



DIAGNOSTIC PARTAGE

Réalisé dans le cadre du Projet Territorial de Santé Mentale de L'ALLIER

SYNTHESE DE LA CONCERTATION TERRITORIALE

Document finalisé le 7 novembre 2019

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Introduction..... | 4 |
| Diagnostic quantitatif : portrait statistique du département de l'Allier (03)..... | 10 |
| I. Méthodologie appliquée à l'élaboration d'un portrait statistique de l'Allier (03)..... | 10 |
| A. Démarche PTSM et diagnostic quantitatif | 10 |
| B. Définir l'échelle d'analyse pertinente : | 11 |
| C. Présentation de la structure du diagnostic quantitatif | 15 |
| II. Le département de l'Allier au sein du territoire national et régional | 17 |
| A. Un département situé aux confins de la région Auvergne-Rhône-Alpes..... | 17 |
| B. Un espace rural de « Centre France » | 19 |
| A. L'Allier : bassins de vie..... | 23 |
| III. Esquisse d'un portrait sociologique des populations résidant l'Allier | 27 |
| A. Les caractéristiques démographiques..... | 28 |
| B. Les caractéristiques socioéconomiques | 30 |
| C. Des disparités entre zones urbaines et rurales | 36 |
| IV. Problématiques sanitaires et densité médicale | 37 |
| A. Démographie médicale | 37 |
| B. Les problématiques sanitaires repérées par population..... | 43 |
| C. Des réseaux dynamiques autour des questions de santé mentale..... | 46 |
| Diagnostic qualitatif issu de la concertation territoriale..... | 48 |
| Axes 1 et 2 : Les conditions de repérage précoce, de diagnostic et d'accès aux soins pour permettre des parcours de santé et de vie sans rupture..... | 48 |
| ➤ Coordination des acteurs de la santé mentale du parcours du patient et formalisation de partenariats : | 49 |
| ➤ Offre de soins et professionnels du territoire : | 51 |
| ➤ Accès aux soins et accessibilité des structures : | 52 |
| ➤ Favoriser la continuité des parcours entre les différents âges de la vie : organisation des relais | 54 |
| Axes 3 et 4 : Les conditions de prévention, d'accès aux soins somatiques et de prise en charge des situations de crise des personnes présentant des troubles psychiques | 56 |
| ➤ L'accès aux soins somatiques et la continuité des parcours : | 56 |
| ➤ La prévention des situations d'urgence psychiatrique et l'organisation de la prise en soins..... | 58 |
| ➤ L'organisation de la permanence des soins | 59 |
| Axe 5 : Renforcer le respect des droits et le pouvoir de décider, lutter contre la stigmatisation. 61 | 61 |
| ➤ L'accès aux droits | 61 |
| ➤ Education pour la santé..... | 63 |

| | |
|---|-----------|
| ➤ Lutte contre la stigmatisation | 64 |
| Axes transversaux : La prévention du risque suicidaire et des conduites addictives comme transversale..... | 66 |
| ➤ Une dynamique de réseau professionnel, bénévole et usager :..... | 66 |
| ➤ La formation déployée à l'échelle du territoire | 67 |
| ➤ Approches populationnelles et par milieux de vie..... | 68 |
| Conclusion..... | 69 |
| Glossaire..... | 12 |
| Bibliographie, documents supports à l'élaboration du diagnostic | 14 |

Introduction

La commission spécialisée en santé mentale du CTS s'est réunie à plusieurs reprises au deuxième semestre 2018 afin de déterminer le cadre stratégique concernant l'organisation du diagnostic partagé.

Une lettre de mission a ainsi été rédigée par le président de la CSSM à l'attention des co-pilotes des groupes de travail présentée ci-dessous.



YZEURE, le 05 Décembre 2018

Le Président de la Commission Spécialisée en
santé mentale de l'Allier

A Madame Nicole TABUTIN
Monsieur le Docteur Hubert RENAUD
Groupe «Enfants et Familles»

Monsieur Cédric KEMPF
Madame le docteur Laure ROUGE
Groupe «Adultes»

Monsieur Christophe TEYSSANDIER
Madame Lydie ROUGERON
Groupe "Personnes Agées"

Monsieur Thierry CHOSSON

Mesdames, Messieurs,

Dans le cadre de l'élaboration du Projet Territorial de Santé prévu par le décret 2017-1200 du 27 juillet 2017, vous avez accepté de piloter le groupe de travail en charge de la réflexion portant sur « les enjeux de l'enfance et de l'accompagnement de la parentalité (Enfants et Familles) », « les adultes », « les personnes âgées », et je vous en remercie.

Dans ce cadre, et selon la méthodologie arrêtée par la Commission Spécialisée en Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé, vous serez amenés à piloter plusieurs réunions du groupe de travail abordant les 6 priorités définies dans le décret, les deux axes transversaux identifiés par la commission et les éléments diagnostics suivants :

| Axes | | Eléments diagnostics |
|---|--|---|
| 1. L'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, | Axe transversal 1 : prévention du risque suicidaire Axe transversal 2 : prévenir les addictions | •1° L'accès de la population au diagnostic et aux soins psychiatriques ; |
| | | •2° L'accueil et l'accompagnement par des établissements et services sociaux et médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique ; |
| •3° Les situations de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes ; | | |
| •4° La continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements, prenant en compte les réponses à apporter lors du passage à l'âge adulte et celles liées au vieillissement ; | | |
| •5° Les délais d'attente et les problèmes d'accessibilité géographique ou financière aux solutions adaptées, notamment de logement et d'hébergement ; | | |
| •7° L'accès aux soins somatiques et le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques ; | | |
| •8° La prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique ainsi que l'organisation de la réponse à ces situations ; | | |
| •9° L'organisation de la permanence des soins ; | | |
| •6° L'accès aux droits ; | | |
| 5. L'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles. | | •10° L'éducation à la santé et les actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique. |

Les thématiques à traiter étant par nature très diverses, elles sont susceptibles de mobiliser des acteurs de terrain différents. Vous avez donc toute latitude pour définir, pour chaque réunion, les intervenants que vous souhaitez mobiliser au titre du diagnostic ou de la réunion.

L'objectif principal des groupes est d'identifier des actions concrètes permettant d'améliorer rapidement les conditions de vie et/ou de prise en charge des publics ciblés. Elles peuvent aussi mettre en avant des actions à conforter.

Le rendu final des propositions de votre groupe de travail est attendu pour décembre 2019, sous condition qu'une dérogation soit acceptée par l'ARS dans la mesure où nous avons acté en COPIL que le diagnostic se ferait en parallèle du PTSM. En effet, la méthodologie régionale prévoit que le diagnostic soit transmis en septembre 2019. Je vous rappelle que la date de transmission au Directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes est fixée à juin 2020 pour signature le 27 juillet 2020.

Des rencontres intermédiaires avec les pilotes permettront, si nécessaire, d'apporter de l'aide à ceux qui le désirent en répondant à leurs questions sur l'avancement de leur diagnostic.

En vous remerciant à nouveau de votre implication, je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Président de la Commission spécialisée
en santé mentale

Cyril GUAY



Contexte et méthodologie :

La commission spécialisée en santé mentale s'est dotée d'un comité de pilotage composé de membres de la CSSM et de la Délégation Départementale de l'ARS. Ce comité a eu pour mission de suivre l'évolution du diagnostic et de réguler collectivement les questions d'organisation.

En premier lieu le comité de pilotage a souhaité élaborer une vision partagée de la santé mentale afin de porter un enjeu commun au travers du diagnostic. Pour ce faire, le comité de pilotage s'est appuyé sur les travaux de l'OMS présentés ci-dessous : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

Principaux faits

- La santé mentale est plus que l'absence de troubles mentaux.
- La santé mentale fait partie intégrante de la santé. En effet, il n'y a pas de santé sans santé mentale.
- La santé mentale est déterminée par une série de facteurs socioéconomiques, biologiques et environnementaux.
- Il existe des stratégies et des interventions intersectorielles d'un bon rapport coût/efficacité pour promouvoir, protéger et recouvrer la santé mentale.

La santé mentale est une composante essentielle de la santé. La Constitution de l'OMS définit la santé comme suit : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition a pour important corollaire que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux.

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

La santé et le bien-être mentaux sont indispensables pour que l'être humain puisse, au niveau individuel et collectif, penser, ressentir, échanger avec les autres, gagner sa vie et profiter de l'existence. C'est pourquoi, la promotion, la protection et le rétablissement de la santé mentale sont des préoccupations centrales pour les personnes, les collectivités et les sociétés partout dans le monde.

Les déterminants de la santé mentale

Des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques multiples déterminent le degré de santé mentale d'une personne à un moment donné. Ainsi, des pressions socio-économiques

persistantes sont des facteurs de risque reconnus pour la santé mentale des individus et des communautés. Les données factuelles qui l'attestent le mieux sont les indicateurs de pauvreté, notamment les faibles niveaux d'instruction. Les problèmes de santé mentale sont également associés aux éléments suivants : changement social rapide ; conditions de travail éprouvantes ; discrimination à l'égard des femmes ; exclusion sociale ; mode de vie malsain ; risques de violence ou de mauvaise santé physique ; et violations des droits de l'homme.

Par ailleurs, certains profils psychologiques et certains traits de personnalité prédisposent aux troubles mentaux. Enfin, les troubles mentaux peuvent être dus à des causes biologiques, notamment à des facteurs génétiques qui contribuent à des déséquilibres chimiques du cerveau.

Promotion et protection de la santé mentale

La promotion de la santé mentale passe par des actions tendant à créer des conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et permettent d'adopter et de conserver un mode de vie sain. Il existe ainsi un large éventail de mesures visant à augmenter la probabilité de voir plus de gens jouir d'une bonne santé mentale.

Un environnement garantissant le respect et la protection des droits civils, politiques, socioéconomiques et culturels fondamentaux est indispensable pour promouvoir la santé mentale. Sans la sécurité et la liberté apportées par ces droits, il est très difficile de conserver une bonne santé mentale.

Les politiques nationales de santé mentale ne doivent pas limiter leur champ d'action aux troubles mentaux. Il faut aussi qu'elles reconnaissent et prennent en compte les facteurs plus généraux qui favorisent la santé mentale. Il s'agit notamment d'intégrer la promotion de la santé mentale dans les politiques et programmes des secteurs publics et non gouvernemental. Outre le secteur de la santé, il convient d'associer aussi les secteurs suivants : éducation, emploi, justice, transports, environnement, logement et protection sociale.

Cette référence à la santé mentale définie par l'OMS a donc permis au comité de pilotage d'organiser le diagnostic par une approche populationnelle. Ainsi, trois groupes ont été constitués et co-pilotés par des membres de la CSSM : un groupe « enfants-familles », un groupe « adultes » et un groupe « personnes âgées ». Chaque groupe s'est organisé pour déterminer les acteurs à solliciter, se réunir et réaliser des synthèses présentées lors des réunions du comité de pilotage.

Les co-pilotes ont constitué leur groupe en sollicitant, en référence aux déterminants de la santé mentale, des acteurs de secteurs et de missions divers qui ont chacun une expertise et une vision spécifique de la santé mentale.

Ceci s'est traduit par une diversité des acteurs présents dans les groupes qui ne se sont pas résumés à la participation des professionnels et établissements du soin et de la psychiatrie

en particulier. Le tissu associatif, le secteur du médico-social, les collectivités, les organismes publics comme Pôle Emploi, la santé au travail, la Mutualité Sociale Agricole, sont quelques exemples qui illustrent cette diversité.

Chaque groupe s'est appuyé sur la feuille de route signée du président de la CSSM et plus précisément sur les axes du diagnostic en référence au décret de 2017 ainsi que sur les deux axes transversaux complémentaires : la prévention du risque suicidaire et la prévention des addictions.

La méthode utilisée a consisté à laisser les acteurs sollicités compléter, lors des rencontres des trois groupes et par l'intermédiaire d'un questionnaire largement diffusé, une grille composée de trois parties en fonction des axes du diagnostic :

- les freins : ce que les acteurs ont repéré de manière récurrente, itératif ou régulier et qui les empêchent et/ou leur complexifient la tâche, mais aussi pour les publics accompagnés ;
- les leviers/ressources : ce que les acteurs indiquent comme des pratiques, des outils, des méthodes ou des manières de s'organiser déjà présentes sur le territoire et qui facilitent la mise en œuvre des axes du diagnostic. Autrement dit, valoriser et développer l'existant ;
- les hypothèses de recommandations : au regard des freins et des leviers repérés, qu'est-ce que les acteurs envisagent collectivement comme actions qui viendraient solutionner ou améliorer les axes.

Les rencontres des trois groupes se sont déroulées entre janvier et septembre 2019. Le questionnaire à quant à lui était envoyé entre juillet et septembre 2019 aux professionnels et établissements n'ayant pas eu la possibilité de participer aux travaux des groupes.

Objectifs stratégiques, feuille de route nationale

- Réduire sur les inégalités infra-départementales en assurant un accès aux dispositifs sur chaque bassin intermédiaire de santé de l'Allier (03)
- Améliorer le repérage et l'évaluation des troubles psychiques (diagnostic).
- Améliorer l'accès aux soins spécialisés en santé mentale pour les personnes concernées (prises en soin précoces).

Diagnostic quantitatif : portrait statistique du département de l'Allier

Le diagnostic quantitatif permet de brosser un portrait statistique du département de l'Allier à partir de l'analyse des données statistiques disponibles à l'échelle de ce territoire administratif. Dans un premier temps, il s'agira de caractériser l'Allier au regard des tendances propres à la région Auvergne-Rhône-Alpes et, plus largement, au territoire national. Un portrait démographique et socio-économique des populations présentes, l'organisation de l'offre de soin, sociale et médico-sociale.

I. Méthodologie appliquée à l'élaboration d'un portrait statistique de l'Allier

Démarche PTSM et diagnostic quantitatif

La **démocratie sanitaire** est une démarche associant l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. Au niveau local, ce sont les agences régionales qui animent la démocratie sanitaire sur le territoire. La feuille de route « Psychiatrie et Santé Mentale » constitue le cadre d'orientation stratégique de la démarche engagée dans le cadre du Projet Territorial en Santé Mentale (PTSM). Celle-ci repose sur une triple expertise : une « expertise expérientielle » (celle des personnes concernées), une « expertise domestique » (celle de l'entourage, des proches, des aidants familiaux) et une « expertise clinique et méthodologique » (celle des professionnels et des chercheurs). L'enjeu du PTSM est d'engager conjointement un travail « d'évaluation des besoins et des ressources mobilisables sur un territoire » et un travail « de négociation entre les différents acteurs ». L'élaboration de diagnostics, quantitatif et qualitatif, permet de mobiliser des données de l'observation tout en faisant appel à une triple expertise, dans le but d' « identifier les besoins sanitaires, médicosociaux et sociaux de la population concernée », ainsi que les « ressources disponibles » au sein du territoire de santé (les limites du « TDS » correspondent au périmètre du territoire départemental). L'objectif est donc de mettre en lumière, pour un territoire donné, les insuffisances de l'offre (de prévention et de services sanitaires, sociaux et médicosociaux), les problèmes de coordination entre professionnels (pluridisciplinaire, intersectorielle), les difficultés d'accès et d'accessibilité aux soins et accompagnements pour les publics concernés. L'approche par les parcours de vie est privilégiée afin de soutenir la continuité des parcours de soin pour les personnes concernées. La finalité de la démarche PTSM est d'« améliorer les services rendus par une

meilleure coordination des ressources » (qui, par définition, ont un caractère limité et/ou rare, et dont l'épuisement et/ou la disparition est possible).

La concertation territoriale doit faire émerger des « leviers d'action » permettant de faire « évoluer les pratiques » en visant une « transformation concrète des organisations ». A terme, la démarche PTSM pourra engager une « modification des périmètres d'intervention », à « une refonte des autorisations », à « des coopérations, des mutualisations, la création de services communs ». L'objectif est de « concevoir un maillage des ressources disponibles sur le territoire de façon à multiplier les opportunités pour la personne en situation de vulnérabilité de se saisir d'un soutien proposé ». C'est « coconstruire des politiques sanitaires et médico-sociales, c'est « penser l'organisation et le fonctionnement du dispositif de manière globale ». L'ensemble de ces informations sont disponibles sur le site du CNSA.

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Préambule de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1946). Au niveau international, cinq grands types de facteurs ont été identifiés pour leur influence sur la santé : l'hérédité et la biologie (patrimoine génétique, susceptibilité propre à chaque patient face à une affection donnée), l'environnement (pollutions, contaminations alimentaires, agressions sonores, etc.), le contexte socio-économique (pauvreté, faible niveau scolaire, position dans la hiérarchie sociale, etc.), les modes de vie et les comportements individuels (choix de vie individuels liés aux conditions socioéconomiques, éducation etc.), le système de santé (niveau de remboursement des prestations, étendue de la couverture sociale, organisation effective des structures sanitaires, qualité des soins dispensés, etc.). Au vu des attendus, les champs du sanitaire (hospitalier, médecine de ville, professions médicales et paramédicales), du médico-social, du social et du socio-éducatif sont concernés par la démarche PTSM et participent à ce titre à l'élaboration du diagnostic. A partir des données quantitatives disponibles et des documents d'analyse produits par les acteurs locaux, un portrait du département de l'Allier a pu être élaboré. Les sources mobilisées sont reportées au sein de la bibliographie et consultables, pour certaines, en annexes.

Définir l'échelle d'analyse pertinente :

Dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016, des territoires de démocratie sanitaire ont été définis, ils sont des « éléments de planification et d'organisation de l'offre de soin et de services » (ARS et CD). Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, ils correspondent aux limites des départements. L'échelle départementale est l'espace de développement des stratégies d'intégration qui reposent sur quatre principes fondamentaux : le principe de subsidiarité (soutenir l'accès aux dispositifs de droit commun en renforçant la capacité d'action des acteurs de proximité), la facilitation

des processus (fluidité des informations, partage de l'expertise professionnelle, co-construction des interventions, valorisation réciproque des savoir-faire, co-intervention auprès des personnes), la coresponsabilité populationnelle (réponses concertées, coresponsabilité de la situation, engagement en complémentarité, l'intervention respective de chaque acteur est à la fois indispensable et non suffisante) et la transversalité de l'offre. L'échelle infra-départementale renvoie à l' « espace local d'intervention et d'innovation » (proximité).

Territoires de démocratie sanitaire (27/10/2016)

« La délimitation des territoires de démocratie sanitaire permettra, dans chaque territoire :

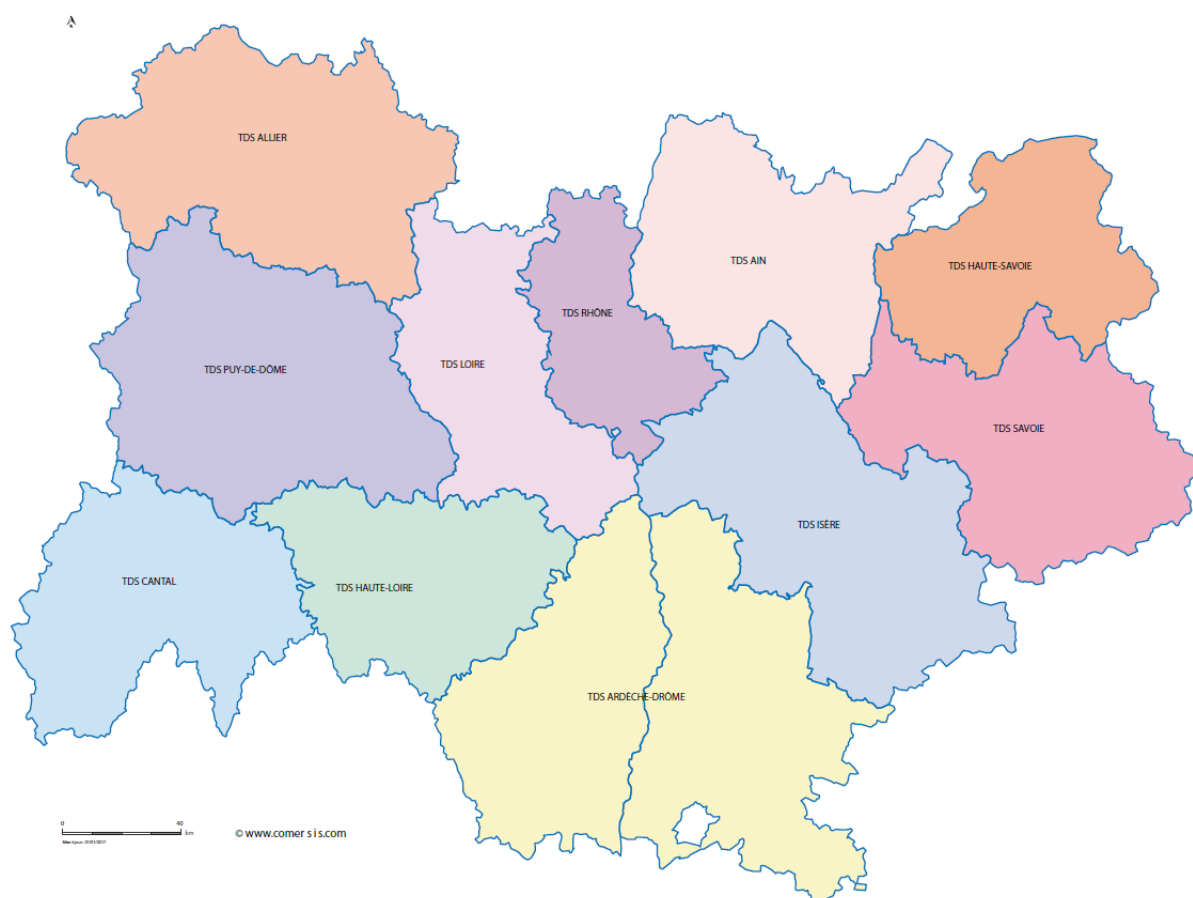
- de mettre en cohérence les projets de l'Agence régionale de santé, des professionnels et des collectivités territoriales ;
- de prendre en compte l'expression des acteurs du système de santé et notamment celle des personnes concernées.

Ces territoires ont vocation à favoriser :

- la coordination de la politique de santé territorialisée avec les autres politiques publiques ;
- un débat public autour d'un diagnostic partagé (consultation de tous les acteurs locaux concernés par les problématiques de santé) ;
- la cohérence des actions menées par les professionnels de santé et les autres acteurs institutionnels. »¹

¹ <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-territoires-de-democratie-sanitaire> [Consulté le 29/10/2019]

Territoires de démocratie sanitaire en Région Auvergne-Rhône-Alpes² :



« Les faits géographiques doivent être étudiés à l'échelle adaptée, en fonction de leurs caractères et des thématiques abordées. Ils pourront parfois être appréhendés à divers niveaux d'échelle (de manière dite multiscale) qui apparaîtront donc emboîtés les uns dans les autres. De tels changements d'échelle, par leurs effets de « zoom » avant ou arrière, peuvent révéler des réalités différentes en modifiant perceptions et représentations. »³

Dans le cadre de la démarche PTSM, il apparaît nécessaire d'explorer différentes échelles d'analyse pour élaborer un portrait du « territoire de démocratie sanitaire » (correspondant au département de l'Allier - 03) à partir de données quantitatives. Les données produites à l'échelle des EPCI – Etablissements Publics de Coopération Interdépartementale (Communauté d'agglomérations, Communauté de communes, communauté urbaine,

² <https://comersis.com/Territoires-de-sante-et-democratie-sanitaire-actualite-11.html#auvergne> [Consulté le 29/10/2019]

³ <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/echelle> [consulté le 28/10/2019].

métropoles) sont particulièrement intéressantes dans le cadre de ce travail de diagnostic. Les territoires couverts par les EPCI sont souvent similaires à ceux des « bassins de vie ». Les « bassins de vie » étant définis par l'INSEE comme « le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants »⁴. La démarche, engagée dans le cadre du PTSM, propose de traiter de la thématique de la « Santé Mentale » par une approche « territorialisée », c'est-à-dire dans une logique de correspondance entre le déploiement d'une stratégie politique (une politique publique de santé) et sa mise en œuvre à l'échelle d'un territoire délimité administrativement (le territoire de santé, et dans ce cas celui du département de l'Allier). L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Or, le concept de « bien-être » peut être rapproché de celui de « qualité de vie ». La « qualité de vie » est habituellement interrogée à l'échelle des « bassins de vie », dans la mesure où elle va permettre d'interroger cette notion, sous ses différentes dimensions « développement humain, conditions socio-économiques, cadre de vie », au même titre que l'on interrogerait les déterminants de la santé. La « santé mentale » vise un large éventail d'activités qui relèvent, directement ou indirectement, du « bien-être ». Sont concernés, les activités de promotion du bien-être, de prévention des troubles mentaux, de traitement et de réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.

Des indicateurs de la qualité de vie dans les territoires

La qualité de vie des individus recouvre de multiples dimensions ayant trait au développement humain (santé, éducation, vie sociale), aux conditions socio-économiques (qualité de l'emploi, niveau de revenus) et au cadre de vie (environnement, accès aux services). D'autres facteurs peuvent nuire à la qualité de vie même s'ils ne concernent directement que certaines catégories de population : inégalité entre les femmes et les hommes, difficultés d'insertion professionnelle pour les jeunes, solitude des personnes âgées.

Dans cette étude, la qualité de vie est abordée à travers 27 indicateurs recouvrant les dimensions suivantes : accessibilité aux équipements, culture-sports-loisirs-vie

associative, éducation, égalité femmes-hommes, emploi-travail, environnement, équilibre travail-vie privée, logement, relations sociales, revenus, santé, transports, vie citoyenne. Le choix des indicateurs a été effectué au regard de deux critères : pertinence pour éclairer la qualité de vie dans la dimension retenue et disponibilité des données statistiques à un niveau géographique fin. La liste complète des indicateurs est disponible sur le site insee.fr (*bibliographie*). Les travaux présentés ici ont un caractère exploratoire ; ils pourront trouver des prolongements, en intégrant des indicateurs complémentaires et en associant les acteurs régionaux et locaux à l'analyse.

⁴ <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2060> [Consulté le 29/10/2019].

1 Moyennes des principaux indicateurs caractérisant les types de territoires de vie

| | Territoires de vie très urbanisés, plutôt favorisés mais avec des difficultés sociales et des emplois souvent éloignés | Territoires de vie plutôt favorisés, à l'accès aux équipements rapide mais avec des difficultés socio-économiques | Territoires de vie denses et riches, présentant d'importantes disparités femmes / hommes | Territoires de vie plutôt aisés, éloignés de l'emploi, situés surtout dans le périurbain | Territoires de vie plutôt denses, en situation peu favorable | Territoires de vie de bourgs et petites villes en situation intermédiaire | Territoires de vie isolés, peu urbanisés, hors de l'influence des grands pôles | Territoires de vie autour de villes moyennes, offrant des emplois et des conditions de vie plutôt favorables | Moyenne des territoires de vie de métropole |
|--|--|---|--|--|--|---|--|--|---|
| Part de la population ayant accès en moyenne aux 12 équipements de la gamme intermédiaire en 15 minutes ou moins (en %) | 99,7 | 96,9 | 99,4 | 96,2 | 94,5 | 85,2 | 67,3 | 93,3 | 90,8 |
| Part des 20 ans ou plus ayant au moins le baccalauréat (taux standardisé selon l'âge en %) | 46,9 | 45,9 | 70,2 | 52,7 | 34,4 | 35,8 | 37,9 | 39,3 | 41,3 |
| Part des chômeurs de longue durée (plus d'un an) dans la population active de 15-64 ans (en %) | 5,1 | 5,2 | 2,8 | 3,0 | 6,9 | 4,0 | 4,2 | 3,6 | 4,4 |
| Part des espaces artificialisés dans le territoire (en %) | 74,9 | 36,2 | 51,9 | 21,7 | 17,5 | 5,0 | 1,5 | 8,9 | 19,2 |
| Part des actifs occupés résidant à 30 minutes ou moins de leur lieu de travail (en %) | 48,1 | 85,7 | 55,2 | 69,3 | 78,7 | 68,5 | 78,3 | 82,2 | 74,6 |
| Part de la population vivant dans un logement en situation de suroccupation (résidences principales occupées par 2 personnes ou plus) (en %) | 21,7 | 7,6 | 8,0 | 4,5 | 6,3 | 3,9 | 4,0 | 3,0 | 6,0 |
| Indice de revenu net imposable moyen annuel par foyer fiscal (base 100 métropole) | 107,2 | 95,4 | 211,6 | 130,6 | 82,8 | 92,0 | 79,4 | 93,8 | 98,1 |
| Indice comparatif de mortalité globale (base 100 France) | 92,5 | 96,6 | 80,6 | 90,5 | 115,1 | 107,9 | 105,0 | 100,1 | 101,7 |

Lecture : une valeur dans une case verte indique un positionnement favorable à la qualité de vie, et inversement pour une case de couleur saumon.

Champ : 2 677 territoires de vie de France métropolitaine.

Sources : voir méthodologie détaillée sur insee.fr

Un grand nombre de données sont produites à des échelles diverses, toutefois, quand elles sont accessibles, elles sont rarement exploitées dans le cadre d'analyses statistiques (données brutes). En revanche, l'INSEE produit des documents d'analyse à des échelles infra-départementales en mobilisant des données recueillies à l'IRIS ou à la commune. Il est ainsi possible d'avoir accès à des analyses en termes de « bassin de vie », ce qui peut être intéressant lorsque l'on souhaite appréhender la « qualité de vie » des habitants dans un espace délimité.

Présentation de la structure du diagnostic quantitatif

Dans une première partie, il s'agira de situer géographiquement le département au sein du territoire national et régional. Le département de l'Allier est intégré à la région Auvergne-Rhône-Alpes, nouvellement constituée, à la suite de la fusion des régions en 2015. Le département situé en bordure de région, ses frontières administratives sont communes avec plusieurs départements, eux-mêmes intégrés à des régions différentes. Le département de l'Allier fait partie des départements de « Centre France ».

La deuxième partie du diagnostic quantitatif s'attachera à décrire les caractéristiques démographiques propres au département de l'Allier (a), à décrire les conditions socio-économiques des populations qui y résident (b) et à présenter brièvement les problématiques sanitaires et sociales repérées (c). Les données disponibles pour le département de l'Allier seront, autant que faire se peut, mises en perspectives de celles disponibles pour le territoire régional ou national.

La troisième partie de ce diagnostic propose d'explorer les données quantitatives disponibles à d'autres échelles d'analyse afin de mettre en lumière les disparités infra-départementales observables dans le département de l'Allier. Les données produites à l'échelle des EPCI (Etablissement Public de Coopération Interdépartementale) et des secteurs psychiatriques seront présentées afin de compléter ce portrait.

II. Le département de l'Allier au sein du territoire national et régional

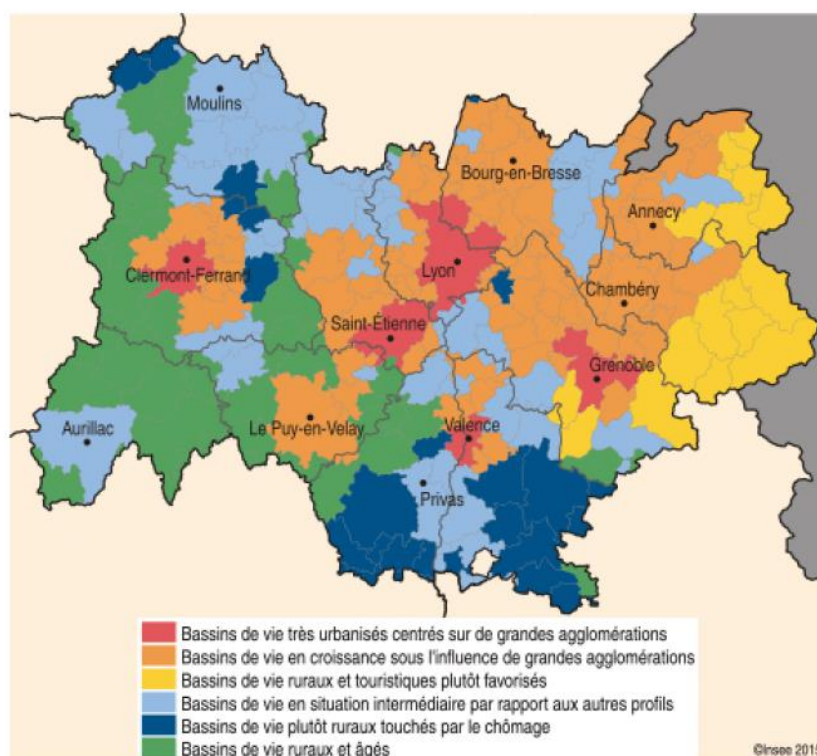
A. Un département situé aux confins de la région Auvergne-Rhône-Alpes

A la suite de la réforme territoriale de 2015, l'ex-région Auvergne, dont le département de l'Allier fait partie, fusionne avec la nouvelle région Auvergne-Rhône-Alpes.



« La région Auvergne Rhône-Alpes regroupe des territoires largement différenciés. À l'ouest, la majorité des bassins de vie perd des habitants, à l'est et au centre ils en gagnent. Seule exception côté auvergnat : l'essor démographique de deux zones marquées par l'étalement urbain, sous l'influence de Clermont-Ferrand dans le Puy-de-Dôme, et de Saint-Étienne en Haute-Loire. Au-delà de cette simple partition démographique, six profils de bassins de vie se dessinent. Les bassins de vie des grandes agglomérations polarisent de vastes territoires urbanisés, jeunes et dynamiques, dont la croissance démographique est soutenue depuis plusieurs décennies. À l'inverse, le sud de l'Ardèche et de la Drôme, ainsi qu'une partie de l'Allier sont confrontés à une plus forte précarité sociale. Cette fragilité est également présente, quoique moins élevée, dans des bassins de vie plus industriels centrés sur des villes moyennes. Enfin, la nouvelle région abrite deux types de ruralité : aux territoires âgés et en déclin démographique du Massif central s'opposent les territoires plus favorisés de Savoie et de Haute-Savoie, portés par un tourisme saisonnier structurant »⁵.

⁵ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1304116#documentation> [consulté le 31/10/2019]



Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1304116>

L'étude publiée, en 2018, sous le titre : « Centre France : des difficultés et des atouts propres aux territoires essentiellement ruraux » présente le département de l'Allier comme faisant partie d'un espace géographique « [situé] aux confins des nouvelles grandes régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire et Nouvelle-Aquitaine »⁶. Et celle-ci de poursuivre, « les départements de l'Allier, du Cher, de la Creuse, de l'Indre, de la Nièvre et de la Saône-et-Loire se démarquent tous de leurs régions respectives. Composés majoritairement d'espaces ruraux, ils sont dépourvus de métropole, leurs villes étant de taille moyenne ou petite »⁷.

En 2014, 7.8 millions de personnes habitent en région Auvergne-Rhône-Alpes. Le département de l'Allier compte 343 062 habitants, soit 4.4% de la population régionale. La densité de population est de 46.73 hab./km².

⁶ INSEE, 2018, Centre France : Des difficultés et des atouts propres aux territoires essentiellement ruraux, Dossier Auvergne-Rhône-Alpes, p. 3

⁷ Ibidem, p. 3

| | Allier | Auvergne- Rhône- Alpes | France métropolitaine |
|---|---------|------------------------------|--------------------------|
| Population légale 2014 | 343 062 | 7 820 966 | 64 027 958 |
| Taux de variation annuel moyen de la population 2009-2014 | 0,0 % | + 0,79 % | + 0,49 % |

Source : Insee, Recensements de la population 2009 et 2014
Tableau de bord social Auvergne-Rhône-Alpes - Exploitation ORS Auvergne-
Rhône-Alpes

Pour rappel, dans le cadre de la réforme de 2010 portant sur les collectivités territoriales, « quatre spécificités de la région [Auvergne] ont guidé la démarche de définition de ce zonage territorial [en Bassins de Santé Intermédiaire (BSI)] : le vieillissement de la population, la faible densité auvergnate, la composante fortement rurale et l'éloignement excessif des équipements collectifs pour une partie de la population »⁸.

Un espace rural de « Centre France »

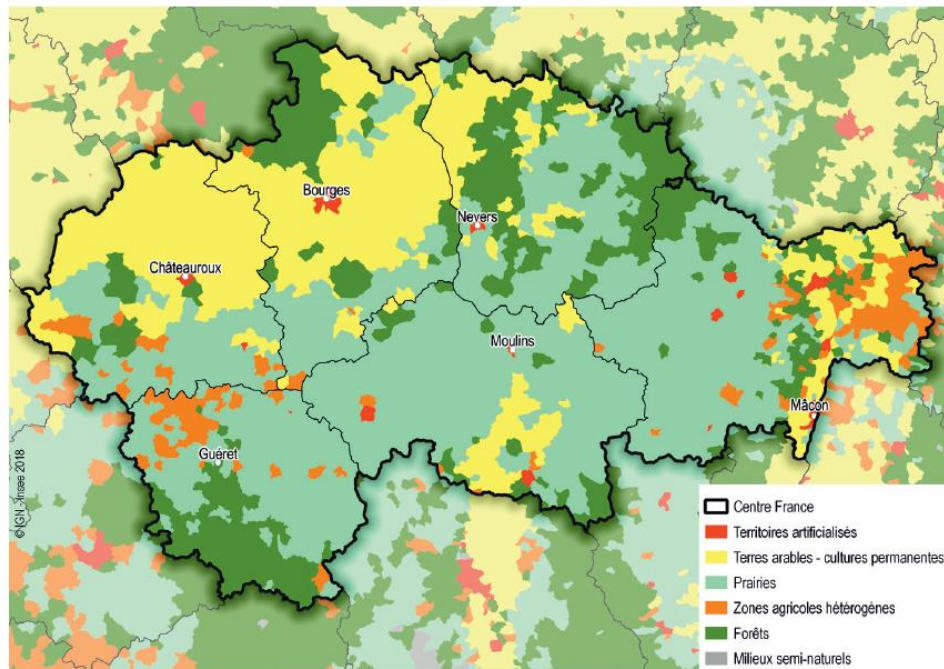
Sur les 7.8 millions de personnes qui résident dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, 1.8 vivent en dehors d'une unité urbaine, soit un quart de la population de la région réparti sur les trois quarts de sa superficie. Entre 33 et 41% des bourbonnais habitent dans le rural, entendu comme « espace où la nature et l'activité agricole sont très présentes, où les habitants sont moins nombreux et plus éloignés des services »⁹.

⁸ GAUDEY M., 2011, Nouveaux territoires de santé auvergnats, INSEE Auvergne, La Lettre n°74.

⁹ INSEE, 2019, Du rural éloigné au rural proche des villes : cinq types de ruralité, Analyses Auvergne-Rhône-Alpes, 3 p.

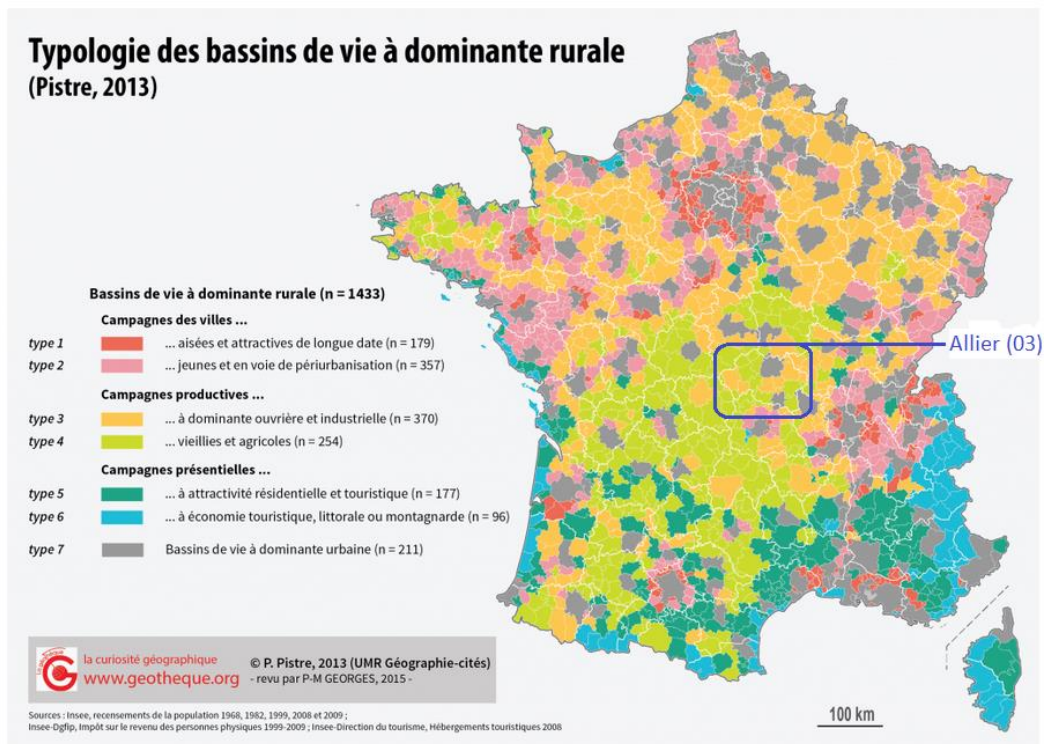
Une faible part de la surface du département est artificialisée :

Mode dominant d'occupation du sol



Source : Union européenne - SOeS, CORINE Land Cover 2012

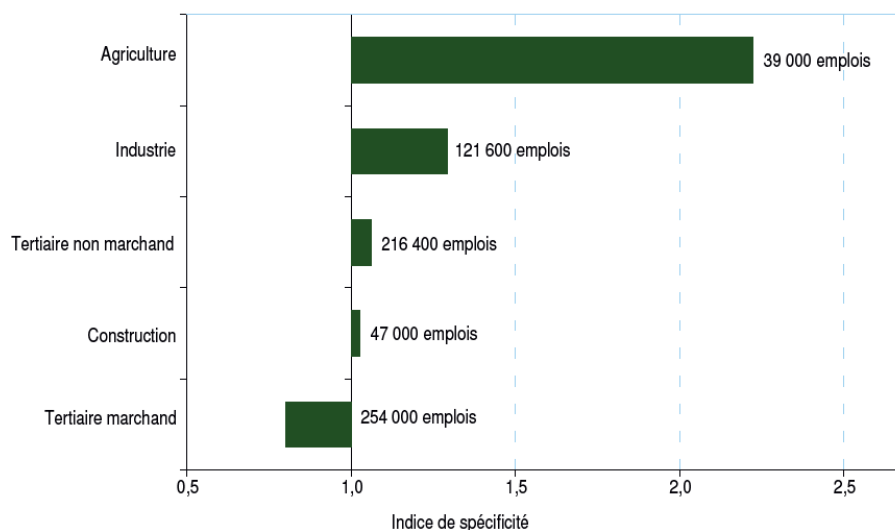
Dans le département de l'Allier, l'économie est majoritairement tournée vers l'agriculture et l'industrie, deux secteurs d'emploi en déclin :



« Depuis 2008, les secteurs de la construction, de l'industrie et de l'agriculture perdent des emplois. Ces activités en déclin sont plus présentes en Centre France, ce qui pèse sur l'évolution globale de l'emploi. Ainsi, en 2008, le poids de l'agriculture en Centre France est 2,2 fois plus élevé qu'en France métropolitaine. Celui de l'industrie est 1,3 fois plus fort. À l'inverse, celui du tertiaire marchand, secteur le plus dynamique, est 1,3 fois plus faible. La spécificité agricole et industrielle du Centre France s'inscrit dans une continuité historique. Ces deux secteurs y représentaient en effet près de la moitié des emplois en 1975, contre 40 % en France de province »¹⁰.

2 Forte présence de l'agriculture et de l'industrie en Centre France

Indices de spécificité des secteurs d'activité du Centre France par rapport à la France métropolitaine en 2008



Note de lecture : l'indice de spécificité correspond au rapport entre la part du nombre d'emplois salariés d'un secteur dans l'emploi salarié total d'un territoire donné et celle du territoire de référence. Plus l'indice de spécificité est élevé, plus le secteur est surreprésenté sur le territoire. Ainsi, en 2008, le poids de l'agriculture dans l'emploi du Centre France est 2,2 fois plus élevé que le poids de l'agriculture en France métropolitaine.

Source : Insee, *Estimations d'emploi localisées 2008*

« L'Allier a subi une forte dégradation du niveau d'emploi depuis la crise de 2008. La zone d'emploi de Montluçon, la plus affectée, a ainsi perdu plus d'un emploi salarié industriel sur trois entre 2000 et 2012 (contre un sur cinq en France métropolitaine) »¹¹.

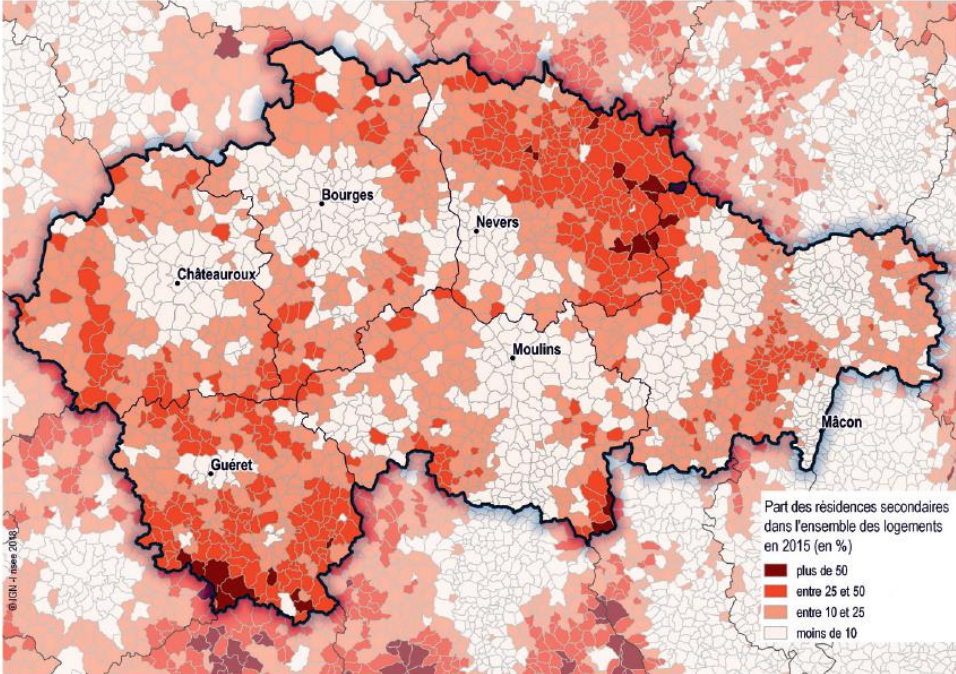
La composition du parc immobilier, dans le département de l'Allier, ne reflète pas une économie liée au tourisme développée (part des maisons individuelles, des logements

¹⁰ Centre-France, p. 15

¹¹ Familles monoparentales fragilisées dans l'Allier, p. 2

collectifs au sein du parc immobilier ; part des propriétaires ; part de résidences secondaires).

Part des résidences secondaires parmi les logements des communes

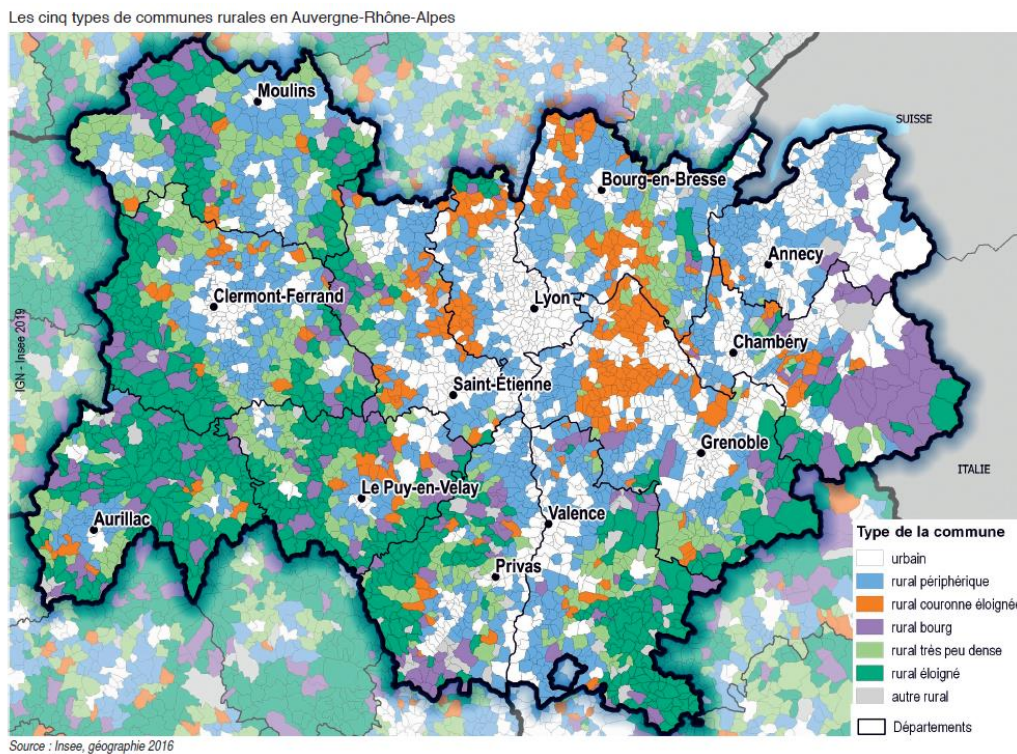


Source : Insee, Recensement de la population 2015

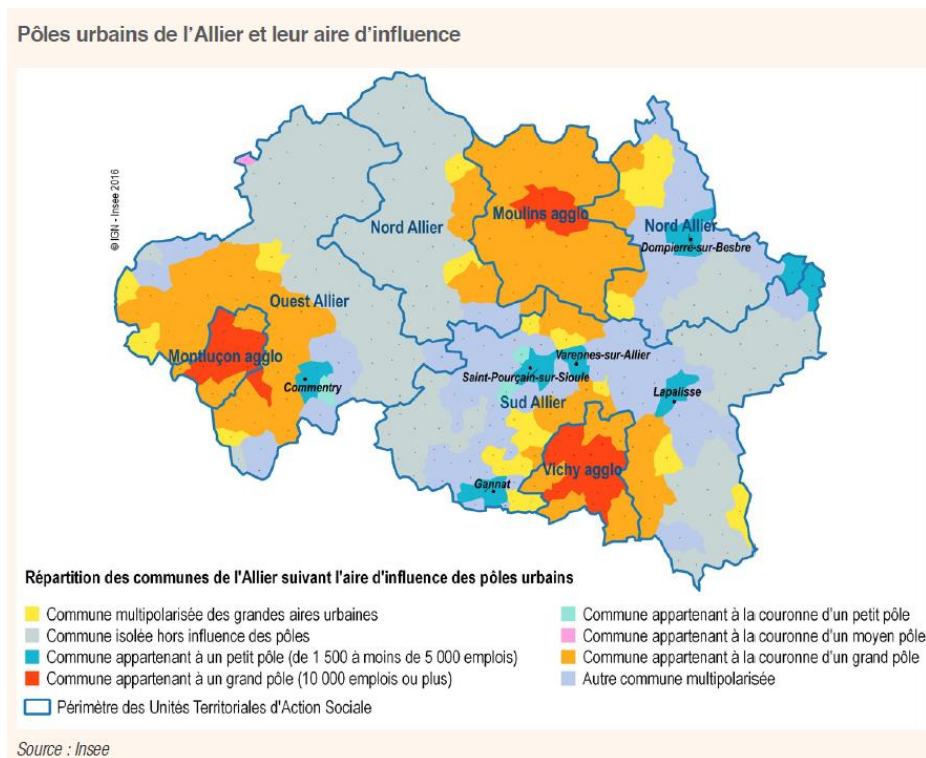
A. L'Allier : bassins de vie

Il est primordial de s'intéresser à la manière dont l'**espace social local** est structuré entre aires d'influence des pôles urbains, communes multipolarisées et communes rurales isolées. Cette démarche permet d'identifier les **bassins de vie** et de s'interroger quant à l'**accessibilité des services** (panier de services) : quel est le temps de trajet moyen pour accéder aux services de la vie courante selon le lieu de résidence ? Quel est leur taux d'équipement des différents bassins de vie ?

Le département de l'Allier est composé majoritairement de communes rurales, trois unités urbaines structurent l'espace géographique du département :



Le département est structuré autour de trois unités urbaines que sont Moulins, Montluçon et Vichy.

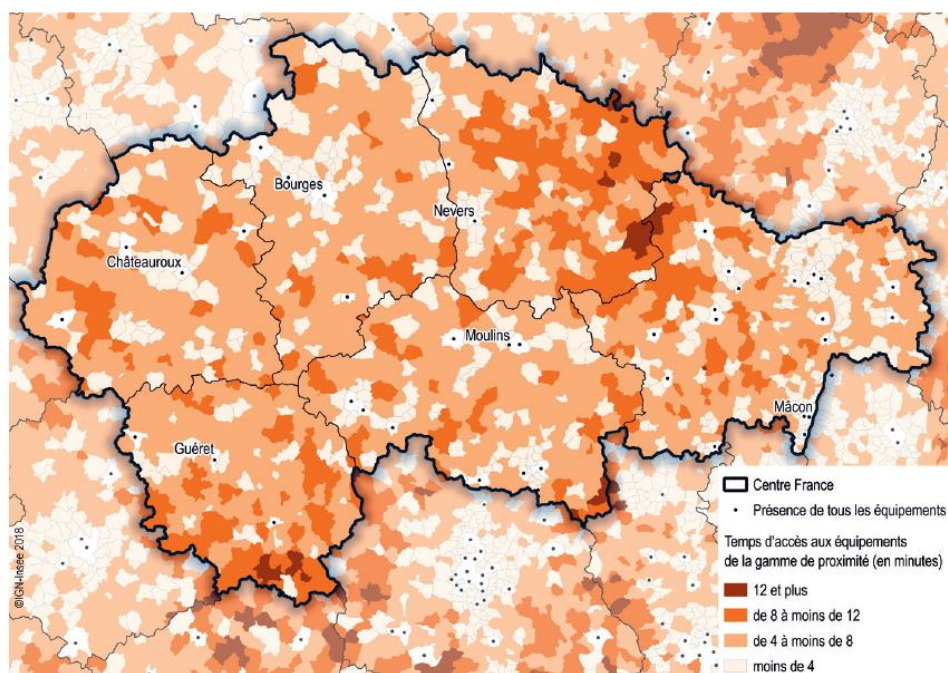


L'éloignement excessif des équipements collectifs pour une partie de la population peut s'apprécier au travers :

- Du temps d'accès moyen aux équipements de la gamme de proximité

Selon l'Insee, la gamme de proximité recense les équipements les plus fréquents. Elle comporte 27 équipements : poste, banque-caisse d'épargne, épicerie-supérette, boulangerie, boucherie, enseignement du premier degré, médecin omnipraticien, pharmacie, taxi...

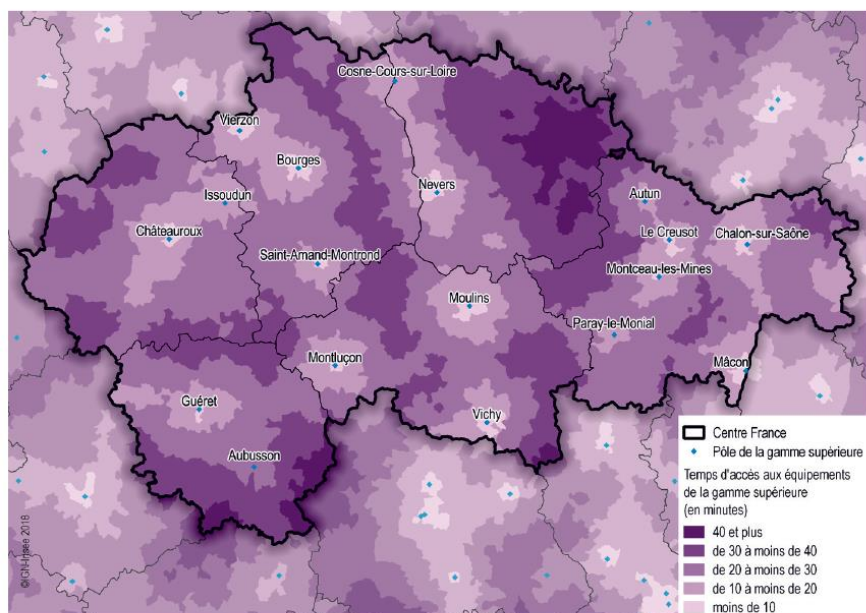
Temps d'accès moyen aux équipements de la gamme de proximité



- Du temps d'accès moyen aux équipements de la gamme supérieure.

Selon l'INSEE, la **gamme supérieure** recense 47 équipements au titre desquels : Pôle emploi, hypermarché, lycée, urgences, maternité, médecin spécialiste, cinéma...

Temps d'accès moyen aux équipements de la gamme supérieure



Note de lecture : Autun est un pôle de la gamme supérieure, c'est-à-dire que la commune possède au moins la moitié des équipements et services composant cette gamme. Le temps d'accès moyen des habitants d'Autun à l'ensemble des équipements de la gamme supérieure est toutefois compris entre 10 et 20 minutes, certains de ces équipements et services n'étant pas présents à Autun.

Source : Insee, Base permanente des équipements 2016, distancier Métric

S'interroger quant à la proximité et à l'éloignement des services, amène nécessairement à se poser la question de l'isolement géographique de certaines franges de la population et donc à aborder des questions de mobilité, qui peuvent être reliées limitées par des causes financières (pouvoir assumer le coût engendré par le fait de posséder une voiture) et/ou de santé.

Pour décrire les « espaces ruraux », la littérature scientifique incite à documenter les thématiques de la **déprise démographique** (densité de population, solde migratoire), du **vieillessement de la population** (âge médian de la population, population âgée de 75 ans et plus), de la **précarité financière des populations y résidant**, et plus particulièrement celle des actifs (dynamisme économique). « Le Centre France présente des caractéristiques rurales marquées et des signes de difficultés importantes. [...] Au cours des trente dernières années, ce territoire a dû faire face à la fois à un déclin démographique et à des pertes d'emplois »¹². « À cela s'ajoutent des difficultés économiques, l'emploi étant lui aussi en recul, ce qui renforce le manque d'attractivité du territoire »¹³.

¹² Ibidem, p. 3

¹³ Ibidem, p. 4

III. Esquisse d'un portrait sociologique des populations résidant l'Allier

Pour élaborer un portrait sociologique des populations qui résident dans le « territoire de santé » de l'Allier, différents indicateurs peuvent être mobilisés : les possibilités effectives d'accès à la scolarité et à la formation (répartition des établissements scolaires et de formation), le plus haut niveau de diplôme obtenu, la répartition de la population par profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS), la composition des ménages, leurs conditions de logement (type d'habitation, propriétaire/locataire), etc.

Pour atteindre un portrait du « territoire de santé » qui soit fidèle à la diversité des profils des populations qui résident dans l'Allier et de leurs conditions de vie, un important travail d'exploitation statistique des données brutes est nécessaire. Travail qui demande du temps et des compétences spécifiques. Les analyses produites par les acteurs locaux à l'échelle du « territoire de santé » ne présentent pas toujours les traitements statistiques (en univarié ou bivarié) tels que nous souhaiterions les avoir pour les mobiliser dans le cadre de ce diagnostic quantitatif. Par ailleurs, les analyses ne s'appuient pas toujours sur les mêmes années de recensement ce qui rend difficile le travail de comparaison.

Afin d'approcher les disparités socioéconomiques, qui marquent une division sociale de l'espace propre au « territoire de santé » de l'Allier, plusieurs analyses vont être mobilisées sous forme d'extraits, de focus.

- PFOSS, 2019, Données sociales en Auvergne-Rhône-Alpes, 4 p.
- PFOSS ARA, 2018, Portrait social de l'Allier, 4p.
- INSEE, 2015, Une sélection d'indicateurs pour la stratégie de lutte contre la pauvreté, 45p.
- INSEE, 2017, Les familles monoparentales fragilisées dans l'Allier, Analyses Auvergne-Rhône-Alpes, n°31, 4 p.
- ORS ARA, 2017, Tableau de bord social, un outil régional au service de la lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, 17 p.

Ainsi que le travail de diagnostic réalisé par les groupes populationnels « Enfant-Famille » et « Adulte » du Conseil Territorial en Santé de l'Allier (03) :

- Conseil Territorial en Santé Mentale, Groupe Adulte, 2019, Diagnostic partagé en Santé Mentale, PTSM, 25 diapositives.

- Conseil Territorial en Santé Mentale, Groupe Enfance-Famille, 2019, Diagnostic partagé en Santé Mentale, PTSM, 23 p.

Ces études sont placées, en annexe, dans leur intégralité.

A. Les caractéristiques démographiques

Alors que la région Auvergne-Rhône-Alpes enregistre un solde migratoire positif sur la période 2009-2014, celui-ci est nul pour le département de l'Allier. « [Le Centre France] perd de plus en plus d'habitants. Ceci participe au vieillissement de la population, les jeunes étant plus nombreux à partir qu'à venir »¹⁴.

Répartition par classe d'âge :

| Catégories | Distribution de la population par tranche d'âge (%) | |
|------------------------|---|----------------------|
| | Allier | Auvergne-Rhône-Alpes |
| <u>Moins de 15 ans</u> | 15,8 | 18,6 |
| <u>15 à 29 ans</u> | 14,2 | 18,0 |
| <u>30 à 44 ans</u> | 17,0 | 19,6 |
| <u>45 à 59 ans</u> | 20,9 | 19,7 |
| <u>60 à 74 ans</u> | 18,7 | 14,9 |
| <u>75 ans et plus</u> | 13,2 | 9,1 |

2008 **2013**

Source : INSEE RP - 2013

En région Auvergne-Rhône-Alpes, la distribution de la population par classe d'âge est semblable à celle enregistrée au niveau national. Pour le département de l'Allier, on remarque que les 15 – 29 ans sont sous-représentés (14.2 contre 18) alors que les 75 ans et plus sont sur-représentés (13.2 contre 9.1). L'hypothèse peut être posée que les 15-29 ans quittent le département de l'Allier pour des espaces plus urbains, offrant davantage de possibilités de formation et d'emploi. Le rural attire, quant à lui, pour son parc immobilier peu onéreux. Il est à noter « ce vieillissement [de la population] engendre des besoins importants en structures de santé ».

Zone d'étude **ALLIER (territoire de santé 2019)**, comparée avec **Auvergne-Rhône-Alpes (région)**

CARACTÉRISTIQUES DE LA ZONE - INDICATEURS DE POPULATION

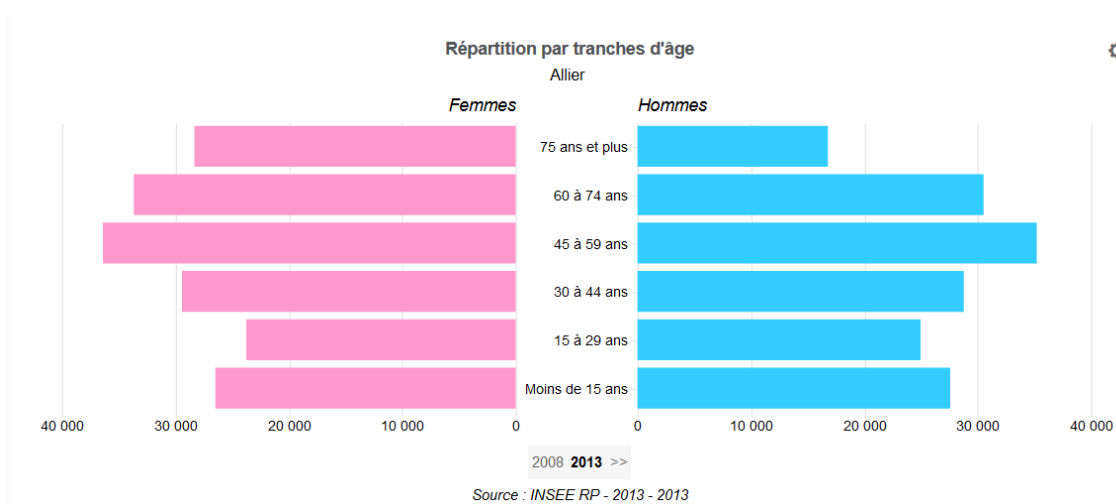
Indicateurs de population

| Indicateurs | ALLIER | | Auvergne-Rhône-Alpes |
|--------------------------------|---------|---|----------------------|
| % des 12 à moins de 18 ans (%) | 6,8 | ▼ | 7,4 |
| % des 18 à moins de 65 ans (%) | 55,1 | ▼ | 58,8 |
| % des moins de 20 ans (%) | 20,8 | ▼ | 24,6 |
| % des 65 ans et plus (%) | 26,0 | ▲ | 19,0 |
| % des moins de 6 ans (%) | 5,6 | ▼ | 7,2 |
| % des 6 à moins de 12 ans (%) | 6,4 | ▼ | 7,5 |
| % des 75 ans et plus (%) | 13,4 | ▲ | 9,3 |
| Population | 339 019 | | 7 917 636 |

Source : Insee - 2016

Le tableau¹⁵ ci-dessus permet de confirmer l'hypothèse d'un vieillissement de la population dans le département de l'Allier, en effet, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 26% de la population recensée, contre 19% en région. Les moins de 20 ans représentent 20.8% de la population départementale, contre 24.6% en région. La part de la population active (18-65 ans) est moins importante dans le département de l'Allier qu'en région (55.1% contre 58.8%).

Répartition par tranches d'âge et par sexe :

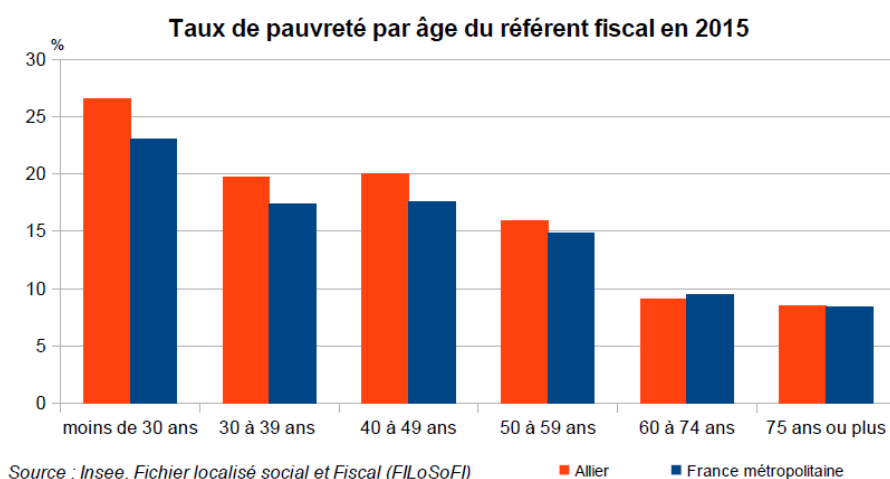


¹⁵ <https://cartographie.atih.sante.fr/> [consulté le 23/10/2019]

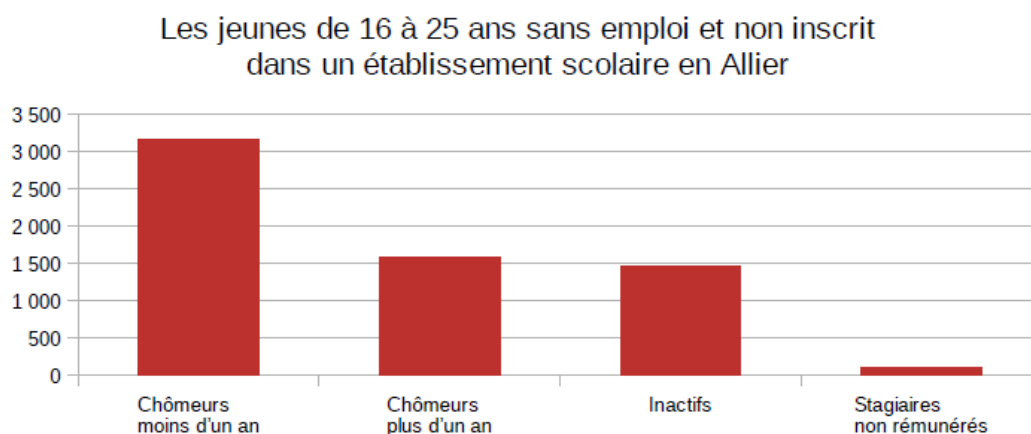
Dans l'Allier, une sur-représentation de la catégorie de sexe « femme » est à remarquer, par rapport celle « homme », d'autant plus vrai que les femmes avancent en âge. L'hypothèse d'une mortalité des hommes plus importante peut être avancée.

Les caractéristiques socioéconomiques¹⁶

Difficultés d'insertion professionnelle chez les jeunes :



« Les jeunes ménages sont particulièrement touchés. Ainsi, 25 % des membres des ménages



dont le référent fiscal a moins de 30 ans sont pauvres et 18 % s'il a entre 30 et 39 ans, contre respectivement 22 % et 16 % en France »¹⁷.

¹⁶ Ibidem

¹⁷ Insee, 2017, Les familles monoparentales fragilisées dans l'Allier, Analyses Auvergne-Rhône-Alpes, p.1

Population active :



Zone d'étude **ALLIER (territoire de santé 2019)**, comparée avec **Auvergne-Rhône-Alpes (région)**
CARACTÉRISTIQUES DE LA ZONE - INDICATEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES

Indicateurs socio-économiques

| Indicateurs | ALLIER | Auvergne-Rhône-Alpes |
|---|---------|----------------------|
| Population active (15-64 ans) | 146 412 | 3 710 408 |
| % de la population active (%) | 72,7 ▼ | 75,0 |
| % des ouvriers dans la population active (%) | 26,7 ▲ | 22,2 |
| % des chômeurs dans la population active (%) | 14,3 ▲ | 12,2 |
| % de la population vivant seule (%) | 19,5 ▲ | 16,0 |
| % de familles monoparentales (%) | 13,6 | 13,7 |
| % de la population non diplômées ou avec BEPC (%) | 32,4 ▲ | 25,7 |

Source : Insee - 2015

Le tableau ci-dessus montre que la population active est moins importante dans le département qu'en région (72.7% contre 75%). La population active du département est davantage touchée par le chômage (14.3% contre 12.2%), davantage composée d'ouvriers (26.7% contre 22.2%) et 32.4% de la population est non diplômée ou avec le BEPC (contre 25.7% en région). Pour finir, 19.5% de la population vit seule, contre 16% en région. Ceci montre bien à quel point la population de l'Allier est marquée par la précarité sociale et l'hypothèse de l'isolement social et géographique des personnes âgées peut être posée.

Revenus disponibles :

| | Allier | Auvergne-Rhône-Alpes | France métropolitaine |
|---|--------|----------------------|-----------------------|
| Revenu médian 2014 (€) | 19 102 | 20 944 | 20 369 |
| 1 ^{er} quartile des revenus 2014 (€) | 14 406 | 15 512 | 14 899 |
| Taux de pauvreté 2014 | 15,4 % | 12,7 % | 14,7 % |

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Cmsa, Fichier localisé social et fiscal 2014
 Tableau de bord social Auvergne-Rhône-Alpes - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

« La moitié des habitants de l'Allier vit avec des revenus disponibles supérieurs à 19 102€ annuels (soit 1592€ mensuel) en 2014. [...] 1/4 des habitants les plus pauvres vivent avec des

revenus disponibles inférieur à 14 406€ annuels (soit 1200 euros mensuels), niveau le plus faible de la région. En 2014, 15,4% des habitants de l'Allier vivent sous le seuil de pauvreté, le département étant, avec la métropole de Lyon, le 2^{ème} de la région le plus touché par la pauvreté juste après la Drôme »¹⁸.

Taux de chômage (nombre de demandeurs d'emploi)

« Le 31 décembre 2015, l'Allier compte 29 093 demandeurs d'emploi en fin de mois. Le département est marqué par un taux de chômage supérieur au taux national (Source : INSEE Analyses Auvergne-Rhône-Alpes n°25). L'Allier présente 3 087 bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS). Rapportés au nombre de demandeurs d'emploi, ces allocataires sont plus nombreux dans l'Allier qu'en moyenne régionale (10.6% contre 7.1%) et représentent le taux le plus élevé de la région »¹⁹.

« Plus d'un enfant mineur de l'Allier sur dix vit dans un ménage où aucun parent ne travaille en 2012 »²⁰.

Part de ménages vivant sous le seuil de pauvreté (% des ménages)²¹ :

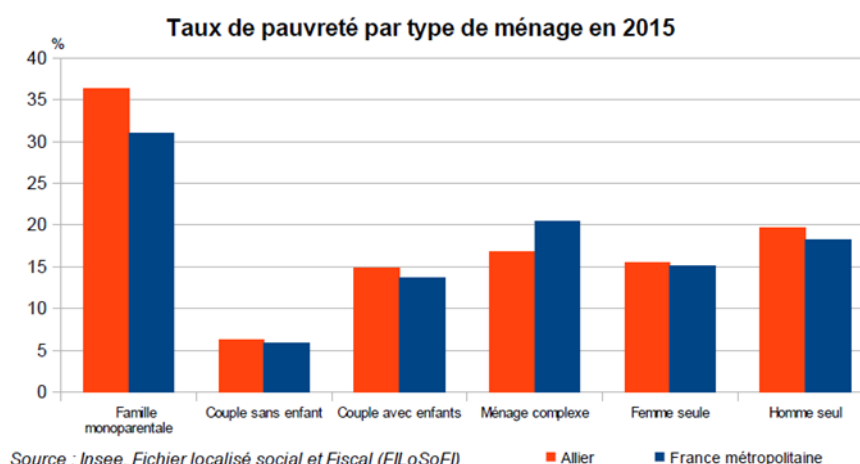
| | Allier | Auvergne-Rhône-Alpes | France |
|-----------------|--------|----------------------|--------|
| Moins de 30 ans | 25.7 | 20.1 | 22.8 |
| 30 – 39 ans | 18.6 | 14.5 | 16.7 |
| 40 – 49 ans | 19.2 | 14.5 | 16.9 |
| 50 – 59 ans | 14.9 | 11.7 | 14.0 |
| 60 – 74 ans | 8.5 | 8.0 | 9.3 |
| Plus de 75 ans | 9.1 | 8.0 | 8.9 |
| Total | 15.0 | 12.5 | 14.5 |

¹⁸ Ibidem

¹⁹ PFOSS, Portrait social de l'Allier, Focus de la PFOSS n°17, janvier 2018, 4p.

²⁰ Familles monoparentales fragilisée dans l'Allier, p. 3

²¹ Atlasanté



Minimas sociaux (RSA, AAH, ASS...)

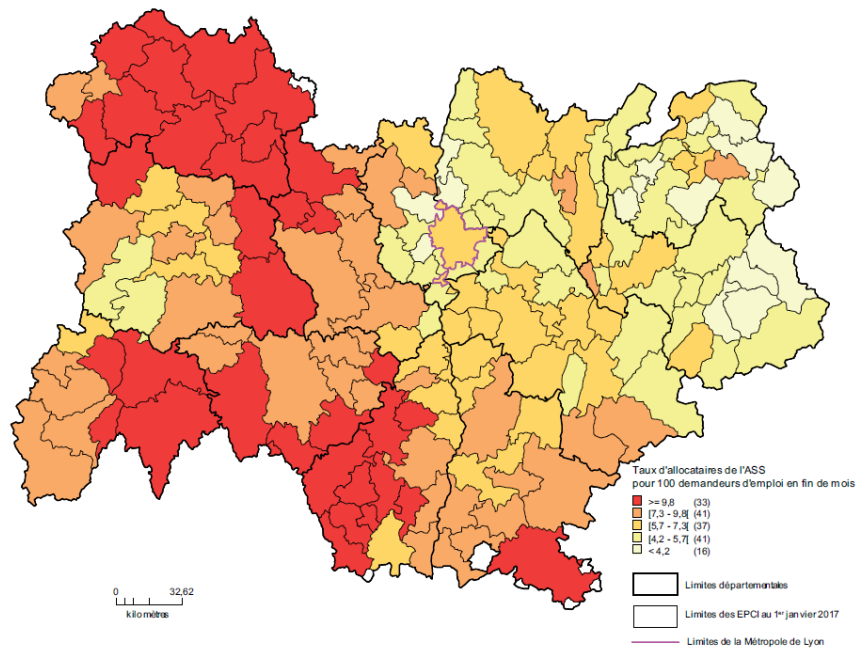
| | Ain | Allier | Ardèche | Cantal | Drôme | Isère | Loire | Haute-Loire | Puy-de-Dôme | Rhône | Savoie | Haute-Savoie | Métropole de Lyon | Nouveau Rhône | Auvergne-Rhône-Alpes | France Métrop. |
|---|--------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|-------------|-------------|--------|--------|--------------|-------------------|---------------|----------------------|----------------|
| Population couverte par le RSA | 14 993 | 19 277 | 12 647 | 4 412 | 23 708 | 49 814 | 36 343 | 6 078 | 31 116 | 94 949 | 10 436 | 15 074 | 83 335 | 11 614 | 318 847 | 3 370 047 |
| Part de la pop. couv. par le RSA (%) | 2,4 | 5,6 | 3,9 | 3,0 | 4,7 | 4,0 | 4,8 | 2,7 | 4,8 | 5,2 | 2,4 | 1,9 | 6,1 | 2,6 | 4,1 | 5,2 |
| Pop. couv. par le RSA majoré | 2 616 | 3 442 | 2 068 | 589 | 4 122 | 8 447 | 6 242 | 1 074 | 4 735 | 16 100 | 1 791 | 2 358 | 13 857 | 2 243 | 53 584 | 572 035 |
| Part de la pop. couv. par le RSA majoré (%) | 0,4 | 1,0 | 0,6 | 0,4 | 0,8 | 0,7 | 0,8 | 0,5 | 0,7 | 0,9 | 0,4 | 0,3 | 1,0 | 0,5 | 0,7 | 0,9 |

Sources : Cnaf et CCMSA (31/12/2016) et Insee (RP 2015) / Tableau de bord social Auvergne-Rhône-Alpes - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

L'allocation de solidarité spécifique : « Du fait des conditions d'accès de l'ASS, près de la moitié des allocataires à l'échelle nationale ont 50 ans et plus et près de 2 allocataires sur 3 sont des personnes seules. [...] La concentration plus forte des locataires de l'ASS sur un territoire reflète ainsi le poids des chômeurs de longue durée ayant épuisé leurs droits, notamment des seniors, ou la présence d'une population plus âgée »²².

²² Ibidem

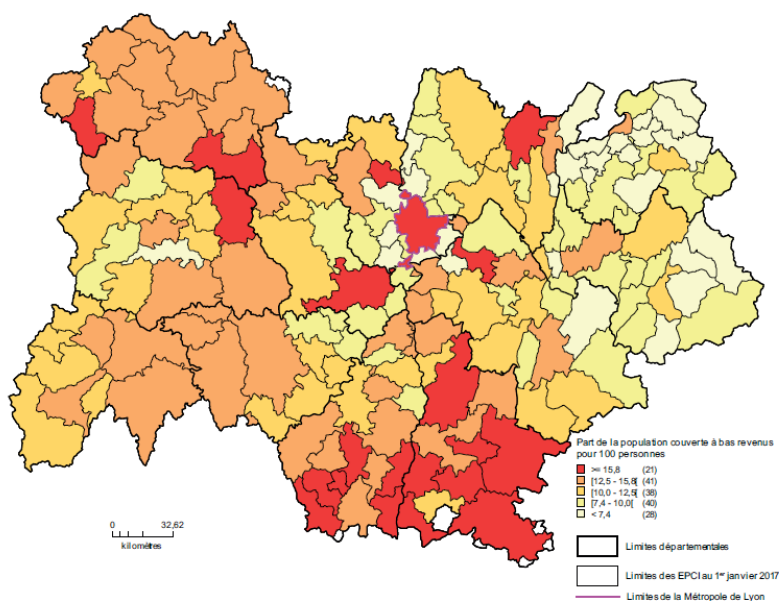
Taux d'allocataires de l'allocation de solidarité spécifique au 31 décembre 2015 pour 100 DEFM de catégorie A, B ou C par EPCI



De nombreux foyers allocataires à bas revenus

« Dans l'Allier, en 2015, 53 370 personnes vivent dans un foyer allocataire à bas revenus, c'est-à-dire un foyer dont les ressources sont inférieures à 1 043 euros par mois. Cette situation concerne 15,6 % de la population du département ».

**Part de la population couverte à bas revenus
au 31 décembre 2015 pour 100 personnes par EPCI**

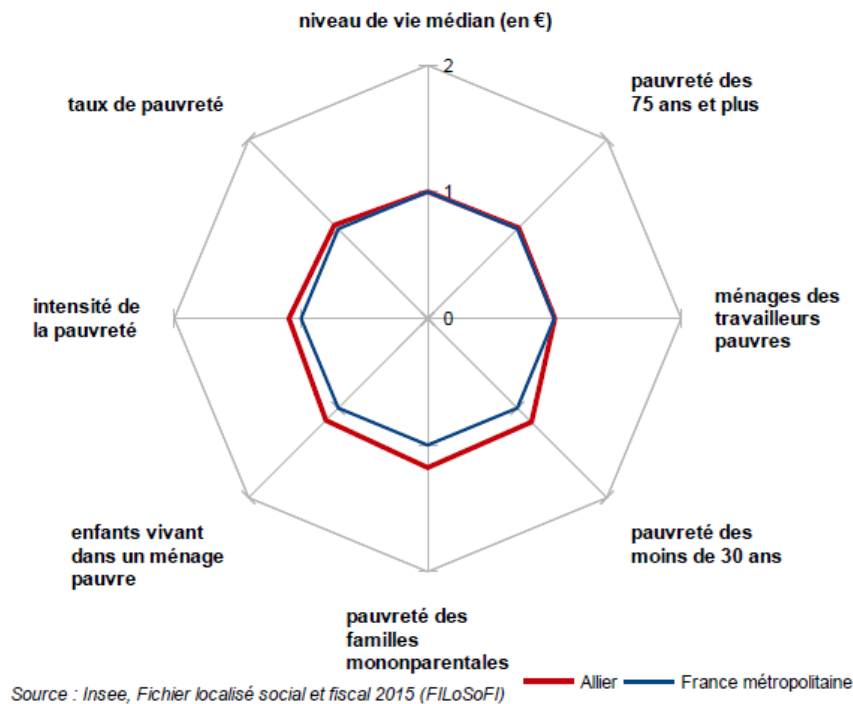


Sources : Cnaf et CCMSA (31/12/2015) et Insee (RP 2014)
Tableau de bord social Auvergne-Rhône-Alpes - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

33 % des allocataires de prestations sociales (Caf et MSA) sont dépendants des prestations. « En 2015, 17 279 allocataires de prestations sociales de l’Allier ont plus de la moitié de leurs ressources financières qui proviennent de ces prestations, le reste étant des ressources d’activité. Ce taux est le plus élevé de la région et supérieur de 9 points au taux régional ».

En conclusion, il est important de souligner que l’intensité de la pauvreté et le taux de pauvreté sont des indicateurs qui marquent une situation sociale et économique dégradée pour les populations qui résident dans le département de l’Allier. Les jeunes sans qualifications et sans emploi, les mères en familles monoparentales et les personnes âgées isolées géographiquement sont particulièrement touchés.

Le graphique suivant permet d’identifier les points de fragilité pour les différentes populations résidant dans le département de l’Allier :



Des disparités entre zones urbaines et rurales

« L'ensemble du département est confronté à la pauvreté. Les communautés d'agglomération de Montluçon, Vichy et Moulins sont particulièrement défavorisées avec respectivement 18,1 %, 16,5 % et 14,6 % de leurs habitants vivant dans un foyer allocataire pauvre. Ces zones urbaines rassemblent ainsi les plus fortes fragilités. Toutefois, des territoires ruraux sont également exposés à la fragilité financière, notamment le Bocage Bourbonnais et le Pays de Lapalisse avec chacun 15,2 % de sa population vivant dans un foyer allocataire à bas revenus. Seuls les territoires en périphérie de Montluçon communauté (Val de Cher et Pays d'Huriel) semblent un peu moins défavorisés ».

« Dans les trois grands pôles urbains, Montluçon, Moulins et Vichy, plus d'un enfant mineur sur quatre vit en famille monoparentale. Ces enfants sont relativement exposés à la pauvreté puisque près de 38 % des personnes en famille monoparentale habitant ces pôles vivent sous le seuil de pauvreté. Les familles monoparentales et notamment celles en situation de précarité se concentrent au sein des villes-centres des trois pôles, les communes banlieues et leurs couronnes périurbaines étant plus favorisées »²³.

²³ Familles monoparentales, p.2

« Les taux de pauvreté les plus importants au sein des couples avec enfants sont concentrés dans les communes les plus rurales, hors de l'influence des trois centres urbains du département »²⁴.

IV. Problématiques sanitaires et densité médicale

A. Démographie médicale

La caractérisation de l'offre de soin et d'accompagnement pour les champs sanitaire (MCO, psychiatrie), médico-social et socio-éducatif, ainsi que la répartition des établissements, services et professionnels à des échelles infra-départementales (communes, EPCI, secteurs psychiatriques, bassins intermédiaires de santé) sont disponibles dans les documents d'analyse suivants :

- ORS, 2017, La santé mentale en Auvergne et dans les départements, 255p.
- ORS, 2019, Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes, 40 p.
- URPS ARA, 2018, Rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes, département de l'Allier, 93p.
- Dr Monat T., Evolution de l'activité des établissements autorisés en psychiatrie et bilan du SROS santé mentale en Auvergne 2012-2016, 34 diapositives.
- ARS ARA, 2017, Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale, volet Personnes Agées, 13p.
- Atlas de la Santé Mentale en France, Rapports et portraits de territoire, zone d'étude Allier (département) comparée avec Auvergne-Rhône-Alpes et France

Ces documents sont reportés en annexe du présent diagnostic.

Le « territoire de santé » de l'Allier est marqué par le vieillissement de la population, « une population âgée génère une demande [de soins] plus importante »²⁵. Les publics en situation de vulnérabilité psychique et/ou matérielle (absence de demande d'aide, ruptures de leurs parcours de vie...) ont davantage de difficulté à accéder à l'information au sujet des prises en soin qui pourraient leur être proposées. La faible démographie médicale peut être à l'origine de difficultés à accéder au droit commun. Des situations de non-recours aux droits, de renoncement aux soins sont enregistrées. La situation dégradée du « territoire de santé » de l'Allier est marquée par la faible démographie médicale couplée au vieillissement du corps médical. « Une zone est considérée en situation de sous-densité en médecins en deçà du

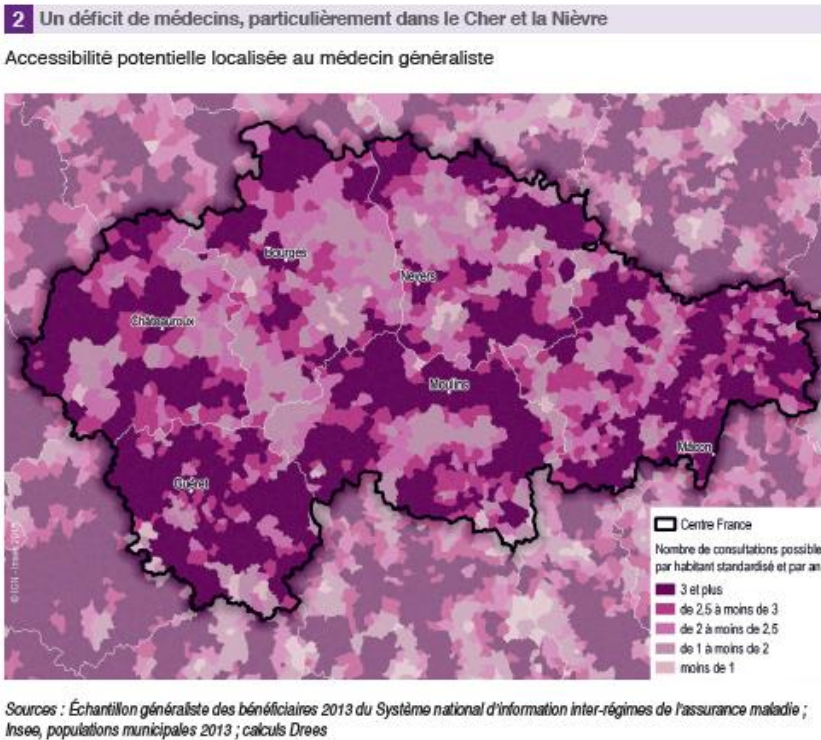
²⁴ Familles monoparentales, p.3

²⁵ Centre France, p. 45

seuil de 2,5 consultations par an et par habitant. En Centre France, 18 % des habitants sont concernés et 36 % des communes »²⁶.

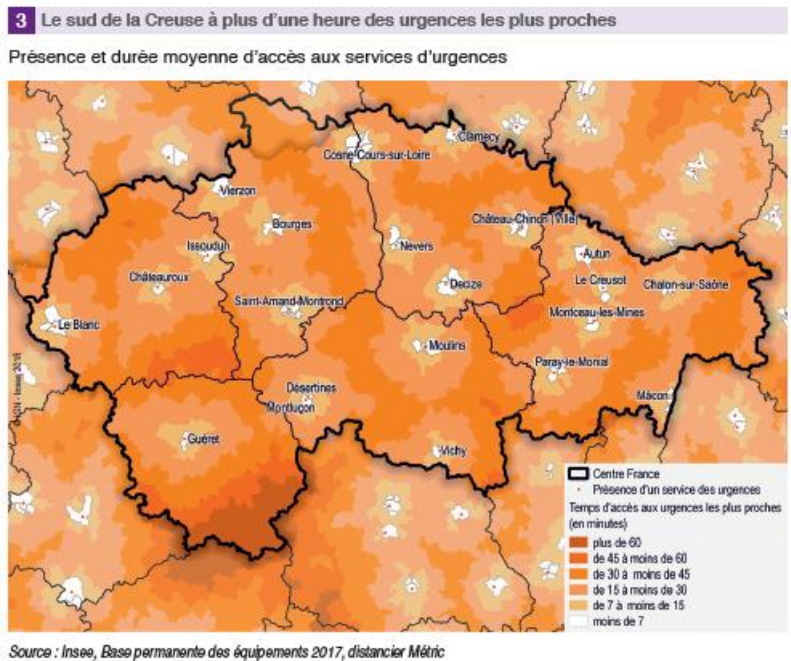
L'accessibilité potentielle tient compte des paramètres suivants :

- La possibilité effective de consulter
- La structure par âge de la population
- La faible densité de peuplement



²⁶ Centre France, p. 46

Distance temps service d'urgence :



« Avec 21 communes équipées d'urgences, près de la moitié du territoire est à plus d'une demi-heure du service le plus proche »²⁷.


 Cartographie consommation et production de soins PMSI SSR PSY MCO HAD

Zone d'étude **ALLIER (territoire de santé 2019)**, comparée avec **Auvergne-Rhône-Alpes (région)**
CARACTÉRISTIQUES DE LA ZONE - INDICATEURS SYNTHÉTIQUES PMSI

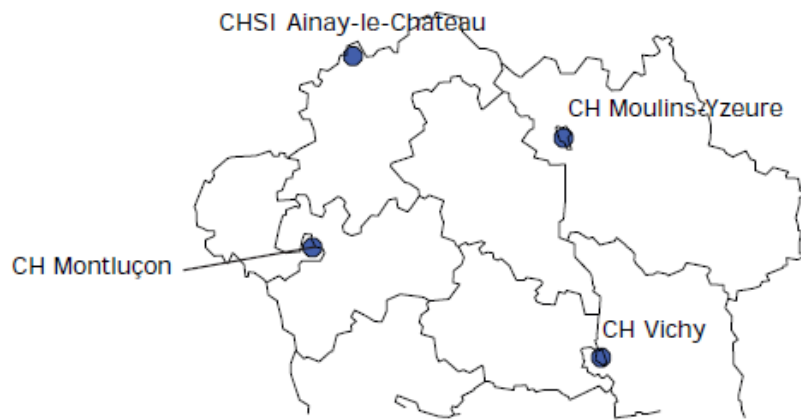
Indicateurs synthétiques PMSI

| Indicateurs | ALLIER | Auvergne-Rhône-Alpes |
|----------------------------------|----------|----------------------|
| Nb de séjours MCO | 102 108 | 2 175 859 |
| Nb de séjours SEANCES | 57 170 | 1 030 141 |
| Nb de journées HAD | 17 739 | 589 819 |
| Nb de journées SSR - HC | 182 488 | 3 797 626 |
| Nb de journées SSR - HP | 13 621 | 432 705 |
| Nb de journées Psy – Tps complet | 112 802 | 2 183 301 |
| Nb de journées Psy – Tps partiel | 28 893,0 | 552 013,0 |
| Nb d'actes Psy | 175 627 | 2 371 481 |

Source : ATIH - 2018

²⁷ Centre France, p.46

Carte 3 : Localisation des établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie en 2014



Source : SAE - Base administrative 2014

Exploitation ORS Auvergne

Densité d'ETP* moyens en psychiatrie générale

| Catégories | Densité d'ETP moyens en psychiatrie générale (pour 100 000 hab. (16+)) | |
|---|--|----------------------|
| | Allier | Auvergne-Rhône-Alpes |
| psychiatres | 7,8 | 10,9 |
| personnels soignants et socio-éducatifs | 232,8 | 150,9 |
| personnels médicaux (hors psychiatres) | 1,8 | 1,9 |

Source : SAE, INSEE - 2015

Il est à noter que le département de l'Allier est sous-doté en psychiatres par rapport à la Région Auvergne-Rhône-Alpes (7.8 contre 10.9), les personnels soignants et socio-éducatifs sont plus nombreux dans le département comparativement à la région (232.8 contre 150.9).

Prises en charge intra-hospitalières :

Point méthodologique sur la cotation des actes²⁸ :

²⁸ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sts_20110004_0001_p000.pdf [consulté le 24/10/2019]

☐ Nature de la prise en charge

Les natures de prise en charge sont divisées en formes d'activité (se reporter au point 1.1.3).
Le recueil d'informations enregistre le code correspondant à la forme d'activité.

Pour les prises en charge à temps complet :

- Code 01 *Hospitalisation à temps plein*
- Code 02 *Séjour thérapeutique*
- Code 03 *Hospitalisation à domicile*
- Code 04 *Placement familial thérapeutique*
- Code 05 *Prise en charge en appartement thérapeutique*
- Code 06 *Prise en charge en centre de postcure psychiatrique*
- Code 07 *Prise en charge en centre de crise (incluant centre d'accueil permanent et centre d'accueil et de crise)*

Pour les prises en charge à temps partiel :

- Code 20 *Hospitalisation à temps partiel de jour*
- Code 21 *Hospitalisation à temps partiel de nuit*
- Code 22 *Prise en charge en centre d'activité thérapeutique à temps partiel et en atelier thérapeutique*

Prise en charge ambulatoire



| Indicateurs | Allier | Auvergne-Rhône-Alpes |
|---|--------|----------------------|
| Nb. de CMP | 15 | 274 |
| Densité de CMP (pour 100 000 hab.) | 5,3 ▲ | 4,5 |
| Part des CMP ouverts plus de 5 jours par semaine (%) | 73 ▼ | 85 |
| Nb. de CATTP | 2 | 131 |
| Densité de CATTP (pour 100 000 hab.) | 0,7 ▼ | 2,1 |
| Equipes mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) (établissements équipés) | 1 | 16 |

Source : SAE - 2015

Dans l'Allier, la densité en CMP est supérieure au niveau national (5.3 contre 4.2) mais leurs amplitudes d'ouverture sont moins importantes. Sous-équipement en CATTP (0.7 contre 2.4 au niveau national).

Psychiatrie Libérale :

Densité de psychiatres



| Catégories | Densité de psychiatres (pour 100 000 hab.) | |
|------------------------------|--|----------------------|
| | Allier | Auvergne-Rhône-Alpes |
| <u>Tous modes d'exercice</u> | 14,6 | 23,0 |
| <u>Libéraux ou mixtes</u> | 4,7 | 9,7 |
| <u>Salariés hospitaliers</u> | 8,7 | 12,1 |
| <u>Autres salariés</u> | 1,2 | 1,2 |

2012 2013 2014 2015 **2016**

Source : RPPS, Insee - 2016

Psychiatres libéraux en secteur 1



| Indicateurs | Allier | Auvergne-Rhône-Alpes |
|--|--------|----------------------|
| <u>Part des psychiatres libéraux exerçant en secteur 1 (%)</u> | 75,0 ▲ | 69,4 |

Source : SNIIRAM - 2014

Psychiatres libéraux âgés de 55 ans et plus



| Indicateurs | Allier | Auvergne-Rhône-Alpes |
|---|--------|----------------------|
| <u>Part des psychiatres libéraux âgés de 55 ans et plus (%)</u> | 64,7 | N/A |

2016 **2017**

Source : RPPS - 2017

Le vieillissement du corps médical pose la question du renouvellement et du maintien de l'offre de soin.

Densité de médecins généralistes



| Catégories | Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hab.) | |
|-----------------------|--|----------------------|
| | Allier | Auvergne-Rhône-Alpes |
| Tous modes d'exercice | 142,5 | 157,8 |
| Libéraux ou mixtes | 95,0 | 104,4 |
| Salariés hospitaliers | 28,9 | 29,6 |
| Autres salariés | 18,7 | 23,8 |

2012 2013 2014 2015 **2016**

Source : RPPS, INSEE - 2016

Les problématiques sanitaires repérées par population

Les nouveau-nés : « La part de bébés à faible poids (inférieur à 2.5 kg) [est] souvent synonyme de santé précaire »²⁹.

5 Dans la Nièvre, de moins bons indicateurs de santé des nouveaux-nés

Taux de mortalité infantile et part des faibles poids à la naissance

| | Taux de mortalité infantile (2014 à 2016) | | Part des faibles poids de naissance (< 2 500 g) parmi les naissances vivantes | |
|-----------------------|---|--|---|--|
| | en % | Rang métropolitain (sur 96 départements) | en % | Rang métropolitain (sur 96 départements) |
| Allier | 3,3 | 53 | 7,4 | 55 |
| Cher | 3,9 | 80 | 8,2 | 88 |
| Creuse | 3,5 | 65 | 8,5 | 92 |
| Indre | 3,4 | 58 | 8,6 | 94 |
| Nièvre | 5,1 | 94 | 8,8 | 96 |
| Saône-et-Loire | 3,5 | 66 | 7,3 | 45 |
| Centre France | 3,7 | | 7,9 | |
| France métropolitaine | 3,4 | | 7,3 | |

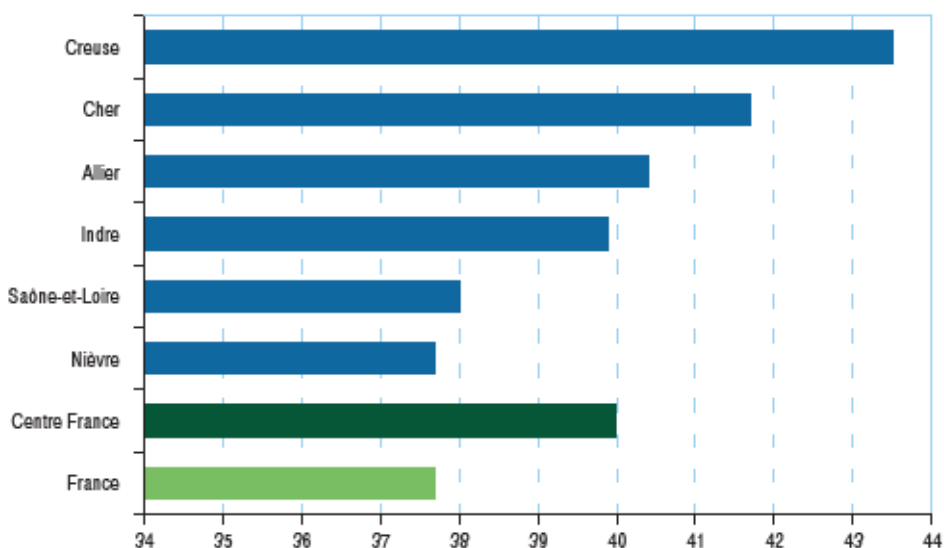
Sources : Insee, Estimations de population, état civil ; Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (RSA accouchements), exploitation Drees

²⁹ Centre France, p.47

Les personnes âgées : « Le taux de mortalité prématurée [...] peut s'expliquer partiellement par la sous-représentation en Centre France des cadres et professions intermédiaires, catégories moins exposées aux risques professionnels et aux substances polluantes et ayant des conduites individuelles et de santé plus saines »³⁰.

4 Une mortalité des personnes âgées supérieure à la moyenne

Taux de mortalité standardisé des 65 ans ou plus (en décès pour 1 000 individus)



Note de lecture : une fois prises en compte les différences de structure par âge de la population, la Creuse présente une mortalité des personnes de plus de 65 ans plus élevée (43,5 décès pour 1 000 individus) que celle des autres départements.
Sources : Insee, état civil, estimations de population 2016

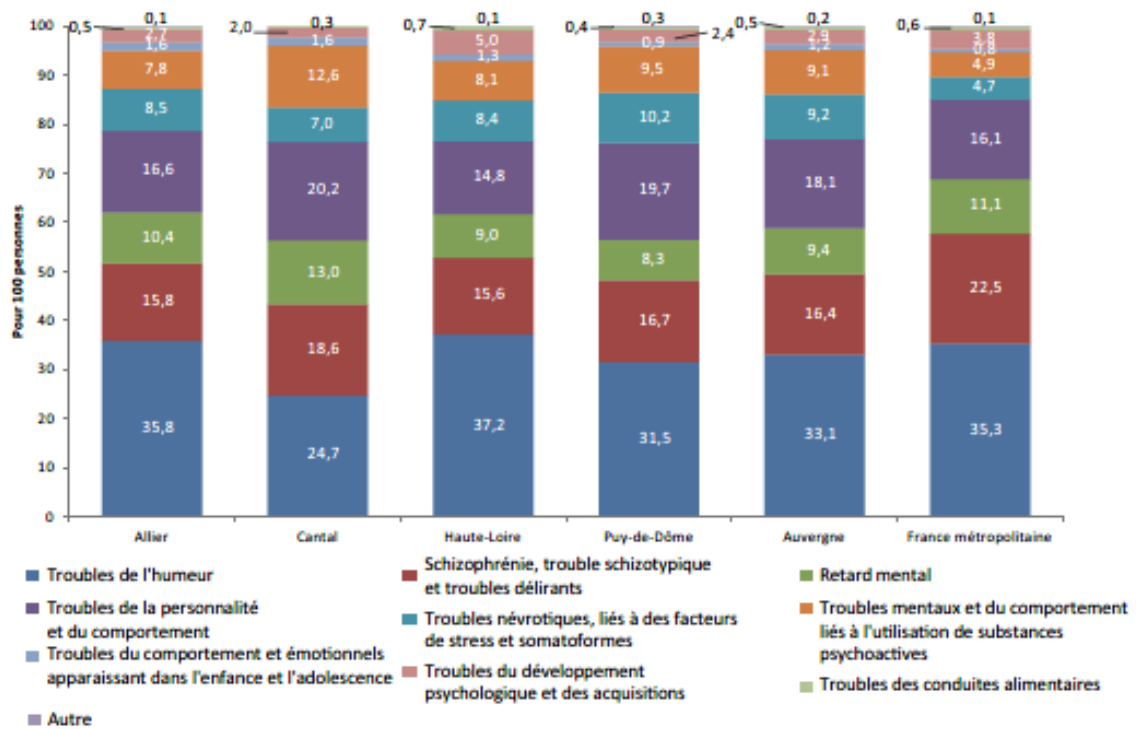
« Affection de Longue Durée » pour Troubles psychiatriques :

| | Hommes | Femmes | Ensemble |
|-----------------------|---------|---------|-----------|
| Allier | 4 662 | 6 474 | 11 136 |
| Cantal | 1 797 | 2 115 | 3 912 |
| Haute-Loire | 3 642 | 4 598 | 8 240 |
| Puy-de-Dôme | 8 913 | 11 965 | 20 878 |
| Auvergne | 19 014 | 25 152 | 44 166 |
| France métropolitaine | 579 180 | 713 372 | 1 292 552 |

Sources : CCMSA, RSI, Cnamts

Exploitation ORS Auvergne

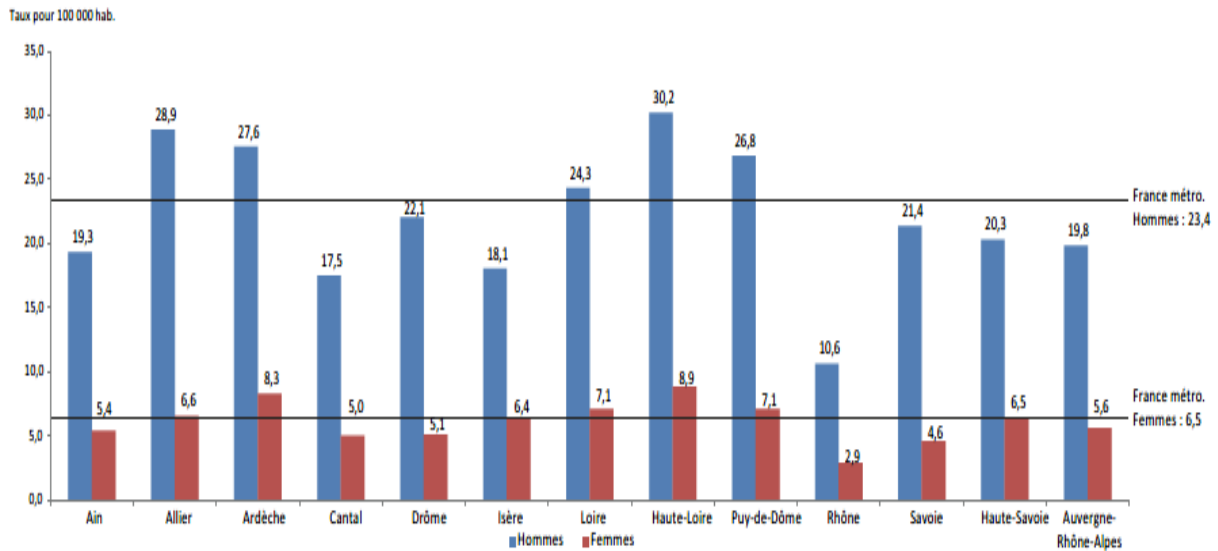
³⁰ Insee ARA, « Centre France : Des difficultés et des atouts propres aux territoires essentiellement ruraux »



Sources : CCMSA, RSI, Cnamts

Exploitation ORS Auvergne

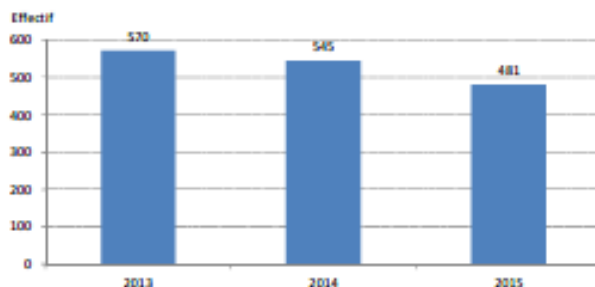
Mortalité par suicide :



Sources : Inserm-CépiDc 2013-2015, Insee (RP 2013-2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les séjours hospitaliers pour tentative de suicide, **période 2013-2015** : 532 séjours par an pour tentative de suicide dont 88 chez les 15-24 ans et 66 chez les 65 ans et plus

Evolution du nombre de séjours pour TS 2013 à 2015



Source : PMSI-MCO, données 2013-2015, exploitation ORS

Répartition des séjours hospitaliers pour TS par âge

| | Allier | Au-Ra | France |
|----------------|--------|-------|--------|
| < 15 ans | 3,4% | 4,8% | 4,9% |
| 15-24 ans | 16,5% | 18,2% | 18,7% |
| 25-34 ans | 11,3% | 14,5% | 15,0% |
| 35-44 ans | 21,4% | 19,0% | 19,8% |
| 45-54 ans | 22,7% | 21,6% | 21,1% |
| 55-64 ans | 12,4% | 11,5% | 11,2% |
| 65-74 ans | 6,0% | 5,3% | 4,6% |
| 75-84 ans | 4,4% | 3,4% | 3,1% |
| 85 ans et plus | 1,9% | 1,7% | 1,7% |

Des réseaux dynamiques autour des questions de santé mentale

Des réseaux dynamiques se structurent autour des questions de santé mentale, ils mêlent professionnels, personnes concernées et aidants dans des formes organisationnelles plus ou moins institutionnalisées (Contrat Local en Santé Mentale (CLSM), Ateliers Santé-Ville...). L'organisation des SISM contribue à la lutte contre la stigmatisation du handicap psychique, notamment au moyen de campagnes d'information à destination du grand public.



AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

45 CONTRATS DE VILLE DANS LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

- DONT**
- 18 Contrats de ville intersectant * le périmètre d'intervention d'au moins un CLSM actif
 - 27 Contrats de ville n'intersectant pas * le périmètre d'intervention d'au moins un CLSM actif

33 CLSM ACTIFS AU 01/01/2018 DANS LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

- DONT**
- 27 CLSM comprenant au moins un QPV dans son périmètre d'intervention
 - 6 CLSM ne comprenant aucun QPV dans son périmètre d'intervention

140 QUARTIERS PRIORITAIRES (QPV) DANS LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

- DONT**
- 73 QPV inclus dans les périmètres d'intervention des CLSM.



POPULATION



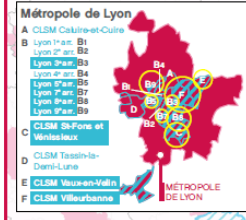
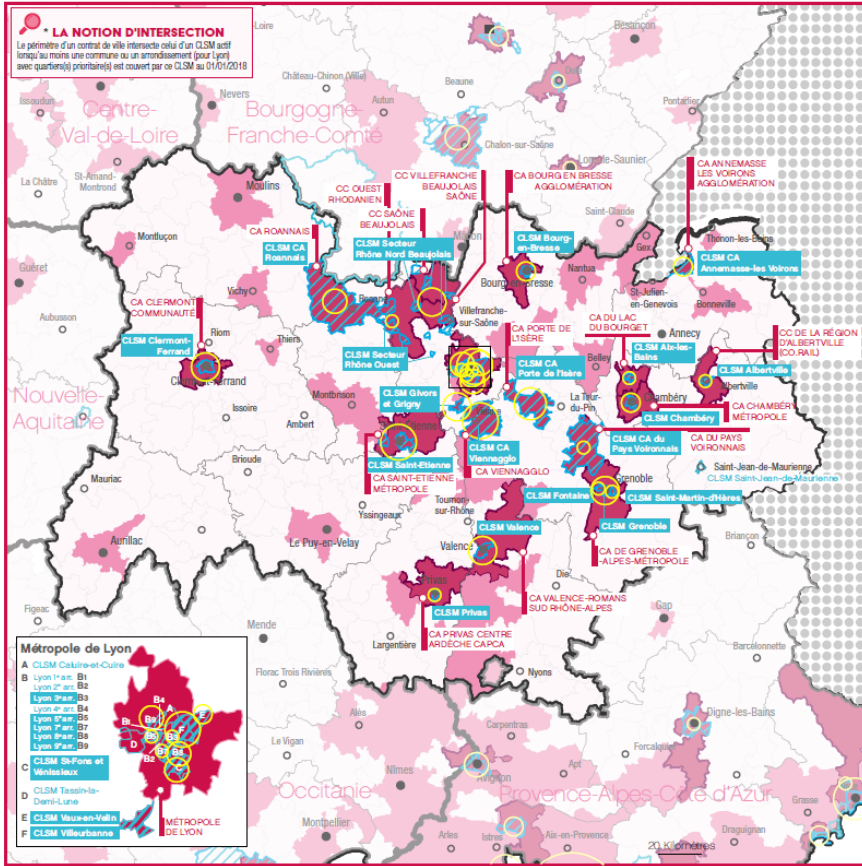
411 430 habitant.e.s en QPV dans la région Auvergne-Rhône-Alpes

64 % des habitant.e.s de l'ensemble des QPV dans la région Auvergne-Rhône-Alpes sont couverts par un CLSM



2 158 530 habitant.e.s résident dans les périmètres des CLSM dans la région Auvergne-Rhône-Alpes

263 620 habitant.e.s en QPV au sein des périmètres d'intervention des CLSM dans la région Auvergne-Rhône-Alpes à partir des données INSEE 2013



SOURCES DES DONNÉES : COCOMA/MAR/2018
RÉALISATION : CGET-ONCVA-OST-CELLULE CARTO, FP, 2018

POLITIQUE DE LA VILLE & DÉPLOIEMENT DES CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ MENTALE (CLSM) AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Diagnostic qualitatif issu de la concertation territoriale

Axes 1 et 2 : Les conditions de repérage précoce, de diagnostic et d'accès aux soins pour permettre des parcours de santé et de vie sans rupture.

Afin d'améliorer la qualité de vie des patients souffrant de troubles psychiatriques, la précocité du dépistage et du diagnostic sont des préalables indispensables. Or pour qu'il y ait dépistage précoce, des conditions doivent être remplies, notamment en termes de ressources médicales et de coordination afin d'éviter toute rupture de parcours.

Objectif n°1 : Coordination et formalisation de partenariats entre acteurs de la santé mentale au bénéfice des parcours de vie et de santé sans rupture

Dans son rapport d'août 2015, l'ANAP a introduit la nécessité d'une approche en termes de parcours et de prendre conscience à opérer, tous champs institutionnels confondus.

Plusieurs constats ont émergé des groupes de travail comme étant des freins sur le territoire:

- Méconnaissance des missions et des limites d'intervention des acteurs de la santé mentale du médico-social et la médecine de ville ainsi qu'une méconnaissance opérationnelle des réseaux territoriaux,
- Tension en termes de démographie médicale,
- Difficultés de coordination entre les centres hospitaliers dans la prise en charge des jeunes,
- Manque de temps de concertation interinstitutionnelle (CH, ESMS) et pluridisciplinaire (psychiatrie, périnatalité, gérontologie) notamment, lors des orientations (transmission de l'information entre équipes soignantes et ESMS) et plus généralement au cours des parcours de soin.
- Une difficulté à établir des liens ville-hôpital notamment entre médecins traitants et psychiatres entraînant à l'occasion des ruptures de parcours (plusieurs professionnels évoquent à cet effet l'arrêt ou les changements de traitement)
- Conseil Local en Santé Mentale de Montluçon (CLSM) – *aujourd'hui inactif*

Les participants trouvent cependant des réponses et identifient des leviers tels que :

- Coordination des établissements médico-sociaux au sein des parcours (Dispositif Réponse Accompagnée Pour Tous : RAPT)

- Volonté et demandes fortes faites par les acteurs du territoire pour le travail en réseau et notamment la fréquente mobilisation, au sein des réseaux, d'acteurs variés et nouveaux
- Commissions « situations complexes »
- Conventions entre services de psychiatrie (CH) et établissements médico-sociaux permettant la continuité des soins grâce au détachement d'une IDE de secteur (CMP) – *faites de manière ponctuelle*
- Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) sur le BSI de Vichy
- Pôle de Santé Publique (PSP)ⁱ – *Vichy et en cours de déploiement sur les autres bassins*

Recommandations identifiées par les participants au diagnostic:

S'il est de fait évoqué qu'il est nécessaire de maintenir et de développer le réseau déjà existant sur le territoire, les participants au diagnostic ont identifié comme recommandations:

Santé des jeunes :

-Renforcer les liens entre psychiatrie et périnatalité (CH)

Personnes âgées :

-Renforcer les liens entre psychiatrie et gériatrie (interlocuteur dédié, plateformes, liens CMP - EHPAD)

Outils de coordination :

-Développer des dispositifs de coordination spécialisés dans le champ du handicap psychique (MAIA)

-Mettre en place un dispositif d'appui à la coordination (DAC)

-Mettre en place un Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) dans chacun des trois Bassins Intermédiaires de Santé (BSI) : Montluçon, Moulins, Vichy.

Formation :

-Développer des formations afin de renforcer les liens entre services hospitaliers spécialisés et la médecine de ville, entre professionnels, aidants et personnes concernées (formations croisées, langage commun, acculturation).

-Assurer le maintien de la scolarité et de la formation supérieure au cours des hospitalisations à temps complet

Objectif n°2 : Soutenir la démographie médicale : offre de soin et professionnels de santé

Le maillage en exercices regroupés pour la médecine générale est en cours sur le département de l'Allier. Néanmoins, nombre de médecins traitants prennent leur retraite et rencontrent des difficultés pour leur suite. Le zonage des médecins généralistes fait apparaître des zones particulièrement fragiles sur le territoire. Les médecins spécialistes, dont les psychiatres, sont aussi concernés.

Au cours des échanges entre les groupes, la question de la présence ou de l'absence de certains professionnels de santé sur le territoire a été une question centrale.

Les freins identifiés dans le département de l'Allier :

- Démographie médicale, en premier lieu celle des médecins traitants (médecine générale de proximité) et plus généralement, celle des médecins spécialisés (psychiatres, pédopsychiatres, gériopsychiatres), à la ville comme à l'hôpital (services hospitaliers spécialisés en intra, CMP).
- Difficultés de recrutement sur les postes existants en psychiatrie, psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens
- Difficultés à remplacer les départs en retraite des médecins généralistes par de nouvelles installations
- Manque d'interventions de psychiatres et/ou psychologues dans les parcours de soins somatiques.
- Absence de centres spécialisés permettant d'assurer la prise en charge de pathologies lourdes (troubles du spectre autistique, schizophrénie) nécessitant des compétences spécifiques et un encadrement renforcé
- L'EMPP ne parvient pas à répondre aux besoins qui résultent de la baisse de la démographie médicale, elle se heurte aux logiques de secteur.
- Absence d'EM au fonctionnement formalisé (pédopsychiatrie, psychiatrie adulte, gériopsychiatrie)

Les ressources identifiées dans le département de l'Allier :

- L'investissement des acteurs de terrain dans la recherche de solutions
- EMPP sur le secteur de Vichy
- Urgences: présence d'un psychiatre (CH Moulins) ou procédure de recours interne à un avis d'un psychiatre
- Dispositif « aller vers » (ANEF) : présence d'un psychologue (en expérimentation sur Vichy Communauté) à partir du SASPP
- Les IDE de secteur effectuent des consultations de première intention (repérage, évaluation, orientation vers des prises en soin précoces), des suivis hors milieu hospitalier (EHPAD)
- Gériopsychiatrie : spécialisation de certains IDE

Recommandations identifiées par les participants au diagnostic:

Il est d'un avis commun aux groupes que le recrutement de professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) supplémentaires sur le territoire est une solution incontournable pour pallier la faible démographie médicale. Outre cette mesure, les participants identifient certaines recommandations:

- Pérenniser le Dispositif « aller vers » en déployant sur l'ex-Auvergne le dispositif de médiation santé.
- Renforcer le suivi par les IDE de secteur en lien avec le déploiement des EM.
- Recruter des professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, médicaux et paramédicaux, et travailler à l'attractivité de leurs postes.
- Développer les postes d' « Infirmiers en Pratiques Avancées - psychiatrie », de « Médiateurs en santé/pairs », et les formations afférentes.
- Mettre en place de nouvelles EMPP de manière à couvrir le département
- Mettre en place les téléconsultations
- Soutenir la gérontopsychiatrie (interlocuteur en psychiatrie dédié à la gériatrie) et venir en appui aux EHPAD.

Plusieurs actions recoupent les n°23 et 29 de la feuille de route nationale : le renforcement des équipes de psychiatrie, l'attractivité de la psychiatrie à l'hôpital, la formation des infirmiers en pratiques avancées, l'articulation du travail entre psychiatre et psychologue.

Objectif n°3 : Améliorer l'accès aux soins et l'accessibilité des structures

La baisse de la démographie médicale et les difficultés sociales entraînent un recours important à la psychiatrie (saturation aussi bien hospitalière que libérale). L'accès aux soins pour les personnes concernées s'en trouve compliqué, conjugué aux difficultés de repérage précoce des troubles. Les populations en situation de vulnérabilité sociale (difficultés financières) sont davantage exposées au risque de rupture de parcours, de non-recours aux soins, de reports de soins, de renoncements aux soins.

Les freins identifiés dans le département de l'Allier :

- Minimum 6 mois d'attente pour une première consultation, une demande de suivi et/ou d'hospitalisation en pédopsychiatrie.
- Concentration des lits de pédopsychiatrie au CH de Moulins
- EHPAD/ESMS : difficultés à accompagner les patients sur des consultations externes par manque de personnel.

- Prise en soin difficile des populations migrantes par les dispositifs de droit commun (PASS entre autres) : enjeux de santé liés à l'interculturalité, barrière de la langue, blocages administratifs, etc.
- Longueur des délais de traitement des dossiers par la MDPH.
- Difficulté de la prise en charge des frais de transports vers les structures de soin, voire refus lorsque la prise en soin est organisée en dehors du département de l'Allier (à noter que l'implantation des Centres Hospitaliers se trouvent en limite des départements limitrophes).
- Insuffisance des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie (appartements thérapeutiques)
- Fermeture des Points d'Accueil Ecoute Jeunes

Certains axes de travail et dispositifs sont identifiés par les participants comme des leviers sur le territoire et témoignent de l'intérêt porté aux difficultés d'accès aux structures et aux soins pour les personnes en situation de précarité telles que :

- Dispositif d'écoute et d'accueil téléphonique pour les assurés des différents régimes d'assurance maladie
- Expérimentation du Dispositif « Aller vers » dans le cadre du SASPP - Service d'Accueil et de Santé Publique de Proximité - à Vichy (consultations avec un psychologue, prises en charge)
- EMPP sur le BSI Vichy
- Ouverture d'un CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)
- Pair-aidance
- Recours possible à un dispositif d'interprétariat - *procédure compliquée*

Recommandations identifiées par les participants au diagnostic :

Mobilité, « aller vers » :

- Trouver des solutions pour la prise en charge des déplacements vers les structures de soin et d'accompagnement (transports à la demande, télémédecine, consultations avancées...)
- Pérenniser l'expérimentation du Dispositif « Aller vers » (temps de psychologue), Dispositif de médiation santé
- Simplifier la procédure d'accès au dispositif d'interprétariat

Formation, repérage, nouvelles pratiques professionnelles :

- Former les professionnels du sanitaire et du social à l'interculturalité dans la relation soignante

- Développer la réhabilitation psycho-sociale (renforcer les offres de proximité déjà formalisées, développer des programmes en ETP, remédiation cognitive, CPS et habilités, TCC, soutien aux aidants)
- Mettre en place des outils de repérage précoce de la souffrance psychique, troubles du neuro-développement, hors milieu hospitalier et au plus près des milieux de vie (médecine de ville, services d'aide à domicile...) et formation afférente.
- Développer les bilans psychosomatiques à l'admission dans les ESMS
- Développer la pair-aidance
- Renforcer l'offre ambulatoire extrahospitalière en Santé Mentale (CMP, entre autres)
- Améliorer la coordination des interventions des professionnels en santé mentale au bénéfice d'un parcours de santé sans ruptures (Case manager...)

Objectif n°4 : Favoriser la continuité des parcours entre les différents âges de la vie (enfance, âge adulte, vieillesse)

Promouvoir la continuité des parcours de vie s'inscrit dans une logique de parcours : parcours de vie, parcours de santé, parcours de soins. La notion de parcours comporte un caractère dynamique. Optimiser les parcours passe donc par une attention accrue à la prévention et à l'anticipation des risques de ruptures et de dégradation de l'état de santé, à l'agencement des différents accompagnements entre eux et à leur capacité à évoluer. (CNSA Rapport 2012)

Les freins identifiés dans le département de l'Allier :

- Relais difficiles entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte
- Prises en soin difficiles pour les adolescents de 16 à 18 ans du fait de la limite d'âge en pédopsychiatrie
- Défaut de construction de projet entre enfance et âge adulte
- Certains jeunes sont orientés vers la psychiatrie alors que leurs difficultés relèvent de carences sociales
- Les spécialistes de l'adolescence sont en nombre insuffisant (Vichy)
- Ruptures de parcours et abandon des suivis psychiatriques pour les personnes handicapées vieillissantes

Au sein des groupes, un seul levier est clairement identifié pour éviter les ruptures de parcours au moment du relais entre enfance et âge adulte, il s'agit de la présence de la Maison Des Adolescents (MDA) sur une certaine partie du territoire.

De même, peu de recommandations ont été identifiées dans cette première phase de travail.

RECOMMANDATIONS IDENTIFIEES PAR LES PARTICIPANTS AU DIAGNOSTIC

- Augmenter les places pour les 16-25 ans
- Développer une modalité d'accueil parents/ enfants
- Renforcer et harmoniser la prise en charge pour les personnes de l'Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes (UPHV) de moins de 60 ans
- Couvrir le territoire en Maisons Des Adolescents

Axes 3 et 4 : Les conditions de prévention, d'accès aux soins somatiques et de prise en charge des situations de crise pour les personnes présentant des troubles psychiques

(Priorités réglementaires 3 & 4)

Eléments de diagnostic :

- L'accès aux soins somatiques et le suivi
- La prévention des situations d'urgence psychiatrique et l'organisation de la réponse
- L'organisation de la permanence des soins

Dans son rapport de 2015, l'ANAP identifiait le clivage Hôpital/Médecine de ville fragilisant ainsi le parcours de soins des patients. Ceci affecte aussi bien la continuité de la prise en charge de la maladie psychiatrique que le suivi somatique.

Objectif n°1 : L'accès aux soins somatiques pour les personnes présentant des troubles psychiques

« La surmortalité des personnes ayant des troubles psychiques sévères s'aggrave de manière continue, alors que l'espérance de vie de la population générale augmente ». (Feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie)

La feuille de route nationale en santé mentale et psychiatrie identifie la nécessité dans ce cadre de développer les partenariats entre les secteurs de psychiatrie, équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, plateformes territoriales d'appui et Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) en vue de l'accès aux soins somatiques et aux mesures de prévention des personnes présentant des troubles psychiques.

Plusieurs constats émanent des groupes de travail quant à l'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques. Ces constats sont les suivants :

- Peu de ressources disponibles, en psychiatrie et en gériatrie, concernant l'accès aux soins somatiques pour les personnes présentant des troubles psychiques
- Manque de formation des équipes soignantes, dans les services somatiques, sur les troubles psychiques
- Difficultés de prise en soin somatique pour les personnes présentant des troubles psychiques : accroissement des délais d'admission en MCO, la frilosité de certains services somatiques à prendre en charge ces patients.
- Le manque de spécialistes formés aux troubles psychiatriques (dentistes, gynécologues, etc.) contraint à orienter les personnes vers Clermont-Ferrand
- Baisse des déplacements des médecins généralistes au domicile des patients alors que certains troubles psychiques conduisent les personnes à adopter des comportements de fuite (non-recours aux soins)

- Pour les personnes en situation de grande précarité, mobilisation plus importante pour les soins psychiatriques, comparativement aux soins somatiques
- Dénier des problématiques somatiques existantes par les patients présentant des troubles psychiques, leur entourage et certains professionnels
- Méconnaissance des structures et des systèmes de soins, particulièrement chez les jeunes majeurs, les personnes en situation précaire, les personnes exilées

Les acteurs du territoire et participants aux groupes identifient à certains endroits du territoire ou au sein de certaines structures quelques leviers permettant d'améliorer l'accès aux soins somatiques des patients présentant des troubles psychiques :

- Ateliers collectifs inter-institution favorisant un accès progressif aux soins somatiques pour les patients présentant des troubles psychiques (travail sur la relation de confiance)
- Services d'aide à la prise de rendez-vous (lutter contre le non-recours)
- Les IDE de secteur assurent le suivi somatique des patients présentant des troubles psychiques (psychiatrie adulte)
- Existence d'un protocole « examen et surveillance somatique » dans certains établissements
- Bilans de santé psychosomatiques à l'admission dans les établissements
- Bilans ISBA fréquemment proposés mais uniquement pour les personnes relevant de la CPAM
- Dispositifs d'appui pouvant être sollicités : CLS, MSP

RECOMMANDATIONS IDENTIFIÉES PAR LES PARTICIPANTS AU DIAGNOSTIC

- Le travail en réseau de ces acteurs de première ligne avec les autres acteurs médicaux
- Renforcer le rôle d'échange des équipes mobiles des CMP du sujet âgé avec les acteurs de la vie institutionnelle des EHPAD, et maintenir les collaborations existantes
- Communiquer sur les risques somatiques liés aux maladies psychiques et former les généralistes aux outils de prévention qui prennent en compte les spécificités de chaque pathologie psychiatrique
- Mettre en place des réunions de concertation pluri-professionnelles / pluridisciplinaires
- Travailler avec la CPAM concernant la difficulté à trouver un médecin référent et fluidifier les relations avec les travailleurs sociaux.
- Réaliser des actions de sensibilisation et d'information à destination des professionnels sur les troubles psychiques dans un but de lutter contre la stigmatisation responsable d'un ralentissement de la prise en charge somatique
- Créer un répertoire des structures de soins psychiatriques et de relais (CMP, hôpitaux de jour, Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), services somatiques spécialisés en troubles psy...) à destination des professionnels (Action identifiée au sein de la feuille de route nationale)

Objectif n°2 : La prévention des situations d'urgence psychiatrique et l'organisation de la prise en soins (rapide et efficace)

Les constats des participants aux groupes de travail quant à la prévention des situations d'urgence psychiatrique font état de certains freins :

- La faible démographie médicale (extrahospitalier et médecine de ville) ne permet pas de prévenir efficacement les situations de « crise »
- L'isolement des patients âgés complique l'intervention des professionnels (en amont des décompensations psychiques)
- Manque de données disponibles sur l'urgence psychiatrique, et plus particulièrement dans le champ de la pédopsychiatrie
- Virage ambulatoire faiblement opérationnel. Le manque de personnel médical en amont et en ambulatoire, au sein des CMP et en ville, ne permet pas de prévenir efficacement les situations de « crise »
- Hiatus entre respect de la personne qui ne souhaite pas être soignée et l'obligation d'assister la personne en danger

Face à ces difficultés, certains dispositifs du territoire permettent de prévenir les situations d'urgences et d'organiser la réponse :

- Dans certains CMP, une IDE peut accueillir et recevoir sans rendez-vous
- Les médecins coordinateurs, présents au sein des structures médico-sociales, permettent le déplacement rapide d'un professionnel sur le lieu de vie des patients
- Déplacement des professionnels de la psychiatrie (EMPP, détachement des IDE de la psychiatrie intra ou extrahospitalière) vers les structures médico-sociales
- Formation des équipes mobiles de secteur au *Case management* (objectifs : accroître leur compréhension de l'urgence psychiatrique et des prises en charge préventives)
- Formation des personnels administratifs, au sein des hôpitaux, à la compréhension des pathologies psychiatriques et des pratiques en cas de « crise »
- Actions de sensibilisation des professionnels
- Les psychologues occupent une place importante dans la prévention des situations d'urgence et peuvent apporter une réponse rapide en cas de besoin

RECOMMANDATIONS IDENTIFIEES PAR LES PARTICIPANTS AU DIAGNOSTIC

- Se doter d'un outil de suivi et d'évaluation des actions de prévention et d'indicateurs de suivi telles que le nombre d'hospitalisations, IP en lien avec la santé mentale... (lien avec la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) départementale)
- Valoriser et mieux faire connaître les services comme Chrysalide permettant un

repérage précoce de difficultés et un accompagnement des parents dans l'acceptation.

- Faciliter l'organisation des « séjours de rupture » pour les personnes connues en crise dans le but d'éviter le passage par les urgences.
- Déployer une offre de formation auprès des soignants mais également de l'entourage familial
- Projet d'équiper des IDE de secteurs avec des tablettes connectées, pour assurer un lien immédiat avec le praticien hospitalier du service de gérontopsychiatrie et mieux organiser la réponse à l'urgence
- Créer des unités mobiles supplémentaires et des cellules de crise mobile jour et nuit
- Sensibiliser les acteurs sur les lieux de vies de la personne âgée
- Développer le partenariat avec le secteur médico-social demandeur d'une expertise psychiatrique pour désamorcer des situations qui les débordent et qui génèrent des hospitalisations qui auraient pu être évitées.
- Développer la télémédecine pour organiser une réponse plus rapide (action identifiée par la feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie)
- Pour la population la plus jeune, mieux organiser la réponse lors d'un repérage précoce par des équipes du milieu scolaire et mobilisation d'un psychologue pour une réponse plus rapide.
- Valoriser le travail de la Fédération Psychiatrique au sein des GHT
- Soutenir les partenariats avec les établissements médicalisés visant à permettre la poursuite d'études en cours d'hospitalisation

Objectif n°3 : L'organisation de la permanence des soins

Sur les territoires certaines permanences sont avancées sur les lieux fréquentés, mais l'organisation de la permanence des soins s'organise aux yeux des acteurs par les biais des équipes mobiles (EMPP, psychologue « aller vers »), et par le biais de certains CMP du territoire qui bénéficient d'un service d'urgences psychiatriques.

RECOMMANDATIONS IDENTIFIEES PAR LES PARTICIPANTS AU DIAGNOSTIC

- Développer sur les bassins Vichy/Montluçon des structures type MDA ou type Internat Socio-Educatif Médicalisé pour Adolescents (ISEMA)
- Développer le partenariat MDA, Centre de planification familiale, l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)...
- Déployer des permanences « avancées » sur les lieux fréquentés par les personnes en situation de vulnérabilité (ex : Référente Consultation Jeunes Consommateurs au Foyer de Jeunes Travailleurs (FJT), etc....)
- Réfléchir sur une organisation en ESMS qui permettrait de faire plus facilement des soins sur des personnes psychotiques sans qu'il soit nécessaire d'organiser des hospitalisations dans certains cas... (soins infirmiers, soins buccodentaires...)

- Former les professionnels de la plateforme du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) de manière approfondie sur les troubles psychiques et leur prise en charge dans le cadre de la permanence des soins (Comment organiser la garde de nuit)
- Organiser la garde de nuit : par une plateforme téléphonique avec écoute pour un premier accueil, ou par le biais du SAMU. Il serait intéressant dans ce cadre d'avoir un accès aux chiffres correspondant au nombre d'appelants pour des troubles psychiques

Axe 5 : Renforcer le respect des droits et le pouvoir de décider, lutter contre la stigmatisation

(Priorité réglementaire n°5)

L'accès aux droits détermine l'ensemble du parcours de soins, s'il n'est pas effectif, il peut entraîner des renoncements aux soins.

Eléments de diagnostic :

- L'accès aux droits
- L'éducation à la santé
- La lutte contre la stigmatisation

Objectif n°1 : L'accès aux droits

« Les droits individuels de l'utilisateur du système de santé découlent des droits fondamentaux reconnus à toute personne, indépendamment de son état de santé (droit à la protection de la santé, droit au respect de la dignité, au respect de la vie privée, à la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins...) » (ARS, 2019)

Il existe cependant des droits plus spécifiques reconnus à l'utilisateur du système de santé (droit d'être informé sur son état de santé, d'accéder directement à son dossier médical, de participer aux décisions concernant sa santé). Les groupes de travail réunis dans le cadre du diagnostic partagé ont souhaité évaluer l'état de l'accès des droits sur le territoire pour les personnes concernées et dressent certains constats :

- Manque de culture juridique chez les professionnels de santé, y compris les professionnels de santé mentale
- Habitudes de travail des professionnels de santé qui les amènent à déconsidérer la mission d'information du public au profit du soin
- Manque d'échange d'information entre les organismes de tutelle et les établissements sanitaires et médico-sociaux
- L'isolement géographique limite l'accès des populations concernées aux instances pouvant les informer et/ou les accompagner dans l'accès aux droits
- L'informatisation des dispositifs d'accès aux droits rendent difficiles les démarches pour certains usagers (fracture numérique, barrière de la langue ...)
- Méconnaissance des droits par les personnes concernées et leurs proches, plus particulièrement pour les personnes en situation de précarité et exilées
- Les familles peuvent rencontrer des difficultés à comprendre et à accepter les mesures de protection juridique
- Les familles peuvent parfois freiner l'accès aux droits d'un proche en perte d'autonomie et prendre les décisions à la place de celui-ci
- Difficultés à prendre en compte la place de l'utilisateur et sa parole

Face à ces freins, les acteurs de la santé mentale du territoire trouvent un appui pour le respect de l'accès aux droits des personnes grâce à certains dispositifs :

- Convention PFIDASS permettant une ouverture rapide des droits
- Développement du travail partenarial entre structures sanitaires, structures médico-sociales et organismes de tutelle
- Des structures sanitaires et médico-sociales prennent des dispositions pour favoriser l'accès aux droits des personnes concernées, au titre desquelles : présentation des soins sans consentement, des pratiques d'isolement et de contention auprès de la Commission des usagers, révision du livret d'accueil (présentation des droits et explication des soins sans consentement), association de la personne à son projet dès son entrée ou à la sortie de l'établissement, conservation des droits inscrite dans le projet personnalisé ou dossier de soin, Commission associative « Vie intime, affectivité et sexualité », création d'une chartre pour les professionnels
- Travailler à une relation de confiance avec la personne concernée pour favoriser sa prise de parole et de décision, temps qui peut être long en cas de troubles psychiques
- Garantir la participation des personnes aux projets élaborés dans le cadre de sa prise en charge
- Travail avec l'entourage pour favoriser le respect des droits de l'utilisateur en le positionnant comme acteur de sa santé
- Formation des représentants d'utilisateurs
- Plaquettes Santé Publique France sur les droits des usagers, traduites dans de nombreuses langues.

RECOMMANDATIONS IDENTIFIEES PAR LES PARTICIPANTS AU DIAGNOSTIC

- Pérenniser le dispositif Plate-forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS) de la CPAM. Il a été repéré qu'environ 25% de la population n'avait pas accès à leurs droits, à la suite de cela la Caisse nationale, met à disposition via ce dispositif des travailleurs sociaux qui accompagnent dans l'accès aux droits. L'Allier a été un territoire expérimental.
- Poursuivre l'association des patients et résidents aux décisions prises au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux. Prise en charge préservant l'autonomie des résidents et mise en avant de leurs discours lors de transmissions ou de réunions pluridisciplinaires
- Former et sensibiliser les professionnels sur les droits des personnes concernées et les soins sans consentement, mais également sur l'empowerment, les ressources psychiques, la bienveillance.
- Déployer et former des médiateurs-pairs avec qui le dialogue peut être facilité et l'expression des droits améliorée (l'exploration des modalités de déploiement de médiateurs pairs figure au sein de la feuille de route nationale)
- Déterminer un lieu d'information unique sur les droits

- Développer les possibilités de suivi de demandes (via un logiciel par exemple)
- Informer les élus locaux sur l'accès aux droits et les dispositifs s'y rattachant
- Développer des actions de formation et d'échanges en direction des avocats et des Juges des Libertés et de la Détention
- Développer le travail partenarial entre les structures sanitaires et médico-sociales et les organismes de tutelle
- Communiquer sur la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) : mieux la faire connaître, son rôle et identifier comment la saisir en cas de besoin.
- Développer l'utilisation du Dossier Médical Partagé (DMP)

Objectif n°2 : Education pour la santé

"L'éducation pour la santé est un ensemble de méthodes et de démarches pédagogiques et de communication parmi d'autres (diagnostics des besoins, planification...) au service de la promotion de la santé et de la prévention, pour accroître l'autonomie, la capacité de faire des choix favorables à la santé,- en respectant la liberté, en promouvant la responsabilité des personnes,- en développant les connaissances et les compétences,- en favorisant l'estime de soi et l'attention aux autres" .(C. Bouchet., 2000)

Les participants aux groupes de travail et les acteurs du territoire font remonter dans le cadre du diagnostic partagé certains freins au développement de l'éducation pour la santé.

Manque de temps pour informer les familles, dont le rôle est prépondérant dans l'éducation à la santé, et dispenser des actions de prévention à leur égard

- A l'école primaire, de nombreux enfants passent au travers des bilans de santé, qui sont pourtant un levier en éducation pour la santé
- L'éducation thérapeutique insuffisamment développée
- Difficultés à trouver des patients experts, malgré l'appui particulièrement apprécié par les acteurs de santé

En éducation pour la santé, des leviers sur le territoire existent identifiés par les acteurs qui font remonter les points suivants :

- Actions d'éducation pour la santé menées en dehors de l'hôpital : interventions efficaces en milieu scolaire (commission départementale d'éducation), dans les Groupes d'Entraide Mutuelle, dans les milieux de vie.
- Aborder la santé mentale par le bien-être (approche positive)
- Dispositif de prévention du décrochage scolaire au sein de collèges (enseignants psychologues, assistantes sociales, IDE et partenaires extérieurs)

RECOMMANDATIONS IDENTIFIEES PAR LES PARTICIPANTS AU DIAGNOSTIC

- Ateliers collectifs sur les lieux de vie ou repérés comme fréquentés (public en situation de précarité) et valoriser les compétences acquises dans les ateliers, de ces personnes
- Mettre en application le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) et Maladie chronique : la maladie mentale est concordante avec la démarche de prise en charge de la maladie chronique
- Intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires
- Développer l'Activité Physique Santé en unité d'entrée
- Développer l'éducation thérapeutique du patient
- Il existe un plan santé des jeunes qu'il serait intéressant de décliner au niveau du territoire
- Créer des « passerelles » entre les établissements (crèche-scolaire, primaire-collège, collège-lycée...)

Objectif n°3 : Lutte contre la stigmatisation

Les représentations sociales font que nous établissons différentes catégories de personnes ou de groupes auxquels nous attribuons des caractéristiques communes. « *Les représentations sociales liées à ces stéréotypes nous amènent à nous figurer le monde de façon simplifiée. Ils donnent du sens à nos comportements et sont à l'origine d'attitudes stigmatisantes (distance sociale, méfiance, peur) et de comportements discriminatoires (rejet, exclusion).* » (Psycom, 2019)

Les conséquences de la stigmatisation des personnes présentant des troubles psychiques sont multiples et touchent à la fois le plan personnel (baisse de l'estime de soi, sentiment de culpabilité, stress, isolement), le plan social (exclusion, difficulté à obtenir un logement, pertes des droits civiques, marginalisation) mais aussi sur les soins (difficultés d'accès aux soins, abandons thérapeutiques, privations de liberté, manque d'information). L'ensemble de ces facteurs réduit les chances de guérison des personnes souffrant de troubles psychiques en participant à l'exclusion sociale.

Sur le territoire les acteurs de la santé mentale identifient ce phénomène à travers plusieurs constats :

- Méconnaissance des pathologies psychiatriques chez la personne âgée
- La stigmatisation des personnes présentant des troubles psychiques freine leur accès aux soins somatiques, notamment pour les personnes âgées
- Des a priori des professionnels, des équipes, des familles et des personnes elles-mêmes concernées
- Stigmatisation des patients qui doivent se confronter à un Juge des libertés et de la Détention (hospitalisation assimilée une détention)
- L'inclusion des enfants en situation de handicap psychique est limitée par le peu de moyens en encadrement

Pour lutter contre la stigmatisation en santé mentale, les acteurs du territoire identifient quelques leviers présents :

- Des ateliers collectifs interservices et au sein des structures sociales et médicosociales permettant d'informer, de renforcer l'estime de soi, de modifier le regard porté sur autrui
- Participation des personnes concernées à la vie locale : associations, manifestations, vie dans la cité
- Interventions en milieu scolaire
- Accueils en inclusion des enfants d'IME, ULIS en milieu ordinaire
- Information du grand public via des campagnes nationales de prévention de la stigmatisation, des risques, d'informations sur les droits, semaines d'information sur la santé mentale (SISM), des conférences, des formations etc.
- Inclusion des enfants d'Instituts Médico-Educatif (IME), d'Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS)

RECOMMANDATIONS IDENTIFIEES PAR LES PARTICIPANTS AU DIAGNOSTIC

- Favoriser l'inclusion sociale, favoriser l'intégration des personnes dans les milieux de vie
- Favoriser les rencontres entre les entreprises, les partenaires avec des structures d'accompagnement et d'insertion.
- Porter une attention particulière au vocabulaire utilisé dans les échanges interprofessionnels et les écrits professionnels pour qu'il soit valorisant pour les personnes
- Favoriser les journées portes ouvertes avec des structures d'accompagnements (Etablissements et Service d'Aide par la Travail (ESAT), IME, Centre de Rééducation Professionnelle (CRP), associations spécialisées dans le domaine du handicap psychique, associations de personnes concernées, de la santé mentale...)
- Donner accès à une information de qualité sur les maladies, les symptômes, les acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement.
- Développer l'inclusion par l'action et le renforcement du GEM (Action n°34 de la feuille de route nationale)
- Développer les cafés des parents, des frères et sœurs
- Sensibiliser les associations pour l'accueil de ce public
- Former le personnel soignant et éducatif à la connaissance de la maladie mentale afin de limiter leurs appréhensions envers ces publics.
- Développer une communication élargie (entreprise, scolaire, associatif) sous des formats variés de vidéos, de témoignages, d'expressions artistiques
- Soutenir les initiatives des personnes accompagnées dans leur participation à des actions visant à lutter contre la stigmatisation
- Augmenter le nombre d'Accompagnant d'Elèves en Situation de Handicap (AESH) et le taux d'encadrement
- Formation des professionnels de soins à l'entretien motivationnel

L'information du grand public et la lutte contre la stigmatisation sont inscrites dans la feuille de route de santé mentale et psychiatrie (Action n°3)

Axes transversaux : La prévention du risque suicidaire et des conduites addictives comme transversale

(Priorité issue de la concertation)

Objectif n°1 : Une dynamique de réseau professionnel, bénévole et usager :

Au regard de la prévention du risque suicidaire et des addictions, les acteurs du territoire évoquent la question des réseaux qui interviennent sur ces deux thématiques.

- L'évaluation du risque suicidaire se heurte à la faible démographie médicale, des orientations vers les urgences en sont la conséquence
- Le risque suicidaire est peu travaillé chez le sujet âgé
- Les liens entre les acteurs sur ces thématiques sont encore trop ténus, l'organisation entre la psychiatrie et l'addictologie reste cloisonnée
- Le territoire de Vichy est déficitaire en structures spécialisées comparé à celui de Moulins
- Le nombre de partenaires intervenant sur la prévention du suicide et sur les addictions est perçu comme très limité

Face à ces constats, les participants au diagnostic partagé ont identifié certains leviers présents sur le territoire pour le travail en réseau autour de la prévention du risque suicidaire et des addictions :

- Plan ARS « prévention du suicide »
- Présence de CMP sur le territoire
- Dispositif « vigilanS »
- Services d'addictologie (psychologue, IDE ...)
- Unité d'Addictologie de Liaison de Moulins
- Présence d'un référent Consultation Jeunes Consommateurs
- Professionnels formés à la prévention du risque suicidaire et addictologie au sein des équipes

RECOMMANDATIONS IDENTIFIEES PAR LES PARTICIPANTS AU DIAGNOSTIC

- Renforcer les collaborations et le travail partenarial notamment entre le secteur psychiatrique et la ville
- Réduire les délais de rendez-vous en CMP pour assurer une continuité entre le 1^{er} entretien et l'accompagnement post crise suicidaire
- Recenser les potentialités de terrain, concernant les moyens humains, matériels, organisationnels
- Développer les CLSM

- Mettre en avant la place du médecin traitant comme pivot pour le recueil de l'information en vue d'une action de santé
- Information émanant de tous les professionnels de l'accompagnement et du soin, gravitant autour de la personne âgée sur la spécificité du risque suicidaire au sein de cette population
- Développer la prévention du suicide sur les CMP par une mobilité des équipes auprès des publics à risque.
- Favoriser les liens avec l'UAL, avec le Centre hospitalier Cœur du Bourbonnais.
- Développer des formations sur le risque suicidaire de la personne âgée auprès des professionnels soignants
- Favoriser l'organisation de réunions pluridisciplinaires sur la prise en charge de résidents concernés par le risque suicidaire et/ou l'addiction
- Développer le partenariat et le travail en réseau pour mieux répondre et mieux orienter
- Maintenir des antennes locales pour éviter l'isolement géographique et apporter une réponse plus rapide.
- Augmentation des temps psychologues pour accompagnements vers des thérapies aux résidents souffrant d'addictions ou désireuses de mettre fin à leurs jours (EHPAD)
- Développer le travail avec les familles
- Diffuser l'information spécifique aux consultations avec des spécialistes sur ces thèmes

Objectif n°2 : La formation déployée à l'échelle du territoire

La prévention du risque suicidaire et des addictions passe selon les participants au diagnostic partagé, par la formation des acteurs de la santé mentale. Plusieurs freins et leviers sont identifiés :

- Difficultés de repérage du risque suicidaire
- Méconnaissance des professionnels de la prévention du risque suicidaire et des conduites addictives
- Certaines institutions refusent d'accueillir des personnes ayant des antécédents suicidaires ou liées à des conduites addictives, même si elles sont stabilisées
- La stigmatisation des personnes ayant des conduites addictives ou banalisation
- Insuffisance de l'offre de formation, colloques, journées thématiques sur le repérage et la prise en charge du risque suicidaire et sur les conséquences liées aux conduites addictives
- Sous-estimation du risque suicidaire chez la personne âgée

Pour améliorer la prévention du risque suicidaire et les addictions, sur le territoire, les acteurs ont identifié plusieurs leviers :

- Actions de formation (en interne principalement)
- Semaines d'Information en Santé Mentale
- Travail efficace de formation et d'échange avec les familles et les aidants

RECOMMANDATIONS IDENTIFIEES PAR LES PARTICIPANTS AU DIAGNOSTIC

- Renforcer la formation des professionnels de terrain par un développement d'offres de formation sur le risque suicidaire et sur les addictions, le repérage des troubles psychiques, en cas de prise
- Informer la population générale (conduites à tenir, lieu d'accueil et d'information)
- Développer une offre de formation des médias pour éviter les effets de « contagion suicidaire » programme PAPAGENO.
- La postvention, et le suivi effectué auprès des personnes ayant fait des tentatives de suicide.
- Mettre en place des formations spécifiques aux addictions aux benzodiazépines et aux antalgiques opiacés chez la personne âgée, mais également sur la dépression du sujet âgé et le risque suicidaire propre à cette population.
- Priorisation des formations de prévention du suicide dans le plan de formation.
- S'appuyer sur la dynamique partenariale pour mieux appréhender le risque suicidaire et mieux le maîtriser (informations communications, formations sur le terrain et accompagnements d'experts)
- Formation des médecins généralistes au repérage notamment sous l'angle de la dépression
- Campagnes sur les effets délétères des addictions
- Mettre en place le binôme départemental en formation suicide et proposer les nouveaux formats de formation
- Former les médecins généralistes au risque suicidaire avec le risque de dépression comme entrée (troubles très fréquemment rencontré par ces professionnels).

Objectif n°3 : Approches populationnelles et par milieu de vie

L'approche populationnelle et par milieu de vie en matière de prévention du risque suicidaire et des addictions connaît certains freins sur le territoire :

- Taux de suicide élevé dans la catégorie socioprofessionnelle des exploitants agricoles, population très présente dans le département
- Structures non adaptées pour la prise en charge des conduites addictives, notamment les structures d'hébergement
- Fermeture des lieux de sociabilité et d'information du service public

Au regard de ces freins, des leviers sont identifiés sur le territoire :

- Actions de prévention du suicide
- Prévention du risque suicidaire et des conduites addictives abordée à différents moments de la prise en charge au sein des structures médico-sociales (projet d'établissement, livret d'accueil)
- Un réseau scolaire dispensant des temps d'écoute
- Des élus facilitateurs avec les associations
- Actions menées en éducation pour la santé sur la thématique des addictions (ex : Moi(s) sans tabac)
- Mise en place d'approches indirectes par l'alimentation, le travail, par exemple

RECOMMANDATIONS IDENTIFIEES PAR LES PARTICIPANTS AU DIAGNOSTIC

- Développer les campagnes de prévention du risque suicidaire notamment au sein du milieu éducatif et du milieu médico-social.
- Développer un travail entre l'ANPAA et les structures d'hébergement sur les pratiques
- Valoriser les temps d'éducation à la santé au plus près des lieux de vie et de loisir
- Augmenter les lieux d'écoute
- Aller auprès des populations à risques : faire de la prévention sur le terrain
- Favoriser le lien social
- Proposer des solutions plutôt que des sanctions (alcotest gratuit dans les lieux à risque, prise des clés de voiture dans les lieux de consommation à l'entrée et redonné à la sortie si pas d'abus, lieu de débats, navettes gratuites dans les lieux festifs...)
- Pour la population jeune : coordonner et mettre en place une continuité dans les actions entre le primaire et le secondaire

Au sein de cet axe, plusieurs recommandations recoupent celles identifiées dans la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » sous la forme de l'action n°6 : Mettre à disposition des ARS un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide. On retrouve dans le diagnostic partagé du département de l'Allier : la question de la postvention et des dispositifs de recontact, la formation des professionnels et notamment celle des médecins généralistes avec le prisme de la dépression, et les formations auprès des médias.

ⁱ Regroupant les PASS avec les dispositifs d'accès aux soins des publics précaires (dans l'Allier SASPP)

CONCLUSION :

Ce travail de diagnostic partagé a été réalisé grâce à l'implication des partenaires du territoire.

Même s'il n'a pas été facile de réunir les groupes tels qu'il avait été prévu initialement, le questionnaire envoyé aux acteurs concernés, a permis de collecter des données essentielles à la réalisation de ce diagnostic.

Les annexes représentent tous les documents qui ont été transmis par les répondants aux questionnaires qu'ils soient du milieu hospitalier, libéral, médico-social, social et usager.

Les recommandations qui ont été faites par les partenaires ne sont qu'à titre indicatif mais peuvent constituer une base de travail.

Points émergents du diagnostic :

Sur les freins :

- Ressources :

Limite des Ressources disponibles en psychiatrie, gériatrie et autres spécialités qui induit des temps d'attente importants (minimum 6 mois)

- Troubles psychiques :

Problématique de la prise en charge pluridisciplinaire de la personne présentant des troubles psychiques,

Accès aux soins somatiques et organisation des transports vers les structures

Formation des équipes soignantes sur troubles psychiques dans les services somatiques

- Précarité et santé : les acteurs ont insisté sur la précarité et sur les déterminants en santé mentale

Non recours aux soins

Prise en charge des personnes en situation précaire

Mobilisation plus importante pour les soins psy

Isolement social

Prises en charge difficiles des populations migrantes (Prises en charge différentes)

- Organisation de l'offre :

Méconnaissance des structures et du système soins

Insuffisance des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie

Absence de centres spécialisés pour la prise en charge des pathologies lourdes (troubles spectre autistique, schizophrénie avec compétences spécifiques et encadrement renforcé)

Articulation entre les différents services de pédopsychiatrie et psychiatrie adultes et problème de répartition des lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie centralisés sur le Centre Hospitalier Moulins/Yzeure

Manque temps concertation interinstitutionnelle notamment lors des orientations et des parcours de soins

Prise en charge des ados 16-18 ans

Prise en charge des personnes handicapées vieillissantes et leur suivi psychiatrique

- Accès aux droits et éducation à la santé :

Sur l'accès aux droits :

Manque de culture juridique chez les professionnels de santé, y compris les professionnels de santé mentale

Habitudes de travail des professionnels de santé qui les amènent à déconsidérer la mission d'information du public au profit du soin

Manque d'échange d'informations entre organismes de tutelle et établissements sanitaires et médico-sociaux

Isolement géographique des populations concernées limitant l'accès aux instances d'informations ou d'accompagnement d'accès aux droits

Informatisation des dispositifs d'accès aux droits rendant difficiles les démarches pour certaines personnes concernées (fracture numérique, barrière de la langue ...)

Méconnaissance des droits par les personnes concernées et leurs proches, plus particulièrement pour les personnes en situation de précarité et exilées

Difficultés pour certaines familles à comprendre et à accepter les mesures de protection juridique

Freins de certaines familles sur l'accès aux droits d'un proche en perte d'autonomie et dans la prise de décisions à la place de celui-ci

Difficultés à prendre en compte la place de l'utilisateur et sa parole

Sur l'éducation à la santé :

Manque de temps pour informer les familles, dont le rôle est prépondérant dans l'éducation à la santé, et dispenser des actions de prévention à leur égard

A l'école primaire, de nombreux enfants passent au travers des bilans de santé, qui sont pourtant un levier en éducation pour la santé

Éducation thérapeutique insuffisamment développée

Difficultés à trouver des patients experts, malgré l'appui particulièrement apprécié par les acteurs de santé

Sur les leviers :

Beaucoup de choses se font localement et il existe des leviers qui seraient forts utiles à l'ensemble du territoire:

- Equipe mobile de précarité,
- Equipe mobile de géronto-psychiatrie
- "Aller vers" (Médiation santé)
- PASS et pôle de santé publique
- Grille de critères commune inter-institution de repérage précoce
- 2 CLS nouvellement installés (Vichy et Bocage Bourbonnais)
- Maisons des ados
- Associations caritatives
- Dispositifs spécifiques (lits halte soins santé, Service d'Accès aux Soins de Santé Publique, appartements coordination thérapeutique, CSAPA, Semaine d'information en santé mentale)
- Situations cas complexes
- RAPT (Réponse Accompagnée pour Tous)
- Maillage autour des Centres hospitaliers (présence sur chacun des 3 bassins de santé intermédiaire), 1 hôpital de proximité (HCB) ainsi que le CHS d'Ainay le Château

Des recommandations ont été formulées qui pourront permettre d'engager un travail plus approfondi pour l'élaboration du plan d'actions.

La commission spécialisée en santé mentale du CTS Allier a été particulièrement impliquée dans ce travail reconnu par l'ensemble du Conseil Territorial de Santé auprès de qui, ce diagnostic a été présenté le 15 octobre 2019.

Glossaire

AESH : Accompagnant d'Elèves en Situation de Handicap

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANEF : Association Nationale d'Entraide

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ARS : Agence Régionale de Santé

BSI : Bassin de Santé Intermédiaire

CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel

CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques

CLS : Contrat Local de Santé

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRA : Centre Ressources Autisme

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

CRP : Centre de Réadaptation Professionnelle

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DMP : Dossier Médical Partagé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMPP : Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité

EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESMS : Etablissement Sociaux et Médico-Sociaux

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IME : Institut Médicoéducatif

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

ISBA : Institut de Santé Bourgogne Auvergne

ISEMA : Internat Socio-Educatif Médicalisé pour Adolescents

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MDA : Maison des Adolescents

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelles

PAEJ : Point d'Accueil Ecoute Jeunes

PFIDASS : Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SASSP : Service d'Accueil et de Santé Publique de Proximité

SISM : Semaines d'Information sur la Santé Mentale

UAL : Unité d'Addictologie de Liaison

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques

UPHV : Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes

Bibliographie, documents supports à l'élaboration du diagnostic

➤ Documents d'orientation :

HAS, 2018, Programme pluriannuel Psychiatrie et santé mentale 2018-2023, 27p

Ministère des solidarités et de la santé, 2019, Directives PTSM émanant de la DGOS, 9p.

Ministère des solidarités et de la santé, 2019, Santé mentale et psychiatrie en 2019 « 10 mesures prioritaires », 16p.

Ministère des solidarités et de la santé, 2019, Santé mentale et psychiatrie « Mise en œuvre de la feuille de route », 31p.

Ministère des solidarités et de la santé, 2018, Santé mentale et psychiatrie « Feuille de route », 31p.

➤ Apports théoriques :

Fédération mondiale pour la santé mentale, La santé mentale en soins primaires : améliorer le traitement et promouvoir la santé mentale, 48p.

INSEE ARA, 2019, Du rural éloigné au rural proche des villes : cinq types de ruralité, Insee Analyses, 4 p.

INSEE, 2014, Une approche de la qualité de vie dans les territoires, Insee première, 4 p.

INSEE, 2015, Une sélection d'indicateurs pour la stratégie de lutte contre la pauvreté, 45p.

IRDES, 2019, La santé mentale en France et dans les pays de l'OCDE, 298p.

➤ Données de niveau régional ou inter-régional :

ARS Auvergne, Evaluation 2015 des situations d'inadéquation pour les personnes hospitalisées en psychiatrie dans la région Auvergne, 87p.

ARS ARA, 2017, Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale, volet Personnes Agées, 13p.

CREAI, ABSIM, CRIAS, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Formation croisée, Handicap psychique, document de restitution 08/11/2018.

INSEE ARA, 2018, Centre France : des difficultés et des atouts propres aux territoires essentiellement ruraux, 52 p.

Labo Cités, 2019, Quartiers prioritaires et quartiers de veille en Auvergne-Rhône-Alpes, 5 p.

Monat T. (Dr), Evolution de l'activité des établissements autorisés en psychiatrie et bilan du SROS santé mentale en Auvergne 2012-2016, 34 diapositives.

ORS, 2019, Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes, 40 p.

ORS, 2017, La santé mentale en Auvergne et dans les départements, 255p.

ORS ARA, 2017, Tableau de bord social, un outil régional au service de la lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, 17 p.

PFOSS, 2019, Données sociales en Auvergne-Rhône-Alpes, 4 p.

➤ Données de niveau départemental :

Conseil Territorial en Santé Mentale, Groupe Enfance-Famille, 2019, Diagnostic partagé en Santé Mentale, PTSM, 23 p.

Conseil Territorial en Santé Mentale, Groupe Adulte, 2019, Diagnostic partagé en Santé Mentale, PTSM, 25 diapositives.

Département de l'Allier, 2017-2021, Schéma unique des solidarités de l'Allier, Direction des Solidarités Départementales, 72p.

INSEE ARA, 2017, Les familles monoparentales fragilisées dans l'Allier, 4 p.

PFOSS ARA, 2018, Portrait social de l'Allier, 4p.

URPS ARA, 2018, Rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes, département de l'Allier, 93p.