (DCIR, ensemble des régimes de l'AM - Insee RP2014) ; **3-** Nombre et pourcentage de femmes âgées de 50 à 74 ans bénéficiaires d'un dépistage individuel (hors dépistage organisé) du cancer du sein en 2015-2016 (DCIR, ensemble des régimes de l'AM - Insee RP2014) ; **4-** Nombre et pourcentage de femmes âgées de 25 à 64 ans bénéficiaires d'un dépistage du cancer du col de l'utérus en 2016 (DCIR, ensemble des régimes de l'AM - Insee RP2014) ; **5-** Nombre et pourcentage d'enfants âgés de 5 à 19 ans bénéficiaires d'un examen bucco-dentaire en 2016 (DCIR, ensemble des régimes de l'AM - Insee RP2014) ; **6-** Nombre et pourcentage d'assurés traités pour le diabète ayant eu au moins un dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1C) en 2016 (DCIR, RG hors SLM, MSA, RSI) ; **7-** Nombre et pourcentage d'assurés traités pour le diabète ayant eu au moins un dosage de microalbuminurie en 2016 (DCIR, RG hors SLM, MSA, RSI) ; **8-** Nombre et pourcentage d'assurés traités pour le diabète ayant eu au moins un dosage de créatininémie en 2016 (DCIR, RG hors SLM, MSA, RSI) ; **9-** Nombre annuel moyen d'IVG hospitalières réalisées sur des femmes âgées de 15-49 ans en 2014-2016 et taux pour 1 000 femmes âgées de 15-49 ans (ATIH-PMSI, Insee RP2014) ; **10-** Nombre annuel moyen d'IVG médicamenteuses réalisées en 2014-2016 et pourcentage sur l'ensemble des IVG hospitalières (ATIH-PMSI) ; **11-** Nombre annuel moyen d'IVG hospitalières réalisées sur des femmes âgées de 15-24 ans en 2014-2016 et taux pour 1 000 femmes âgées de 15-24 ans (ATIH-PMSI, Insee RP2014).

Un faible recours à la prévention

En 2016, près de 500 personnes âgées ont bénéficié de la **vaccination antigrippale**, soit 32,5 % des personnes âgées de 65 ans ou plus du Haut-Allier ; cette part est nettement plus faible que celle observée pour les habitants du département (44 %) et pour ceux de la région (46 %).

En 2015-2016, 231 habitantes du territoire ont effectué une mammographie dans le cadre du **dépistage organisé** du cancer du sein, soit 27 % des femmes âgées de 50-74 ans. Ce taux est plus faible que celui observé dans le département (36 %) et en Occitanie (43 %).

Sur la même période, 90 femmes ont effectué un **dépistage individuel** du cancer du sein, soit 10,5 % des femmes de 50-74 ans, taux plus faible que celui de la région (13 %).

Ainsi, les deux types de dépistage du cancer du sein ont concerné 321 femmes, soit un taux de couverture de 37,5 % des habitantes du territoire, âgées de 50 à 74 ans. Ce taux est nettement plus faible que ceux observés pour l'ensemble des femmes du département (42 %) et de la région (56 %), taux qui restent encore loin de l'objectif de 80 % de femmes dépistées.

La prévention du cancer de l'utérus préconise un frottis tous les trois ans. En 2016, plus de 233 habitantes du CLS du Haut-Allier, âgées de 25 à 64 ans ont été dépistées, soit 19 % ; cette part est plus faible que celles observées sur la région (24 %) et le département (23 %).

Dans les communes du CLS du Haut-Allier, la part des jeunes de 5-19 ans qui ont bénéficié d'un **bilan bucco-dentaire** en 2016 (12 %), est proche de celle des enfants de la Lozère (12 %) et de la région (11 %).

Le suivi du diabète est évalué à travers trois dosages : le dosage de l'hémoglobine glyquée, celui de la microalbuminurie et celui de la créatininémie. Pour chacun des trois dosages, la part des habitants diabétiques suivis (respectivement, 50,0 %, 28,1 % et 87,4 %) est proche de celle observée dans le département et la région.

Un recours à l'IVG légèrement plus faible

En moyenne, 10 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont concerné des femmes du territoire âgées de 15-49 ans chaque année en 2014-2016 ; rapporté à la population des femmes du même âge, cela correspond à un taux de recours de 10 IVG pour 1 000 femmes, légèrement plus faible qu'au niveau départemental (13 ‰) et qu'au niveau régional (14 ‰).

Parmi ces IVG, 7 (soit 70 %) ont été réalisées par prise de médicament, pratique un peu plus fréquente que dans la région (58 %).

Chaque année en moyenne, 4 IVG ont concerné des femmes de 15-24 ans, soit un taux de 16 IVG pour 1 000 femmes de 15-24 ans. Ce taux de recours à l'IVG est inférieur à celui observé sur l'ensemble des jeunes femmes d'Occitanie (19 ‰).

Un plus faible taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein

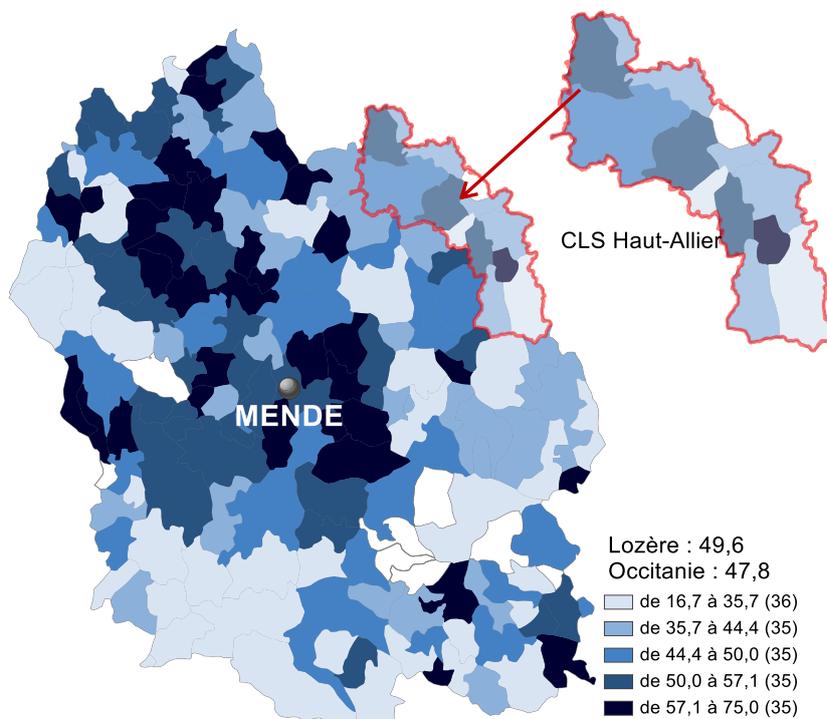
En 2015-2016, près de 950 habitantes du territoire, âgées de 50 à 74 ans, ont été invitées au dépistage organisé du cancer du sein. Parmi elles, plus de 400 ont participé à ce dépistage, soit un taux de 43,9 %. Ce taux de participation est nettement plus faible que ceux observés dans le département (49,6 %) et la région (47,8 %).

Selon les communes du CLS du Haut-Allier, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein varie de 29,4 % à 61,9 % ; ces fortes variations sont souvent liées au nombre limité de femmes concernées par le dépistage.

Sur ce territoire, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est inférieur au taux départemental (49,6 %) dans huit communes sur dix.

À Langogne, principale commune du CLS, le taux de participation est relativement peu élevé avec la participation de 42,4 % des femmes invitées âgées de 50-74 ans ; taux plus faible que le taux régional (47,8 %).

Taux de dépistage organisé du cancer du sein en 2015-2016 dans les communes de la Lozère



Sources : Centres de dépistage des départements d'Occitanie, Insee RP2013 - Exploitation CREAI-ORS Occitanie

OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS

Nombre de professionnels de premiers recours et part des professionnels âgés de 60 ans ou plus en 2016

INDICATEURS	HAUT ALLIER		LOZERE	OCCITANIE
	Effectif	% 60 ans +	% 60 ans +	% 60 ans +
Offre de soins de premier recours				
Médecin généraliste libéral ⁽¹⁾	6	33,3	36,2	32,6
Chirurgien- dentiste libéral ⁽¹⁾	3	33,3	29,4	19,6
Infirmier libéral ⁽²⁾	5	20,0	7,5	10,9
Masseur-kinésithérapeute libéral ⁽²⁾	8	12,5	19,0	10,0

(1) Professionnels en activité libérale et mixte

(2) Professionnels en activité libérale

Sources : RPPS, ADELI (hors remplaçants et en activité non médicale), données au 1er janvier 2016 - Exploitation CREA-ORS Occitanie

Évolution en % des densités de différents professionnels, entre 2012 et 2016

INDICATEURS	HAUT ALLIER	LOZERE	OCCITANIE	FRANCE METROP.
Médecins généralistes libéraux ⁽¹⁾	20,5	4,9	- 4,3	- 3,9
<i>dont âgés de 60 ans ou plus</i>	*	32,1	15,9	22,3
Dentistes libéraux ⁽¹⁾	0,4	0,4	2,5	0,2
Infirmiers libéraux ⁽²⁾	25,6	18,1	18,0	22,3
Masseurs-Kinésithérapeutes libéraux ⁽²⁾	-10,7	2,1	20,1	15,3

(1) Professionnels en activité libérale et mixte

(2) Professionnels en activité libérale

*Evolution non mesurable : aucun dentiste âgé de 60 ans ou plus en 2012

Sources : RPPS, ADELI (hors remplaçants et en activité non médicale), données au 1er janvier 2016 - Exploitation CREA-ORS Occitanie

Un médecin généraliste sur trois est âgé de 60 ans ou plus

En 2017, les communes du CLS du Haut-Allier compte 6 médecins généralistes libéraux, 3 chirurgiens-dentistes libéraux, 5 infirmiers libéraux et 8 masseurs-kinésithérapeutes.

Un tiers des médecins généralistes est âgé de 60 ans ou plus, comme dans le département et la région. Cette part est de 20 % parmi les infirmiers libéraux, soit un des cinq infirmiers libéraux du territoire ; le faible effectif des infirmiers rend difficile la comparaison de cette part avec celle observée dans le département et la région. Contrairement à ce qui est observé dans la majorité des territoires, dans le CLS du Haut-Allier, le nombre

d'infirmiers libéraux est inférieur à celui des kinésithérapeutes.

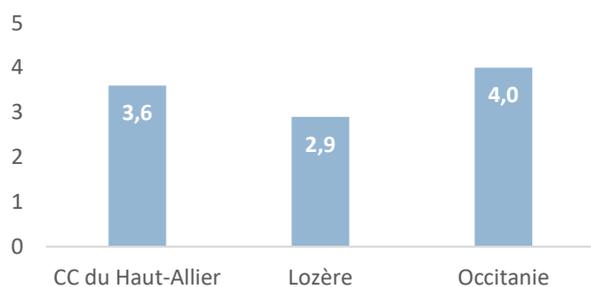
Avec l'arrivée d'un nouveau médecin entre 2012 et 2016, la densité des médecins généralistes a augmenté de 20,5 % dans le CLS du Haut-Allier alors qu'elle a baissé en Occitanie comme en France métropolitaine. L'évolution de la densité des médecins généralistes âgés de 60 ans ou plus n'est pas calculable car en 2012, aucun des cinq médecins généralistes n'était âgé de 60 ans ou plus.

Sur le territoire, on compte moins de masseurs kinésithérapeutes par habitant en 2016 qu'en 2012 (-10,7 %) alors que leur densité a fortement augmenté dans la région (+20 %) et en France métropolitaine (+15 %).

Une Accessibilité Potentielle Localisée plutôt faible

En 2017 et compte tenu de la structure par âge de la population, les habitants du territoire du CLS du Haut-Allier ont accès en moyenne à 3,6 consultations ou visites de médecins généralistes soit un peu plus qu'en moyenne départementale mais moins qu'au niveau régional.

Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée en 2017⁽¹⁾ (médecins généralistes libéraux et mixtes)



(1) Le calcul de ces données ne prend pas en compte la population des communes de Chambon-le-Château, Saint-Bonnet-Laval et Saint-Symphorien

Source : DCIR, Insee – Traitement ARS Occitanie

Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL)

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

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DE DÉPENDANCE

INDICATEURS	HAUT-ALLIER			LOZERE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*	Taux	Évol*
1- Enfants bénéficiaires de l'AEEH	29	2,5	↗	1,7	↗	1,9	↗	1,6	↗
2- Adultes allocataires de l'AAH	149	5,2	↘	5,4	↘	3,5	↗	2,7	↗
3- Personnes âgées à domicile bénéficiaires de l'APA	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd

* Évolution observée sur quatre ans.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

1– Nombre d'enfants bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et taux pour 100 enfants de moins de 20 ans (CNAF, CCMSA 2015) | 2– Nombre d'adultes allocataires de l'Allocation adulte handicapé (AAH) et taux pour 100 adultes de 20 à 59 ans (CNAF, CCMSA 2015) | 3– Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile et taux pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile (Conseils départementaux, 2016- Insee, RP2014).

Un taux d'enfants bénéficiaires de l'AEEH en augmentation

En 2015, 29 enfants du territoire bénéficient de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Rapporté à la population des moins de 20 ans, cela correspond à un taux de 2,5 % d'enfants bénéficiaires de l'AEEH, taux légèrement plus élevé que celui observé dans les territoires de comparaison (moins de 2 %).

Entre 2012 et 2015, ce taux a augmenté de 61 %, augmentation nettement plus importante que celles observées au niveau régional (+31 %) et national (+16 %).

Plus de 5 % des adultes de 20 à 59 ans perçoivent l'AAH

Près de 150 habitants du CLS du Haut-Allier, âgés de 20 à 59 ans, perçoivent l'Allocation adulte handicapé (AAH) en 2015. Cela correspond à un taux d'allocataires de 5,2 pour 100 adultes de même âge. Ce taux est près de deux fois supérieur à celui observé au niveau métropolitain (2,7 %). Il est en baisse sur le territoire comme dans le département (- 13 %) entre 2012 et 2015 alors qu'il a légèrement augmenté dans la région (+7 %) et en France métropolitaine (+3 %).

Des besoins d'accompagnement et de prise en charge particuliers

Les personnes en situation de handicap nécessitent une prise en compte particulière dans le développement des politiques de santé. En effet, dans un certain nombre de cas, leur situation de handicap résulte d'une pathologie pouvant nécessiter un accompagnement de santé spécifique. Au-delà des soins spécifiques qui peuvent être nécessaires, ces pathologies peuvent les rendre plus vulnérables au développement d'autres pathologies et nécessitent alors des actions de prévention adaptées.

179 places en EHPAD sur le territoire

En 2017, le territoire dispose de 4 Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) offrant 179 places ; rapportées à la population des personnes âgées, cela correspond à un taux d'équipement de 226,7 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, plus important que le taux d'équipement de la Lozère (169,4 places pour 1 000) et nettement plus élevé que le taux régional (95 places pour 1 000).

Un Service de soins infirmiers à domicile

En 2017, un Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) répond aux besoins de la population âgée du territoire. Il dispose de 42 places. Rapportées à la population des personnes âgées de 75 ans et plus, cela correspond à un taux d'équipement de 53,2 places pour 1 000 habitants de cet âge. Ce taux d'équipement est plus élevé que celui observé en Lozère (32 ‰) et plus élevé que celui de la région (20 ‰).

SYNTHÈSE

L'analyse de l'ensemble des indicateurs présentés dans le « Profil santé du Haut-Allier » permet de dégager plusieurs caractéristiques témoignant des besoins et des conditions de santé des habitants du territoire. Toutefois, certains résultats sont à prendre avec précaution étant donnée la taille de la population de ce territoire qui ne dépasse pas 6 000 habitants.

Des réalités socio-économiques peu favorables et des risques pour la santé

Entre 2009 et 2014, la population du territoire du CLS du Haut-Allier présente une légère décroissance démographique due en partie à un nombre de décès trois fois plus important que celui des naissances. Elle se caractérise également par un fort vieillissement. Les situations de difficultés sociales pouvant avoir une influence sur l'état de santé des habitants y sont relativement importantes : c'est notamment le cas du faible niveau d'études plus fréquent pour les habitants, de la surreprésentation des catégories sociales les moins favorisées, du faible niveau de revenu ainsi que de l'importante part des emplois précaires. La population des bénéficiaires de la CMUc se concentre principalement dans les communes de Langogne et de Chambon-le-Château.

Les populations comme les personnes âgées vivant seules à domicile ou les familles monoparentales, relativement moins nombreuses dans la population, témoignent toutefois de situations de fragilité sociale ou de situations à risque d'isolement.

Des inégalités environnementales sont présentes sur le territoire concernant la non-conformité bactériologique de l'eau potable qui touche plus particulièrement certaines communes du CLS du Haut-Allier.

Une situation sanitaire plutôt défavorable comparée à celle de la métropole et de la région

Une surmortalité générale est observée sur le territoire ainsi qu'une surmortalité par maladies cardiovasculaires ; les niveaux de ces mortalités restent stables dans le temps, contrairement aux mortalités régionales et nationales dont les niveaux ont baissé en cinq ans. On note également une surmortalité significative par pathologies pour lesquelles le tabac est un facteur de risque.

L'importance relative des malades souffrant d'affections psychiatriques de longue durée (ALD)

À structure d'âge comparable, l'incidence des admissions en ALD pour motifs psychiatriques dans le territoire est significativement supérieure à l'incidence nationale, comme c'est aussi le cas dans le département et la région. Ce constat mérite d'être approfondi et mieux documenté afin d'apprécier les modalités de prise en charge et d'accompagnement de ces populations mais aussi leur accessibilité aux soins et aux différents services.

De faibles recours à la prévention et au dépistage

Plusieurs indicateurs témoignent encore de l'éloignement pour certaines populations des pratiques de prévention. C'est le cas notamment des personnes âgées qui ont trop peu recours à la vaccination antigrippale et des femmes qui, dans leur ensemble, participent peu au dépistage organisé du cancer du sein ou à celui du col de l'utérus. Ces populations doivent pouvoir être mieux identifiées et accompagnées.

Relativement plus de personnes en situation de handicap

En 2015, 2,5 % des enfants de moins de 20 ans et 5,2 % des adultes bénéficient d'allocations d'aide aux personnes en situation de handicap : ces parts sont légèrement plus élevées que celles observées dans la région et en métropole.

Des indicateurs d'offre de soins peu satisfaisants

Le nombre de professionnels de santé de premier recours est limité et ce malgré l'augmentation des densités observées ces quatre dernières années concernant les médecins généralistes et les infirmiers.

Le Profil Santé a été réalisé à partir des principales données quantitatives disponibles. L'interprétation et la compréhension de ces observations doivent être réalisées et partagées par l'ensemble des acteurs, professionnels et partenaires.

ANNEXE

Profil des communes du CLS du Haut-Allier

Commune	Popula- tion tous âges	< 15 ans		15-74 ans		75 ans ou plus		Bénéficiaires de la CMUC	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	% pop tous âges
48 010 Auroux	403	31	7,6	288	71,4	85	21,0	7	1,7
48 038 Chambon-le-Château	286	60	21,0	194	67,8	32	11,2	107	37,4
48 041 Chastanier	84	13	15,6	60	71,4	11	13,0	5	6,0
48 048 Cheylard-l'Évêque	64	8	12,9	43	67,7	12	19,4	< 5	ss
48 070 Grandrieu***	750	99	13,2	535	71,4	116	15,5	15	2,0
48 080 Langogne	2 903	409	14,1	2 045	70,4	450	15,5	145	5,0
48 086 Luc	227	30	13,0	141	62,0	57	24,9	14	6,2
48 105 Naussac-Fontanes*	349	67	19,2	258	73,9	24	6,9	< 5	ss
48 129 Rocles	235	43	18,3	170	72,2	22	9,6	<5	ss
48 139 Saint Bonnet-de-Laval**	268	11	4,1	227	84,7	29	10,8	< 5	ss
48 150 Saint-Flour-de-Mercoire	191	54	28,1	124	65,1	13	6,8	11	5,8
48 184 Saint-Symphorien	233	29	12,4	174	74,7	30	12,9	10	4,3
CLS du Haut-Allier	5 993	853	14,2	4 259	71,1	881	14,7	325	5,4

* Fusion des communes de Naussac et de Fontanes le 01/01/2016

** Fusion des communes de Laval-Atger et de Saint-Bonnet-de-Montauroux le 01/01/2017

*** commune qui appartiendra au CLS du Haut-Allier au 1er janvier 2019

ss : secret statistique (nombre de bénéficiaires compris entre 1 et 4)

Sources : Insee RP 2014, Régime général (hors SLM), RSI, MSA - Exploitation CREAI-ORS Occitanie