

CONTEXTE NATIONAL

En 2001, le produit intérieur brut par habitant de la France est légèrement supérieur à celui de l'Union européenne (respectivement 23 300 SPA –standards de pouvoir d'achat– et 23 200). En 2003, le PIB français s'est accru de 0,5% en volume, après 1,2% en 2002 et 2,1% en 2001. C'est la progression la plus faible enregistrée depuis 1993. Cela s'explique par un recul de l'investissement des entreprises ainsi qu'un ralentissement de la consommation effective des ménages. A l'intérieur du territoire, on observe une grande disparité des PIB par habitant : celui de l'Île-de-France reste largement supérieur à ceux des autres régions.

En 2003, la population active représente 27,1 millions de personnes : 14,7 millions d'hommes et 12,4 millions de femmes. Depuis le milieu des années 80, l'activité professionnelle est marquée par deux phénomènes :

- le raccourcissement de la période d'activité au cours de la vie, conséquence de l'allongement continu de la scolarité, du droit à la retraite à 60 ans et de la multiplication des départs en pré-retraite.

- l'augmentation du taux d'activité féminin qui pour les 15-64 ans est passé de 54,2% en 1982 à 62,8% en 2002. Cette évolution s'accompagne d'un développement du travail à temps partiel, qui concerne 30% des femmes ayant un emploi en 2002 (contre 5,5% des hommes).

Après avoir diminué régulièrement entre 1997 et 2001, le chômage augmente à nouveau. Le nombre de chômeurs s'élève à 2 640 000 en 2003 (en moyenne sur l'année). Le taux de chômage, au sens du BIT*, est passé de 8,7% à 9,7% de la population active entre 2001 et 2003. Cette progression touche toutes les catégories d'actifs. Le taux de chômage reste supérieur à la moyenne chez les jeunes, les non-diplômés, les ouvriers et les femmes.

* Le Bureau International du Travail (B.I.T) considère comme chômeurs les personnes satisfaisant simultanément aux critères suivants : recherche d'un emploi, démarches effectives, disponibilité, absence d'occupation professionnelle au cours de la semaine de référence, ainsi que les personnes disponibles ayant trouvé un emploi qui débutera après la semaine de référence.

Les salariés (*) par catégorie socioprofessionnelle au 1.1.1999

	Drôme		Rhône-Alpes
	Effectif	%	%
Chefs d'entreprise salariés	402	0,6	0,7
Cadres et prof. intell. sup.	5 804	9,2	12,1
Professions intermédiaires	14 612	23,1	22,7
Employés	13 798	21,8	22,4
Ouvriers qualifiés	21 050	33,3	30,0
Ouvriers non qual., agricoles	7 611	12,0	12,2
Total	63 277	100,0	100,0

Sources : INSEE, DRTEFP Exploitation ORS
(*) Salariés des établissements industriels et commerciaux de 20 salariés et plus du secteur privé et du secteur public.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- Le premier secteur d'activité est le secteur tertiaire, qui totalise 66% de l'emploi dans le département, mais l'activité spécifique du département est l'agriculture.
- Dans la Drôme, le revenu net imposable moyen s'élève à 14 516 € par contribuable contre 16 511 € au niveau régional.
- Le taux de chômage s'élève à 11,1% en 2003. Comme sur l'ensemble de la France, ce taux augmente à nouveau depuis 2001 et reste le plus élevé de la région.

Une part relativement importante de l'agriculture dans l'emploi total

Le secteur tertiaire (activités de service, commerce), premier employeur du département, totalise 66,2% de l'emploi en 2002. On trouve ensuite l'industrie (21,1%), le bâtiment, génie civil et agricole (6,6%) et enfin le secteur primaire (agriculture) avec 6,0%.

Malgré leur poids dans l'emploi total du département, les activités de service sont proportionnellement beaucoup moins présentes qu'en Rhône-Alpes et en France.

Les distributions pour les secteurs de l'industrie et de la construction sont très proches de celles de Rhône-Alpes ; la part de l'agriculture est 2,3 fois plus importante dans le département que dans la région. La Drôme est le département le plus agricole de la région après l'Ardèche.

L'emploi total par secteur d'activité au 31.12.2002

	Drôme		Rhône-Alpes	France
	Effectif	%	%	%
Agriculture	11 128	6,0	2,6	3,6
Industrie	39 072	21,1	21,1	17,0
Construction	12 214	6,6	6,2	6,0
Commerce	27 427	14,8	13,5	13,6
Services	95 140	51,4	56,5	59,8
Total	184 981	100,0	100,0	100,0

Sources : INSEE

Une proportion d'ouvriers légèrement supérieure à la moyenne régionale

En 1999, les établissements de plus de 20 salariés du secteur privé et public industriel et commercial comptent près de 63 300 salariés dans la Drôme. Les ouvriers représentent 45,3% de cette population active, proportion un peu plus élevée que dans l'ensemble de la région (42,2%). La proportion des cadres est en revanche inférieure à la moyenne régionale (9,2% contre 12,1%). Toutefois cette catégorie socio-professionnelle se caractérise par une grande disparité dans la région, les deux départements du Rhône et de l'Isère concentrant à eux-seuls les deux tiers des cadres rhônalpins. Les professions intermédiaires et les employés ont un poids quasiment équivalent dans le département et la région.

LE CONTEXTE ECONOMIQUE ET L'EMPLOI

Répartition des salariés selon la taille de l'établissement*—31.12.2002

	Drôme		Rhône-Alpes	France
	Effectifs	%	%	%
Moins de 10	32 210	26,5	24,7	24,5
de 10 à 49	38 372	31,6	30,5	28,6
de 50 à 199	28 080	23,1	24,7	23,3
Plus de 200	22 783	18,8	20,1	23,6
Total	121 445	100,0	100,0	100,0

Sources : DRTEFP, UNEDIC

Exploitation ORS

(*) Établissements employeurs du secteur marchand non agricole

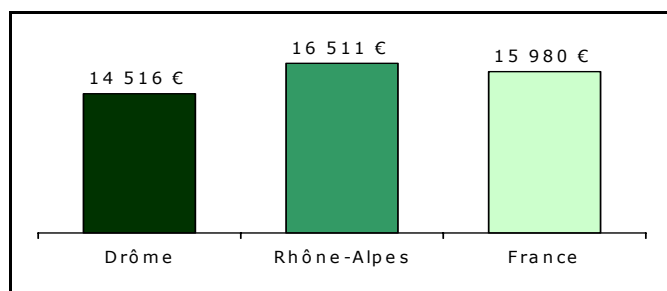
Plus de salariés dans les petites entreprises

26,5% des salariés des établissements du secteur marchand non agricole travaillent dans des structures de moins de 10 employés, soit une part supérieure à la région (24,7%) et à la France (24,5%). Pareillement, cette part est supérieure pour les établissements de 10 à 49 employés : 31,6% dans la Drôme contre 30,5% en Rhône-Alpes et 28,6% en France. En revanche, les salariés drômois sont proportionnellement moins nombreux à travailler dans des grandes structures : 18,8% contre 20,1% en Rhône-Alpes et 23,6% en France.

Un revenu imposable moyen de 14 516 € en 2002

Avec un revenu net imposable moyen s'élevant à 14 516 € par contribuable en 2002, la Drôme se situe en-dessous des moyennes régionale (16 511 €) et nationale (15 980 €). La Drôme est l'un des départements de Rhône-Alpes les plus défavorisés (6e rang) en matière de revenu avec l'Ardèche (8e) et la Loire (7e). Cette situation s'explique par un taux de chômage élevé et une sous-représentation des catégories socioprofessionnelles à haut niveau de revenu (cadres...). Le revenu moyen est inférieur à celui de la France et de Rhône-Alpes pour les foyers fiscaux imposables, mais supérieur pour les foyers fiscaux non imposables. 51,7% des foyers sont non imposables dans la Drôme, contre une moyenne de 48,1% en France et de 45,7% en Rhône-Alpes.

Revenu net imposable moyen (*) en 2002



Sources : Direction Générale des Impôts

(*) Le **revenu net imposable moyen** correspond au revenu brut global de l'année moins les charges déductibles et les abattements spéciaux, rapporté au nombre de foyers fiscaux (imposés ou non).

Un taux de chômage toujours important

Selon l'estimation de l'INSEE, le chômage touche 11,1% de la population active drômoise en 2003. Supérieur de 2,4 points au taux régional (8,7%), ce taux reste le plus élevé des départements rhônalpins.

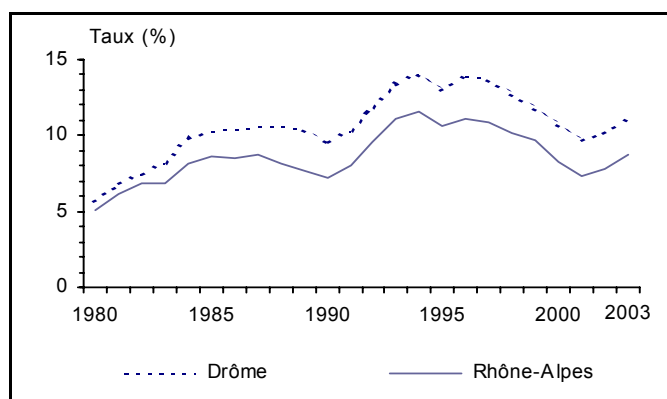
Dès 1980, le département était plus fortement touché par le chômage que l'ensemble de Rhône-Alpes (5,7% contre 5,1%). L'écart s'est ensuite accentué, particulièrement à partir de 1984. Après une forte croissance entre 1991 et 1994, une diminution entre 1997 et 2001, le taux de chômage augmente à nouveau au même rythme que dans la région (+1,4 points entre 2001 et 2003).

Le taux d'activité (population active rapportée à la population totale) s'élevait à 54,2% dans la Drôme en 1999. Il est de 61,5% chez les hommes et 47,5% chez les femmes.

Près d'un demandeur d'emploi sur cinq a moins de 25 ans

Au 31 janvier 2005, le nombre de demandeurs d'emploi inscrits à l'ANPE en catégorie 1* s'élève à 18 841 dans la Drôme, soit une évolution brute de 3% en un an. Les femmes représentent 47,8% des demandeurs d'emploi, niveau équivalent à la région et à la France. La part des moins de 25 ans est un peu plus élevée dans la Drôme (18,3%) qu'en Rhône-Alpes (16,2%) et en France (17,1%). La part des chômeurs de longue durée (plus d'un an) est un peu plus élevée dans la Drôme (27,2%) qu'en Rhône-Alpes (26,7%), mais inférieure par rapport à la France (30,4%).

Évolution des taux de chômage annuels dans la Drôme et en Rhône-Alpes de 1980 à 2003



Source : INSEE

Exploitation ORS

Structure des demandeurs d'emploi de catégorie 1 au 31.01.2005

	Drôme	Rh-Alpes	France
Total (données brutes)	18 841	211 864	2 587 987
% de femmes	47,8	47,5	47,5
% moins de 25 ans	18,3	16,2	17,1
% chômeur longue durée (>1 an)	27,2	26,7	30,4
% chômeur longue durée (>2 ans)	8,9	9,2	11,8

Source : DRTEFP, ANPE

*personnes déclarant être à la recherche d'un emploi à temps plein à durée indéterminée n'ayant pas exercée une activité réduite de plus de 78 heures dans le mois.

Pour plus d'éléments concernant la précarité se reporter à la fiche 6.1

CONTEXTE NATIONAL

La France compte 61 millions d'habitants au 1er janvier 2002. Elle se place au 2e rang des pays de l'Union Européenne pour sa population, loin derrière l'Allemagne (82 millions) mais juste devant le Royaume-Uni (59 millions).

Entre 1950 et 2002, la population française est passée de 42 à 61 millions d'habitants, soit une progression de plus de 40%. L'évolution démographique actuelle se traduit par un vieillissement progressif de la population résultant de la baisse de la natalité et de l'allongement de la durée de la vie. A peine supérieure à 10% au début des années 1950, la proportion de personnes de 65 ans et plus dans la population française est aujourd'hui supérieure à 16%. Toutefois, l'arrivée des classes 'creuses' (générations 1915 à 1919) aux très grands âges va provisoirement ralentir la progression du nombre de personnes de 85 ans ou plus dans les prochaines années. Dans l'Union Européenne (*Europe des 15*), l'Irlande est le pays le moins âgé avec 11,1% de personnes de 65 ans ou plus dans la population. C'est en Italie et en Suède que cette proportion est la plus forte, respectivement 18,7 et 17,3% en 2002. A l'inverse, la part des moins de 20 ans dans la population ne cesse de diminuer. Ils ne représentent plus qu'un quart de la population française contre un tiers au début des années 1970. Cependant, la France, avec une proportion de 25% en 2002 est, après l'Irlande (29%), le pays de l'Union Européenne où cette proportion est la plus élevée. Les personnes de 20 à 64 ans constituent une classe d'âge qui a connu une très forte augmentation au cours des dernières décennies, en raison de l'arrivée à cet âge des générations nombreuses nées après la guerre. En effet, en 1968, elles ne représentaient que 54% de la population française contre 59% en 1994. Depuis cette date, et pour la première fois, le poids des 20-64 ans dans la population a commencé à diminuer de façon très modérée.

Dans les prochaines années, la population française devrait continuer de vieillir. En 2020, 21% de la population serait âgée de 65 ans ou plus. La part des moins de 20 ans continuerait de diminuer pour représenter 22,5% de la population totale en 2020.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- Au 1er janvier 2002, la Drôme compte près de 449 000 habitants.
- La population drômoise est plus jeune que la moyenne française, les personnes de moins de 20 ans représentant 26,0% de la population départementale, contre 25,3% au niveau national.
- Entre 1990 et 1999, la croissance démographique se répartit de manière plus homogène sur le territoire qu'au cours des années 1980. Les zones les plus dynamiques sont les communes périurbaines et les espaces à dominante rurale.
- La Drôme a connu une croissance démographique de 0,87% par an entre 2000 et 2002, s'expliquant par un solde migratoire élevé.

Une proportion assez importante de personnes âgées

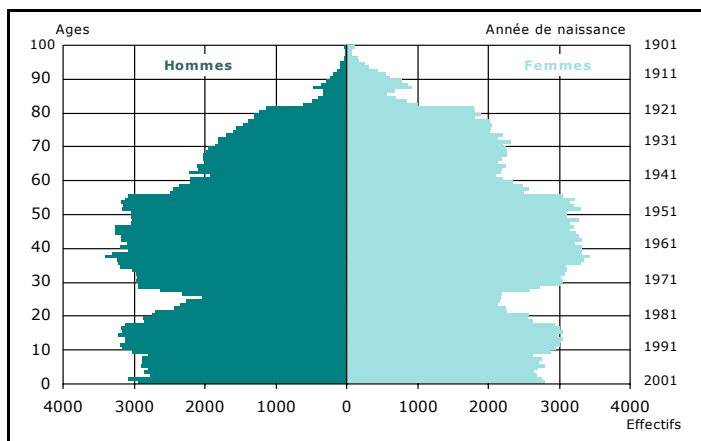
Au 1er janvier 2002, la Drôme compte environ 449 000 habitants. L'âge moyen (39,7 ans) est un peu plus élevé dans le département qu'en Rhône-Alpes (38,4 ans) et en France (39 ans).

La part des 20-39 ans est nettement moins importante dans la Drôme (25,2%) qu'au niveau national (27,6%) et qu'en Rhône-Alpes (28,0%).

Parallèlement, les personnes âgées de plus de 65 ans sont nombreuses : 17,1% contre 16,3% en France. La Drôme est un département à forte proportion de personnes âgées, après l'Ardèche et la Loire. Mais contrairement à l'Ardèche, la proportion des jeunes de moins de 20 ans (26%) est assez proche de la moyenne régionale (26,1%).

Différents facteurs expliquent cette structure d'âge particulière : la Drôme bénéficie d'un taux de natalité relativement élevé, mais aussi d'une espérance de vie plus longue par rapport à d'autres départements de la région.

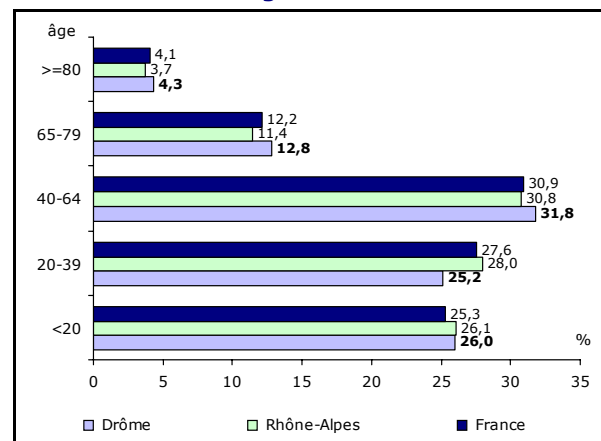
Pyramide des âges de la Drôme au 1er janvier 2002



Sources : INSEE (estimations)

Exploitation ORS

Répartition de la population par grands groupes d'âge en 2002



Sources : INSEE (estimations)

Exploitation ORS

LA POPULATION

La population de la Drôme au recensement de 1999

	Population (milliers)	Variation** (1990-1999)
Drôme	436,5	+0,6
Espaces à dominante urbaine	271,5	+0,5
- dont agglomérations	191,5	+0,2
- dont communes périurbaines	80,0	+1,3
Espaces à dominante rurale	165,0	+0,7
Principales agglomérations (*)		
Valence	109,0	+0,1
Romans-sur-Isère	50,5	+0,2
Principales villes		
Valence	63,5	+0,0
Romans-sur-Isère	32,5	-0,1
Montélimar	31,0	+0,4

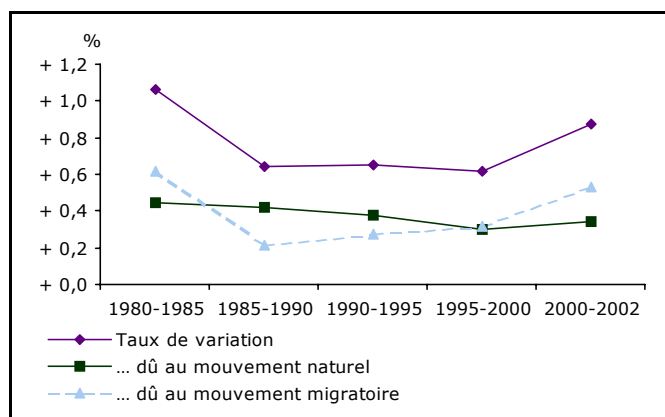
Sources : INSEE (RGP 90-99)

Exploitation ORS

(*) agglomérations dépassant les limites du département

(**) taux de variation annuel en %

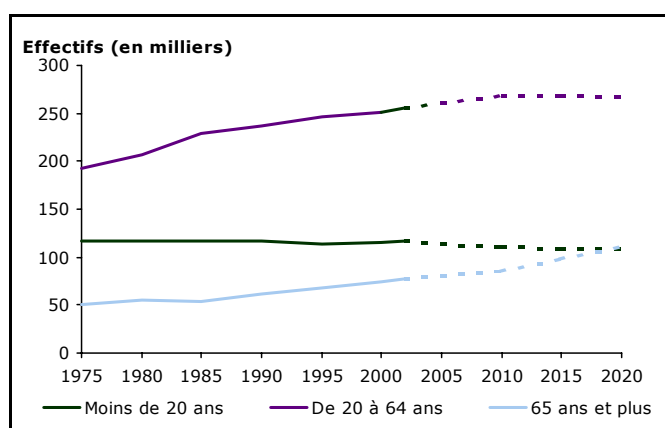
Évolution du taux de variation de la population entre 1980 et 2002



Source : INSEE

Exploitation ORS

Évolution de la population drômoise selon le groupe d'âge 1975-2020



Source : INSEE (projections OMPHALE à partir du RGP 99) Expl. ORS

Un redressement démographique des espaces ruraux entre 1990 et 1999

La Drôme est le 6^e département de la région Rhône-Alpes en nombre d'habitants. Avec une population d'environ 437 000 habitants au recensement de 1999, il représente environ 7,8% de la population de la région. Cette proportion est la même qu'en 1982.

Entre 1990 et 1999, la population drômoise s'est accrue d'environ 23 600 habitants, soit un taux de variation de +0,6% par an entre les deux derniers recensements. Cette croissance se concentre surtout à la périphérie des principales agglomérations du département, Valence, Romans-sur-Isère et Montélimar. La population des centres des agglomérations tend à stagner (Valence) ou même diminuer (Romans-sur-Isère), mais les communes périurbaines (communes comportant moins de 5 000 emplois dépendantes des agglomérations en terme d'emplois) autour de ces agglomérations connaissent une croissance élevée (+1,3% par an entre 1990 et 1999).

On assiste également à un redressement des espaces ruraux (+0,7% de progression annuelle) consécutif à l'installation de nouveaux habitants, alors que le solde naturel y est très défavorable. Par rapport aux évolutions antérieures, la croissance démographique se concentre moins sur la vallée du Rhône et paraît mieux répartie sur l'ensemble du département, certains cantons ruraux de l'est à faible densité gagnant une forte attractivité.

Une croissance démographique en progression

Entre les périodes 1980-85 et 1985-90, le taux de croissance annuel moyen de la population drômoise a connu une forte décélération (passant de +1,06% à +0,64%). Le taux de croissance s'est ensuite stabilisé entre 1985 et 2000 (+0,64% par an), avant de progresser à nouveau entre 2000 et 2002 (+0,87%). Cette reprise de la croissance démographique n'est pas spécifique au département mais correspond à une tendance nationale. Le taux de variation dû au mouvement migratoire est plus important que celui dû au mouvement naturel (respectivement +0,54% et +0,35% par an entre 2000 et 2002).

Le solde naturel est la différence entre le nombre des naissances et le nombre de décès.
Le solde migratoire est la différence entre l'effectif des immigrants et l'effectif des émigrants.

Un vieillissement progressif de la population

Comme dans le reste du pays, la population de la Drôme vieillit. Entre 1990 et 2002, la part des moins de 20 ans est passée de 28,1% à 26,0% diminuant ainsi de 2,1 points. Durant la même période, la part des plus de 65 ans est passée de 14,7% à 17,1%.

A l'horizon 2020, les plus de 65 ans devraient représenter 22,8% de la population totale, augmentant ainsi de 5,7 points. A l'inverse, la part des moins de 20 ans devrait diminuer, passant de 26,0% à 22,4%.

CONTEXTE NATIONAL

Entre 1999 et 2001, l'espérance de vie à la naissance s'élève en France à 75,2 ans pour les hommes et 82,7 ans pour les femmes. Les femmes françaises ont la longévité la plus élevée du monde, après les Japonaises. La situation des hommes est moins favorable avec une espérance de vie proche de la moyenne de celle des pays développés. Il en résulte que l'écart entre les deux sexes (7,4 ans) demeure l'un des plus élevés du monde, bien qu'il ait diminué de près d'un an depuis le début des années quatre vingt dix. Cet écart s'explique par la forte surmortalité masculine, qui s'exprime à tous les âges de la vie. Les facteurs à l'origine de cette surmortalité sont nombreux et malaisés à distinguer les uns des autres, les facteurs biologiques étant accentués par les facteurs comportementaux (consommation de tabac, d'alcool, morts violentes...) et environnementaux (conditions de travail...).

La diminution de la mortalité, qui avait marqué le pas au cours des années soixante, notamment chez les hommes, se poursuit à nouveau à un rythme soutenu, ce qui se traduit, depuis le milieu des années soixante dix, par un allongement de l'espérance de vie d'une année tous les quatre ou cinq ans. Jusqu'aux années soixante, les progrès s'expliquaient principalement par la baisse de la mortalité infantile, liée avant tout à la diminution des décès par maladies infectieuses. Depuis les années quatre-vingt, l'essentiel des gains est réalisé grâce au recul de la mortalité aux grands âges et à la réduction de la mortalité par affections cardio-vasculaires. La baisse de la mortalité est telle que le nombre de décès demeure quasiment stable depuis 50 ans malgré l'augmentation et le vieillissement de la population française: 535 000 décès ont été enregistrés en 1999, comme en 1947, alors que la population totale est passée de 40 millions à 59 millions d'habitants et la population âgée de 75 ans ou plus de 1,4 million à 4,5 millions.

Dans ce contexte général de baisse de la mortalité, les inégalités sociales et géographiques demeurent importantes. Pour la période 1982-1996, les hommes cadres ou exerçant une profession libérale ont une espérance de vie à 35 ans de 6,5 ans supérieure à celle des ouvriers. Dans la population féminine, les différences sociales vont dans le même sens mais sont moins fortes que chez les hommes. Quant aux disparités géographiques, elles restent élevées avec un écart d'espérance de vie entre régions extrêmes qui atteint, en 1999, 4,6 ans pour les hommes (72,0 ans en Nord-Pas-de-Calais et 76,6 ans en Midi-Pyrénées) et 2,6 ans pour les femmes (80,6 ans en Nord-Pas-de-Calais et 83,2 en Poitou-Charentes et en Pays de la Loire).

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- La population drômoise présente une sousmortalité générale par rapport à la France mais l'écart se réduit.
- Une espérance de vie à la naissance de 75,6 ans pour les hommes et de 82,9 ans pour les femmes.
- Une surmortalité masculine à tous les âges de la vie mais maximale entre 20 et 24 ans.

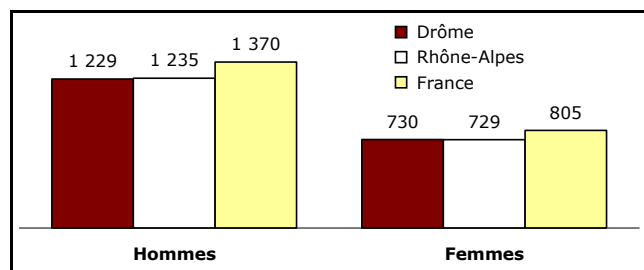
Plus de 4 000 décès par an dans la Drôme

Entre 1998 et 2000, 4 020 personnes sont décédées chaque année dans la Drôme, dont 51% d'hommes. Le taux comparatif de mortalité (cf encadré) s'élève à 1 229 décès pour 100 000 chez les hommes et à 730 chez les femmes. Ces deux taux sont significativement inférieurs aux taux nationaux (respectivement 1 370 et 805).

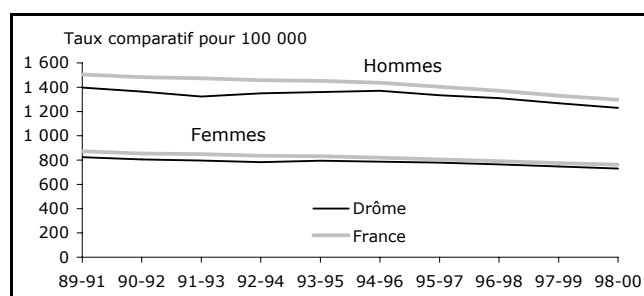
Après le Rhône, la Drôme est le département rhônalpin où la mortalité générale est la moins élevée. D'une manière générale, l'ensemble des départements de la région est en sous-mortalité par rapport à la moyenne française.

Après avoir légèrement fluctué dans la Drôme avant 1992-94, le taux comparatif de mortalité a une tendance à la baisse depuis cette date, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Au niveau national, il diminue de manière continue dans les deux sexes. L'écart entre les taux de mortalité de la Drôme et de la France s'est réduit entre 1989-91 et 1998-2000.

Taux comparatif de mortalité générale en 1998-2000 (Taux pour 1000 habitants)



Evolution du taux comparatif de mortalité générale entre 1989-1991 et 1998-2000



Sources : INSERM CépiDc, INSEE (Estimations) Exploitation ORS

LA MORTALITE

Nombre annuel de décès par sexe et âge dans la Drôme entre 1998 et 2000

	Hommes	Femmes	Ensemble
< 35 ans	88	43	131
35-64 ans	428	199	627
65 ans et plus	1 553	1 710	3 263
Ensemble	2 069	1 952	4 021

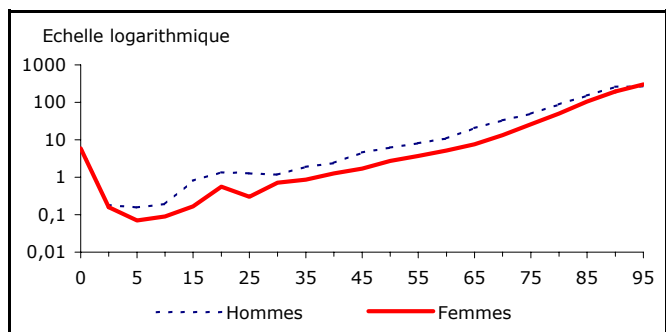
Source : INSERM CépiDc

Espérance de vie à différents âges en 1997-1999

	Espérance de vie		
	à 0 an	à 35 ans	à 60 ans
Drôme			
Hommes	75,6	42,3	20,6
Femmes	82,9	48,9	25,7
<i>Ecart hommes/femmes</i>	7,2	6,6	5,0
France			
Hommes	74,0	40,6	19,4
Femmes	81,8	47,6	24,6
<i>Ecart hommes/femmes</i>	7,8	7,1	5,3

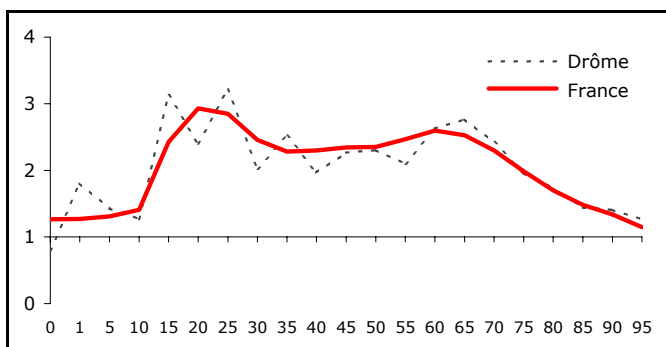
Sources : INSERM CépiDc, INSEE (Estimations) Exploitation ORS

Taux de mortalité par sexe et âge dans la Drôme en 1997-1999 (Taux pour 1000 habitants)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE (Estimations) Exploitation ORS

Rapport de mortalité hommes/femmes selon l'âge dans la Drôme et en France en 1995-1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE (Estimation de population)

Un décès sur cinq se produit avant l'âge de 65 ans

Sur les 4 020 décès annuels de Drômois enregistrés entre 1998 et 2000, 3% sont survenus avant l'âge de 35 ans, et 16% entre 35 et 64 ans.

51% de l'ensemble des décès touchent les hommes, mais la répartition par sexe diffère nettement selon la classe d'âge. Jusqu'à 64 ans, 68% des décès concernent les hommes, plus fréquemment touchés par les causes de mortalité prématurée (cf fiche 7.2). Après 64 ans, les décès de femmes sont les plus nombreux (52%).

Une espérance de vie supérieure à la moyenne nationale dans les deux sexes

L'espérance de vie à un âge donné est la durée moyenne de vie restante à cet âge pour une génération fictive soumise aux conditions de mortalité du moment.

L'espérance de vie à la naissance s'élève dans la Drôme à 75,6 ans pour les hommes et à 82,9 ans pour les femmes. L'écart hommes / femmes, dû au poids de la mortalité prématurée chez les hommes, est de 7,2 années à la naissance et de 5 années à l'âge de 60 ans.

La Drôme détient également une des espérances de vie parmi les plus élevées de la région.

A chaque âge son risque

Le taux de mortalité infantile (moins de 1 an) s'élève à 4,6 pour mille chez les garçons et à 5,7 pour mille chez les filles ; il est assez important par rapport aux autres âges de la vie, puisqu'un risque équivalent n'est à nouveau atteint qu'à 50-54 ans pour les hommes et à 60-64 ans pour les femmes.

Après 1 an, la mortalité atteint son niveau minimum entre 5 et 14 ans, puis augmente très nettement jusqu'à 25-29 ans en raison des accidents de la circulation. La croissance des taux de mortalité est ensuite de type exponentiel.

Une surmortalité des hommes par rapport aux femmes à tous les âges de la vie

Le rapport de mortalité des hommes par rapport aux femmes (taux de mortalité masculin / taux de mortalité féminin) montre une surmortalité masculine à tous les âges de la vie. Celle-ci est particulièrement prononcée entre 20 et 24 ans, où le taux de mortalité des hommes est 3,3 fois supérieur à celui des femmes. Cette différence est due principalement aux accidents de la circulation. A partir de 60 ans, le rapport de mortalité hommes / femmes tend à décroître mais il reste toujours compris entre 2 et 3 jusqu'à 75 ans. Les causes de surmortalité sont alors plus diversifiées (cancer, maladies cardio-vasculaires, maladies de l'appareil digestif, accidents et suicides).

Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans le département si celui-ci avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1999, les deux sexes confondus).

Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre territoires différents.

CONTEXTE NATIONAL

L'ordonnance du 19 avril 1996 distingue trois catégories d'établissements de santé en fonction de leur statut juridique et de leur mode de financement : d'une part les établissements publics de santé, les établissements privés de santé à but non lucratif qui participent à l'exécution du service public hospitalier (PSPH) et qui sont financés par une dotation globale annuelle et en partie par des tarifs liés à l'activité, et d'autre part les établissements privés de santé à but lucratif. La plupart de ces derniers sont soumis à une enveloppe financière nationale appelée objectif quantifié national (OQN) et appliquent les tarifs contractuellement arrêtés avec les Agences Régionales de l'Hospitalisation.

Les établissements de santé publics et privés, généraux ou spécialisés, de soins aigus, de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée, assurent principalement des soins avec hébergement complet (hospitalisation complète). Mais les évolutions récentes des technologies et des pratiques médicales conduisent des établissements d'hospitalisation à s'ouvrir de plus en plus vers de nouvelles prises en charge du malade : développement de l'hospitalisation partielle de jour ou de nuit, de l'hospitalisation à domicile, de l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire. Les traitements et cures ambulatoires se développent également, en particulier pour les personnes atteintes du SIDA, de cancer et les patients dialysés.

De 1991 à 2001, le nombre d'établissements en France métropolitaine est passé de 3 841 à 4 028. Sur la même période, le nombre de lits d'hospitalisation complète a diminué de façon régulière passant de 546 500 à 469 700 lits (-14%). Mais cette évolution n'est pas identique suivant le type :soins de courte durée (-19%), soins de suite et de réadaptation (-5%) ou soins de longue durée (+17%).

Le souci d'améliorer la répartition des équipements sur le territoire a été à l'origine de plusieurs mesures législatives successives. Après la loi hospitalière de 1970 instaurant la carte sanitaire en voie de disparition, celle de 1991 crée de nouvelles conditions pour la planification des équipements, en prévoyant la mise en place de schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) déterminant la répartition des installations et des activités de soins de la région.

Les Agences régionales d'hospitalisation (ARH), créées par l'ordonnance du 24 avril 1996, ont pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de déterminer leurs ressources, tout en tenant compte des priorités de santé publique établies par chaque Conférence Régionale de Santé. Elles ont aussi pour charge d'établir les SROS. En outre, des contrats pluriannuels sont passés entre les établissements et les ARH pour fixer les objectifs et les moyens, et s'adapter aux besoins de la population. Par ailleurs, l'ouverture des établissements de santé sur leur environnement est encouragée par des possibilités de coopération entre établissements et par le développement des alternatives à l'hospitalisation et des réseaux de soins.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- Au 1^{er} janvier 2003, la Drôme compte 1 668 lits d'hospitalisation de court séjour dont 68% dans le public et 536 lits de moyen séjour dont 45% dans le public.
- Le taux d'équipement (nombre de lits pour 1 000 habitants) est en baisse depuis 1992 dans la Drôme ainsi qu'en France.
- L'hospitalisation partielle est en hausse dans la Drôme : le nombre de venues a augmenté en moyenne de 4% par an entre 1997 et 2002.

Un équipement en court séjour équivalent à la moyenne nationale

Au 1^{er} janvier 2003, l'hospitalisation complète de court séjour (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique) représente 1 668 lits dans la Drôme, soit un taux d'équipement de 3,8 lits pour 1 000 habitants. Ce taux est équivalent aux moyennes nationale et régionale (respectivement 3,9 et 4,0 pour 1 000). Les taux spécifiques d'équipement en lits de médecine, de chirurgie et de gynéco-obstétrique sont également très proches des taux nationaux. La répartition entre le secteur public (68% des lits en court séjour) et le secteur privé (32%) est proche de la répartition nationale (66% pour le public et 34% pour le privé).

Le niveau d'équipement en soins de suite et de réadaptation est inférieur à la moyenne française : 1,2 lit pour 1 000 habitants, contre 1,5 au niveau national.

La Drôme est bien dotée en lits de soins de longue durée, avec un taux de 1,9 pour 1 000 habitants (1,4 sur l'ensemble de la France).

Lits d'hospitalisation complète

	Nombre de lits au 30 novembre 2003			Taux pour 1 000 hab.*	
	Secteur public	Secteur privé	Total	Drôme	France
Médecine	696	219	915	2,03	1,95
Chirurgie	356	317	673	1,43	1,64
Gynéco-Obstétrique	97	32	129	0,30	0,39
Court séjour	1 149	568	1 717	3,76	3,98
Soins de suite et réadaptation	297	314	611	1,21	1,51
Soins de longue durée**	481	45	526	1,92	1,41

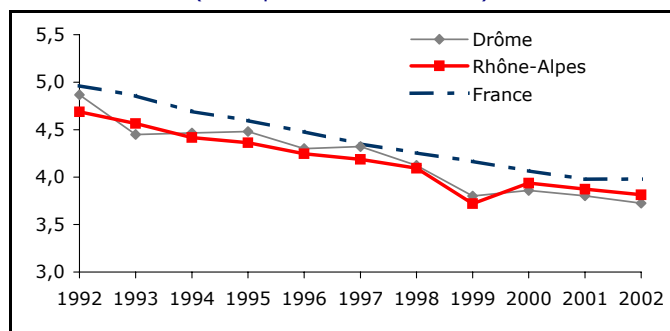
*Taux au 1er janvier 2003

Sources : DRASS-DREES (SAE), INSEE Exploitation ORS

** Le cadre juridique des établissements de long séjour est entrain de changer : des unités de soins de longue durée fusionnent avec des maisons de retraite (MDR) pour créer des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ce changement doit aboutir au plus tard le 31 décembre 2006. Ceci conduit à une évolution très sensible du nombre de lits rendant les effectifs d'une année sur l'autre non comparables (voir fiche 4.2).

LES EQUIPEMENTS HOSPITALIERS

Evolution du nombre de lits de court séjour de 1992 à 2002
(Taux pour 1000 habitants)



Sources : DRASS-DREES (SAE), INSEE

Exploitation ORS

Activité en hospitalisation complète en 2002

	Entrées totales		Durée moyenne de séjour (en jours)	
	Secteur public	Secteur privé	Secteur public	Secteur privé
Médecine	30 566	4 405	6,7	14,8*
Chirurgie	15 947	16 430	5,7	4,5
Gynéco-Obstétrique	5 791	1 575	4,5	5,5
Court séjour	52 304	22 410	6,2	6,6*
Soins de suite et de réadaptation	2 623	2 822	26,7	31,0

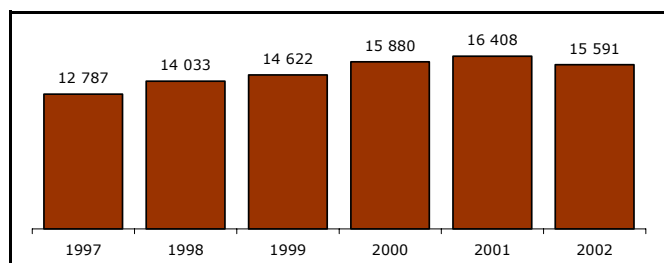
Source : DRASS-DREES (SAE)

Exploitation ORS

* L'établissement de « La Teppe » est associé à des durées de séjour très longues. La durée moyenne de séjour, en dehors de la « Teppe » est de 5,4 jours en médecine et de 4,7 jours en court séjour..

Hospitalisation à temps partiel (jour et nuit) dans la Drôme

(Evolution du nombre de venues entre 1997 à 2002)



Sources : DRASS-DREES (SAE)

Nombre d'équipements en matériels lourds autorisés en Décembre 2003

	Drôme	Rhône-Alpes
Scanners	6	69
Gamma-caméras (à scintillation)	4	40
Caméras TEP	0	4
Appareils de radiothérapie	3	33
Angiographies numérisées	4	70
Imagerie par Résonance magnétique (IRM)	4	40

Source : DRASS

Un taux d'équipement en baisse

Le nombre de lits pour 1 000 habitants est passé de 4,9 au 31 décembre 1992 à 3,7 au 31 décembre 2002, soit une baisse de 23%. Cette diminution correspond à la tendance nationale (-20% en France au cours de la même période).

La baisse du taux d'équipement en hospitalisation complète se traduit par une diminution de la durée moyenne de séjour (6,7 jours en 1992 et 6,3 jours en 2001) et s'accompagne du développement de l'hospitalisation partielle.

Une forte baisse du taux d'équipement est constaté en 1999. Dans la Drôme la clinique Notre Dame a fermé (94 Lits en 1998). En Rhône-Alpes, plusieurs établissements publics ont vu leur nombre de lits en baisse.

Plus de 74 700 entrées en court séjour enregistrées en 2001

Au cours de l'année 2002, la Drôme a enregistré 74 714 entrées en hospitalisation complète de court séjour, et 5 445 en soins de suite et de réadaptation (moyen séjour).

46,8% des entrées en court séjour ont eu lieu en médecine, 43,3% en chirurgie et 9,9% en gynécologie-obstétrique. Le secteur privé accueille 30% du total des hospitalisations (13% des hospitalisations en médecine, 51% en chirurgie et 21% en gynéco-obstétrique).

La durée moyenne de séjour (DMS) en court séjour est plus élevée dans le privé (6,6 jours) que dans le public (6,2). Cependant, la DMS en médecine est de 14,8 jours dans le privé du fait de « La Teppe » à Tain-l'Hermitage, établissement médical qui compte 150 lits de court séjour et dont la spécialité principale (traitement de l'épilepsie) est associée à de très longues durées de séjour (148 jours en moyenne). La durée moyenne de séjour en médecine dans le privé, en dehors de cet établissement, est de 5,4 jours. En chirurgie, la DMS est plus importante dans le public. Enfin, en moyen séjour, le secteur privé accueille 52% des entrées.

Tendance à la hausse des alternatives à l'hospitalisation mais baisse en 2002

Les alternatives à l'hospitalisation que sont l'hospitalisation partielle de jour (chirurgie et chimiothérapie ambulatoires) et de nuit se sont fortement développées ces dernières années. De 1997 à 2002, le nombre de venues en hospitalisation partielle est passé de 12 800 à 15 600 dans la Drôme, ce qui représente une croissance moyenne annuelle de 4%.

Dans la Drôme, il n'y avait pas de services d'hospitalisation à domicile en 2002 mais 6 places vont y être créées en 2004.

Des équipements matériels lourds à vocation bidépartementale

La Drôme dispose en décembre 2003 des principaux matériels lourds (scanners, médecine nucléaire, radiothérapie oncologique, angiographie numérisée et imagerie par résonance magnétique). Certains de ces équipements, comme la radiothérapie ou l'IRM, sont utilisés conjointement par le département de l'Ardèche.

La durée moyenne de séjour est le rapport entre le nombre total de journées réalisées et le nombre d'entrées hospitalières, exprimée en nombre de jours.

Le nombre de venues ou séances est le nombre de passages non individualisés dans l'établissement (un malade est compté autant de fois qu'il vient dans l'année). Dans la même discipline, on ne compte par malade qu'une venue ou séance par jour, même si le malade vient plusieurs fois le même jour.

CONTEXTE NATIONAL

Au 1er janvier 2002, le nombre total de médecins exerçant en France est estimé à un peu plus de 202 600 dont 49% de généralistes et 51% de spécialistes. 198 700 exercent dans les régions métropolitaines, soit 335 pour 100 000 habitants. Près de la moitié exerce exclusivement en libéral, près de trois sur dix sont salariés dans le secteur hospitalier, un peu plus d'un sur dix exerce à la fois en libéral et comme salarié et autant comme salarié en dehors de l'hôpital.

Le nombre de médecins a plus que triplé au cours des trente dernières années. La croissance des effectifs a été forte entre 1972 et 1989 (+4,4% par an), nettement plus faible au cours de la dernière décennie (+1,3%). Ce ralentissement résulte de la mise en place du numerus clausus qui limite, depuis 1971, le nombre d'étudiants en médecine admis en 2e année. Ce dernier s'élevait à 8 500 au début des années 70 et a diminué jusqu'au seuil de 3 700 pour l'année universitaire 1998-99. Depuis, il a été augmenté et atteignait 4 700 pour 2001-2002. Les effets de ces variations sont lents à se faire sentir.

L'évolution des effectifs de médecins s'est accompagnée de modifications structurelles. Entre 1990 et 2000, le nombre de spécialistes s'est accru plus fortement que celui des généralistes : respectivement +22% et +3% en France métropolitaine. La profession s'est par ailleurs féminisée : la proportion de femmes est passée de un sur sept en 1970 à un peu plus d'un sur trois aujourd'hui (36%), et elles représentent 48% des praticiens salariés.

Selon les nouvelles projections de la Drees (hypothèses modifiées sur les âges de départ en retraite et actualisation du numerus clausus), le nombre de médecins devrait diminuer régulièrement dès 2004 (161 000 en 2020). La baisse serait plus marquée pour les spécialistes (-27%) que pour les généralistes (-12%). La structure par âge serait notablement modifiée : baisse du nombre des 35-55 ans (-50%), hausse de celui des plus jeunes (+33%) et surtout des praticiens âgés de 50 ans et plus (+92%). Ces derniers représenteraient la moitié des effectifs contre un tiers en 2000. Enfin les femmes devraient globalement être aussi nombreuses que les hommes.

La répartition géographique des médecins a peu évolué depuis un siècle : les zones les plus fortement médicalisées se situent à Paris et dans le Sud de la France métropolitaine, et les plus faibles densités se trouvent dans la partie centre et nord. L'écart entre les zones les plus et les moins dotées est plus marqué pour les spécialistes.

La diminution programmée du nombre de médecins, la féminisation de la profession, la crainte d'un manque de médecins dans certaines zones, les possibles transferts d'activités vers d'autres professionnels de santé, devraient entraîner des changements dans les modalités d'exercice des médecins, et en conséquence sur les informations statistiques permettant de les décrire.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

Au 1er janvier 2002 :

- La Drôme compte 1 278 médecins dont près de deux sur trois exercent en mode libéral.
- La densité médicale est inférieure à celle de France métropolitaine, que ce soit en médecine générale ou chez les spécialistes, chez les libéraux ou les salariés.

Au 1er janvier 2001 :

- 826 praticiens médicaux sont recensés dans les hôpitaux de la Drôme, dont 65% de spécialistes.
- 78% des médecins libéraux exercent en secteur 1 (tarifs fixés par convention).

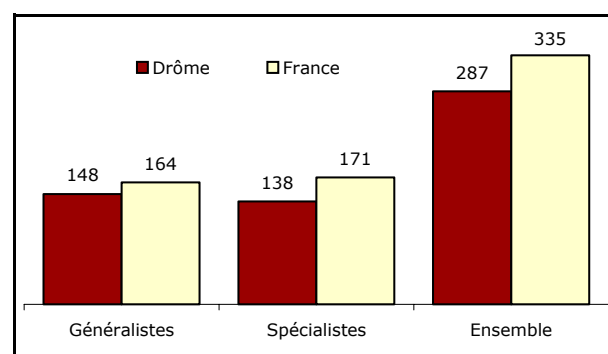
287 médecins pour 100 000 habitants en 2002, dont 63% de libéraux

Au 1^{er} janvier 2002, 1 278 médecins (libéraux et salariés) ont été recensés dans la Drôme, dont 52% de généralistes et 48% de spécialistes. Cette répartition est l'inverse de celle observée en France métropolitaine (respectivement 49% et 51%)

La densité de médecins dans la Drôme est inférieure à celle de la France métropolitaine (287 pour 100 000 habitants contre 335 en France). Cet écart est observé pour les généralistes comme pour les spécialistes.

Sur l'ensemble des médecins, 63% exercent selon le mode libéral (exclusif ou partiel), proportion supérieure à celle observée en France (59%).

Densité médicale au 1er janvier 2002 (nombre de médecins pour 100 000 habitants)



	Drôme		France
	Nombre	Densité	Densité
Ensemble	1278	286,6	334,8
Généralistes	661	148,2	164,0
Spécialistes	617	138,4	170,8
Ensemble	1278	286,6	334,8
Libéraux *	799	179,2	200,8
Salariés**	479	107,4	134,1

* Libéraux partiels et exclusifs

** Y compris les praticiens hospitaliers plein temps ayant une activité libérale à l'hôpital

Source : DREES

Exploitation ORS

LES MEDECINS

Les personnels médicaux et les internes dans les hôpitaux de la Drôme en 2001

	Public	Privé ⁽¹⁾	Total
Médecine générale	95	4	99
Spécialités médicales	243	134	377
Spécialités chirurgicales	102	76	178
Psychiatres	61	2	63
Autres ⁽²⁾	58	25	83
Internes	65	0	65
Total	624	241	865

Sources : DRASS, DREES (SAE)

Exploitation ORS

(1) Y compris les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH)

(2) dont les odontologistes, et les pharmaciens

Mode conventionnel des médecins libéraux au 1er janvier 2001

	Drôme			France
	Nombre	%	Densité ⁽¹⁾	Densité ⁽¹⁾
Omnipraticiens ⁽²⁾	440	100%	99,9	103,7
Secteur 1	371	84,3%	84,2	88,3
Secteur 2 - DP ⁽³⁾	69	15,7%	15,7	15,4
Spécialistes	360	100%	81,7	90,7
Secteur 1	255	70,8%	57,9	56,4
Secteur 2 - DP ⁽³⁾	105	29,2%	23,8	34,3

Source : CNAMTS

(1) nombre de médecins pour 100 000 habitants

(2) Omnipraticiens : généralistes et médecins ayant un mode d'exercice particulier (MEP) tels que les acupuncteurs ou les homéopathes

(3) Y compris les médecins non conventionnés

Effectifs et densités en médecins spécialistes libéraux pour les 10 premières spécialités au 1er janvier 2001

	Drôme			France
	Nombre	%	Densité ⁽¹⁾	Densité ⁽¹⁾
Radiologues	39	10,8	8,9	8,1
Psychiatres	38	10,6	8,6	11,1
Ophthalmologues	36	10,0	8,2	7,8
Gynéco-obstétriciens ⁽²⁾	33	9,2	18,0	19,9
Cardiologues	28	7,8	6,4	6,8
Dermatologues	20	5,6	4,5	5,6
Chirurgiens ⁽³⁾	20	5,6	4,5	5,1
Pédiatres ⁽⁴⁾	19	5,3	20,6	24,2
Anesthésistes	18	5,0	4,1	5,6
Gastro-entérologues	17	4,7	3,9	3,6
Autres	92	26	20,9	23,8
Ensemble	360	100	81,7	90,7

Sources : CNAMTS, INSEE

Exploitation ORS

(1) Nombre de médecins pour 100 000 habitants

(2) Densité calculée sur la population des femmes de 15 à 49 ans

(3) Chirurgie générale (non compris neurochirurgie, ORL, ophtalmologie, urologie, chirurgie orthopédique)

(4) Densité calculée sur la population des enfants de 0-15 ans

865 praticiens médicaux exercent dans les hôpitaux de la Drôme au 1er janvier 2000

Au 1er janvier 2001, 865 praticiens médicaux exercent dans les hôpitaux publics et privés de la Drôme. Il s'agit majoritairement de médecins spécialistes (64%), part proche de la moyenne nationale (63%), mais supérieure à celle de Rhône-Alpes (54%). Les médecins généralistes représentent 11% dans la Drôme (8% en Rhône-Alpes et en France). La part des internes dans la Drôme (8%) est moins élevée qu'en Rhône-Alpes (15%) et en France (11%).

78% des médecins libéraux exercent en secteur 1

La Drôme se caractérise par une densité des médecins de secteur 1 (tarifs fixés par convention) inférieure à la moyenne nationale chez les omnipraticiens (84 pour 100 000 habitants contre 88 en France). Par contre, chez les spécialistes la densité est supérieure à celle de la France (58 contre 56). Pour le secteur 2 (honoraires libres), les densités sont équivalentes chez les omnipraticiens, alors que chez les spécialistes la densité de la Drôme est plus faible que celle de la France. Le secteur 1 se développe plus rapidement que le secteur 2, du fait de la limitation de l'accès à ce secteur appliquée depuis 1990.

Les radiologues et les psychiatres sont les spécialistes majoritaires chez les libéraux

Au 1er janvier 2001, la densité de l'ensemble des médecins spécialistes libéraux dans la Drôme est inférieure à celle de la France : 82 pour 100 000 habitants dans la Drôme contre 91 en France.

Les radiologues, les psychiatres, les ophtalmologistes et les gynécologues sont les principaux spécialistes libéraux exerçant dans la Drôme : ils regroupent 41% des spécialistes du département.

Si l'on considère les dix principales spécialités, les écarts de densité plus importants par rapport à la France sont observés pour les pédiatres, les psychiatres, les gynécologues et les anesthésistes.

Le mode conventionnel des médecins libéraux est établi selon trois catégories : le secteur 1 (médecins avec tarifs fixés par convention nationale), le secteur 2 (médecins conventionnés avec honoraires libres, secteur créé en 1980) et une troisième catégorie constituée par les médecins conventionnés disposant d'un droit permanent au dépassement d'honoraires (catégorie supprimée en 1980). La densité des médecins exerçant en secteur 1 est un indicateur concernant l'accès aux soins : le prix des prestations de ces médecins, servant de base au remboursement par la sécurité sociale, est le plus accessible. En 2001, les médecins libéraux en secteur 2 représentent 25 % des médecins libéraux en France : 14 % des généralistes et 37 % des spécialistes.

Dans le fichier ADELI du Ministère des Affaires Sociales, les médecins sont enregistrés et comptabilisés au titre de leur activité principale. La CNAMTS par contre retient en tant que médecins libéraux tous ceux qui ont une activité libérale donnant lieu à perception d'honoraires. Les médecins à temps plein ayant une activité privée à l'hôpital sont donc inclus dans les libéraux.

Les médecins hospitaliers sont comptabilisés par l'enquête SAE, sur la base des chiffres communiqués par les établissements hospitaliers.

En raison du nouveau type de redressement départemental et non plus régional, il n'est plus possible, en 2002, de faire des comparaisons départementales avec l'année précédente. La comparaison régionale reste valable.

CONTEXTE NATIONAL

Le secteur de la santé regroupe plusieurs professionnels qui interviennent dans la prise en charge des patients, pour dispenser des soins, mais également pour aider, prévenir, informer. Parmi ces professions de santé, on compte les professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes). Les diverses professions paramédicales concernent le domaine des soins (infirmiers, aides-soignants...), de la rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthoptistes...), celui de l'appareillage (audioprothésistes, prothésistes dentaires...) et celui de l'assistance technique (techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie...). S'y ajoutent les agents de service hospitalier ainsi que d'autres professions qui contribuent aux soins auprès des patients.

Dix des professions paramédicales sont réglementées par le Code de la santé publique : les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, audio-prothésistes, opticiens-lunetiers, ergothérapeutes, psychomotriciens, manipulateurs d'électro-radiologie médicale. L'exercice de ces professions n'est autorisé qu'à la suite d'une formation sanctionnée par un diplôme d'Etat, ou par un certificat de capacité et après enregistrement du diplôme à la DDASS. Du fait de l'absence d'ordre chez les paramédicaux, c'est le préfet qui délivre la carte professionnelle. Cette réglementation est définie par le Code de la Santé Publique et s'applique aussi bien au mode d'exercice libéral qu'au mode salarié ; elle assure le monopole d'exercice aux professionnels diplômés. Ces professions dont l'exercice est réglementé ont un effectif de 675 200 personnes au 1^{er} janvier 2003, soit une hausse de 3% par rapport au 1^{er} janvier 2002. Le groupe professionnel le plus important est celui des infirmiers, qui représentent près de 63% de l'effectif total (423 400). Viennent ensuite les pharmaciens (63 900), les masseurs-kinésithérapeutes (56 900) et les chirurgiens-dentistes (40 650).

Le taux de féminisation est variable selon la profession, avec une tendance générale à la hausse. Les sage-femmes sont essentiellement une profession féminine (99%), et 87 % des infirmiers... sont des infirmières. Un tiers des dentistes, 43 % des masseurs-kinésithérapeutes et 63% des pharmaciens, sont de sexe féminin.

Au total, 206 550 professionnels de santé ont un exercice libéral en France, soit 31% du total.

Les psychologues sont des spécialistes des pathologies mentales et du handicap. Ils ne sont donc pas assimilables à des cadres de santé, mais ils travaillent de plus en plus dans le champ de la prévention des pathologies mentales, somatiques et sociales. Le nombre de psychologues exerçant en France est d'environ 35 000 sur 45 000 diplômés. L'absence de chiffres plus précis est liée à l'absence de Carte Professionnelle.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

Au 1er janvier 2003 :

- La Drôme compte plus de 3 450 infirmiers, avec une densité supérieure à la moyenne nationale. Chez les infirmiers libéraux la sur-densité est plus importante.
- La densité en infirmiers a plus que doublé comparée à celle observée au 1er janvier 1991.
- 490 pharmaciens exercent dans la Drôme, soit 109 pour 100 000 habitants, densité supérieure à la moyenne nationale.
- Parmi les autres professionnels de santé, 450 masseurs-kinésithérapeutes, 300 chirurgiens-dentistes, plus de 110 orthophonistes et autant de sages-femmes exercent dans le Drôme.

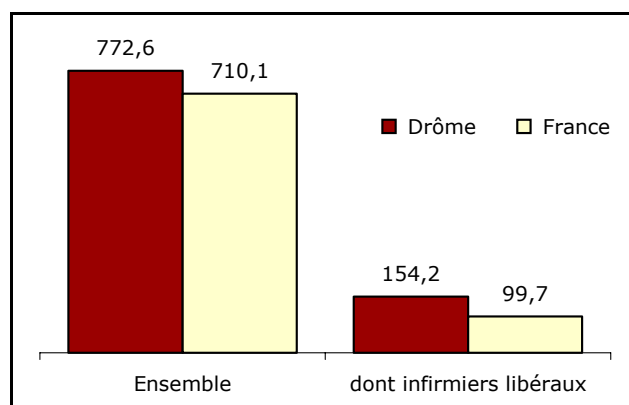
773 infirmiers pour 100 000 habitants en 2003, dont 20% de libéraux

En dehors des médecins, les professions de santé dont l'exercice est réglementé représentent dans la Drôme, au 1^{er} janvier 2003, un effectif de 5 333 personnes. Le groupe des infirmiers compte 3 462 professionnels (libéraux et salariés), soit 63% de l'effectif total.

Les infirmiers recensés dans la Drôme représentent une densité de 773 infirmiers pour 100 000 habitants. Parmi ces infirmiers, 70% sont salariés du secteur hospitalier, 20% sont libéraux et 10% sont salariés en dehors des services hospitaliers.

La densité d'infirmiers dans la Drôme est supérieure à celle observée au niveau national (710 pour 100 000 habitants en France métropolitaine). Cet écart est aussi observé pour les infirmiers exerçant en secteur libéral (154 pour 100 000 habitants dans la Drôme contre 100 en France).

Densité d'infirmiers au 1er janvier 2003
(nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants)



Sources : DREES, INSEE

Exploitation ORS

LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

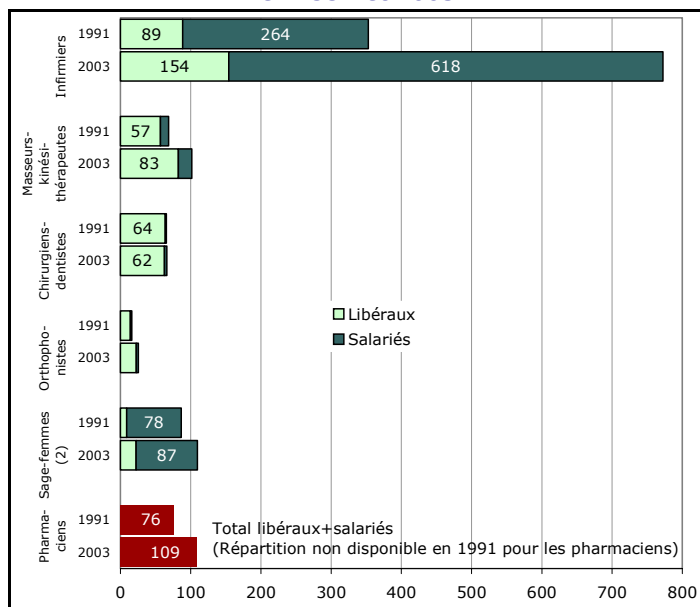
Effectifs et densités des professions de santé au 1er janvier 2003

		Drôme		France
		Nombre	Densité ⁽¹⁾	Densité ⁽¹⁾
Infirmiers	Libéraux	691	154,2	99,7
	Salariés	2 771	618,4	610,4
	Total	3 462	772,6	710,1
Pharmaciens	Libéraux	260	58,0	56,1
	Salariés	229	51,1	20,5
	Total	489	109,1	107,2
Masseurs-kinésithérapeutes	Libéraux	370	82,6	75,0
	Salariés	85	19,0	20,5
	Total	455	101,5	95,5
Chirurgiens-dentistes	Libéraux	280	62,5	63,3
	Salariés	16	3,6	4,9
	Total	296	66,1	68,2
Manipulateurs E.R.M.	Libéraux			0,1
	Salariés	158	35,3	38,7
	Total	158	35,3	38,8
Orthophonistes	Libéraux	101	22,5	19,8
	Salariés	13	2,9	5,1
	Total	114	25,4	24,9
Sage-femmes ⁽²⁾	Libéraux	23	22,3	15,6
	Salariés	90	87,2	92,3
	Total	113	109,5	108,0
Opticiens-Lunetiers	Libéraux	31	6,9	7,4
	Salariés	38	8,5	14,0
	Total	69	15,4	21,4
Pédicures-Podologues	Libéraux	52	11,6	16,2
	Salariés	2	0,4	0,3
	Total	54	12,1	16,5
Psychomotriciens	Libéraux	2	0,4	0,7
	Salariés	46	10,3	8,2
	Total	48	10,7	8,9
Ergothérapeutes	Libéraux	1	0,2	0,1
	Salariés	32	7,1	7,7
	Total	33	7,4	7,9
Audio-Prothésistes	Libéraux	13	2,9	1,1
	Salariés	11	2,5	1,7
	Total	24	5,4	2,7
Orthoptistes	Libéraux	11	2,5	3,1
	Salariés	7	1,6	0,9
	Total	18	4,0	4,0
Ensemble des professionnels	Libéraux	1 835	409,5	346,4
	Salariés	3 498	780,7	786,0
	Total	5 333	1 190,2	1 132,4

Sources : DREES, INSEE

Exploitation ORS

Densités ⁽¹⁾ des professionnels de santé en 1991 et 2003



Sources : DREES, INSEE

Exploitation ORS

(1) Nombre pour 100 000 habitants

(2) Nombre pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

Une forte présence en secteur libéral pour les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes

La Drôme compte au 1er janvier 2003, 489 pharmaciens. Parmi ceux-ci, 260 sont libéraux et 229 sont des salariés dont 25 sont salariés en milieu hospitalier. L'ensemble des pharmaciens représente une densité de 109 pour 100 000 habitants. Cette densité est supérieure à la moyenne nationale. Celle des salariés est équivalente à la moyenne nationale. Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes s'élève à 455, soit une densité de 102 pour 100 000 habitants. Les chirurgiens-dentistes exerçant dans la Drôme sont au nombre de 296, soit 66 pour 100 000 habitants, densité inférieure à la moyenne nationale. Pour ces deux professions, le secteur libéral prédomine très largement.

Une forte croissance de la densité en infirmiers entre 1991 et 2003

Parmi les professions paramédicales (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes), celle des infirmiers a connu la plus forte augmentation entre 1991 et 2003. Leur densité pour 100 000 habitants est en effet passée de 353 à 773, soit une progression de +119%. Cette croissance concerne dans une proportion moindre les infirmiers libéraux (+74%), alors que pour les salariés la hausse est plus forte (+134%). La part des salariés sur l'ensemble des infirmiers a aussi augmenté : elle passe de 75 à 80% pendant cette période.

La croissance des effectifs salariés peut s'expliquer en partie par des changements de statuts à l'intérieur des personnels hospitaliers (aides-soignants devenus infirmiers) mais aussi par le développement du temps partiel.

Les densités en pharmaciens, en masseurs-kinésithérapeutes et en orthophonistes ont également connu une forte hausse, respectivement de 44%, 48% et 58%. La part des salariés est en progression pour les masseurs-kinésithérapeutes (elle passe de 17 à 19%), alors pour les orthophonistes elle est en régression (baisse de 13 à 11%).

La densité de chirurgiens-dentistes est restée stable entre 1991 et 2003 (respectivement 65 et 66 pour 100 000 habitants). Chez les salariés, une baisse de 2% de la densité a été observée sur cette période.

Pour les sages-femmes, la densité est passée de 87 à 110 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, soit une hausse de 27%.

Les densités de professionnels permettent, en termes d'offre, de situer la Drôme par rapport au niveau national, sans indication sur l'adéquation entre le niveau de besoin et l'offre.

CONTEXTE NATIONAL

L'urgence en matière de santé est généralement définie comme « un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète—à tort ou à raison—l'intéressé et/ou son entourage ». Alors que le terme d'urgence peut-être associé à une détresse vitale, cette définition souligne la nécessité d'une réponse rapide à toute demande non programmée quelle que soit la gravité du problème. En dehors du secteur libéral, l'organisation de la prise en charge des urgences repose sur des services du secteur public et privé. Dans le domaine public, la prise en charge est assurée par le service d'aide médicale d'urgence (SAMU), les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), les services d'accueil des urgences des hôpitaux (SAU), les unités de proximité, d'accueil et de traitement des urgences (UPATOU), les sapeurs-pompiers, les centres anti-poisons, la police et la gendarmerie. Dans le domaine privé, il s'agit des médecins libéraux, des ambulanciers libéraux, des établissements privés de soins et des associations humanitaires.

Depuis le début des années 1990, les SAMU et les sapeurs-pompiers de tous les départements sont incités à collaborer et à interconnecter leurs centres d'appels -centre de réception et de régularisation des appels (CRRA) pour le SAMU et centre de traitement de l'alerte (CTA) pour les sapeurs-pompiers. Cela permet une meilleure orientation et adaptation des réponses en fonction de la demande exprimée : conseil médical, choix du mode d'intervention et du mode d'acheminement des malades. De nombreux départements ont signé des conventions SAMU/SDIS (services d'incendie et de secours) leur permettant d'opérer conjointement.

L'acheminement médicalisé des urgences vers les établissements hospitaliers est assuré principalement par les sapeurs-pompiers et les SMUR. En 2002, les 389 SMUR répartis sur le territoire français ont effectué près de 647 000 sorties. Entre 1997 et 2002, l'activité des services d'urgence hospitaliers a progressé (+30%) alors que la part d'hospitalisation qui en découle diminue. En 1997, ces services enregistraient près de 11 millions de passages suivis dans 30% des cas par une hospitalisation, contre un peu plus de 14 millions de passages suivis de 18% d'hospitalisations en 2002.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- La Drôme dispose en 2003 d'un service d'accueil des urgences, d'un SAMU, de trois SMUR et de 3 UPATOU .
- 122 000 passages dans les services d'urgence hospitaliers ont été comptabilisés en 2003, dont 13% ont donné lieu à une hospitalisation.
- Les SMUR du département ont effectué près de 5 000 sorties en 2002.
- En 2003, les sapeurs-pompiers ont effectué un peu plus de 18 000 sorties sanitaires, dont 15% pour accidents de la circulation.

Les structures de prise en charge de l'urgence dans la Drôme

En 2003, la Drôme dispose d'un service d'accueil des urgences (SAU), dépendant du centre hospitalier de Valence. Le département dispose également d'un SAMU avec un centre 15, situé à Valence, de trois SMUR (Valence, Montélimar, Romans/Saint-Vallier) et de trois unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU), installées à Montélimar, Die et dans les hôpitaux Drôme-Nord (Romans, Saint-Vallier). Il existe aussi un centre de consultations non programmées au centre hospitalier de Crest. De plus, la clinique Pasteur, située dans la partie ardéchoise de l'agglomération de Valence accueille de nombreux drômois au sein de son UPATOU.

Les sapeurs pompiers disposent d'un réseau de trois centres de secours principaux (CSP), de dix-huit centres de secours (CS) et de soixante-cinq centres de premières interventions (CPI).

Structure de prise en charge et de régulation des urgences en 2003

Type de Structure	Nombre
SAMU	1
SMUR	3
Services d'accueil des urgences (SAU)	1
UPATOU	3
Centres de sapeurs-pompiers	86

Sources : INSEE (estimations)

Exploitation ORS

SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) et **Centre 15** : Service ou pôle d'activité hospitalier chargé de la réception et du traitement des appels médicaux d'urgence, de l'organisation et de l'enseignement des secours médicaux, de la coordination des transports médicalisés et de la préparation de l'accueil hospitalier des malades, des blessés ou des parturientes.

SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) : Service ou pôle d'activité d'un service hospitalier chargé d'apporter hors de l'enceinte hospitalière des soins aux malades et aux blessés et de les transporter dans des conditions de réanimation satisfaisantes en lien avec le SAMU.

SAU (Service d'Accueil et de Traitement des Urgences) : Service d'urgence hospitalier. Les SAU font l'objet d'une habilitation et doivent répondre à des normes en matière d'équipement, en particulier la présence d'un plateau technique important pouvant prendre en charge les urgences lourdes.

UPATOU (Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences) : unité de proximité qui accueille et procède à l'examen clinique de toute urgence, y compris psychiatrique. Si elle ne peut pas traiter elle-même la pathologie, elle réoriente les patients vers les structures de soins ad hoc.

POSU (Pôle Spécialisé d'Urgence) : crée à titre exceptionnel, il a vocation à prendre en charge des soins hautement spécialisés, touchant un même organe ou une même fonction.

LES URGENCES

Activité des services d'accueil des urgences dans les hôpitaux en 2003

	Drôme		Rh-Alpes	France
	Nbre	Taux*	Taux*	Taux*
Passages	121 789	269,1	243,9	240,9
- dont SAU	44 605	98,5	88,9	137,3
- dont UPATOU	77 184	170,5	146,1	92,1
- dont POSU	0	0,0	8,9	11,5
Hospitalisations	16 312	35,9	33,6	43,6
% d'hospitalisations	13,4		13,8	18,1

Sources : DRASS-DRESS (SAE), INSEE (estim.) Exploitation ORS
* Taux pour 1 000 habitants

13% des passages aux urgences se soldent par une hospitalisation

En 2003, les services d'accueil et de traitement des urgences de la Drôme ont enregistré 121 789 passages soit un taux de 269 passages pour 1 000 habitants, supérieur au niveau national (241) et régional (244). Seulement 13% de ces passages donnent lieu à une hospitalisation. Le nombre d'hospitalisations pour 1 000 habitants après passages aux urgences est moins élevé que la moyenne nationale mais au même niveau que la moyenne régionale : 36 hospitalisations pour 1 000 habitants dans le département contre 44 au niveau de la France et 34 en Rhône-Alpes.

45 000 personnes accueillies en SAU et 77 000 en UPATOU

Au cours de l'année 2003, 45 000 personnes ont été accueillies au service d'accueil et de traitement des urgences de Valence, soit plus d'un tiers des passages aux urgences dans la Drôme. Le reste des passages aux urgences se répartissent entre les 3 UPATOU du département, dont près de 50% à Montélimar et 43% à Romans/Saint-Vallier. C'est dans l'UPATOU de Romans/Saint-Vallier que les hospitalisations sont les plus nombreuses (près de 20%). Elles sont inférieures à 10% à Valence.

Activité des services d'accueil des urgences dans les hôpitaux de la Drôme en 2003

	Passage		Hospitalisation	
	SAU	UPATOU	%	Nb
CH de Valence	44 605		9,3	4 148
CH de Die		6 040	13,0	785
CH de Romans		27 367	18,8	5 145
CH de Saint-Vallier		6 077	20,7	1 258
CH de Montélimar		37 700	13,2	4 976
Total Drôme	44 605	77 184	13,4	16 312

Sources : DRASS-DRESS (SAE), INSEE (estim.) Exploitation ORS
* Taux pour 1 000 habitants

Un taux de sortie des SMUR supérieur à la moyenne nationale

Les 3 services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) de la Drôme ont effectué environ 5 000 sorties en 2002, soit 11,2 sorties pour 1 000 habitants, un taux supérieur à la moyenne nationale (10,5) et régionale (9,3). Les sorties se divisent en deux catégories : sorties primaires (vers un lieu de détresse) et secondaires (transport d'un établissement de soins vers un autre). En 2002, les sorties primaires représentent, comme au niveau national, 79% du total des sorties dans le département, contre 76% au niveau régional.

Activité des services des SMUR en 2002

	Drôme		Rh-Alpes	France
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Sorties primaires	4 003	8,9	7,0	8,3
Sorties secondaires	1 055	2,3	2,3	2,2
Total des sorties	5 058	11,2	9,3	10,5

Sources : DRASS, DREES, INSEE (estimations) Exploitation ORS
* Taux pour 1 000 habitants

81% des sorties primaires sont suivies d'un transport médicalisé par le SMUR

Dans la Drôme, 8 sorties primaires du SMUR sur 10 sont suivies d'un transport médicalisé, soit une part équivalente à celle de la région (80%), mais supérieure à celle de la France (71%). Parmi les sorties suivies d'un transport médicalisé, 83% des patients sont transportés vers l'établissement siège du SMUR.

Les sorties primaires des SMUR en 2002

	Drôme		Rh-Alpes	France
	Nombre	%	%	%
Sorties primaires				
- non suivies de transport médicalisé	747	18,7	20,2	29,0
- suivies de transport médicalisé	3 248	81,3	79,8	71,0

Sources : DRASS, DREES, INSEE (estimations) Exploitation ORS

18 000 sorties sanitaires effectuées par les sapeurs-pompiers en 2003

En 2003, les sapeurs-pompiers de la Drôme ont réalisé un peu plus de 18 000 sorties sanitaires, soit 64% de leur activité globale. Les interventions pour accidents de la route représentent 15% des sorties sanitaires. Par rapport aux statistiques nationales et régionales, la Drôme se caractérise par une fréquence importante de sorties dues à des accidents de la circulation (6,1 sorties pour 1 000 habitants, contre 5,4 sur l'ensemble de la France et 4,7 en région Rhône-Alpes).

Activité sanitaire des sapeurs-pompiers en 2003

	Drôme		France
	Nombre	Taux*	Taux*
Total des sorties sanitaires	18 130	40,1	43,3

Sources : Direction de la sécurité civile, INSEE Exploitation ORS
* Nombre de sorties pour 1 000 habitants

CONTEXTE NATIONAL

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a consacré l'année 2001 « année mondiale de la santé mentale ». En Europe et en France, la santé mentale est au rang des priorités de santé publique. La psychiatrie, prend une place de plus en plus importante en santé publique.

Depuis les années 60, la politique de santé mentale a profondément évolué. Les progrès enregistrés par la thérapie psychiatrique ont eu une influence indiscutable en rendant possible le traitement ambulatoire ou l'hospitalisation partielle de nombreux patients jusqu'alors maintenus en hospitalisation complète. Aujourd'hui l'offre de soins spécialisés en santé mentale repose sur un dispositif diversifié : centres hospitaliers spécialisés, services de psychiatrie dans les établissements de santé, hôpitaux psychiatriques privés participant au service public, établissements de lutte contre les maladies mentales (cliniques et foyers de postcure), et cliniques générales ayant des services de psychiatrie.

Le dispositif public de soins psychiatriques français s'organise en secteur : 830 secteurs de psychiatrie générale (pour les adultes), qui desservent environ 54 000 habitants de plus de 20 ans et 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile qui desservent en moyenne 49 000 habitants de moins de 20 ans. Chaque secteur est doté d'une équipe pluridisciplinaire et de moyens variés : hospitalisation complète et partielle, accueil et soins ambulatoires en centres médico-psychologiques, appartements thérapeutiques, familles d'accueil...

La mise en place de schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) a permis l'amélioration de l'offre de soins en psychiatrie : amélioration de la qualité des soins, diversification des modes de prises en charge, mise en réseau de l'offre de soins...

Au cours de ces dernières années, l'évolution de la psychiatrie hospitalière a été marquée par une diminution de la capacité (qui est passée de 113 900 lits ou places en 1992 à 89 000 en 2002) et un développement de l'hospitalisation partielle qui représente 29,3% du total des lits ou places d'hospitalisation en psychiatrie en 2002 contre 19,9% en 1992.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- Un taux d'équipement équivalent à la moyenne régionale en psychiatrie infanto-juvénile et inférieur en psychiatrie générale.
- La capacité d'hospitalisation psychiatrique publique et privée est de 571 lits au 1er janvier 2003.
- Le centre hospitalier « Le Valmont » spécialisé en psychiatrie représente 64% de la capacité d'hospitalisation en psychiatrie dans le département.
- En 2003, 638 hospitalisations sans consentement ont été recensées dans la Drôme

Un taux d'équipement en psychiatrie générale inférieur à la moyenne régionale

Au 1er janvier 2003, la Drôme est dotée d'une capacité d'hospitalisation en psychiatrie générale de 484 lits et places, soit un taux d'équipement de 1,07 pour 1 000 habitants inférieur aux moyennes régionale et nationale (1,15 et 1,29). Ce taux est aussi plus faible que l'indice de besoins (fixé en 1999 par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation à 1,16 lits et places pour 1 000 habitants dans la Drôme).

Un taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile équivalent à la moyenne régionale.

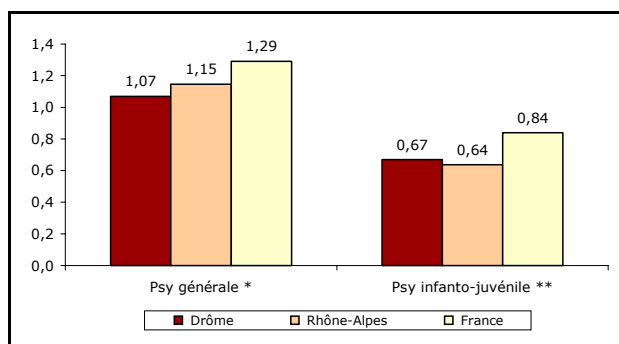
L'équipement en psychiatrie infanto-juvénile de la Drôme est destiné à la population drômoise et ardéchoise. En 2003, la Drôme compte 87 lits et places en psychiatrie infanto-juvénile. Le taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile s'élève à 0,67 lits et places pour 1 000 enfants de 16 ans ou moins, soit un taux équivalent au taux régional et légèrement inférieur au taux national. Ce taux d'équipement est aussi plus faible que l'indice de besoin établi par l'ARH pour les départements de la Drôme et de l'Ardèche

Nombre de lits et places, taux d'équipement et indices de besoin dans la Drôme au 1er janvier 2003

	Psy générale	Psy infanto-juvénile
Hospitalisation complète	394	14
Hospitalisation partielle	90	73
Total	484	87
Taux Drôme ⁽¹⁾	1,07	0,67
Indice départemental ⁽²⁾	1,16	0,90

Sources : DRASS-DREES, ARH, INSEE (estimations) Expl ORS
(1) Tx pour 1000 hab de la Drôme (psy gén.) et 1000 hab de 0 à 16 ans de Drôme et d'Ardèche (psy infanto-juv.)
(2) Indice pour 1000, fixé par l'ARH en mai 1999

Taux d'équipement en lits et places de psychiatrie (hospitalisation complète et partielle) au 01/01/03



Sources : DRASS-DREES, ARH, INSEE (estimations) Expl ORS
(*) Taux pour 1 000 habitants de la Drôme
(**) Taux pour 1 000 habitants de 0 à 16 ans de Drôme et d'Ardèche

LA PSYCHIATRIE EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

Capacité installée en psychiatrie générale dans la Drôme au 1er janvier 2004

	Capacité	%
Hospitalisation complète (lits) *	394	80,1
Hospitalisation partielle	90	18,3
de jour (places)	83	16,9
de nuit (lits)	7	1,4
Accueil familial thérapeutique (lits)	8	1,6
Ensemble	492	100,0

Sources : DRASS-DREES (SAE, STATISS), INSEE Exploitation ORS
* L'hospitalisation complète comprend également les places d'appartements thérapeutiques, les centres de crise et de postcure.

L'hospitalisation complète représente 80% de la capacité totale installée en psychiatrie générale

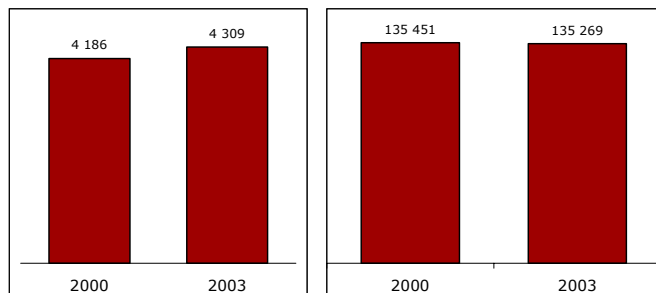
Au 1er janvier 2003, la Drôme est dotée de 394 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie générale, soit 80% du total des lits et places installés dans le département. L'hospitalisation partielle représente 90 lits et places (83 places en hospitalisation de jour et 7 lits en hospitalisation de nuit).

Le département est également doté de 8 lits en accueil familial thérapeutique.

Parallèlement aux structures de psychiatrie de la Drôme, signalons l'ouverture récente de la maison des adolescents, pôle du centre hospitalier « Le Valmont ». Cette structure est destinée à l'accueil et la prise en charge des jeunes de 13 à 20 ans et offre des possibilités de prise en charge ambulatoire ou à temps partiel. Elle travaille en étroite collaboration avec les structures travaillant sur les adolescents.

Nombre d'entrées et journées réalisées en hospitalisation complète dans la Drôme en 2000 et 2003

Nombre d'entrées Nombre de journées



Sources : DRASS-DREES (SAE)

Exploitation ORS

Hospitalisation sans consentement dans les établissements psychiatriques publics ou faisant fonction de publics en 2004

	HDT ⁽¹⁾		HO ⁽²⁾	
	Nombre	Taux ⁽³⁾	Nombre	Taux ⁽³⁾
Drôme	594	174	44	13
Rhône-Alpes	8 229	188	1 058	24
France métropolitaine	74 196	164	10 028	22

Sources : DDASS, DGS, INSEE (estim.)

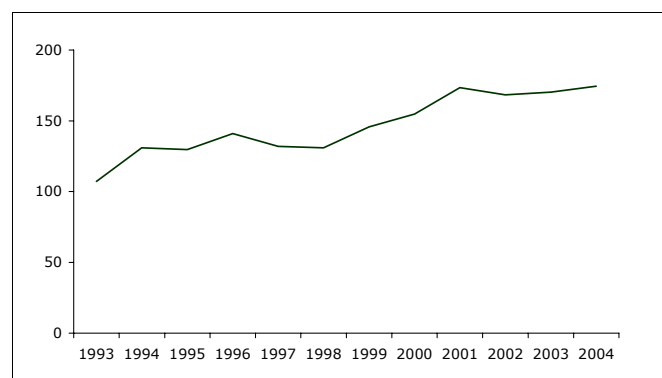
Exploitation ORS

(1) HDT = hospitalisation à la demande d'un tiers

(2) HO = hospitalisation d'office

(3) Taux pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus

Évolution du taux d'hospitalisation à la demande d'un tiers. 1993-2004



Sources : DDASS, DGS, INSEE (estim.)

Exploitation ORS

Hausse du nombre d'entrées, baisse de la durée moyenne de séjour

Le nombre d'entrées pour une hospitalisation complète en psychiatrie dans la Drôme s'élève environ à 4 300 en 2003, ce qui représente plus de 135 000 journées. 64% des entrées et 60% de ces journées ont été réalisées dans le centre hospitalier spécialisé « Le Valmont » près de Valence.

Entre 2000 et 2003, le nombre des entrées a augmenté de 3% alors que celui des journées est resté stable. Dans le même temps, la durée moyenne de séjour est passée de 32,4 à 31,4 jours (durée inférieure à la moyenne régionale qui s'élève à 34,6 jours).

Des hospitalisations à la demande d'un tiers en hausse

638 hospitalisations sans consentement ont été recensées dans la Drôme en 2004, dont 93% sont des hospitalisations à la demande d'un tiers et 7% des hospitalisations d'office. Le taux d'hospitalisation à la demande d'un tiers (174 pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus) est supérieur au taux national (164), mais inférieur au taux régional (188). Celui des hospitalisations d'office est inférieur aux taux régional et national (13 pour la Drôme contre respectivement 24 et 22 pour la région et la France).

Comme sur l'ensemble de la France, le taux d'hospitalisation à la demande d'un tiers a nettement augmenté depuis 1999, passant de 145 à 174 pour 100 000 habitants de plus de 20 ans.

Modes d'hospitalisation en psychiatrie

Hospitalisation libre : admission d'un malade avec son consentement après avis d'un médecin.

Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) : admission après la demande motivée d'une personne de l'entourage et après deux certificats médicaux circonstanciés.

Hospitalisation d'office : hospitalisation prononcée par arrêt motivé du préfet, avec certificat circonstancié.

CONTEXTE NATIONAL

En 2001, les français ont dépensé 148 milliards d'euros pour leur santé soit 9,5% du produit intérieur brut (PIB) et 2 437 euros par habitant. La France est avec l'Allemagne le pays de l'Union Européenne qui consacre la part la plus élevée de sa richesse à la santé.

Sur la période 1995-2000, les dépenses de santé ont augmenté (hors inflation) en moyenne d'environ 1,5% par an. L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est régulièrement dépassé.

Au cours des dernières années, les recours aux soins ont été facilités notamment grâce aux nombreuses évolutions enregistrées en matière de fonctionnement du système de santé comme l'introduction de la couverture maladie universelle (CMU).

D'après l'étude réalisée par D.Raynaud⁽¹⁾, la consommation de soins libéraux est influencée par différentes variables socio-démographiques comme l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, l'état matrimonial, la taille du ménage, le niveau social et la position sur le marché du travail. Les effets de l'âge et du sexe sont très significatifs pour les dépenses ambulatoires. Ce sont les enfants de moins de 3 ans, les femmes en âge de procréer et les personnes âgées de plus de 65 ans qui ont le plus fréquemment recours aux soins ambulatoires.

D'une manière générale, pour la médecine de ville, les dépenses de santé auprès des généralistes et des spécialistes sont croissantes avec l'âge et s'accroissent à partir de 50 ans. Les dépenses en auxiliaires médicaux (soins infirmiers, soins de kinésithérapie) croissent fortement avec l'âge. Au contraire, au delà de 60 ans, les dépenses d'optiques n'augmentent plus et les dépenses dentaires sont décroissantes.

Pour certains soins, il existe un lien étroit entre la consommation de soins libéraux et le milieu social. En effet, les dépenses dentaires et d'optiques des cadres de même que leurs dépenses de médecine spécialisée sont supérieures à la moyenne tout milieu social confondu, alors que celles des ouvriers sont inférieures à cette moyenne. En revanche, les dépenses de généralistes apparaissent globalement peu liées au milieu social.

Les motifs de recours à la médecine de ville sont différents selon l'âge et le sexe. Les résultats de l'enquête permanente sur la prescription médicale montrent que chez les enfants, les motifs les plus fréquents concernent les maladies de l'appareil respiratoire. Chez les femmes de 15-44 ans, c'est principalement la contraception qui motive le plus de recours suivie des affections aiguës des voies respiratoires supérieures. Chez les hommes de même âge ce sont les affections aiguës des voies respiratoires supérieures suivies des affections du dos. Après 45 ans, les recours aux soins pour les maladies hypertensives sont plus fréquents et après 75 ans, les maladies de l'appareil circulatoire en général.

(1) Denis Raynaud, *Les déterminants individuels des dépenses de santé, DREES, dossiers solidarité et santé, les dépenses de santé n° 1 janvier mars 2002, la documentation française.*

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- Les drômois effectuent autant de consultations chez les omnipraticiens qu'en France (4 par personne en 2001) et moins de consultations de spécialistes (1,7 contre 1,9 par personne).
- Le nombre moyen de consultations en gynéco-obstétrique a baissé de 5% entre 1998 et 2001.
- La consommation d'actes paramédicaux a subi une hausse entre 1998 et 2001.

Un nombre de consultations équivalent au niveau national chez les omnipraticiens

Au cours de l'année 2001, les drômois ont effectué environ 1,43 millions de consultations chez les omnipraticiens⁽²⁾, soit 4 consultations par personne. Chez les spécialistes, le nombre de consultations est de plus de 620 500, soit 1,7 consultations par personne.

Les nombres de consultations par personne auprès des omnipraticiens sont relativement proches entre la Drôme et la France. Par contre, chez les spécialistes, il est plus faible dans la Drôme qu'en France

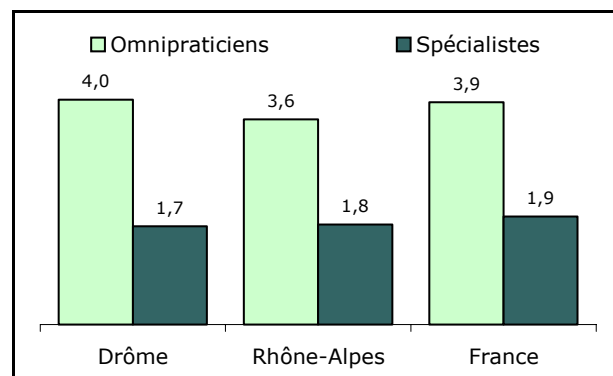
Par rapport aux autres départements rhônalpins, le nombre de consultations chez les omnipraticiens est le plus élevé. Cet écart peut s'expliquer par la proportion importante de personnes âgées plus élevée dans la Drôme. Pour les spécialistes, la Drôme détient le quatrième taux derrière l'Isère, la Savoie et le Rhône.

Les omnipraticiens ont effectué plus de 243 600 visites chez les drômois, soit en moyenne 0,7 visite par personne, moins que la moyenne nationale (1,0). Quant aux spécialistes, ils effectuent très peu de visites.

(2) Omnipraticiens : médecins généralistes et médecins ayant un mode d'exercice particulier (homéopathes, acupuncteurs...)

Consommation en soins en médecine libérale en 2001

(nombre de consultations par personne protégée)



Source : CNAMTS (FIIP)

Exploitation ORS

Population protégée : la population protégée par les régimes d'assurance maladie concerne les personnes gérées par ces régimes (assurés+ayants droits). Tous les indicateurs sont calculés sur la base de la population protégée du Régime général (CNAMTS).

LA CONSOMMATION DE SOINS EN LIBERAL

Consommation d'actes auprès des omnipraticiens Nombre d'actes pour 100 personnes protégées

	1998	2001	Evolution en %
Drôme			
Consultations	364,0	399,4	+9,7
Visites	82,3	68,1	-17,3
Total	446,3	467,5	+4,8
France			
Consultations	365,0	394,9	+8,2
Visites	117,2	103,1	-12,0
Total	482,2	498,1	+3,3

Sources : CNAMTS (FIIP), INSEE

Exploitation ORS

Consultations auprès des spécialistes et des sages-femmes

Nombre pour 100 personnes protégées et évolution en %

	Drôme		France	
	2001	Evol. 1998/2001	2001	Evol. 1998/2001
Ensemble des spécialistes	173,3	+2,4	190,9	+2,7
<i>dont</i>				
cardiologues	7,3	-9,8	10,3	+0,3
gynéco-obstétriciens*	25,3	-5,0	28,8	-0,9
dermatologues	16,5	+6,2	19,0	+4,6
psychiatres	26,1	+5,2	26,8	+6,3
pédiatres	16,0	+1,5	19,3	+2,3
ophtalmologues	28,0	+6,9	30,0	+3,7
Sages femmes*	13,7	+37,7	10,1	+23,5

Sources : CNAMTS (FIIP), INSEE

Exploitation ORS

* Taux pour 100 femmes de 15-44 ans

Consommation d'actes paramédicaux, d'actes de dentistes et d'actes d'analyse de biologie

Somme de coefficients d'actes par personne protégée

	Drôme		France	
	2001	Evol. 1998/2001	2001	Evol. 1998/2001
Auxiliaires médicaux				
Infirmiers	16,0	+14,5	11,2	+12,3
Masseurs kinésithérapeutes	21,1	+21,9	19,6	+20,0
Orthophonistes	3,7	+13,3	3,3	+13,4
Orthoptistes	0,2	+15,8	0,3	+13,3
Chirurgiens Dentistes	30,5	+15,1	23,0	+11,1
Analyse de biologie	171,7	+26,8	184,4	+20,2

Sources : CNAMTS (FIIP), INSEE

Exploitation ORS

Une croissance de 5% des actes d'omnipraticiens entre 1998 et 2001

Le nombre d'actes d'omnipraticiens par personne (consultations et visites) a subi une croissance de près de 5% dans la Drôme, hausse supérieure à celle observée sur l'ensemble de la France (+3%). Cette augmentation observée aussi bien dans la Drôme qu'en France est le résultat de la hausse du nombre de consultations et dans le même temps d'une baisse du nombre de visites par personne.

Une baisse des consultations en gynéco-obstétrique des drômoises

Entre 1998 et 2001, le taux d'évolution des consultations chez les spécialistes est de +2,4% dans la Drôme. Cette hausse est inférieure à celle de la France (+2,7%).

Parmi les principales spécialités, le plus grand nombre de consultations concerne les ophtalmologues (16%), les gynéco-obstétriciens (15%) et les psychiatres (15%). Pour les psychiatres, le taux de croissance entre 1998 et 2001 est de +5%, chez les ophtalmologues il est de +7%. Sur la même période, le nombre de consultations chez les gynéco-obstétriciens a subi une baisse de -5%. A noter que le nombre de gynéco-obstétriciens est également en baisse.

Le nombre de consultations auprès de sages-femmes est de plus de 9 600, soit 13,7 consultations pour 100 femmes de 15-44 ans. Ce nombre moyen s'est accru de +38% dans la Drôme entre 1998 et 2001 (+24% en France). Cette hausse s'opère parallèlement à une hausse du nombre de sages-femmes libérales dans la Drôme.

Une hausse de la consommation d'actes paramédicaux

L'activité des **auxiliaires médicaux** rapportée à la population des drômois a progressé entre 1998 et 2001 de +15% pour les infirmiers (+12% au niveau national). Celle des masseurs-kinésithérapeutes a augmenté de 22% (+20% en France). La hausse chez les orthophonistes (+13%) est équivalente à celle observée en France.

L'activité des **dentistes** est relativement plus importante chez les drômois que chez les français. Elle a beaucoup plus augmenté dans le département (+15%) qu'au niveau national (+11%). Celle des **laboratoires d'analyses** rapportée à la population est moins importante dans la Drôme qu'en France. Mais elle a connu une hausse dans la Drôme plus forte qu'en France (+27% contre +20%).

Les données présentées sur cette fiche, fournies par le département statistique de la CNAMTS, sont issues du FIIP (Fichier d'Information Inter-régimes sur les Prestations). Ce sont des données agrégées de consommation concernant les seuls ressortissants du régime général d'assurance maladie. Elles sont prises en compte à la date des soins effectués. Elles sont comptées par département de domicile des patients et sont mesurées en nombre d'actes ou en somme de coefficients d'actes. Pour les auxiliaires médicaux, il s'agit : des actes D, DC, SC, SPR et TO pour les dentistes ; des actes AMI et AIS pour les infirmiers ; des actes AMK et AMC pour les masseurs kinésithérapeutes ; des actes AMO pour les orthophonistes et des actes AMY pour les orthoptistes.

CONTEXTE NATIONAL

En 2000, avec un total de 774 800 nouveau-nés, la natalité a augmenté en France par rapport à 1999 (+4%). C'est la plus forte hausse enregistrée depuis 1980. Le redressement amorcé depuis 1995 se maintient : le nombre de naissances augmente chaque année depuis cette date à l'exception de l'année 1997 où une légère baisse a été observée. Pour l'année 2000, l'indice conjonctuel de fécondité est de 1,88 enfant par femme contre 1,75 en 1998. Pour l'ensemble de l'Union européenne, il est de 1,48. Seule l'Irlande a un indice plus élevé (1,89) que celui de la France. Les indices les plus faibles d'Europe sont en Espagne (1,23) et en Italie (1,24).

En France, les grossesses sont d'une façon générale de plus en plus tardives. L'âge moyen à la maternité est de 29,4 ans en 2000, soit un an de plus qu'en 1990. Cette évolution est due à deux mouvements simultanés de la fécondité : une baisse chez les femmes avant 30 ans (particulièrement chez les 20-24 ans), une hausse chez les femmes après 30 ans. Les jeunes femmes devenant mères avant l'âge de 20 ans sont de plus en plus rares, à tel point que la fécondité des femmes de 40-45 ans est supérieure à celles des 15-19 ans. Pour poursuivre les efforts en matière de périnatalité, le gouvernement s'est appuyé sur un rapport du Haut comité de la santé publique (1994), pour lancer un plan quinquennal 1995-2000 fixant 4 objectifs de santé publique : réduire de moitié le nombre de femmes peu ou pas suivies au cours de la grossesse, diminuer la mortalité maternelle de 30%, abaisser la mortalité périnatale d'au moins 20% et réduire le nombre d'enfants de faible poids de naissance de 25%.

D'après l'enquête nationale sur la périnatalité de 1998, la majorité des femmes bénéficie des sept examens prénatals obligatoires, mais elles sont 1% à avoir eu moins de 4 consultations et 6,5% à n'avoir pas consulté l'équipe responsable de l'accouchement. Pendant la grossesse, 2% des femmes ont dit avoir renoncé à des consultations ou des examens pour des raisons financières. On observe également une augmentation de la prématurité et de la proportion d'enfants de poids inférieur à 2 500 grammes, essentiellement due à une hausse des naissances multiples. Enfin, en 1998, environ 214 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France soit 6% de plus qu'en 1990. Le recours à l'IVG est plutôt stable au-delà de 25 ans alors qu'il augmente chez les plus jeunes. La loi actualisant l'IVG et la contraception par rapport à la législation du 17 janvier 1975 porte le délai légal de l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse et aménage l'autorisation parentale pour les mineures.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- L'indice conjonctuel de fécondité (2 enfants par femme de 15 à 49 ans) est supérieur à celui de la France.
- Le taux de césariennes est en progression : il passe de 14% des accouchements en 1989 à 18% en 2001.
- En 2002, 1 391 interruptions volontaires de grossesses ont été pratiquées dans les établissements hospitaliers de la Drôme.

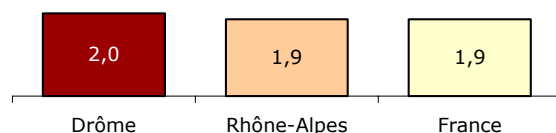
Un indice conjonctuel de 2 enfants par femme de 15 à 49 ans dans la Drôme

L'indice conjonctuel de fécondité est une mesure de la fécondité indépendante de la structure par âge et de la mortalité (voir encadré). En 2000, cet indice s'élève à 2 enfants par femme de 15 à 49 ans dans la Drôme. Il est supérieur aux indices régional et national (1,9). C'est le plus élevé en Rhône-Alpes.

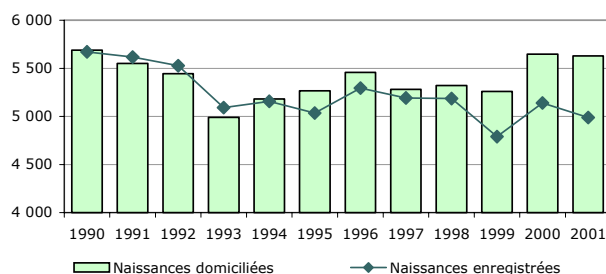
Comme la plupart des départements français, la Drôme a subi une forte baisse de la natalité en 1993. Depuis, cette baisse a été compensée.

Le nombre de naissances domiciliées dans la Drôme est de 5 631 en 2001, alors que le nombre d'enfants nés dans les maternités de la Drôme (naissances enregistrées) s'élève à 4 988. Cette différence peut notamment s'expliquer par le fait que certaines maternités bien qu'étant dans un autre département sont en réalité proches des Drômois, notamment celles situées à Valreas (une enclave dans la Drôme) et d'autres sur la frontière avec l'Ardèche.

Indice conjonctuel de fécondité en 2000



Evolution du nombre de naissances dans la Drôme entre 1990 et 2001



Sources : INSEE

Exploitation ORS

Méthode : L'indice conjonctuel de fécondité, ou somme des naissances réduites, est le nombre moyen d'enfants mis au monde par une génération de femmes qui seraient soumises, pendant leur vie, aux conditions de fécondité par âge de la période d'observation, en l'absence de mortalité. Il s'obtient en faisant la somme des taux de fécondité par âge, de 15 à 49 ans. Le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances issues de mères d'un âge donné au nombre de femmes de ce même âge.

Les **naissances domiciliées** sont établies à partir des bulletins d'état-civil, et comptabilisées au domicile de la mère. Y sont compris les faux morts-nés, (enfants nés vivants mais décédés avant leur déclaration à l'état-civil, dans les trois jours francs qui suivent la naissance).

AUTOUR DE LA GROSSESSE

Structure d'âge des mères en 1995 et 2000*

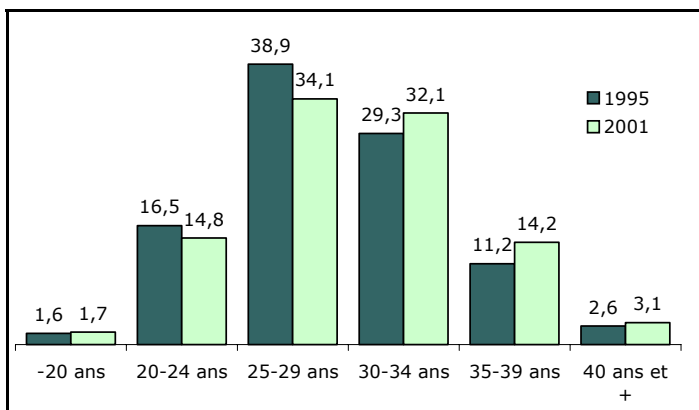
	1 995			2 000		
	Drôme		France	Drôme		France
	Nombre	%	%	Nombre	%	%
< 18 ans	32	0,6	0,5	27	0,5	0,6
18-37 ans	4 957	94,1	94,8	5 339	94,5	93,6
38 ans et +	279	5,3	4,7	282	5,0	5,8
Total	5 268	100,0	100,0	5 648	100,0	100,0

Sources : INSEE

Exploitation ORS

* La répartition par tranche d'âge autre que quinquennales est non disponible pour l'année 2001

Répartition des naissances selon l'âge de la mère en 1995 et 2001



Source : INSEE

Exploitation ORS

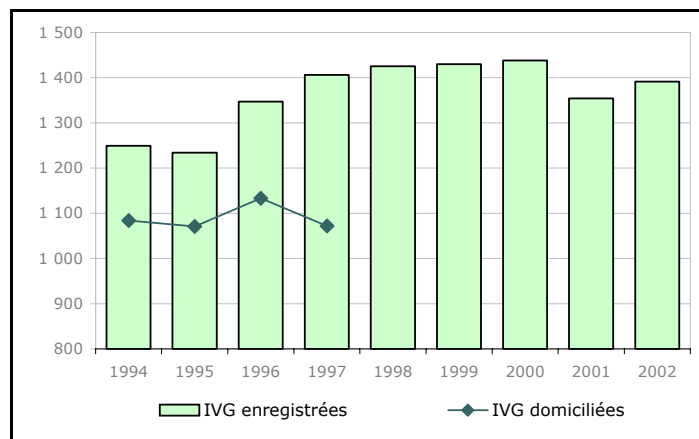
Taux de césariennes des secteurs public et privé en 1989 et 2002

	Drôme		Rhône-Alpes	
	1989	2002	1989	2002
Nombre d'accouchements	5 446	4 750	72 988	74 399
dont Césariennes	753	988	9 053	14 586
% de Césariennes	13,8	20,8	12,4	19,6

Source : DRASS (SAE)

Exploitation ORS

Evolution du nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesses (IVG) dans la Drôme entre 1994 et 2002*



Source : DREES

Exploitation ORS

* Nombre d'IVG domiciliées indisponibles depuis 1997

Plus de neuf nouveaux-nés sur 10 ont une mère âgée de 18 à 37 ans

La structure d'âge des mères est comparable à celle de la France. En 2000, la part des mères mineures est de 0,5% (0,6% en France) et celle des mères de plus de 37 ans est de 5,3% (5,8% au niveau national). Ces deux tranches d'âge présentent un risque particulier pour la grossesse et l'enfant à naître. Les chiffres drômois montrent une augmentation globale du nombre de naissances entre 1995 et 2000. Une partie de cette hausse peut s'expliquer par le boum des naissances de l'année 2000. Par contre dans les tranches d'âge à risque le nombre est resté stable.

La classe d'âge la plus représentée est celle des 25-29 ans. L'évolution entre 1995 et 2001 montre une augmentation de la proportion des mères de 30 ans et plus et une diminution chez les moins de 30 ans.

Un taux de césariennes en progression entre 1989 et 2002

Sur 4 750 accouchements pratiqués dans les hôpitaux publics et privés de la Drôme en 2002, 988 ont été effectués par césarienne, soit 20,8%. Cette proportion est légèrement supérieure à la moyenne régionale (19,6%).

Le taux de césariennes a augmenté par rapport à l'année 1989 aussi bien dans la Drôme qu'en Rhône-Alpes. Cette croissance rapide de la part des naissances par césarienne est une tendance générale observée sur l'ensemble du territoire français.

En 2002, 1 391 IVG ont été pratiquées dans les établissements hospitaliers de la Drôme.

En 2002, le nombre d'**IVG enregistrées**, c'est-à-dire pratiquées dans les établissements hospitaliers de la Drôme, est de 1 391, soit une hausse de 3% par rapport à 2001. Depuis 1996, la seule fois que l'on a observé une baisse du nombre d'IVG enregistrées a été en 2001 après une hausse annuelle continue.

Le nombre d'**IVG domiciliées**, c'est-à-dire pratiquées chez des Drômoises s'élevait en 1997 à 1 072 (IVG domiciliées) alors que 1 406 IVG avaient été pratiquées dans les établissements hospitaliers de la Drôme (IVG enregistrées). Les données d'IVG domiciliées ne sont plus disponibles depuis 1997, le Ministère ne faisant plus de publication sur cet indicateur depuis cette date.

Le **nombre d'IVG selon l'âge** n'est pas disponible au niveau départements. Au niveau régional et national, la DREES donne une estimation à partir des chiffres de SAE et des bulletins redressés pour tenir compte des IVG non déclarées en secteur public et dans les cliniques privées. Ainsi, en 2001, on estime à 12,8 IVG en Rhône-Alpes, pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (13,8 en France métropolitaine) et 7 IVG pour 1 000 femmes mineures (9 en France métropolitaine).

CONTEXTE NATIONAL

Les pathologies infectieuses des sphères ORL et pulmonaire, les affections bucco-dentaires et les accidents frappent très fréquemment les enfants. Elles sont, compte tenu de leur fréquence, sources d'une morbidité et d'un recours aux soins importants. Cependant ces affections sont le plus souvent bénignes.

Chez les enfants de moins de 16 ans, un enfant sur cinq présente au moins une affection de l'appareil respiratoire (8% présentent des rhinites aiguës et presque 6% ont un asthme). Un enfant sur dix se plaint de maladie de peau dont plus de la moitié sont des eczéma ou d'autres allergies cutanées, et un enfant sur vingt présente une affection digestive pour la plupart de type symptomatique (diarrhée, constipation, dyspepsie...). Les problèmes d'oreilles, essentiellement les otites, concernent plus de 4% des enfants (Enquête sur la santé et la protection sociale, CREDES 2000).

Le taux de mortalité infantile (décès d'enfants de moins d'un an) a décliné de manière importante en France, passant de 18,2 pour 1 000 naissances vivantes en 1970 à 3,6 en 2001. Les principales causes de décès, avant un an, sont les affections d'origine périnatale, les symptômes et états morbides mal définis (dont la mort subite du nourrisson) et les anomalies congénitales. Entre 1 et 14 ans, les accidents et les tumeurs constituent les premières causes de mortalité.

Par ailleurs, la maîtrise de nombreuses maladies infectieuses ne doit pas occulter l'importance de la vaccination. Celle-ci a contribué à réduire la mortalité chez les jeunes enfants. En 1998, 91% des enfants de 3 et 4 ans étaient vaccinés contre la rougeole, contre la rubéole et contre les oreillons, et 93% de ces mêmes enfants contre le BCG. Toutefois, l'objectif d'un taux de couverture vaccinale de 95% à deux ans préconisé par l'OMS pour éradiquer ces maladies est encore loin d'être atteint.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- 25 enfants de moins d'un an sont décédés en 2001 dans la Drôme, soit un taux de mortalité infantile de 4,4 pour 1 000 naissances vivantes.
- Une proportion de naissances prématurées de 6,6% et 7,2% de nouveaux-nés pesant moins de 2,5 Kg en 2002.
- Les troubles mentaux sont le principal motif d'admission en ALD chez les enfants de moins de 15 ans en 2000

Le taux de mortalité infantile s'élève à 4,4 pour 1 000 en 2001 ...

Dans la Drôme, 25 enfants de moins d'un an sont décédés en 2001, ce qui représente un taux de mortalité infantile de 4,4 décès pour 1 000 naissances vivantes. Ce taux est proche des moyennes nationale (4,5) et régionale (4,1). Au niveau des départements de Rhône-Alpes, c'est le deuxième taux le plus élevé après celui de l'Ain.

Le taux de mortalité néonatale s'élève à 3 décès pour 1 000, et le taux de mortalité post-néonatale à 1,4.

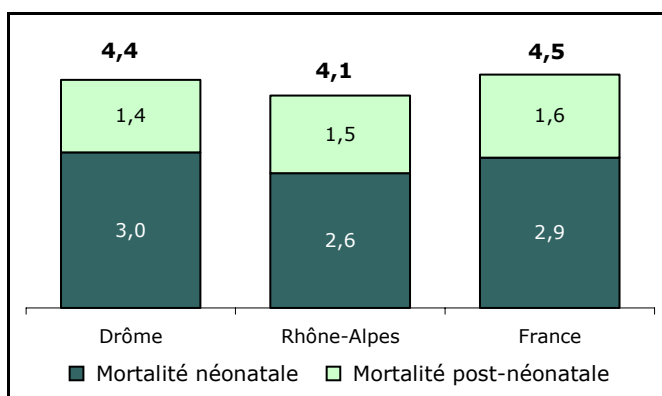
... Ce taux est en forte baisse depuis 1980

Comme dans l'ensemble des départements français, on observe depuis plusieurs décennies une diminution considérable et constante de la mortalité infantile. Entre 1980 et 2000, le taux de mortalité dans la Drôme a fortement baissé, passant de 10,2 à 4,2 décès pour 1 000 naissances vivantes. Cette évolution est du même ordre que celle observée au niveau national. Il faut par ailleurs noter que la différence de mortalité observée entre filles et garçons (surmortalité masculine) semble s'atténuer.

Le taux de mortalité infantile est le rapport du nombre de décès d'enfants de moins d'un an au nombre de naissances vivantes de l'année. Ce taux se décompose en :

- **Mortalité néonatale** : décès d'enfants de moins de 28 jours
- **Mortalité post-néonatale** : décès d'enfants de 29 jours à 1 an

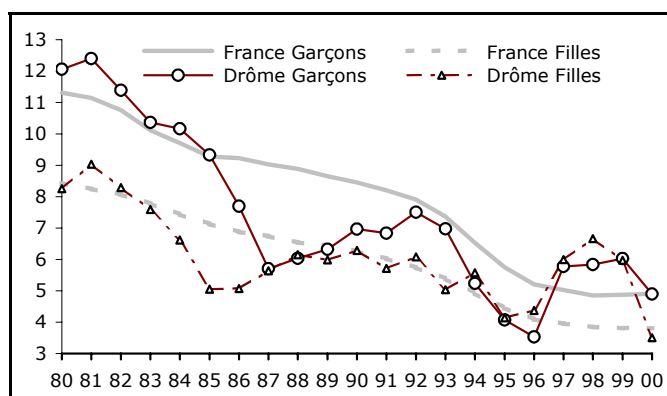
Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes en 2001



Sources : INSEE

Exploitation ORS

Evolution de la mortalité infantile de 1980 à 2000 par sexe (taux pour 1 000 naissances vivantes)



Sources : INSEE

Exploitation ORS

Courbes lissées (moyennes mobiles sur trois ans)

LA SANTE DE L'ENFANT

Naissances prématurés et nouveaux-nés pesant moins de 2500 g en 1998 et 2002

(Taux pour 100 certificats du 8^{ème} jour exploités)

	2002	1998	
	Drôme	Drôme	France
Naissances < 37 SA*	6,6	6,6	5,4
dont < 35 SA	2,3	2,5	1,9
dont < 33 SA	1,0	1,1	0,9
Nouveaux-nés < 2 500 g.	7,2	6,5	6,3
dont 2 000 à 2 499 g.	5,2	4,4	4,5
dont 1 000 à 1 999 g.	1,9	2,0	1,6
dont < 1 000 g.	0,2	0,1	0,2

Sources : Conseil général, DREES

Exploitation ORS

Les principaux motifs d'admission en affection de longue durée (ALD) pour les enfants de moins de 15 ans dans la Drôme en 2000

	Garçons	Filles
Troubles mentaux	27	16
Maladies du système nerveux	17	14
Maladies cardio-vasculaires	11	6
Maladies du système ostéo-articulaire	1	14
Tumeurs	9	6
Diabète et autres maladies métaboliques	5	6
Maladies de l'appareil respiratoire	2	3
Maladies du sang	3	1
Maladies de l'appareil digestif	0	3
Néphropathies	2	0
Autres	2	5
Total	79	74

Sources : CNAMTS, CANAM

Exploitation ORS

Données manquantes pour la MSA

Couverture vaccinale des enfants nés en 1999

	Drôme	France
Rougeole	84,1%	84,6%
Rubéole	84,1%	84,2%
Oreillons	84,1%	84,2%

Source : Conseil général, DREES

Exploitation ORS

Certificats de santé du 24^{ème} mois de l'année 2001

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites "de longue durée" (ALD) est établie par décret. Elle porte actuellement sur 30 affections ou groupes d'affections.

Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit des régimes général et des professions indépendantes. Ces données ont été fournies par les services médicaux de la CNAMTS et de la CANAM, et sont présentées sous forme de nombres de premiers avis favorables en 2000. Ce nombre dépend de la morbidité départementale, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis des médecins conseils. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

6,6% de naissances prématurées en 2002

La prématurité correspond à un âge gestationnel inférieur à 37 semaines d'aménorrhée. Prématurité et poids de naissance inférieur à 2 500 g sont des facteurs de risque reconnus de mortalité et de morbidité.

En 2002, la proportion de naissances prématurées de la Drôme est de 6,6%, autant qu'en 1998. Comparée à la France (en 1998) cette proportion est supérieure à la moyenne nationale (5,4%).

La part des nouveaux-nés pesant moins de 2 500 g, assez élevée en 2002 (7,2%) a fortement augmenté depuis 1998.

Les troubles mentaux sont le principal motif d'admissions en ALD concernant les enfants de moins de 15 ans

En 2000, 79 garçons et 74 filles de moins de 15 ans ont été admis en affection de longue durée dans la Drôme par le régime général d'assurance maladie et le régime des professions indépendantes.

La psychose, les troubles graves de la personnalité et l'arriération mentale représentent le motif principal d'admissions en affection de longue durée (ALD) : 28% de l'ensemble des admissions chez les moins de 15 ans. Ces motifs concernent plus souvent les garçons (34%) que les filles (22%). Les motifs d'admission en ALD les plus importants sont ensuite constitués des maladies du système nerveux (20%) et des maladies cardio-vasculaires (11%). Les maladies du système ostéo-articulaire sont une cause d'admission en ALD importante chez les filles de moins de 15 ans.

Au niveau de la mortalité, le nombre annuel de décès s'élève à 33 pour les enfants de moins de un an, 5 pour les 1-4 ans et à 10 pour les 5-14 ans (moyenne entre 1997 et 1999). Les principales causes de mortalité chez les moins de un an sont les affections périnatales - anoxies et autres affections respiratoires, traumatismes obstétricaux... (10 décès par an) ainsi que les anomalies congénitales (6 décès annuels). Chez les 1-4 ans et les 5-14 ans, la grande majorité des décès est consécutive aux accidents et aux cancers.

84% des enfants nés en 1999 ont été vaccinés contre la rougeole, la rubéole et les oreillons dans la Drôme

A deux ans, la couverture vaccinale est suivie par l'analyse des certificats de santé remplis pour chaque enfant par le médecin lors de l'examen obligatoire au 24^{ème} mois. Le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI), après exploitation locale, fournit les résultats à la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé.

Dans la Drôme, le taux de couverture vaccinale est de 84% pour le ROR chez les enfants nés en 1999. En France, ce taux est de 84,6% pour la rougeole et 84,2% pour la rubéole et les oreillons.

CONTEXTE NATIONAL

Depuis les années 70, le mode de vie des jeunes enfants a évolué sous l'influence des changements dans la société et la famille. En effet, les mères de jeunes enfants sont de plus en plus nombreuses à exercer une activité. Cependant l'extension de l'Allocation parentale d'éducation a entraîné un net fléchissement du taux d'activité des mères de deux enfants dont un de moins de trois ans : elles étaient 73% à travailler en 1994, elles ne sont plus que 56% en 1999. Sur la même période, le taux d'activité des mères d'un enfant ou de trois enfants et plus est resté stable. Par ailleurs, le nombre de familles monoparentales a beaucoup augmenté dans les années 80, semblant se stabiliser depuis les années 90 autour de un million.

Ces évolutions ont entraîné un besoin croissant en terme de capacités d'accueil individuel et collectif. Pour y répondre, l'Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) est créée en 1990 et majorée deux ans plus tard. Ce dispositif a entraîné une forte augmentation de ce mode de garde jusqu'en 1995, qui semble ralentir depuis. Au 1er janvier 1999, 300 700 agréments correspondaient à une offre d'accueil théorique de 724 100 enfants à la journée. Concernant l'accueil collectif, 206 000 places de crèches existaient pour les 2,2 millions d'enfants de moins de 3 ans et 79 000 places dans les autres structures d'accueil (haltes garderies, garderies et jardins d'enfants) pour les 4,3 millions d'enfants âgés de moins de 6 ans.

Par ailleurs, l'école maternelle occupe une place importante dans l'accueil des jeunes enfants : le taux de scolarisation en 1998-1999 est de 35% dès l'âge de 2 ans et de 99% dès 3 ans. Ces taux sont stables depuis plusieurs années. En 1998, la France, avec un taux de scolarisation à 3 ans voisin de 100% se place en tête des pays européens devant l'Italie (91%). En revanche, les taux sont beaucoup plus faibles en Allemagne (55%) et au Royaume-Uni (43%). Ces différences reflètent la diversité des choix politiques relatifs à la durée du congé maternité, les solutions de garde mises à la disposition des familles et la place de l'école dans la petite enfance.

Pour ce qui est des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance, le nombre de placements en famille ou en centre d'accueil, sur demande des parents ou par décision du juge pour enfants, a nettement diminué dans les années 80, mais reste stable depuis 1990, aux alentours de 110 000. Le placement en famille d'accueil est préféré au placement en institution dans plus de la moitié des cas, traduisant une volonté de privilégier le maintien de l'enfant dans une cellule familiale.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- Les assistantes maternelles représentent le principal mode d'accueil des enfants d'âge préscolaire (plus de 7 700 places autorisées en 2002).
- 7,3 enfants de moins de 20 ans pour 1 000 sont confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (5,3 en Rhône-Alpes).
- 1 290 familles sont bénéficiaires de l'Allocation Parentale Isolée au 31 décembre 2002, un effectif en progression moyenne annuelle de 2,2% depuis 2000.

Les assistantes maternelles : principal mode de garde des enfants en âge préscolaire

L'accueil des enfants d'âge préscolaire peut se faire en établissements collectifs ou au domicile d'assistantes maternelles (services d'accueil familial ou assistantes maternelles indépendantes).

La garde de ces enfants est essentiellement assurée par les assistantes maternelles. Celles de la Drôme agréées au 31 décembre 2002 peuvent assurer la garde de 7 742 enfants. À la même date, le département dispose de 1 850 places en établissements d'accueil collectif et 510 enfants sont inscrits en services d'accueil familial (anciennement crèches familiales).

L'accueil des enfants d'âge préscolaire dans la Drôme au 31 décembre 2002*

	Nombre d'équipem.	Nombre de places
Etablissements d'accueil collectif (Crèches, haltes garderies, multi-accueil, classes passerelles, jardins d'enfants)	85	1 850
Services d'accueil familial Crèches familiales	5	510
Assistants maternelles ⁽¹⁾	3 178	7 742

Sources : Conseil général

Exploitation ORS

(1) Pour les assistantes maternelles, c'est le nombre de places autorisées dans le cadre de l'agrément. C'est donc un nombre théorique puisque certaines trouvent un autre travail et gardent leur agrément, d'autres ne trouvent pas d'enfants à garder, d'autres en congés parental... La garde se fait au domicile de l'assistante maternelle.

* Les données au 31 décembre 2002 ne sont pas disponibles pour la région et pour la France. Il faut aussi noter que la répartition des places dans les différents modes de gardes a changé. La comparaison avec les années précédentes reste ainsi impossible.

Définitions :

Crèches collectives : établissements d'accueil de jour des enfants de moins de trois ans. Elles sont traditionnelles (crèches de quartier, crèches de personnel), mini-crèches (appartements, pavillons, locaux sociaux) ou parentales (associations de parents).

Crèches familiales : regroupement d'assistantes maternelles agréées, employées d'une municipalité, d'une administration ou d'une association et encadrées par une puéricultrice, ou une éducatrice. Pour ce type de structure, la garde des enfants se fait au domicile des assistantes maternelles.

Haltes-garderies : établissements pour l'accueil discontinu pendant la journée d'enfants de moins de six ans.

Jardins d'enfants : structures d'accueil collectif recevant des enfants de moins de six ans et permettant, en plus de la garde, une préscolarisation.

Depuis l'année 2002, les crèches, halte-garderies, structures multi-accueil et les jardins d'enfants sont rassemblés sous le terme de **structures d'accueil collectif**.

LE MODE DE VIE DE L'ENFANT

Taux d'équipement pour les enfants d'âge préscolaire

Au 31 décembre 2000	Taux d'équipement ⁽¹⁾		
	Drôme	Rhône-Alpes	France
Crèches collectives	42,5	54,3	66,2
Crèches familiales	30,9	23,4	28,0
Assistantes maternelles	467,6	456,4	368,7
Garderies et jardins d'enfants	4,3	0,6	2,4
Haltes-garderies	50,4	26,0	16,5

Sources : DREES

Exploitation ORS

(1) Nombre de places pour 1000 enfants : les taux sont calculés sur la population des moins de 3 ans pour les crèches et assistantes maternelles, et des moins de 6 ans pour les autres modes de garde.

Aide Sociale à l'Enfance au 31 décembre 2001

	Effectif	Proportion pour 1 000 habitants de moins de 20 ans		
		Drôme	Rhône-Alpes	France
Enfants confiés à l'ASE	836	7,3	5,3 ⁽¹⁾	7,5 ⁽³⁾
Bénéficiaires d'une AEMO	929	8,1	7,6 ⁽²⁾	6,2 ⁽³⁾

Source : DREES

Exploitation ORS

(1) Estimations (données manquantes pour l'Ain et l'Ardèche)

(2) Estimations (données manquantes dans l'Ain et la Loire)

(3) Estimations des données manquantes pour certains départements

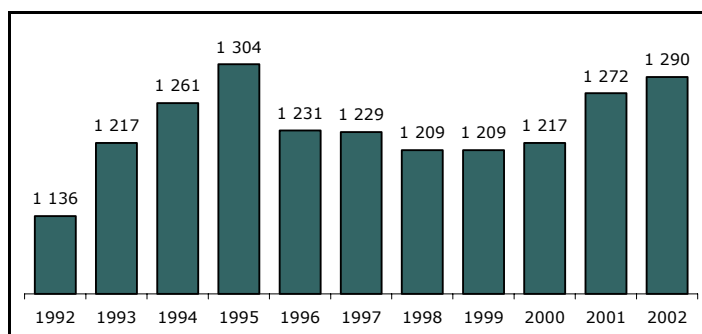
Les dépenses d'Aide Sociale à l'Enfance en 2001

	Dépense totale (milliers de €)	Dépense par habitant de moins de 20 ans
Drôme	29 829	261 €
Rhône-Alpes	375 915	251 €
France	4 371 456	294 €

Source : DREES

Exploitation ORS

Evolution du nombre de familles monoparentales avec enfants bénéficiaires de l'API dans la Drôme de 1992 à 2002



Sources : CNAF, CCMSA

Conditions d'attribution de l'Allocations de Parent Isolé (API) :

L'Allocation de Parent Isolé (A.P.I.) est attribuée aux personnes seules pour assurer la prise en charge d'un ou plusieurs enfants. Elle est également accordée aux femmes seules célibataires qui attendent un enfant. L'A.P.I. est versée jusqu'à ce que le plus jeune des enfants ait atteint l'âge de 3 ans. Au 1er janvier 2003, le montant mensuel de l'A.P.I. est de 695,36 € pour le parent seul avec un enfant et de 173,84 € par enfant supplémentaire.

Un taux d'équipement en crèches collectives inférieur à celui de la France

Au 31 décembre 2000, l'équipement dans la Drôme en crèches collectives est nettement inférieur à la moyenne nationale (42 places pour 1 000 enfants de moins de 3 ans contre 66 en France). A l'inverse, pour les autres modes de gardes, la Drôme a un taux d'équipement supérieur à celui de la France.

Des placements à l'A.S.E. plus fréquents qu'au niveau régional

Les modes d'intervention de l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.) comportent soit une prise en charge physique, c'est-à-dire un placement dans une famille d'accueil ou un établissement (foyer de l'enfance, maison d'enfants à caractère social, village d'enfants, pouponnière, établissement de soins ou foyer de jeunes travailleurs), soit une aide à domicile telle que l'action éducative en milieu ouvert (A.E.M.O.).

La proportion d'enfants confiés à l'A.S.E. (principalement par les juges des enfants) dans la Drôme est supérieure à celle de la région : 836 enfants confiés au 31 décembre 2001, soit 7,3 enfants pour 1 000 habitants âgés de moins de 20 ans, contre 5,3 au niveau de la région. Le nombre d'enfants bénéficiaires d'une A.E.M.O. s'élève à 929, soit 8,1 pour 1 000 Drômois de moins de 20 ans (pour une moyenne régionale de 7,6).

En 2002, 445 assistantes maternelles ayant un agrément pour un accueil permanent (famille d'accueil) pourraient accueillir 989 enfants.

261 € dépensés par habitant de moins de 20 ans au titre de l'A.S.E. en 2001

La dépense totale du département pour l'Aide sociale à l'enfance s'est élevée à près de 30 millions d'euros au cours de l'année 2001, soit une baisse de 5,4% par rapport à 2000. Cette baisse annuelle est la première observée dans la Drôme depuis 1995.

La dépense en 2001 représente 261 € par habitant âgé de moins de 20 ans, un montant intermédiaire entre la moyenne régionale (251 €) et nationale (294 €).

1 290 familles bénéficient de l'Allocation de Parent Isolé en 2002

L'Allocation de Parent Isolé (API) est versée aux mères ou aux pères isolés avec enfant à charge ou aux femmes enceintes isolées dont les revenus sont inférieurs à un certain plafond (voir encadré).

Au 31 décembre 2002, 1 290 familles étaient bénéficiaires de l'A.P.I. dans la Drôme, un effectif en augmentation continue depuis 2000. Cette tendance à la hausse est conforme à celle observée en Rhône-Alpes et en France pendant cette période. La hausse moyenne annuelle dans la Drôme est de 2,7% contre 0,4% au niveau régional et 1,9% au niveau national. Cette croissance du nombre d'allocataires peut résulter de l'augmentation du nombre de familles monoparentales, mais aussi de l'extension de la précarité et des populations à faible revenu.

CONTEXTE NATIONAL

Plusieurs acteurs sont impliqués dans la prise en charge de la mère et de l'enfant : la médecine hospitalière, la médecine libérale, la Protection Maternelle Infantile (PMI) et la santé scolaire.

Le paysage hospitalier public et privé en obstétrique a fortement évolué au cours des dernières années. Le renforcement de la sécurité à la naissance par une médicalisation systématique de l'accouchement et l'introduction de règles de plus en plus exigeantes en matière d'effectifs et de permanence du personnel sont à l'origine d'un recentrage progressif vers les structures les plus importantes. En pédiatrie, le nombre de journées d'hospitalisation et de lits ne cesse de diminuer : grâce au développement important des hôpitaux de jour, la prise en charge des enfants passe beaucoup moins par l'hospitalisation traditionnelle qu'il y a 20 ans. En matière de prévention, le passage du nombre d'exams prénatals obligatoires de 4 à 7 depuis 1992 est un progrès notable.

La PMI comme la santé scolaire ont uniquement une fonction de prévention. La PMI, gérée depuis la décentralisation par les conseils généraux, intervient auprès des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans. Le service veille en outre à la qualité des modes d'accueil extra-familial de ces derniers et participe aux actions de prévention de la maltraitance. Pour mener à bien leurs missions, les services de PMI sont dotés d'équipes pluridisciplinaires. Fin 2001, on comptait pour l'ensemble des départements français 1 748 médecins, 683 sages-femmes, 3 623 puéricultrices et 1 138 infirmières.

La santé scolaire souffre toujours d'une pénurie importante de personnel soulignée par plusieurs rapports officiels. On compte en moyenne un médecin scolaire pour 5 900 élèves et une infirmière scolaire pour 1 950 élèves, avec des écarts importants selon les académies. Par ailleurs, près de la moitié des médecins scolaires sont des vacataires, moins formés que les titulaires, et qui restent peu de temps dans leur poste.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- Au 1^{er} janvier 2002, la capacité d'accueil en gynécologie-obstétrique est inférieure à la moyenne nationale.
- Un nombre de généralistes et de pédiatres rapporté à la population de moins de 15 ans inférieur à la moyenne nationale.
- Une capacité de prise en charge des enfants de moins de 6 ans par les médecins de PMI supérieure à la moyenne française.

Une baisse continue de la capacité d'accueil en gynécologie-obstétrique

Au 1^{er} janvier 2002, 135 lits de gynécologie-obstétrique sont installés dans les hôpitaux Drômois, soit 1,6 lits pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans. Ce taux est inférieur aux taux rhônalpin (1,9) et national (2,0).

La Drôme se caractérise par une grande disparité de l'équipement en termes géographiques, la quasi totalité des établissements étant implantés dans la vallée du Rhône, et par une forte présence du secteur public : 75% des lits installés, contre 62% sur le plan national.

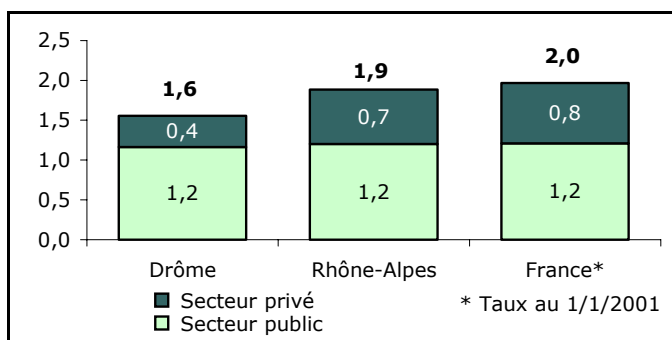
Le nombre de lits de gynécologie obstétrique installés dans le département a connu une baisse régulière au cours de la dernière décennie : un tiers des lits perdu entre 1992 et 2002. Cette réduction de l'équipement est dû à la disparition de quelques établissements suite à des fermetures ou des restructurations. En 1998, 16 lits ont été transférés de la polyclinique de Valence vers la clinique Pasteur de Guilherand-Granges en Ardèche. La capacité d'accueil ne tient pas compte des lits installés à Valréas, enclave du Vaucluse à l'intérieur du territoire de la Drôme.

Une tendance similaire est observée à l'échelle de la région et de la France entière, mais elle est particulièrement forte dans le département de la Drôme. Cette baisse est en partie compensée par la diminution de la durée moyenne de séjour.

Méthode : les lits correspondent à ceux de gynécologie et d'obstétrique installés au 01.01.2002 ; ils peuvent différer des lits autorisés. Les femmes de 15-44 ans représentent environ 99,9% de la population féminine en âge de procréer.

Lits publics et privés de gynécologie-obstétrique au 1^{er} janvier 2002

(Nombre pour 1 000 femmes de 15-44 ans)

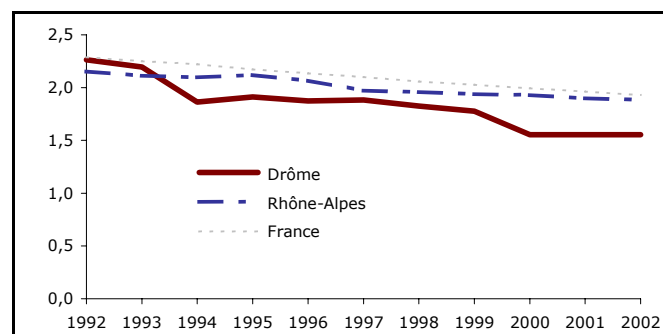


Sources : DREES-DRASS (SAE), INSEE

Exploitation ORS

Evolution du nombre de lits en gynécologie-obstétrique

(Taux pour 1000 femmes de 15-44 ans)



Sources : DREES-DRASS (SAE), INSEE

Exploitation ORS

L'OFFRE DE SOINS POUR LA MERE ET L'ENFANT

Prise en charge des femmes en âge de procréer et des naissances au 1er janvier 2002

	Drôme	Rhône-Alpes	France (2)
Taux pour 100 000 femmes de 15-44 ans			
Généralistes	761,0	761,4	756,6
Gynéco-obstétriciens ⁽¹⁾	44,9	54,4	54,6
Sages-femmes	127,8	154,3	123,6
Taux pour 1 000 naissances			
Généralistes	116,5	119,4	119,0
Gynéco-obstétriciens ⁽¹⁾	6,9	8,5	8,6
Sages-femmes	19,6	24,2	19,4

Sources : DRASS-DREES (ADELI), INSEE Exploitation ORS

(1) Gynéco-obstétriciens et médecins gynécologues

(2) Données au 1er janvier 2001

Prise en charge des mères par la PMI au 31 décembre 2001

	Taux pour 100 000 femmes enceintes		
	Drôme	Rhône-Alpes	France
Sages-femmes de PMI (en équivalent temps plein)	104	68	81

Sources : DRASS-DREES (ADELI), INSEE Exploitation ORS

Couverture par les médecins de PMI des enfants de moins de 6 ans au 31 décembre 2001

	Taux pour 100 000 enfants de moins de 6 ans		
	Drôme	Rhône-Alpes	France
Médecins de PMI (en équivalent temps plein)	52	41	39

Sources : DRASS-DREES (ADELI), INSEE Exploitation ORS

Prise en charge médicale des enfants de moins de 15 ans au 1er janvier 2002

	Taux pour 100 000 enfants de moins de 15 ans		
	Drôme	Rhône-Alpes	France (1)
Généralistes	777	820	840
Pédiatres	44	53	53

Sources : DRASS-DREES (ADELI), INSEE Exploitation ORS

(1) Données au 1er janvier 2001

39 gynécologues et gynéco-obstétriciens domiciliés dans la Drôme au 1er janvier 2002

La prise en charge des futures mères est assurée à la fois par les médecins généralistes, les gynéco-obstétriciens et les sages-femmes. Au 1er janvier 2002, l'effectif des médecins généralistes s'élève à 661 dans la Drôme (571 en 1996), celui des gynéco-obstétriciens et des gynécologues médicaux à 39 (44 en 1996) et celui des sages-femmes à 111 (92 en 1996).

Ces effectifs correspondent respectivement à 761 généralistes, 45 gynéco-obstétriciens et 128 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 44 ans domiciliées dans le département. La densité des généralistes, équivalente à celle de la région, est légèrement supérieure à la moyenne nationale (757). Celle en gynéco-obstétriciens est inférieure à celle observée à l'échelle régionale (54) et nationale (55). Celle des sages-femmes, inférieure à la densité régionale (154), est supérieure à celle observée en France (124). En revanche, rapportées au nombre de naissances domiciliées, les densités des médecins généralistes et des gynécologues restent inférieures aux niveaux régional et national. Ce qui n'est pas le cas pour les sages femmes.

6 sages-femmes en équivalent temps plein employées par la PMI dans la Drôme au 31 décembre 2002

Les services de la Protection maternelle et infantile (PMI) mettent à la disposition des futures mères des consultations prénatales et une surveillance à domicile assurée principalement par les sages-femmes.

La PMI de la Drôme dispose au 31 décembre 2002 de 7 sages-femmes (6 en équivalent temps plein).

En comparaison avec la région et la France, les effectifs de 2001 correspondent à un taux de 104 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 44 ans, taux supérieur aux moyennes régionale et nationale. Au cours de cette année, les sages-femmes dans la Drôme ont effectué 1 929 visites à domicile et ont vu 690 femmes. Les visites à domicile sont relativement fréquentes et liées aux problèmes d'accessibilité dus à la géographie du département.

Bonne couverture par les médecins de PMI

27 puéricultrices et 46 infirmières sont employées par le Conseil Général au 31 décembre 2002 (55 au total en équivalent temps plein). Les effectifs en infirmières ont nettement augmenté par rapport à 2001 notamment parce que suite à la mise en place de l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA), un certain nombre a été recruté qui en plus des tâches dans le cadre de la PMI, s'occupe des personnes âgées. Du fait de la polyvalence des infirmières employées par le Conseil Général de la Drôme, les taux entre la région, la France et le département ne sont plus comparables.

20 médecins (17 en équivalent temps plein) interviennent dans la Drôme au titre de la PMI, soit une capacité de prise en charge de 52 médecins pour 100 000 enfants de moins de 6 ans, taux supérieur aux moyennes régionale et nationale.

Moins de pédiatres que les moyennes régionale et nationale

Au 1er janvier 2002, la Drôme dispose de 37 pédiatres salariés et libéraux, soit un taux de 44 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, taux inférieur aux taux régional et national. Le même taux appliqué aux généralistes indique également un certain déficit par rapport aux moyennes régionale et nationale.

CONTEXTE NATIONAL

Au cours des deux dernières décennies, la population française des plus de 65 ans n'a cessé de croître. Cette population est en effet passée de 7,5 millions en 1980 à 7,8 millions en 1990 et à 9,6 millions en 2002. Sa part dans la population totale s'élève à 16,4% alors qu'elle était de 14% en 1980. Cette situation résulte d'un accroissement de l'espérance de vie (lié essentiellement à la baisse de la mortalité aux grands âges) accompagné d'une baisse de la natalité depuis les années 70. Cette évolution entraîne une transformation de la structure par âge et en particulier un vieillissement de la population.

Cette évolution n'est pas propre à la France. Ainsi, en 1980, 13,9% de la population des pays de l'Union Européenne (Europe des 15) étaient âgés de 65 ans ou plus, proportion qui atteint 16,2% en 2000.

En France, la population des 75 ans et plus s'élevait à 1,9 millions de personnes en 1960 (4,3% de la population totale) ; en 1990, elle atteignait 3,8 millions (6,8%). En 2002, cette population s'élève à 4,5 millions (7,6%). Après la baisse (entre 1990 et 1995) due à l'arrivée aux âges élevés des classes d'âge creuses (générations nées entre 1915 et 1919), la part des personnes âgées de 75 ans et plus augmente à nouveau. Entre 2000 et 2005, pour les mêmes raisons, c'est la proportion des 85 ans et plus qui connaîtra cette baisse temporaire.

Les projections démographiques, basées sur l'hypothèse du maintien des tendances (fécondité, mortalité et migrations) prévoient une augmentation modérée de la population âgée jusqu'en 2010, puis une augmentation plus rapide due à l'arrivée des générations du « baby-boom ». Dès 2010, la France comptera plus de 10 millions de personnes de 65 ans ou plus (9,6 millions en 2002). En 2020, la France compterait plus de 13 millions de personnes âgées de plus de 65 ans (soit 21% de la population totale) et 6 millions de personnes de plus de 75 ans (9,6% de la population totale).

La population âgée est en majorité féminine : deux personnes âgées de 75 ans ou plus sur trois sont des femmes. Ce phénomène est lié à la surmortalité masculine : les hommes mourant en moyenne sept ans et demi plus tôt que les femmes.

Avec le vieillissement de la population s'accroît le nombre de personnes atteintes de problèmes de santé qui peuvent compromettre la capacité à effectuer certains actes de la vie courante. Ce phénomène conduit à prendre en compte la notion d'espérance de vie sans incapacité. En 1991, en France, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans s'élève à 10 ans pour les hommes et à 12 ans pour les femmes. Toutefois, le meilleur état de santé de la population âgée et la progression du niveau moyen de ses revenus sont à l'origine de la croissance de la consommation de biens et de services, y compris médicaux, par les personnes âgées.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- Au 1er janvier 2002, la Drôme compte près de 77 000 personnes âgées de 65 ans et plus, soit 17,1% de la population totale du département, proportion supérieure à la moyenne régionale (15,1%) et nationale (16,2%).
- L'espérance de vie à 65 ans est équivalente à celle de la France pour les hommes (17 ans) comme pour les femmes (21,4 ans).
- Les hommes sont minoritaires dans la population âgée. Ils représentent 42% des 65 ans et plus.
- Une croissance attendue des effectifs de population âgée : 110 600 personnes de 65 ans et plus en 2020 selon les projections de l'INSEE.

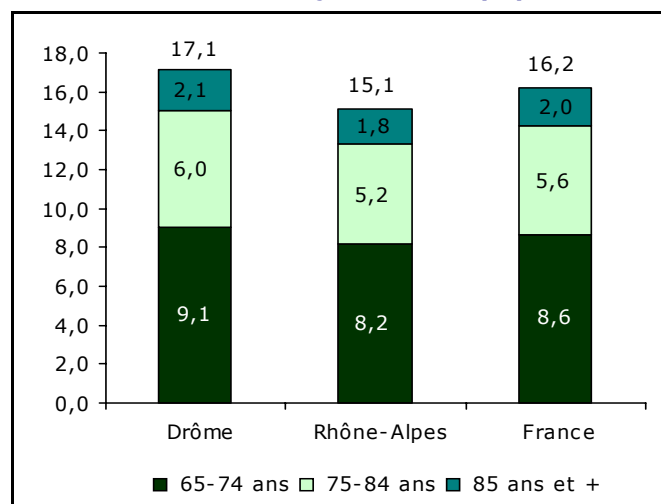
Une population relativement élevée de personnes âgées

Au 1er janvier 2002, la Drôme compte près de 76 800 personnes âgées de 65 ans et plus, soit 17,1% de la population totale du département. Cette proportion est significativement supérieure à celles de Rhône-Alpes (15,1%) et de la France entière (16,2%). Elle est l'une des plus élevées dans la région, après celles de l'Ardèche (19,7%) et de la Loire (18,2%). Les 26 800 personnes de 75-84 ans constituent 6,0% de la population totale, contre 5,6% sur la France entière. La part des 85 ans et plus s'élève à 2,1%.

Au 1er janvier 1990, la part des personnes âgées dans la Drôme s'élevait à 14,7% de la population totale. En 12 ans, cette proportion a augmenté de près de 2 points.

Toutefois, le poids croissant des personnes âgées est équilibré par un renouvellement démographique relativement favorable, soutenu par une natalité importante (cf. fiche 3.1) et un solde migratoire positif.

Proportion de personnes âgées dans la population totale au 1er janvier 2002 (%)



Sources : INSEE (estimations)

Exploitation ORS

LES PERSONNES ÂGÉES

Espérance de vie à 65 ans—2000

	Hommes	Femmes
Drôme	17,0	21,4
Rhône-Alpes	17,0	21,4
France	16,7	21,3

Sources : INSERM CépiDc, INSEE (estimations) Exploitation ORS

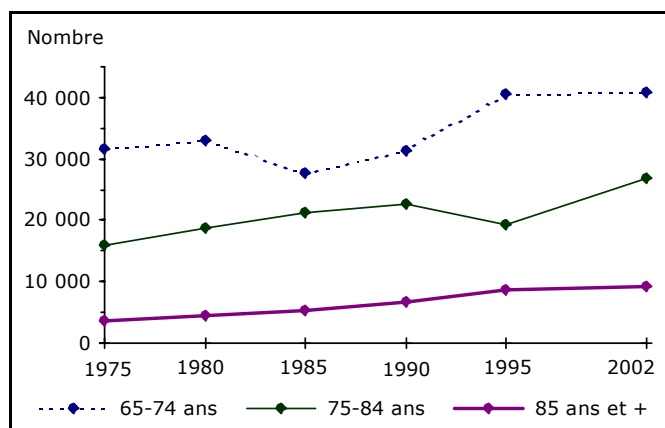
Effectifs et proportions de personnes âgées dans la Drôme au 1er janvier 2002

	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et +	Ensemble
Hommes	18 731	10 843	2 675	32 249
Femmes	21 975	15 985	6 571	44 531
Ensemble	40 706	26 828	9 246	76 780
Proportion*				
Drôme	53,0 %	34,9 %	12,0 %	100,0 %
Rhône-Alpes	53,9 %	34,2 %	11,9 %	100,0 %
France	53,3 %	34,7 %	12,1 %	100,0 %

Sources : INSEE (estimations) Exploitation ORS

* Proportion dans la population des 65 ans et plus

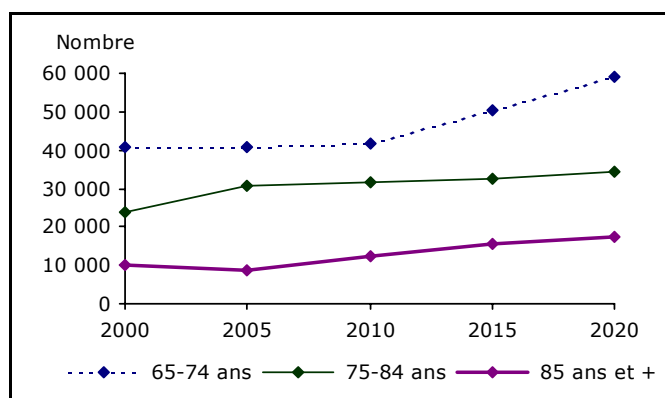
Évolution du nombre de personnes âgées dans la Drôme de 1975 à 2002



Source : INSEE

Exploitation ORS

Évolution prévisionnelle du nombre de personnes âgées dans la Drôme de 2000 à 2020



Source : INSEE (projections OMPHALE à partir du RGP 99) Expl. ORS

Une espérance de vie à 65 ans assez élevée pour les deux sexes

Un homme ayant atteint l'âge de 65 ans en 2000 pouvait encore espérer vivre en moyenne 17 ans et une femme 21,4 ans. L'espérance de vie des hommes et des femmes de la Drôme est équivalente à celle de la région. Comme la majorité des départements rhônalpins, la population drômoise détient une espérance de vie à 65 ans plus élevée que la moyenne nationale.

12% des personnes de 65 ans et plus ont atteint l'âge de 85 ans

Au 1er janvier 2002, parmi les 76 800 Drômois âgés de 65 ans et plus, près de 35% ont entre 75 et 84 ans et 12% ont plus de 85 ans. En raison d'une plus grande longévité des femmes, les hommes sont minoritaires dans la population âgée et représentent 42% des plus de 65 ans et 30% des plus de 85 ans.

De 1975 à 2002, la population âgée de 65 ans et plus a augmenté de 50%

Le nombre de drômois âgés de 65 ans et plus est passé de 51 200 à 76 800 entre 1975 et 2002, soit une augmentation de 50% équivalente à celle observée en moyenne en Rhône-Alpes (+48%). En même temps, la structure par âge de la population âgée drômoise s'est nettement modifiée, la progression des 85 ans et plus (effectifs multipliés par 2,5) étant beaucoup plus forte que celles des 65-74 ans (+29%) et des 75-84 ans (+68%). La part des 85 ans et plus dans la population âgée a ainsi quasiment doublé, passant de 7% en 1975 à 12% en 2002. La croissance de la population âgée n'est pas régulière pour tous les groupes d'âge : baisse des effectifs chez les 65-74 ans entre 1980 et 1985 (arrivée des classes d'âge creuses de la première guerre mondiale), rattrapée en 1995, qui se répercute 10 ans plus tard chez les 75-84 ans.

Selon les projections de population, près de 110 600 personnes de 65 ans et plus en 2020

La croissance de la population âgée va se poursuivre et l'INSEE prévoit plus de 110 600 personnes de 65 ans et plus dans la Drôme en 2020, soit une progression de 48,2% entre 2000 et 2020, progression équivalente à la région (+49,5%). Cette tranche d'âge représentera alors environ 23% de la population totale du département.

Le nombre des 85 ans et plus devrait progressivement diminuer entre 2000 et 2005 (arrivée des classes d'âge creuses de la première guerre mondiale), puis doubler entre 2005 et 2020.

L'effectif des 65-74 ans devrait rester stable entre 2000 et 2010 (présence des générations issues des classes d'âges creuses de la première guerre mondiale et des générations nées pendant la deuxième guerre mondiale), puis connaître une nette croissance (+42%) entre 2010 et 2020 avec l'arrivée des générations issues du baby-boom.

CONTEXTE NATIONAL

L'évolution du vieillissement de la population en France s'est traduite par le développement, d'une part, de services et de prestations pour favoriser le maintien à domicile, et, d'autre part, de l'accueil en hébergement collectif.

Les services professionnels qui contribuent à favoriser le maintien à domicile sont de nature, de statut et de mode de financement très divers : services d'aide à domicile (auparavant appelés services d'aide ménagère à domicile), employés de maison, professionnels de santé libéraux, services de soins infirmiers à domicile.

Le nombre de bénéficiaires des services d'aide à domicile est passé d'environ 455 500 au 31 décembre 1991 à près de 488 400 au 31 décembre 2001. Les heures d'aide à domicile peuvent être partiellement ou totalement financées par les caisses de retraite et les conseils généraux (aide sociale départementale).

Outre l'aide à domicile apportée par les professionnels et les proches, les dispositifs de soins (infirmières libérales, hospitalisation à domicile, services de soins à domicile) jouent un rôle complémentaire et essentiel pour assurer des soins. La demande concernant ces prises en charge est forte, et les services fonctionnent à 100 % de leurs capacités. Les personnes âgées de 85 ans ou plus représentent plus de la moitié de la clientèle. Les personnes âgées très dépendantes, confinées au lit ou au fauteuil, représentent le quart des personnes prises en charge. Ces services de soins infirmiers ont vu leurs capacités croître depuis dix ans passant de 45 500 places au 1^{er} janvier 1992 à 67 400 au 1^{er} janvier 2002.

L'apparition des incapacités, qu'elles soient physiques, sensorielles ou intellectuelles, est fortement liée à l'âge. Pour répondre aux besoins d'aides des personnes âgées, a été instituée, au 1^{er} janvier 2002, l'**Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)** qui a succédé à la **Prestation Spécifique Dépendance (PSD)**. Parmi les bénéficiaires de l'APA, administrée et financée principalement par les Conseils généraux, 51% vivent à domicile et 49% en établissement (maison de retraite et services soins de longue durée). L'attribution de l'APA dépend du niveau d'autonomie. Six **Groupes iso-ressources (GIR)** ont été définis. Le GIR 1 correspond aux personnes les plus dépendantes et le GIR 6 aux personnes autonomes. Seules les personnes appartenant aux GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA.

Avec l'avancée en âge, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible ou souhaité, la personne âgée peut être accueillie dans un établissement d'hébergement et/ou de soins : logements-foyers, maisons de retraite, unités de soins de longue durée. Au 31 décembre 2001, ce type d'établissement compte 660 400 places réparties sur le territoire national. Ces établissements sont dotés pour certains de sections de cure médicale permettant d'assurer des soins médicaux et paramédicaux aux personnes hébergées : elles représentent 37% des places.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- Au 1^{er} janvier 2003, la Drôme compte 137 places d'hébergement collectif pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, taux inférieur à la moyenne nationale (143).
- La capacité d'accueil en hébergement collectif s'est accrue de 10% entre 1993 et 2004, mais le taux d'équipement a baissé.
- La prise en charge de l'aide à domicile est de plus en plus importante : le nombre de bénéficiaires a augmenté de 44% entre 1991 et 2001.

Un taux d'équipement en hébergement collectif inférieur à la moyenne nationale

Au 1^{er} janvier 2004, la Drôme compte 4 874 places en structures d'hébergement collectif pour personnes âgées (logements-foyers, maisons de retraite et services de soins de longue durée). La répartition de ces structures montre une prédominance des maisons de retraite (71% des places), suivies par les logements-foyers (18%) et les services de soins de longue durée (11%).

En 2003, le taux d'équipement dans la Drôme s'élevait à 137 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, taux inférieur aux moyennes régionale (158) et nationale (143). C'est le deuxième taux le plus faible de la région après celui de la Haute-Savoie.

Entre 1993 et 2004, le nombre de places et lits a subi une hausse de 10%. Cependant, les capacités d'accueil des personnes âgées ont augmenté moins rapidement que le nombre de personnes de 75 ans et plus dans la population. Par conséquent, le taux d'équipement a baissé passant de 158 à 131 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus entre 1993 et 2004.

Structures d'hébergement collectif pour personnes âgées dans la Drôme au 1^{er} janvier 2004

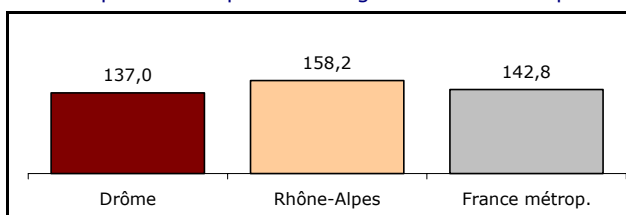
Nombre de lits ou places

	Nombre total...	...dont lits EHPAD*
Logements foyers	880	316
Maisons de retraite	3 469	} 1 342
Services de soins de longue durée	525	
Total	4 874	1 658

* Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (voir encadré page suivante)

Places en hébergement collectif au 1^{er} janvier 2003

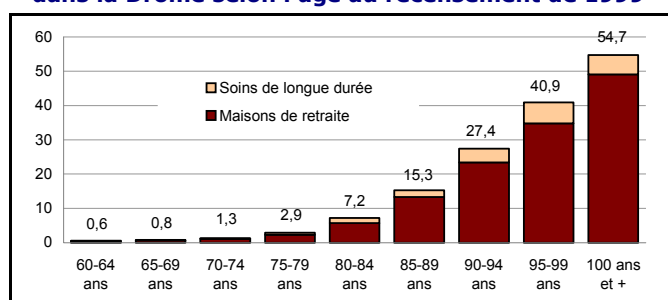
Taux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus



Sources : DRASS-DREES (SAE), INSEE Exploitation ORS
* Taux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et +

LES EQUIPEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES AGEES

Proportion (en %) des personnes vivant en institution dans la Drôme selon l'âge au recensement de 1999



Source : INSEE

Exploitation ORS

Hausse de la proportion de personnes vivant en institution en fonction de l'âge

La proportion de personnes vivant en institution progresse rapidement avec l'âge à partir de 80 ans. Au recensement de 1999, le taux d'hébergement (en maison de retraite et en soins de longue durée) des personnes âgées de 95 ans et plus est trois fois plus élevé que le taux entre 85 et 89 ans.

615 places en services de soins infirmiers à domicile au 1^{er} janvier 2003

Au 1^{er} janvier 2003, les services de soins à domicile (SSIAD) peuvent assurer la prise en charge de 615 personnes dans la Drôme, soit un taux de 16,6 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, taux supérieur à ceux de Rhône-Alpes et de la France. Les services de soins à domicile se sont développés entre 1998 et 2003, avec 3 services en plus et 98 places supplémentaires. Par contre le taux d'équipement est resté stable au cours de cette période.

Une prise en charge de l'aide ménagère à domicile de plus en plus importante

Plus de 5 300 personnes ont bénéficié en 2001 d'une prestation d'aide ménagère à domicile dans la Drôme, soit 7,1% de la population âgée de 65 ans et plus : les moyennes régionale et nationale sont respectivement de 6,1% et 5,1%.

De 1991 à 2001, le taux de bénéficiaires dans la Drôme a augmenté, passant de 6% à 7,1% : la hausse du nombre de bénéficiaires (+44%) a été plus forte que celle du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus (+21%).

Alors que le nombre de bénéficiaires de l'aide à domicile accordée par le régimes général et agricole est en hausse, l'aide sociale départementale baisse. Cette baisse continue, constatée en France depuis le milieu des années 1980, est principalement due à l'élévation du niveau de vie des personnes âgées et plus récemment à la mise en place de la PSD puis de l'APA versées par le Conseil Général qui remplace pour certains bénéficiaires l'aide sociale.

Au 31 décembre 2003, 6 064 drômois bénéficient de l'APA dont 55% en établissement. Les trois quarts sont des femmes et 40% relèvent des GIR 1 et 2 (niveau de dépendance élevé).

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) dispensent, sur prescription médicale, des soins infirmiers et des soins d'hygiène, principalement auprès de personnes âgées dépendantes. Avec les proches et les infirmières du secteur libéral, ils jouent un rôle essentiel dans le maintien à domicile des personnes âgées, évitant ou retardant l'entrée à l'hôpital ou en établissement d'hébergement collectif. L'assurance maladie finance les soins sur un mode forfaitaire à la journée, quel que soit le nombre d'interventions. Le secteur privé, à travers les associations et autres organismes à but non lucratif, est prédominant. Toutefois, la part des services de statut public gérés par des hôpitaux ou par des syndicats interhospitaliers est croissante.

Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) dans la Drôme* au 01/01/1998 et 01/01/2003

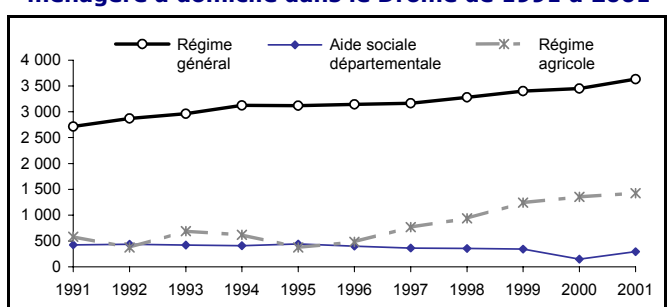
	Nombre de services	Nombre de places	Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 75 ans et +		
			Drôme	Rhône-Alpes	France
1998	16	517	16,3	13,9	14,9
2003	19	615	16,6	14,7	14,6

Source : DRASS

Exploitation ORS

* Les soins à domicile assurés par des infirmières libérales ne sont pas comptabilisés ici.

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile dans la Drôme de 1991 à 2001



Sources : DREES, CNAV, CCMSA

Exploitation ORS

Bénéficiaires de l'APA et répartition par GIR au 31 décembre 2003

	A domicile		En établissement		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
	2 701	100%	3 363	100%	6 064	100%
dont						
GIR 1	54	2%	703	21%	757	12%
GIR 2	430	16%	1 217	36%	1 647	27%
GIR 3	497	18%	632	19%	1 129	19%
GIR 4	1 720	64%	811	24%	2 531	42%

Sources : Conseil Général

L'outil AGGIR est un indicateur qui répartit les individus en six groupes homogènes selon leur perte d'autonomie. Les personnes les plus dépendantes sont classées en GIR 1 et 2.

Les structures d'hébergement collectif pour personnes âgées :

Maison de retraite : hébergement collectif de personnes âgées offrant un ensemble de prestations comprenant à la fois le logement, le repas et divers services spécifiques. Le tarif est un prix de pension de type "tout compris".

Logement-foyer : groupe de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif. L'hébergement est à la charge de la personne âgée qui peut bénéficier de l'aide sociale ou de l'allocation logement.

Section de cure médicale : section destinée à l'hébergement et à la surveillance médicale des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie mais dont l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation. Les sections de cure médicale peuvent être présentes dans les maisons de retraite et les logements-foyers. Suite aux textes de mai 1999, la tarification sera adaptée au cas de chaque patient.

Services hospitaliers de **soins de longue durée** (services de long séjour) : ils accueillent les personnes âgées qui n'ont plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale continue.

Les établissements, anciennement séparés en unités de soins de longue durée (USLD) et en maisons de retraite (MDR) plus ou moins médicalisées, ont été fusionnés dans le cadre unique des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 1999. Cette réorganisation, mise en oeuvre progressivement depuis 2000, s'accompagne d'une réforme de la tarification applicable aux résidents et surtout de dispositions organisationnelles destinées à améliorer la prise en charge sanitaire, notamment dans les MDR. Suite à cette de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la notion de médicalisation est appelée à disparaître et il ne devrait subsister au 31 décembre 2006 que 2 types d'établissements : les EHPA (Etablissements d'hébergements pour personnes âgées) et les EHPAD (Etablissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes).

CONTEXTE NATIONAL

Les commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) sont l'instrument essentiel de la protection des enfants et adolescents handicapés. Elles sont chargées, d'une part, d'évaluer si le « taux d'incapacité » de l'enfant justifie l'attribution d'une prestation, et, d'autre part, de désigner les établissements ou services dispensant l'éducation spéciale susceptible de répondre aux besoins d'aides des enfants handicapés. Le registre des handicaps de l'enfant et l'observatoire périnatal du département de l'Isère (RHEOP) recensent chaque année pour la génération des enfants âgés de 8 ans, la prévalence des déficiences sévères, principalement à partir des informations disponibles dans les CDES. Les déficiences prises en compte sont les trisomies 21 et autres retards mentaux moyens, graves et profonds, les déficiences motrices nécessitant un appareillage et une rééducation continue et les infirmités motrices cérébrales, les cécités et les amblyopies bilatérales, les déficiences sévères et profondes de l'audition, ainsi que les autismes et les psychoses infantiles. Pour l'année 1998 (c'est-à-dire pour des enfants nés en 1990), la prévalence est évaluée à 9,9 enfants atteints de déficiences sévères pour 1 000 enfants de cette génération. Ces chiffres correspondent, pour l'année 1999, à 7 400 enfants âgés de 8 ans atteints de déficiences sévères en France. Plusieurs travaux français et internationaux ont montré qu'en dépit des progrès réalisés en matière de prise en charge au cours de la période périnatale, l'importance des déficiences sévères ne semble pas diminuer, et en particulier celle des trisomies 21.

L'AES (allocation d'éducation spéciale) est une prestation versée sans condition de ressources aux familles ayant un enfant handicapé avec un taux d'incapacité supérieur à 80% ou compris entre 50% et 80% lorsqu'il est admis dans un établissement d'éducation spéciale. Malgré la baisse de l'effectif des moins de 20 ans dans la population, le nombre de bénéficiaires de cette allocation continue à augmenter : il a atteint 109 100 en 2002 contre 85 300 en 1990, soit une progression moyenne annuelle de 2,1%. Cette progression des bénéficiaires relève sans doute moins d'une augmentation de la prévalence du handicap que d'un repérage plus précoce des situations de handicap et d'entrée anticipée dans le dispositif de soins ou d'éducation spéciale.

Au 1er janvier 1998, en France métropolitaine, 109 400 enfants et adolescents handicapés ou inadaptés sont accueillis dans un établissement d'éducation spéciale. Par ailleurs, 17 900 enfants et adolescents sont suivis par un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Ces derniers sont le plus souvent scolarisés à temps plein ou à temps partiel, après avis de commissions spécialisées, dans des classes ordinaires ou spécialisées de l'enseignement public ou privé préélémentaire, élémentaire ou secondaire. Durant l'année scolaire 1998-99, ils étaient 17 000 à être scolarisés contre 9 000 en 1989-1990.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

Au 1er janvier 2003 :

- 700 enfants bénéficient de l'Allocation d'Éducation Spéciale (AES) dans la Drôme, soit 6,2 bénéficiaires pour 1 000 habitants âgés de moins de 20 ans ; ce taux est inférieur à la moyenne nationale (7,4).
- la Drôme dispose dans les établissements pour enfants handicapés de 829 places, dont 76% dans les établissements spécialisés pour enfants déficients mentaux ou polyhandicapés.

Au 1er janvier 2004 :

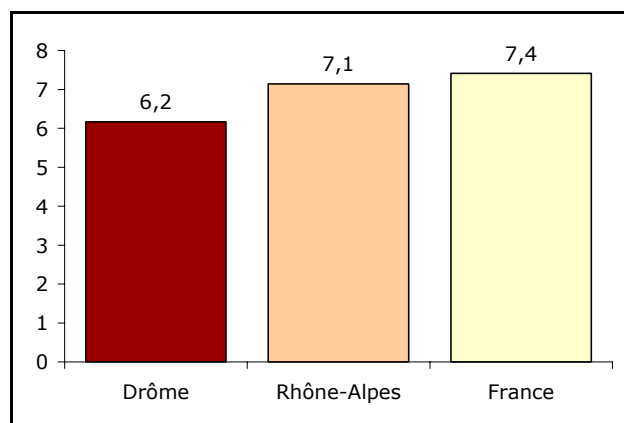
- les 3 Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et les 17 Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) peuvent assurer respectivement le suivi de 150 et 249 enfants.

700 bénéficiaires de l'AES en 2002

Au 31 décembre 2002, 699 enfants et adolescents drômois bénéficiaient de l'Allocation d'Éducation Spéciale (AES).

Rapporté au nombre de jeunes de moins de 20 ans domiciliés dans la Drôme, ce chiffre correspond à un taux de 6,2 bénéficiaires pour 1 000 jeunes. Ce taux est inférieur aux moyennes régionale (7,1) et nationale (7,4).

Bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation Spéciale (AES) au 31 décembre 2002 (Taux pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans)



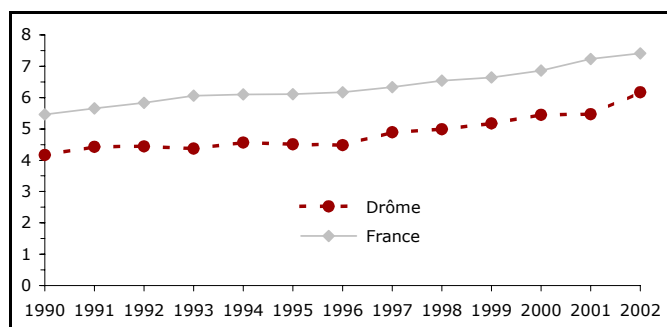
Sources : CNAF, CCMSA, INSEE

Exploitation ORS

Créée en 1975, l'Allocation d'Éducation Spéciale (AES) est destinée à compenser une partie des frais supplémentaires qu'entraîne la charge d'un enfant handicapé de moins de 20 ans. Elle peut être assortie d'un complément lorsque l'état de santé de l'enfant le justifie, le montant étant fonction de la gravité du handicap. Au 1er janvier 2003, le montant de cette allocation s'échelonne de 111,26 € (allocation de base) à 1 041,31 € (allocation et complément) selon la gravité du handicap.

LES ENFANTS HANDICAPES

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'AES de 1990 à 2002
(Taux pour 1000 jeunes de moins de 20 ans)



Sources : CNAF, CCMSA, INSEE

Exploitation ORS

Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) dans la Drôme

	1er janvier 1996		1er janvier 2004	
	Nombre de services	Nombre de places	Nombre de services	Nombre de places
CAMSP	3	134	3	150
SESSAD	13	169	17	249

Source : DDASS 26

Exploitation ORS

Capacité des établissements spécialisés pour enfants handicapés dans la Drôme selon le type de handicap au 1er janvier 2003

Pathologie des enfants accueillis :	Etablissements		Places	
	Nombre		Nombre	%
Déficiences mentales	12		514	62,0
Polyhandicaps	5		119	14,4
Troubles du comportement	4		114	13,8
Déficiences motrices	1		8	1,0
Déficiences sensorielles	1		74	8,9
Ensemble	23		829	100,0

Sources : DRASS - FINESS

Exploitation ORS

Clientèle des établissements pour enfants handicapés selon la pathologie au 31 décembre 2001 (y compris les SESSAD et hors CAMSP, CMPP*)

Pathologie des enfants accueillis :	Drôme		Rhône-Alpes
	Nombre	%	%
Déficiences intellectuelles	625	56,1	50,9
Déficiences du psychisme	214	19,3	23,9
Déficiences du langage et parole	5	0,4	0,9
Déficiences auditives	139	12,5	7,3
Déficiences visuelles	4	0,4	2,7
Déficiences motrices	62	5,6	8,1
Déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles		0,0	0,1
Plurihandicaps et Polyhandicaps **	63	5,6	5,5
Autres	1	0,1	0,6
Ensemble	1 113	100,0	100,0

Source : DREES (Enquête ES)

Exploitation ORS

* CMPP : Centre médico psycho-pédagogique

** Les polyhandicapés associent une déficience mentale grave et une déficience motrice importante.

Une hausse sensible du nombre des bénéficiaires de l'AES

Le nombre d'enfants et adolescents bénéficiaires de l'Allocation d'Education Spéciale augmente à un rythme régulier : la croissance annuelle est de +3,1% dans la Drôme entre 1990 et 2002, pour une croissance régionale de + 2,6% et nationale de +2,1%. Sur la même période, la population des moins de 20 ans est en légère baisse, d'où une part de plus en plus importante de bénéficiaires de l'AES dans la population des moins de 20 ans.

400 places disponibles en ambulatoire pour enfants handicapés au 1er janvier 2004

Le repérage précoce des situations de handicap permet la mise en œuvre de prises en charge adaptées dès le plus jeune âge par les Centres d'Action Médico-Sociale Précoces (CAMSP) et les Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD).

Au 1er janvier 2004, les 3 CAMSP recensés dans le département sont dotés de 150 places. 17 SESSAD fonctionnent dans le département (contre 13 au 1er janvier 1996), pouvant prendre en charge 249 enfants.

829 places pour enfants handicapés en établissements au 1er janvier 2003

Malgré la politique volontariste en faveur de l'intégration scolaire conduite depuis une quinzaine d'années, la place des établissements spécialisés reste prédominante dans la prise en charge des enfants et des adolescents handicapés.

Les IME (instituts médico-éducatifs), établissements pour déficients intellectuels et pour polyhandicapés représentent l'équipement le plus important, avec 76,4% des places disponibles et 17 établissements installés dans la Drôme au 1er janvier 2003. Les 4 IR (instituts de rééducation) accueillant essentiellement des jeunes souffrant de troubles du comportement offrent 114 places. Un établissement spécialisé dans la prise en charge des enfants handicapés moteurs et un pour les déficients sensoriels comptent respectivement 8 et 74 places d'accueil.

Les résultats de l'enquête sociale réalisée en 2001 estiment que 63% de la clientèle des établissements pour enfants handicapés (y compris les SESSAD) dans la Drôme sont des garçons. Par rapport à l'âge, 28% ont 10 ans ou moins, 42% entre 11 et 15 ans et 30% plus de 15 ans. Plus de la moitié souffrent de déficiences intellectuelles. Celles-ci sont le plus souvent prises en charge dans les IME (78% des cas). Les déficiences du psychisme touchent 19% des enfants handicapés : plus de la moitié d'entre elles (53%) sont prises en charge dans les IR et les autres sont soit suivies à domicile par les SESSAD, soit prises en charge dans les IME. Les déficiences auditives, troisième pathologie chez les enfants handicapés hébergés, représentent 12,5% des patients : 47% sont suivis à domicile et les autres dans des établissements pour déficients auditifs.

Un quart des enfants handicapés accueillis dans les établissements de la Drôme sont domiciliés hors du département. Après l'Ardèche et l'Ain, la Drôme est le troisième département (en %) pour l'accueil de patients non domiciliés.

CONTEXTE NATIONAL

L'enquête nationale HID (Handicaps, Incapacités, Dépendance), réalisée en 1998-2000 par l'INSEE auprès d'un échantillon de 14 000 personnes vivant en institution, et de 17 000 personnes vivant à domicile, permet d'obtenir une vision d'ensemble de la population handicapée. Selon cette étude, 40% des français sont atteints d'au moins une déficience (motrice, sensorielle, organique, intellectuelle, mentale) toutes gravités confondues, 6,8% sont titulaires d'au moins un taux d'incapacité et 4,5% reçoivent une allocation liée à leur handicap.

Les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) sont au centre des dispositifs en faveur des personnes handicapées jusqu'à 60 ans. Au-delà, les aides à la perte d'autonomie relèvent des conseils généraux depuis l'instauration en 1997 de la prestation spécifique dépendance (PSD) puis de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) depuis le 1^{er} janvier 2002.

Plus de 730 400 personnes bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) au 31 décembre 2002, soit 22,6 pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans. Ce nombre a progressé de 2,9% par an depuis 1990. Le complément d'AAH est versé à 137 000 personnes (cf. encadré).

Le nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) a fortement baissé depuis l'instauration de la PSD en 1997. Le nombre de bénéficiaires en 2002 est de 141 600 dont 32% ont 60 ans ou plus.

Deux types de structures sont susceptibles de répondre aux besoins des personnes handicapées qui ne trouvent pas d'emploi dans le secteur ordinaire, les centres d'aide par le travail (CAT) et les ateliers protégés. Le nombre de places dans les CAT est passé de 69 000 en 1990 à 94 000 en 2002. L'emploi dans les ateliers protégés passe de 7 500 places en 1990 à 16 400 en 2002. Par ailleurs, les foyers d'hébergement ont accueilli 36 800 travailleurs handicapés.

A côté des établissements de travail adapté, les différentes structures d'accueil offrant un hébergement permanent et des soins disposent en 2002 de 57 600 places, dont 14 300 en maison d'accueil spécialisée (MAS), près de 35 000 en foyer de vie et 8 300 en foyer à double tarification (FDT). L'offre actuelle d'équipements, aussi bien en matière de travail protégé que de structures proposant un hébergement permanent, semble cependant insuffisante pour répondre aux besoins actuellement identifiés par les COTOREP.

Un plan en faveur des personnes handicapées présenté en janvier 2000 comprend deux axes de développement, la prise en charge des personnes les plus lourdement handicapées d'une part et la promotion de l'intégration d'autre part. Un plan pluriannuel de création de 16 500 places nouvelles en cinq ans dans les établissements spécialisés pour adultes handicapés (CAT, Ateliers protégés et établissements pour adultes lourdement handicapés) a été décidé. Parmi les mesures destinées à faciliter le maintien à domicile des personnes handicapées, on notera la création de plus de 3 000 postes d'auxiliaires de vie.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- Au 31/12/2002, 5 500 drômois bénéficient de l'Allocation aux Adultes Handicapés, soit un taux de 23,4 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans.
- Au 31/12/2001, la Drôme accueillait 1 050 adultes handicapés dans les établissements de travail protégé (centres d'aide par le travail et ateliers protégés). La capacité est relativement élevée comparée à la moyenne régionale.
- Au 1/1/2003, les capacités d'accueil en foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés et en établissements pour adultes lourdement handicapés sont supérieures à la moyenne nationale.

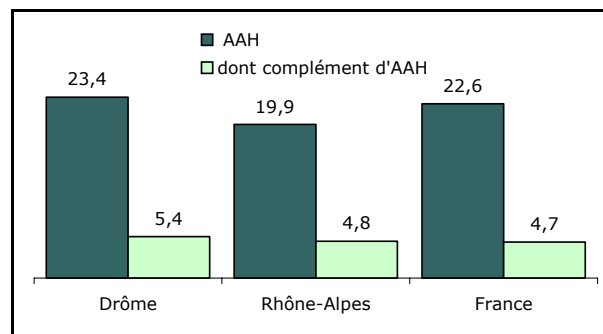
Un taux de bénéficiaires de l'AAH supérieur à la moyenne nationale

Au 31 décembre 2002, 5 508 personnes bénéficient dans la Drôme de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), soit un taux de 23,4 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans. Ce taux est un peu supérieur aux moyennes régionale (19,9) et nationale (22,6).

Les disparités importantes des taux de bénéficiaires (de 12,6‰ en Haute-Savoie à 31,3‰ dans la Loire) sont en partie liées aux différences de niveaux de vie entre les départements, l'attribution de l'AAH étant soumise à un plafond de ressources.

Le nombre d'allocataires de l'AAH a connu une hausse moyenne de 2,7% par an entre 1990 et 2002.

Bénéficiaires de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) au 31 décembre 2002 (Taux pour 1 000 personnes de 20-59 ans)



Sources : CNAF, CCMSA, INSEE

Exploitation ORS

L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) est destinée aux personnes âgées de 20 à 59 ans atteintes soit d'une incapacité d'au moins 80%, soit comprise entre 50 et 80% lorsqu'elles sont dans l'impossibilité de se procurer un emploi en raison de leur handicap. Cette prestation (577,92 € par mois au 1^{er} janvier 2003) est accordée sous condition de ressources. Son versement est effectué par les caisses d'allocations familiales ou de Mutualité Sociale Agricole, mais elle est financée par l'Etat.

L'Aide forfaitaire en faveur de l'autonomie des personnes handicapées est devenue le "Complément d'AAH" depuis le 1^{er} janvier 1994 ; celui-ci est attribué aux personnes ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80%, percevant l'AAH à taux plein et ayant fait le choix de vivre seules dans un logement indépendant. Il est égal à 16% du montant mensuel de l'AAH.

LES ADULTES HANDICAPES

Bénéficiaires de l'Allocation Compensatrice Tierce Personnes (ACTP) au 1^{er} janvier 2001

	Drôme		France
	Nombre	Taux *	Taux *
Bénéficiaires de moins de 60 ans	583	2,5	2,9

Sources : DREES, INSEE

Exploitation ORS

* Taux pour 1000 personnes de 20-59 ans

583 personnes de moins de 60 ans bénéficient de l'allocation compensatrice

Le nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice âgés de moins de 60 ans s'élève à 583 dans la Drôme au 1^{er} janvier 2001, soit un taux de 2,5 bénéficiaires pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans, taux légèrement inférieur au taux national.

L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) est destinée aux personnes dont l'état nécessite pour les actes de la vie courante l'assistance d'une tierce personne rémunérée ou ayant dû quitter son emploi s'il s'agit de la famille, ou bien aux personnes pour lesquelles l'exercice d'une activité professionnelle entraîne des frais supplémentaires liés à leur handicap. A la charge des Conseils Généraux, son montant est fonction du taux d'invalidité et des ressources du demandeur.

L'allocation compensatrice a été jusqu'à l'instauration de la prestation spécifique dépendance (PSD) en 1997, l'instrument majeur de l'aide aux personnes âgées dépendantes. Depuis cette date, le nombre de bénéficiaires de 60 ans ou plus est en diminution au profit du nombre de bénéficiaires de la PSD puis de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Les travailleurs handicapés en milieu protégé au 1^{er} janvier 2002

	Drôme	Rhône-Alpes
Centre d'Aide par le Travail		
Nombre d'établissements	18	139
Nombre de travailleurs handicapés	920	9 193
Taux*	394,9	293,0
Atelier Protégé		
Nombre d'établissements	8	60
Nombre de travailleurs handicapés	131	1 767
Taux*	56,2	56,3

Sources : DRTEFP, COTOREP

Exploitation ORS

* Taux pour 100 000 personnes de 20-59 ans

Une capacité d'accueil supérieure à la moyenne nationale...

... **En milieu protégé** ... Au 1^{er} janvier 2002, la Drôme compte 18 Centres d'Aide par le Travail (CAT). Ces centres ont accueilli 920 travailleurs handicapés. Ce chiffre correspond à un taux de 395 pour 100 000 personnes âgées de 20 à 59 ans. La capacité est supérieure à la moyenne régionale. Le département compte également 8 Ateliers protégés qui ont accueilli 131 personnes handicapées. Cette capacité d'accueil globale dans les ateliers protégés est équivalente à celle de la région.

... **et en structures d'hébergement** ... Souvent annexés à un Centre d'Aide par le Travail, les foyers d'hébergement sont destinés aux travailleurs handicapés. Au 1^{er} janvier 2003, la Drôme en compte 28, disposant de 425 lits, soit une capacité de 181 places pour 100 000 personnes âgées de 20 à 59 ans (contre 114 en France). Les établissements destinés aux adultes lourdement handicapés, foyers de vie, maisons d'accueil spécialisées (M.A.S.) et foyers à double tarification, offrent respectivement 369, 252 et 98 places d'accueil. La capacité d'accueil de ces différentes structures dans le département est supérieure à la moyenne nationale.

Lits et places en structures d'accueil pour adultes handicapés au 1^{er} janvier 2003

	Drôme		France
	Nombre	Taux *	Taux *
Foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés	425	180,8	113,8
<i>Accueil pour adultes lourdement handicapés</i>			
Foyers de vie	369	157,0	108,0
Maisons d'accueil spécialisées	252	107,2	44,4
Foyers à double tarification	98	41,7	25,8

Sources : DRASS - DREES

Exploitation ORS

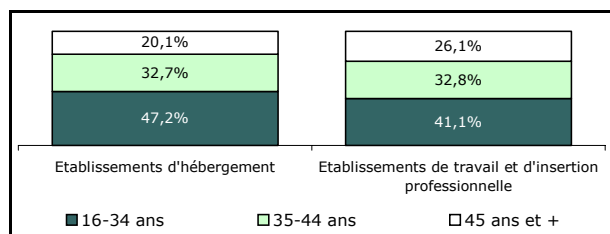
* Taux pour 100 000 personnes de 20-59 ans

... mais 43% des adultes handicapés hébergés sont domiciliés en dehors du département

Les résultats de l'enquête sociale réalisée en 2001 estiment que 47% de la clientèle des établissements d'hébergement pour adultes handicapés dans la Drôme ont moins de 35 ans. Cette classe d'âge représente 41% dans les établissements de travail et d'insertion professionnelle pour adultes handicapés. Parmi les adultes handicapés accueillis dans les établissements de la Drôme, 43% sont domiciliés hors du département. La Drôme est le département qui accueille le plus de patients non domiciliés.

Clientèle des établissements drômois pour adultes handicapés au 31 décembre 2001

Répartition selon l'âge et le type d'établissement



Source : DREES (Enquête ES)

Exploitation ORS

Les différentes catégories d'établissements

Les ateliers protégés sont des unités de production soumises aux contraintes de l'économie de marché, mais peuvent bénéficier de subventions de fonctionnement. La capacité de travail exigée est au moins égale au 1/3 de la capacité normale.

Les Centres d'Aide par le Travail ont une vocation plus sociale que les ateliers protégés. Ils disposent d'une part d'un budget social financé par l'Etat, d'autre part d'un budget de production, financé par les ventes effectuées par l'établissement. La capacité de travail y est inférieure au 1/3 de la capacité normale.

Les foyers de vie, ou foyers occupationnels, reçoivent des adultes lourdement handicapés qui disposent d'une autonomie ne justifiant pas leur admission en Maison d'Accueil Spécialisée, mais qui ne sont pas aptes à un travail productif.

Les Maisons d'Accueil Spécialisées reçoivent des personnes handicapées adultes qui n'ont pas d'autonomie, dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Les soins sont pris en charge par l'assurance maladie.

Les foyers à double tarification (FDT) sont destinés à l'accueil des personnes handicapées, avec dépendance totale ou partielle, inaptitude à toute activité professionnelle, nécessité d'aide d'une tierce personne et de soins médicaux et paramédicaux : ce sont soit des établissements autonomes, soit des sections de foyer occupationnel, soit très rarement des sections de foyer d'accueil spécialisé ou d'établissement sanitaire en cours de reconversion.

CONTEXTE NATIONAL

La notion de "nouvelle pauvreté" est apparue au début des années 80. Elle ajoute aux formes traditionnelles de pauvreté des formes plus récentes liées à des situations de précarité. Les études sur les inégalités qui se sont multipliées depuis 10 ans ont montré que la pauvreté résulte également des conditions de vie des ménages. Parce qu'elles cumulent de nombreux désavantages dans divers domaines tels que l'emploi, le logement, la protection sociale, la santé, les personnes en situation de pauvreté sont exclues des habitudes et des activités de la société dans laquelle elles vivent.

Mesurer la pauvreté-précarité présente alors des difficultés qui tiennent à la définition même de ces notions et aux sources d'information disponibles. Le manque de ressources financières des individus ou des ménages reste malgré tout le critère le plus utilisé. La notion de pauvreté correspond alors à un seuil minimal de survie.

Au 31 décembre 2000, près de 3 millions de personnes perçoivent en France métropolitaine, une allocation d'assistance attribuée en dessous d'un certain niveau de ressources. En tenant compte des ayant-droits, la population couverte par les minima sociaux s'élève à environ 5 500 000 personnes soit 10% de la population. Ces ressources minimales proviennent essentiellement de 8 prestations : l'allocation adulte handicapé (AAH), l'allocation de parent isolé (API), l'allocation d'insertion (AI), l'allocation de solidarité spécifique (ASS), l'allocation supplémentaire invalidité, l'allocation de veuvage, l'allocation supplémentaire vieillesse -versée par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV, ex-FNS)- et le revenu minimum d'insertion (RMI).

On observe actuellement en France l'émergence de populations en état de grande pauvreté. Ces personnes dont le nombre est évalué à environ 400 000, vivent dans une extrême pauvreté : ce sont les sans-abri, les sans domicile stable, les squatters...

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- En 2001, le revenu net imposable moyen s'élève à un peu plus de 13 700 € dans la Drôme soit une hausse de 15,2% par rapport à 1996. Il est de 15 500 € en Rhône-Alpes (+18,4%) et de 15 000 € en France (+14,6%).
- Au 31 décembre 2001, 5,3% de la population adulte drômoise perçoit une allocation d'assistance ; ce pourcentage est sensiblement supérieur à celui de Rhône-Alpes (4%).
- De 1989 à 1999, le nombre d'allocataires de l'A.A.H. et du R.M.I. a augmenté alors que celui de l'A.S.V. diminuait.

Un revenu imposable moyen de 13 700 €

Avec un revenu net imposable moyen s'élevant à 13 726 € par contribuable en 2001, la Drôme se situe en-dessous des moyennes régionale (15 545 €) et nationale (15 072 €). La Drôme est l'un des départements de Rhône-Alpes les plus défavorisés en matière de revenu, avec l'Ardèche et la Loire. Cette situation s'explique par un taux de chômage particulièrement important (10,8% au 31/12/2002) et une sous-représentation des catégories socio-professionnelles à haut niveau de revenu (cadres...). Le revenu moyen est inférieur à celui de Rhône-Alpes aussi bien pour les foyers fiscaux, imposables que non imposables.

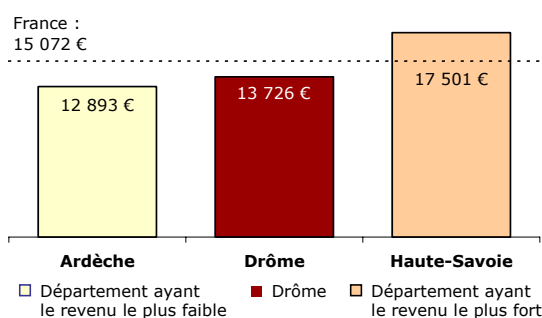
Entre 1996 et 2001, le revenu net imposable moyen dans la Drôme a augmenté de +15,2%, moins qu'en Rhône-Alpes (+18,4%). L'augmentation moyenne nationale est de +14,6%.

52% de contribuables non imposables

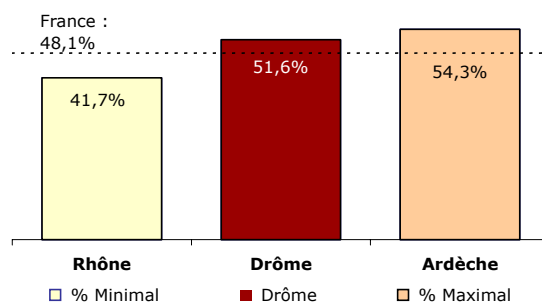
En 2002, le nombre de contribuables s'élève à 241 590 dans la Drôme. Parmi ceux-ci, 52% concernent des foyers non imposables, proportion la plus élevée des départements rhônalpins après celle de l'Ardèche (54%), et sensiblement supérieure à la moyenne nationale (48%).

Le **revenu net imposable moyen** correspond au revenu brut global de l'année moins les charges déductibles et les abattements spéciaux, rapporté au nombre de contribuables (imposés ou non).

Revenu net imposable moyen en Rhône-Alpes en 2001



Part (en %) des contribuables non imposables en Rhône-Alpes en 2001



PAUVRETE-PRECARITE

Bénéficiaires d'allocations attribuées en dessous d'un niveau de ressources (sans les ayant-droits)

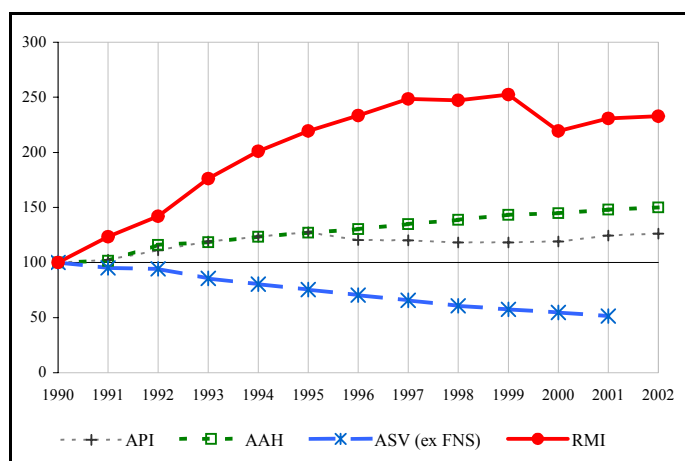
Type d'allocations	Drôme	Rh-Alpes	France
Bénéficiaires au 31 décembre 2002			
A.A.H.	5 219	60 903	692 304
% pop. 18 à 59 ans	2,2	1,9	2,1
A.P.I.	1 253	11 172	162 885
% pop. 18 à 59 ans	0,5	0,3	0,5
R.M.I.	6 596	65 701	929 268
% pop. 18 à 59 ans	2,7	2,0	2,8
Total	13 068	137 776	1 784 457
% pop. 18 à 59 ans	5,4	4,2	5,4

Bénéficiaires au 31 décembre 2001

A.S.V.	4 867	44 772	642 661
% pop. 65 ans et +	6,3	5,1	6,6

Sources : DREES, CNAF, CCMSA, INSEE (RP 1999)

Evolution du nombre de bénéficiaires des allocations d'assistance dans la Drôme entre 1984 et 2000 (base 100 en 1990)



Sources : DRESS, CNAF, CCMSA

Exploitation ORS

5% de la population adulte drômoise perçoit une allocation d'assistance

La Drôme compte plus de 13 000 personnes percevant l'Allocation aux Adultes Handicapés (A.A.H.), l'Allocation de Parent Isolé (A.P.I.) ou le Revenu Minimum d'Insertion (R.M.I.). Ce nombre correspond à 5,4% de la population drômoise âgée de 18-59 ans, pourcentage sensiblement supérieur à celui de Rhône-Alpes (4%), mais équivalent à celui de la France.

Le nombre de drômois qui perçoivent une Allocation Supplémentaire Vieillesse (A.S.V.) est proche de 4 900, soit 6,3% de la population âgée de 65 ans et plus. Ce taux est équivalent au taux national mais il est supérieur aux taux de Rhône-Alpes.

Ces quatre allocations sont distribuées en dessous d'un certain niveau de ressources (voir encadré).

Un transfert des situations de pauvreté des personnes âgées vers les personnes en âge d'activité

Dans un contexte d'amélioration de la couverture vieillesse, le nombre d'allocataires de l'A.S.V. (ex F.N.S.) est en nette régression dans la Drôme (-52% entre 1990 et 2001). La même évolution est observée aux niveaux régional et national.

Dans le même temps, une forte augmentation est observée chez les allocataires de l'A.A.H. (+50% dans la Drôme). L'A.P.I. est l'allocation la plus stable. Elle a moins varié. Elle a globalement augmenté de 20% en 12 ans.

L'accroissement le plus fort des effectifs concerne les allocataires du R.M.I (mis en place en 1989), avec un nombre qui a plus que doublé dans la Drôme. Une baisse a cependant été observée en 2000 après une hausse ininterrompue jusqu'en 1999. En observant la composition des familles des RMIstes, on note que 2 bénéficiaires sur 3 sont des personnes isolées, près d'un sur quatre concerne des familles monoparentales et 15% sont en couples en majorité avec enfants (données au 31 décembre 2001).

Conditions d'attribution des allocations d'assistance :

L'Allocation Supplémentaire Vieillesse : elle assure un minimum de ressources aux personnes âgées de 65 ans ou plus (l'âge limite est abaissé à 60 ans en cas d'incapacité au travail) disposant de faibles revenus. Elle est servie de façon différentielle par les caisses de retraite, de manière à porter les ressources personnelles du requérant au niveau du minimum vieillesse (fixé chaque année par décret), soit, par mois, 557,13 € pour une personne seule et 999,43 € pour un couple au 1er janvier 2001. Au 1er janvier 1994, le **Fond de solidarité vieillesse** s'est substitué au **Fond national de solidarité (F.N.S.)**. Il a pour mission, entre autres, de prendre en charge les avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale. Les modalités d'attribution de l'allocation supplémentaire de vieillesse sont demeurées inchangées.

L'Allocation aux Adultes Handicapés (A.A.H.) : elle est attribuée aux personnes qui ont plus de 20 ans (ou 16 ans et qui ne sont plus à charge) et moins de 60 ans. Ces personnes doivent avoir une incapacité permanente d'au moins 80%, ou comprise entre 50 et 80% et être reconnues inaptes au travail par la Commission technique pour l'orientation et le reclassement des handicapés (COTOREP). Elles ne doivent pas bénéficier d'un avantage vieillesse, d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail d'un montant supérieur à celui de l'AAH. Lorsque cet avantage est d'un montant inférieur, l'AAH est réduite du dit montant. Les personnes ne doivent pas percevoir de ressource dépassant le plafond annuel des ressources, soit 5 983,62 € pour une personne seule. Le montant mensuel de l'A.A.H. est de 529,15 € au 1er janvier 1998.

Allocation de Parent Isolé (A.P.I.) : elle est attribuée aux personnes seules pour assurer la prise en charge d'un ou plusieurs enfants. Elle est également accordée aux femmes seules célibataires qui attendent un enfant. L'A.P.I. est versée jusqu'à ce que le plus jeune des enfants ait atteint l'âge de 3 ans. Au 1er janvier 2003, le montant mensuel de l'A.P.I. est de 695,36 € pour le parent seul avec un enfant et de 173,84 € par enfant supplémentaire.

Revenu Minimum d'Insertion (R.M.I.) : il s'adresse aux personnes ayant un niveau de ressources qui ne leur permet pas de vivre correctement et qui empêche toute action autonome d'insertion. Ces personnes doivent avoir au moins 25 ans, 18 à 25 ans si elles ont au moins un enfant à charge. L'ouverture du droit au R.M.I. est subordonnée au fait que les ressources du bénéficiaire doivent être inférieures au montant du R.M.I. auquel il peut prétendre, soit 389,10 € pour une personne seule au 1er janvier 2000. Le R.M.I. est une allocation différentielle égale à la différence entre le montant du R.M.I. calculé selon la composition de la famille, et celui de l'ensemble des ressources des personnes au foyer.

CONTEXTE NATIONAL

Le logement est un déterminant majeur de l'insertion. Si certains indicateurs de «mal logement» persistent toujours, les logements sont globalement plus nombreux (+9% entre 1990 et 1999), plus grands et plus confortables qu'autrefois. Ainsi, la proportion de logements ne disposant pas du minimum de confort, c'est-à-dire d'un WC intérieur et d'au moins une douche ou une baignoire, s'élève à 4% contre 15% en 1984 et à 10% en 1988.

D'après l'enquête logement de l'INSEE en 2002, 10% des logements peuvent être qualifiés de surpeuplés en regard du nombre de pièces et de la composition du ménage (définition INSEE). Le surpeuplement concerne un ménage sur cinq dans l'habitat collectif. Quant aux logements vacants, leur proportion dans le parc total n'a jamais été aussi faible depuis les années soixante (moins de 7%)

Depuis le début des années 90, une crise du logement est apparue, s'exprimant en terme de difficultés d'accès au logement et de maintien dans celui-ci pour une partie de la population aux revenus modestes. Des évolutions économiques et sociales contribuent à fragiliser une partie des demandeurs de logement : augmentation du nombre de personnes seules (+26% entre 1990 et 1999) et du nombre de familles monoparentales (+22%).

La construction de logements sociaux publics est à un niveau très bas depuis plusieurs années. Le parc privé à vocation sociale s'est considérablement réduit depuis le début des années 1980.

En France métropolitaine on compte, au 1er janvier 2002, 28 966 places d'hébergement dans les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). Ces établissements assurent une mission d'accueil, d'hébergement et d'insertion. Ils accueillent des familles et personnes qui connaissent de graves difficultés économique, familiales, de logement, et d'insertion en vue de les aider à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale.

Les foyers pour travailleurs migrants (Sonacotra et UNAF) de même que les foyers pour jeunes travailleurs (FJT) proposent un mode de logement accessible aux personnes isolées en situation précaire (contrats de travail temporaires, RMI, préretraites...).

Pour relancer la construction de logements sociaux, plusieurs dispositifs ont été mis en place. En 1996, le logement social est considéré comme un bien de première nécessité (la TVA est passée à 5,5%). Le prêt locatif à usage social (PLUS), créé en 1999, permet la construction de logements au loyer moins cher et accessible à un nombre plus élevé de ménages. En 2002, la loi solidarité et renouvellement urbains (loi SRU), pour améliorer la mixité sociale et urbaine, impose aux communes le seuil de 20% de logements locatifs sociaux.

La loi «Besson» du 31 mai 1990 vise à garantir le droit au logement. Elle rend obligatoire l'élaboration, par les collectivités publiques et les partenaires privés, d'un plan départemental d'action pour le logement des plus défavorisés. Chaque plan dispose d'un Fonds de solidarité pour le logement (FSL), cofinancé par l'Etat et le Département, permettant d'accorder aux familles en difficulté des aides pour l'accès ou le maintien dans le logement. Le volet logement de la loi de lutte contre les exclusions de 1998 met en place des mesures pour éviter les expulsions, les coupures d'eau, d'électricité et de téléphone.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- En avril 2002, deux demandes HLM sur trois dans la Drôme concernent des familles de faibles ressources.
- Au 1er janvier 2002, le parc locatif social représente 12,4% de l'ensemble des résidences principales dans la Drôme contre 17,3% en Rhône-Alpes et 17% en France métropolitaine.
- Au 31 décembre 2002, la Drôme compte 49 600 bénéficiaires d'une aide au logement, soit 11% de la population contre 10% en Rhône-Alpes et en France métropolitaine.

66% des demandes HLM concernent des familles de ressources réduites

Les demandes HLM font l'objet d'un système de recueil d'informations auprès des organismes d'HLM, centralisé par la DDE (Direction Départementale de l'Équipement du département). Au 29 avril 2002, 5 040 demandes effectives de logements HLM avaient été déposées, soit 11 demandes pour 1 000 habitants. La demande est particulièrement forte dans le secteur de Romans et celui de Valence.

La demande totale de logements HLM s'est accrue au cours des dernières années. La part des ménages à faibles ressources y est importante : 66% des demandes concernaient des ménages aux revenus inférieurs à 60% des plafonds de ressources HLM. Cette part va de 59% dans le secteur de Romans à 72% dans celui de Valence.

Les demandeurs HLM dans la Drôme au 29 avril 2002

CLH (*)	Demandeurs	Demandes pour 1000 habitants	Part revenus < 60% (**)
Romans	1 460	16,4	58,8%
St Vallier	338	6,6	62,4%
Valence	1 890	15,2	71,7%
Crest	380	7,4	59,4%
Montélimar	541	9,2	71,1%
Nyons	431	6,8	69,6%
Total	5 040	11,5	66,0%

Source : DDE 26

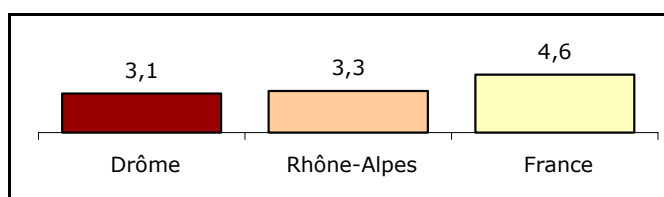
* Commission Locale de l'Habitat

** Part des demandeurs dont les ressources sont inférieures à 60% du plafond HLM

Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) sont un type d'hébergement temporaire qui accueille un public d'adultes. La Drôme dispose au 1er janvier 2003 de 164 places en CHRS, soit 0,7 place pour 1000 adultes de 20 à 59 ans, taux inférieur à celui de Rhône-Alpes (1,1).

LES DIFFICULTES LIEES AU LOGEMENT

Proportion de logements sans confort * au recensement de 1999

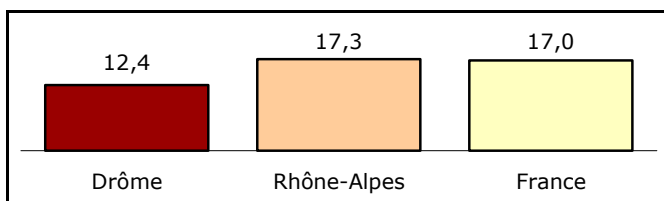


Source : INSEE RP 1999

Exploitation ORS

* Voir encadré

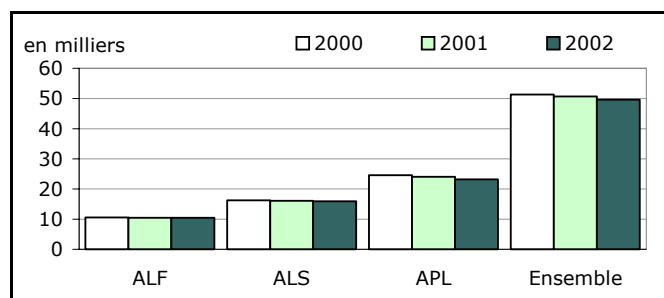
Part du parc locatif social dans les résidences principales au 1/1/2002 (en %)



Sources : DRE Rhône-Alpes

(Enquête "Parc locatif social" MELTT/DAEI/SES), INSEE.

Nombre de bénéficiaires de prestations d'aide au logement dans la Drôme (Effectif au 31 décembre)



Sources : CNAF, CCMSA

Exploitation ORS

Proportion de résidences principales sans confort parmi l'ensemble des résidences principales. Il s'agit des résidences appartenant à l'une des catégories suivantes : résidences sans baignoire, ni douche, ni WC à l'intérieur, résidences sans baignoire, ni douche, avec WC à l'intérieur et résidences avec une baignoire ou une douche mais sans WC à l'intérieur.

Le parc locatif social n'est pas occupé exclusivement par des familles en situation de précarité. La définition du logement vacant a changé depuis l'enquête au 1/1/1999. Un logement vacant désigne un logement proposé à la location mais non occupé l'année précédente pour cause d'absence de candidat. Les logements vides (en cours ou en attente de travaux, de démolition, ou en vente) sont exclus des logements vacants.

L'allocation de logement social (ALS) touche particulièrement des ménages aux ressources modestes tels que RMIstes, demandeurs d'emploi qui ne sont plus indemnisés etc.

L'allocation de logement familial (ALF) est généralement attribuée à des familles moins démunies que celles bénéficiant de l'ALS, mais pour qui la présence de personnes à charge maintient un quotient familial faible. Elle peut être attribuée pour une location ou pour une accession à la propriété.

L'aide personnalisée au logement (APL) est souvent destinée soit aux ménages résidant en logement HLM conventionné, soit aux accédants à la propriété bénéficiant de prêt aidé ou conventionné.

Le fichier des mal logés est un fichier tenu par la DDASS et alimenté par les travailleurs sociaux du département (les associations, les CCAS...) qui demandent l'inscription dans ce fichier des familles repérées comme « mal logées ». Les critères d'inclusion sont divers et multiples allant des critères de faibles revenus (PLAI : revenus inférieur à 60% du plafond HLM), aux critères sur des conditions de logement (familles en procédure d'expulsion, familles devant quitter leur logement déclaré insalubre par les administrations compétentes), mais aussi sur des conditions d'inconfort (existence de moisissure, surpeuplement, logement inadapté pour cause de présence d'une personne handicapée), ou des conditions de précarité (logement temporaire, situation d'urgence - divorces, charges trop élevées pour la famille)...

Au recensement de 1999, plus de 5 400 logements sans confort (voir encadré) ont été recensés dans la Drôme, soit un taux de 3,1% inférieur au niveau national (4,6%)

Un parc locatif social de 21 800 logements en 2002, soit 12 % de l'ensemble des résidences principales

Une enquête annuelle sur le parc locatif social (voir encadré), exploitée au niveau national par le Ministère de l'équipement, du logement, des transports et du tourisme, est conduite chaque année par les Directions Régionales de l'Équipement (DRE). Cette enquête a pour objectif de connaître la structure du parc locatif social, les disparités de son implantation et son évolution.

Le parc locatif social de la Drôme compte au 1er janvier 2002 environ 21 832 logements, ce qui correspond à une densité de 12,4% de l'ensemble des résidences principales du département (176 163). Ce pourcentage est inférieur à la moyenne en Rhône-Alpes (17,3%) et en France (17%). La région se caractérise par une forte disparité de la part en logements sociaux selon les départements. Elle s'étend de 9% en Ardèche à 21,8 dans le Rhône.

Le parc locatif social est relativement ancien dans la Drôme, 45% des logements datant de la période 1962-1974 (contre 38% en moyenne régionale).

D'autre part, le nombre de logements vacants y est relativement élevé par rapport aux autres départements de la région : près de 4% des logements du parc locatif social étaient vacants au 1er janvier 2002 dans le département, contre 3% pour la région Rhône-Alpes.

49 600 bénéficiaires d'aide au logement en 2002

Les aides au logement sont attribuées par les Caisses d'Allocations Familiales (CAF) selon les revenus des ménages et le nombre de personnes qui les composent. Les logements attribués répondent à des normes précises. De plus, ces allocations sont un des éléments essentiels pour l'accès au logement des personnes en situation de précarité ou leur maintien dans les lieux (voir encadré).

Au 31 décembre 2002, le département de la Drôme compte 49 600 bénéficiaires d'une aide personnelle au logement, soit un taux de 113 pour 1 000 habitants. Ces bénéficiaires se répartissent en trois types d'allocation : l'Allocation de Logement Familial (ALF) avec 10 400 bénéficiaires, l'Allocation de Logement Social (ALS) pour 16 000 bénéficiaires et l'Aide personnalisée au logement (APL) pour 23 200 d'entre eux. En France métropolitaine, on compte plus de 6 millions de bénéficiaires d'une aide personnelle au logement, soit un taux de 103 pour 1 000 habitants.

Entre 2000 et 2002, le nombre de bénéficiaires a baissé de 3,3% dans la Drôme contre 2,4% en Rhône-Alpes et 2% en France métropolitaine.

En 2003, le fichier des « mal logés » dans la Drôme a intégré 745 nouveaux dossiers. Parmi les familles inscrites, 348 ont été relogées par les bailleurs publics. Il y a dans les familles inscrites une prédominance des bénéficiaires du RMI et des familles dont les revenus sont uniquement composés de prestations familiales. L'image très négative de certains quartiers est un frein très important au relogement de certaines familles.

CONTEXTE NATIONAL

Instituée par la loi du 27 juillet 1999, la couverture maladie universelle (CMU), entrée en vigueur le 1er janvier 2000 marque un changement radical dans les procédures d'accès aux soins. Elle permet d'affilier automatiquement au régime général de l'assurance maladie sur critère de résidence toute personne résidant en France de façon stable et régulière et n'ayant pas de droits ouverts à un autre titre. Cette « CMU de base » est immédiate dès le dépôt de la demande. Sous conditions de ressources, la loi permet également la prise en charge d'une couverture complémentaire avec dispense d'avance de frais. C'est la « CMU complémentaire » qui peut être servie au choix du bénéficiaire soit par sa caisse d'affiliation soit par un organisme complémentaire (voir encadré).

Au 31 décembre 2002, 1,4 million de personnes bénéficiaient de la CMU de base en France, soit 2,4% de la population et près de 4,5 millions de la CMU complémentaire, soit 7,4% de la population. Parmi ces dernières, 94% relevaient du régime général pour leur couverture de base.

Ce dispositif juridique et financier ne règle cependant pas totalement les problèmes d'accès aux soins liés à la précarité. En effet, il existe d'autres limites à l'accès aux soins, les unes étant propres aux personnes, les autres dues au système de soins. Ces difficultés se traduisent par une réticence du patient à aller consulter et une incapacité du système de soins à prendre en charge les problèmes, dans leur spécificité. C'est pourquoi le volet santé de la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 vise, à travers la mise en place des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) à adapter l'offre de soins aux plus démunis, notamment en généralisant les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les hôpitaux, et à renforcer les actions de prévention en direction des populations fragilisées.

De nombreux acteurs ont développé avant la loi des actions pour faciliter l'accès aux soins des populations en précarité et disposent d'informations permettant une mesure de la demande de ceux qui y ont recours. Ainsi, en 1998, plus de 30 000 personnes ont été accueillies dans les centres de soins gratuits de la Mission France de Médecins du Monde. La même année, les centres d'examen de santé des CPAM ont réalisé 140 000 bilans de santé auprès de personnes en situation de précarité : jeunes en voie d'insertion professionnelle, bénéficiaires du RMI, chômeurs de longue durée.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- La Drôme compte 9 200 bénéficiaires de la CMU de base (affiliés sous critère de résidence) au 31 décembre 2002, soit 2% de la population. Le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire (affiliés sous critère de résidence et de ressources) est de près 32 750, soit 7,5% de la population.
- Au cours de l'année 2002, le nombre de bénéficiaires de la CMU de base est en hausse de 17% alors que celui de la CMU complémentaire a une tendance à la baisse (-8%).
- 165 résidents de la Drôme bénéficient au 31 décembre 2002 de l'Aide médicale de l'Etat.

9 200 bénéficiaires de la CMU de base dans la Drôme

Au 31 décembre 2002, près de 9 200 personnes dans la Drôme sont affiliées (assurés et ayants droit) à un régime d'assurance maladie au titre de la CMU de base. Ce nombre correspond à un taux de 2,1% de la population drômoise. Au niveau des départements de Rhône-Alpes, ce taux est le deuxième plus élevé après celui du Rhône (2,8%). Le taux le plus bas est celui de la Savoie (0,9%). Cette affiliation à la CMU de base demeure soumise au paiement de cotisation pour une minorité de bénéficiaires (4% au niveau national).

Près de 32 750 personnes sont affiliés au titre de la CMU complémentaire dans la Drôme, soit un taux de 7,5% de la population. C'est le taux le plus élevé de Rhône-Alpes, le plus bas étant enregistré en Haute-Savoie (2,8%).

Bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2002

CMU de base	Drôme	Rh-Alpes	France*
Nombre de bénéficiaires	9 198	103 008	1 418 283
Nombre de bénéficiaires pour 100 habitants	2,1	1,8	2,4

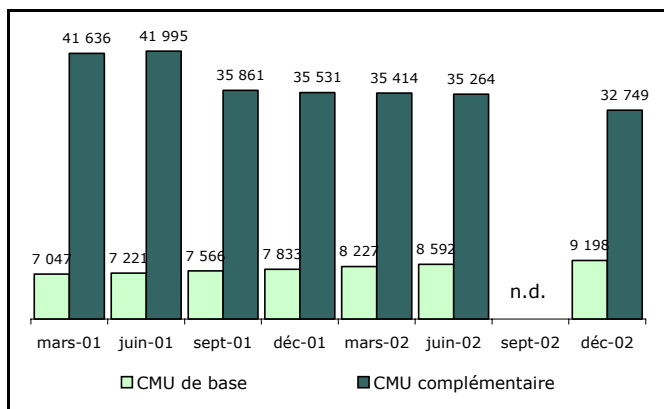
CMU complémentaire	Drôme	Rh-Alpes	France*
Nombre de bénéficiaires	32 749	292 438	4 467 503
Nombre de bénéficiaires pour 100 habitants	7,5	5,2	7,4

Source : CNAMTS, CCMSA
* France entière

Exploitation ORS

L'ACCES AUX SOINS

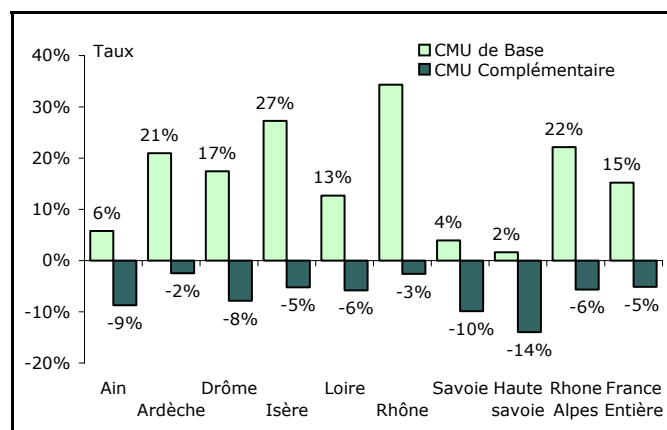
Evolution du nombre de bénéficiaires de la CMU dans la Drôme



Sources : CNAMTS, CANAM, CCMSA

Exploitation ORS

Taux d'évolution entre le 31 décembre 2001 et le 31 décembre 2002 par département



Sources : CNAMTS, CANAM, CCMSA

Exploitation ORS

Bénéficiaires de l'aide médicale relevant de la compétence de l'Etat au 31 décembre 2002

	Drôme	Rhône-Alpes	France métropolitaine
Nombre de bénéficiaires	165	3 778	139 345
Taux de bénéficiaires pour 100 000 habitants	36,7	65,2	234,2

Source : CNAMTS

Baisse du nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire suite aux procédures d'exams de droit

Entre mars 2001 et décembre 2002, le nombre de bénéficiaires de la CMU de base est passé de 7 047 à 9 198, soit une progression de plus de 30%; Dans le même temps, le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire observe une variation moins soutenue avec une tendance plutôt à la baisse. Le décrochage observé au troisième trimestre 2001 résulte notamment de la sortie des anciens bénéficiaires de l'aide médicale dont les droits prolongés jusqu'à cette date n'ont pas été renouvelés.

Entre le 31 décembre 2001 et le 31 décembre 2002, les nombres de bénéficiaires de la CMU de base et de la CMU complémentaire ont évolué différemment dans les départements de Rhône-Alpes. En moyenne régionale, le nombre de bénéficiaires de la CMU de base a augmenté de 22% alors que celle de CMU complémentaire a subi une baisse de 7%. Dans la Drôme les évolutions sont respectivement de +17% et -8%

165 bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat au 31 décembre 2002 dans la Drôme.

Au 31 décembre 2002, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Drôme a inscrit, au titre de l'aide médicale de l'Etat (AME), 165 bénéficiaires. La France en compte 139 345 en métropole et un peu plus de 6 000 dans les départements d'Outre-Mer. Trois quarts des bénéficiaires de l'AME résident en Ile-de-France et 41% dans la ville de Paris. La région Rhône-Alpes ne représente que 2,6% des bénéficiaires.

En comparaison par rapport à la population, pour 100 000 habitants, le département de la Drôme compte 37 bénéficiaires de l'AME, alors que Rhône-Alpes en compte 65 et la France métropolitaine 234 (soit 6 fois plus).

L'affiliation à la **CMU de base**, c'est-à-dire au régime général de l'Assurance Maladie s'effectue sous conditions de résidence : toute personne résident en France de façon stable et régulière, et qui ne bénéficie pas déjà d'une couverture maladie par un régime obligatoire d'Assurance Maladie, y a droit. L'adhésion à la CMU de base n'entraîne le paiement d'aucune cotisation si le revenu du foyer est inférieur à 6 402,85 € pour l'année 2000.

L'affiliation à la **CMU complémentaire** s'effectue sous conditions de résidence et de ressources. La CMU complémentaire est en effet un dispositif transitoire, qui permet à ceux qui n'ont pas les moyens de cotiser à une mutuelle ou à une assurance complémentaire de se faire soigner gratuitement et sans attendre. Le niveau maximal de ressources mensuelles permettant de bénéficier de la CMU complémentaire est au 1er juillet 2003 de 566,50 € pour un foyer d'une personne, 849,75 € pour deux personnes, 1 019,70 € pour trois personnes, 1 189,65 € pour quatre personnes et 226,60 € par personne supplémentaire. Ces ressources correspondent à la somme des salaires nets, des indemnités de chômage et des prestations sociales.

L'Etat a retrouvé une compétence en matière d'aide médicale avec la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) par la loi du 27 janvier 1999. Depuis la création de la CMU, l'**Aide Médicale de l'Etat (AME)** remaniée permet l'accès aux soins, sous conditions de ressources et de résidence en France, de personnes qui ne sont pas juridiquement en position de bénéficiaire de la CMU de base ou de la protection complémentaire en matière de santé. Il s'agit d'étrangers en situation irrégulière, résidant en métropole ou dans les DOM, et d'étrangers en situation régulière résidant en métropole ou dans les DOM depuis moins de trois mois en attente d'une affiliation à la CMU. L'AME assure également la prise en charge des frais de soins et d'hospitalisation en cas d'interruption volontaire de grossesse des personnes qui ne peuvent prétendre au bénéfice de la CMU de base ni de la protection complémentaire en matière de santé.

CONTEXTE NATIONAL

Il existe de nombreuses manières d'aborder la question de la morbidité de la population: affections les plus redoutées par la population, le plus souvent déclarées lors d'enquêtes auprès des ménages, le plus souvent diagnostiquées en médecine de ville ou à l'hôpital, à celles qui nécessitent les traitements les plus coûteux ou de mises en invalidité, aux causes médicales de décès.

Selon l'enquête sur la santé et la protection sociale 2002 du CREDES, les affections les plus fréquemment déclarées parmi les ménages français sont les problèmes dentaires puis les troubles de réfraction, les maladies endocriniennes (comprenant les problèmes de nutrition) les maladies cardio-vasculaires et les maladies ostéo-articulaires.

En France, en 2002, 550 000 décès sont survenus. Les causes médicales des décès se répartissent sur un petit nombre de domaines pathologiques. En effet, sur la période 1998-2000, 79% des décès se répartissent sur les maladies cardio-vasculaires (32%), les tumeurs (30%), les accidents et autres morts violentes (9%) et les maladies de l'appareil respiratoire (8%). Depuis le début des années 80, la mortalité observée en France diminue et cette baisse concerne la plupart des causes de décès. La mortalité prématurée est cependant importante avec environ 20% de l'ensemble des décès concernés.

Le nombre de nouveaux bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur pour affections de longue durée (ALD) concernant les bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie, a atteint 870 000 en 2001. Cette incidence a augmenté de plus de 20% entre 1998 et 2001 en raison de facteurs démographiques (arrivée des générations du baby-boom dans les classes d'âge où la fréquence des problèmes de santé augmente), de facteurs épidémiologiques (augmentation d'incidence), de facteurs médico-administratifs (augmentation du coût de certains actes ou traitements). Quatre groupes d'affections regroupent plus de 80% des motifs d'admission en ALD : les maladies cardio-vasculaires (206 000), les tumeurs malignes (188 000), les pathologies mentales (108 000) et le diabète (92 000). D'après les données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), 8,6 millions de séjours hospitaliers ont été effectués en 2004 dans des unités de soins de courte durée en France métropolitaine (hors séjours et hors séjours de moins de 2 jours). Les diagnostics les plus fréquemment observés sont : les traumatismes de l'appareil musculo-squelettique, les affections de l'appareil circulatoire, les grossesses et accouchements, les affections du tube digestif et les nouveaux nés, prématurés et affections périnatales.

Ces données recouvrent de fortes disparités selon le sexe et l'âge mais aussi selon les catégories sociales.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- Entre 1998 et 2000, 4 000 décès ont été enregistrés en moyenne chaque année dans la Drôme.
- La mortalité par accident de la circulation reste chez les jeunes particulièrement importante : elle représente 27% des décès chez les moins de 24 ans.
- 7 900 drômois sont admis chaque année en affections de longue durée par les régimes d'assurance maladie entre 2000 et 2002.
- Les drômois ont effectué 65 600 séjours hospitaliers en établissement publics et privés en 2004 dont 37% concernent des personnes âgées de 65 ans et +.

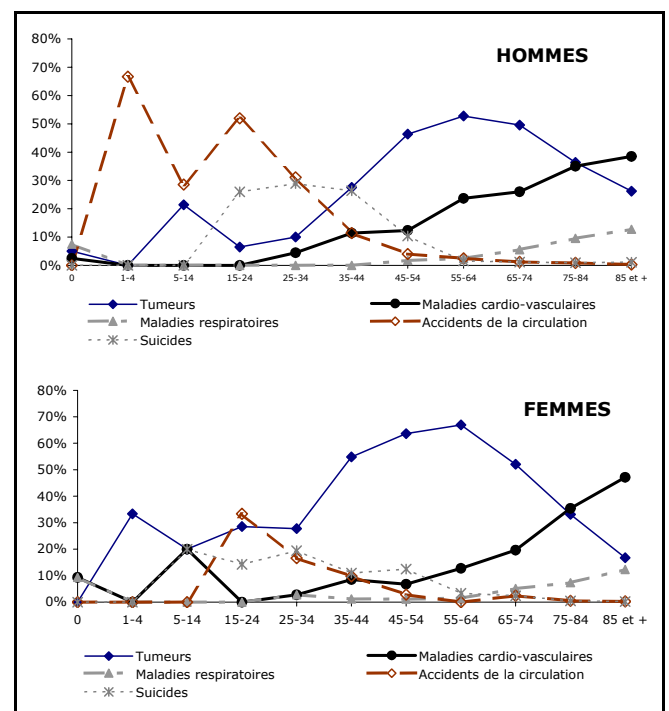
4 000 décès de drômois en moyenne par an entre 1998 et 2000

Entre 1998 et 2000, 4 021 drômois sont décédés chaque année. Dans le département, comme en France, les maladies cardio-vasculaires (31% des décès dans la Drôme) et les tumeurs (27%) constituent les deux principales causes de décès. Viennent ensuite les lésions traumatiques (9%) parmi lesquels on compte les suicides et les accidents de la circulation, puis les maladies respiratoires (8%).

Les accidents de la circulation sont la première cause de mortalité chez les jeunes de moins de 24 ans : 34% des décès masculins et 11% des décès féminins.

Chez les personnes de 75 ans et +, les maladies cardio-vasculaires sont prépondérantes avec, dans la Drôme, 37% des décès masculins et 43% des décès féminins.

Part (en %) des principales causes de décès selon l'âge dans la Drôme en 1998-2000



Sources : INSERM CépiDc

Exploitation ORS

VUE D'ENSEMBLE DES PATHOLOGIES

Les principales affections de longue durée dans la Drôme en 2000-2002 (moyenne annuelle)

	Hommes		Femmes	
	Nbre*	%	Nbre*	%
15-64 ans				
Tumeurs malignes	416	22,0	497	33,0
Diabète	330	17,5	237	15,8
Psychose, troubles mentaux	236	12,5	255	17,0
Hypertension artérielle	134	7,1	108	7,2
Artériopathies	178	9,4	33	2,2
Maladie coronaire	130	6,9	23	1,6
Insuffisance cardiaque grave	99	5,2	42	2,8
Autres	368	19,5	308	20,5
Ensemble	1 890	100,0	1 504	100,0
65 ans et +				
Tumeurs malignes	603	29,2	467	20,5
Hypertension artérielle	219	10,6	362	15,9
Insuffisance cardiaque grave	238	11,5	271	11,9
Diabète	231	11,2	243	10,7
Psychose, troubles mentaux	114	5,5	312	13,7
Artériopathies	216	10,5	191	8,4
Maladie coronaire	118	5,7	93	4,1
Autres	323	15,7	335	14,7
Ensemble	2 064	100,0	2 275	100,0

Source : CNAMTS, CCMSA, CANAM Exploitation ORS
* Nombre d'admissions en Affection de Longue Durée (ALD)

Les séjours hospitaliers des drômois en 2004 selon le diagnostic principal (chapitre de la CIM 10) quel que soit le lieu d'hospitalisation en France

	Hommes		Femmes	
	Nbre*	%	Nbre*	%
15-64 ans				
Grossesse, accouchement (15)			6 172	32,7
Maladies app. digestif (11)	1 924	14,5	1 480	7,8
Maladies système ostéo-articulaire (13)	1 527	11,5	1 397	7,4
Maladies app. circulatoire (9)	1 870	14,1	1 010	5,3
Facteurs influant sur l'état de santé... (21)	1 389	10,5	1 425	7,5
Tumeurs (2)	1 015	7,6	1 549	8,2
Lésions traumatiques (19)	1 594	12,0	969	5,1
Autres	3 969	29,9	4 901	25,9
Ensemble	13 288	100,0	18 903	100,0
65 ans et +				
Maladies app. digestif (11)	1 306	10,7	1 211	10,0
Tumeurs (2)	1 450	11,9	1 050	8,6
Lésions traumatiques (19)	627	5,1	1 446	11,9
Symptômes, signes et résultats non classés (18)	925	7,6	837	6,9
Maladies syst. ostéo-articulaire (13)	592	4,9	1 068	8,8
Facteurs influant sur l'état de santé... (21)	938	7,7	683	5,6
Maladies app. respiratoire (10)	872	7,1	699	5,8
Autres	5 494	45,0	5 151	42,4
Ensemble	12 204	100,0	12 145	100,0

Source : PMSI 2004 Exploitation ORS
* Nombre de séjours hospitaliers

Les séjours de la Catégorie Majeure (CM) 24 c'est-à-dire séances, décès immédiat, transfert immédiat, affections traitées dans les deux jours, ceux de la CM 90 (erreurs et séjours inclassables) c'est-à-dire les séjours ne pouvant être classés dans aucun Groupe Homogène de Malades (GHM) et ceux comportant un code géographique de résidence du patient erroné n'ont pas été pris en compte.

7 900 nouvelles admissions en ALD par an dans la Drôme

Sur la période 2000-2002, 7 928 nouveaux cas annuels d'affections de longue durée (ALD) ont été admis pour des drômois par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes). Parmi eux, 2,5% (205 cas) concernent des enfants de moins de 15 ans, 43,4% (3 526 cas) des personnes âgées de 15 à 64 ans et 54% (4 389 cas) des personnes de 65 ans et plus.

Les affections cardio-vasculaires et les tumeurs sont les principaux motifs d'ALD

Les tumeurs malignes prédominent dans la tranche d'âge des 15-64 ans : elles sont à l'origine de 26% des prises en charge pour ALD (hommes et femmes confondus). Viennent ensuite les cas d'ALD pour Diabète (16%) et les troubles mentaux (15%). Chez les femmes, les troubles mentaux viennent en deuxième position. L'ensemble des maladies cardio-vasculaires regroupe 24% des ALD chez les 15-64 ans (31% chez les hommes et 16% chez les femmes).

Les cancers sont la première cause d'admission en ALD chez les 65 ans et plus, pour les hommes (29%) comme pour les femmes (20%). Chez les hommes, suivent l'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle et le diabète. Chez les femmes, l'ordre est légèrement différent : l'hypertension artérielle, les troubles mentaux et l'insuffisance cardiaque arrivent dans cet ordre. L'ensemble des maladies cardio-vasculaires regroupe 44% des ALD chez les 65 ans et plus (43% chez les hommes et 46% chez les femmes).

65 600 séjours hospitaliers de drômois en 2004 : 37% concernent les 65 ans et +

Selon les statistiques du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), les drômois ont effectué en 2004, 65 632 séjours hospitaliers dans un établissement de santé de court séjour en France. Les personnes de moins de 15 ans ont effectué 14% de ces séjours, les 15-64 ans 49% et 37% pour les personnes de 65 ans et +. Ces séjours ont engendré 474 700 journées d'hospitalisation. Les tranches d'âges y représentent respectivement 10%, 41% et 49%.

Les facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil digestif sont les premiers motifs d'hospitalisation. L'ordre est différent selon le sexe et l'âge.

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 groupes d'affections.

Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres moyens annuels de premiers avis favorables entre 2000 et 2002. Ces nombres dépendent de la morbidité, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis des médecins conseil. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

CONTEXTE NATIONAL

L'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population conduisent à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès. En 1999, près de la moitié des 535 000 personnes décédées en France avaient plus de 80 ans. En raison de la surmortalité masculine, cette proportion est beaucoup plus élevée chez les femmes (62%) que chez les hommes (33%).

Conséquence de cette évolution, les statistiques des causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, ce qui limite leur utilisation pour évaluer les besoins de prévention. C'est pourquoi les responsables de la santé publique s'intéressent de plus en plus, en France comme dans la plupart des pays comparables, à la mortalité prématurée définie généralement comme la mortalité survenant avant 65 ans.

En 1999, les décès prématurés ont concerné un peu plus de 109 000 personnes en France métropolitaine, soit environ 20 % de l'ensemble des décès. Toutefois, cette proportion est très différente selon le sexe. En effet, les décès prématurés sont proportionnellement beaucoup plus fréquents chez les hommes (près de 29 %) que chez les femmes (12%).

Une partie de cette mortalité s'avère «évitable» : en effet, plus de la moitié des décès survenant avant 65 ans sont dus à des causes dont la maîtrise ne nécessite généralement ni connaissance médicale supplémentaire, ni équipement nouveau. Le poids de la mortalité évitable dans la mortalité prématurée est comparable pour les hommes et les femmes.

On peut associer à chaque cause de décès évitable une modalité d'action qui serait la plus efficace pour la prévenir. Deux catégories d'actions ont ainsi été déterminées. La première porte sur la modification de certains comportements individuels, en particulier l'alcoolisme, le tabagisme, la conduite routière..., et la seconde concerne l'amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins, en particulier la prévention de certaines pathologies par le biais du dépistage.

Selon le sexe, la lutte contre la mortalité évitable passe davantage par l'une de ces modalités d'action que par l'autre : chez les hommes, les trois quarts des décès évitables le sont par modification des comportements individuels. Chez les femmes, la moitié des décès évitables le sont par une amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- En 1998-2000, près d'un décès sur cinq est un décès prématuré (survenu avant l'âge de 65 ans).
- La mortalité prématurée dans la Drôme est inférieure à la moyenne nationale pour les deux sexes.
- Plus de la moitié des décès prématurés est évitable. Environ 76% des décès évitables masculins et 46% des décès évitables féminins sont dus principalement à des facteurs de risque individuels (tabac, alcool...).

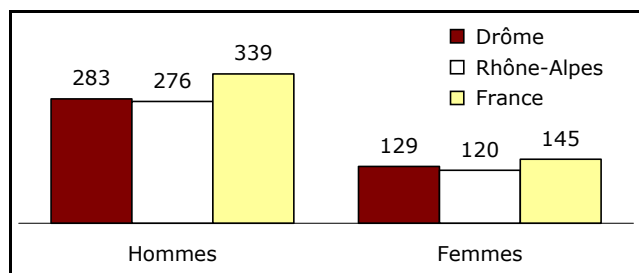
Une mortalité prématurée inférieure à la moyenne française

Entre 1998 et 2000, 758 personnes de moins de 65 ans sont décédées chaque année dans la Drôme, dont 68% d'hommes. Les décès prématurés représentent 19% de l'ensemble des décès. La proportion est plus forte chez les hommes (25%) que chez les femmes (12%).

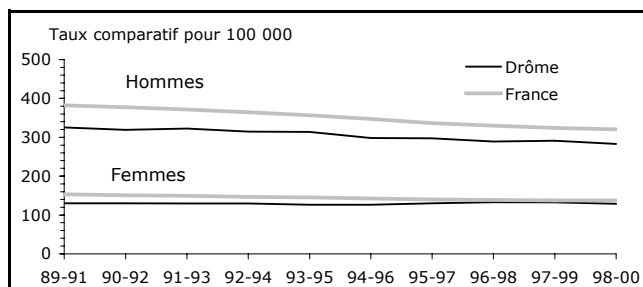
La mortalité prématurée apparaît plus faible dans la Drôme qu'en France, aussi bien chez les hommes que chez les femmes : les taux comparatifs de mortalité sont de 283 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans contre 339 en France et de 129 décès pour 100 000 femmes de moins de 65 ans contre 145 en France.

Chez les hommes, la mortalité prématurée a une tendance à la baisse depuis de nombreuses années, aussi bien dans la Drôme qu'au niveau national. En revanche chez les femmes, ce taux demeure stable, alors qu'au niveau national il baisse faiblement mais de manière continue.

Taux comparatif de mortalité prématurée (avant 65 ans) en 1998-2000



Evolution du taux comparatif de mortalité générale entre 1989-1991 et 1998-2000

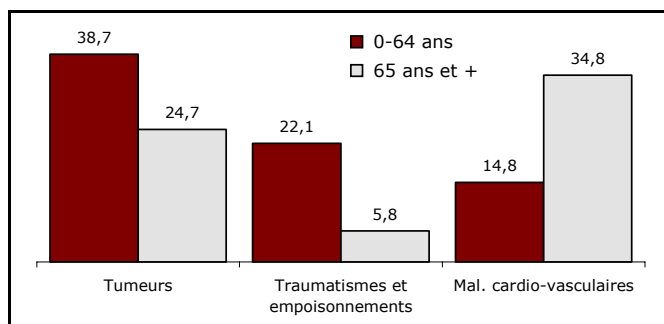


Sources : INSERM CépiDc, INSEE (Estimations) Exploitation ORS

Le taux comparatif de mortalité, ou **taux standardisé direct**, est défini comme le taux que l'on observerait dans le département si celui-ci avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1999, les deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre territoires différents.

LA MORTALITE PREMATUREE

Répartition (en %) des causes de décès selon l'âge dans la Drôme en 1998-2000



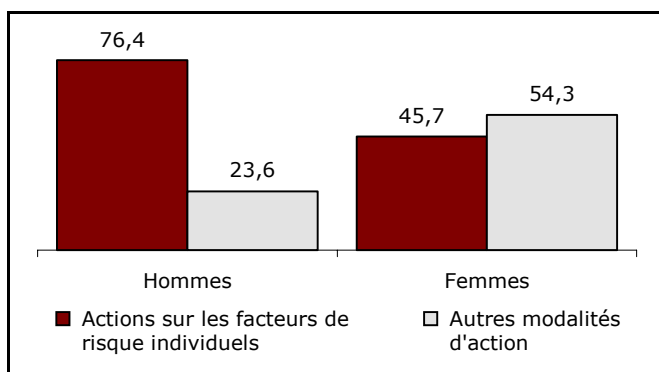
Sources : INSERM CépiDc Exploitation ORS
* Psychose alcoolique et alcoolisme + Cirrhose alcoolique du foie

Répartition (en %) des décès selon le caractère "évitable" et selon le sexe dans la Drôme en 1997-1999

	Hommes		Femmes	
	Nombre annuel	%	Nombre annuel	%
Décès "évitables"	287	54,6	115	46,9
Autres décès	239	45,4	130	53,1
Décès prématurés	526	100,0	246	100,0

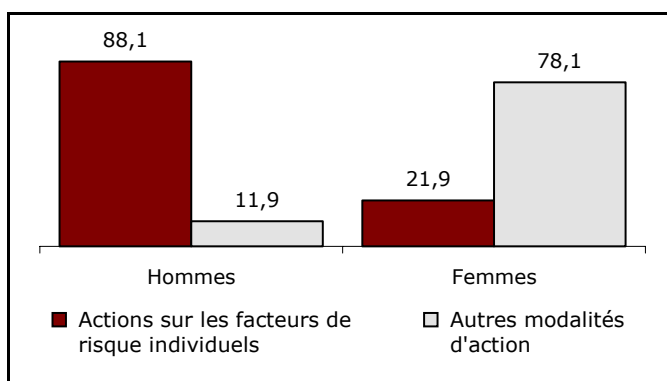
Source : INSERM CépiDc Exploitation ORS

Répartition (en %) des décès "évitables" selon le type d'actions pour les prévenir dans la Drôme en 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc Exploitation ORS

Répartition (en %) des cancers "évitables" selon le type d'actions pour les prévenir dans la Drôme en 1997-1999



Sources : INSERM CépiDc Exploitation ORS

Les tumeurs représentent 39% des décès prématurés

Les tumeurs sont la cause la plus fréquente dans les décès prématurés. Entre 1998 et 2000, elles représentent 39% des décès avant 65 ans. Les traumatismes et empoisonnements (accidents, suicides...) sont la deuxième cause de mortalité prématurée, suivis des maladies de l'appareil circulatoire.

La répartition des causes principales de décès prématurés est différente de celle des décès survenus à partir de 65 ans. Les tumeurs pèsent 1,5 fois plus dans la mortalité prématurée ; les traumatismes et empoisonnements 4 fois plus. En revanche, les maladies de l'appareil circulatoire ont une part deux fois plus importante dans les décès des 65 ans et plus que dans les décès prématurés.

Plus de 50% des décès prématurés sont évitables

Dans les conditions sanitaires et sociales françaises, 55% des décès prématurés masculins et 47% des décès prématurés féminins survenus dans la Drôme peuvent être considérés comme "évitables" par des actions de prévention et d'amélioration des soins (voir encadré).

Chez les hommes, ces actions devraient dans plus de trois quarts des cas porter sur une modification des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduite automobile). **Chez les femmes**, il s'agit le plus souvent (54% des cas) d'améliorer l'efficacité du dépistage et de la prise en charge par le système de soins.

Cette différence est très marquée dans le cas des **cancers**. Chez les hommes, 88% des décès évitables par cancers sont liés à une consommation excessive d'alcool et/ou de tabac. Leur diminution repose donc sur une modification des facteurs de risque individuels. Chez les femmes, la situation est inverse : 78% des décès évitables par cancers pourraient être prévenus par une prise en charge plus efficace du système de soins, en particulier les actions de dépistage des cancers du sein et de l'utérus.

Définition : Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme "évitables", c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant 65 ans. La liste des causes de décès évitables utilisée dans ce document a été établie par la FNORS sur la base de travaux européens et de ceux menés par le Service d'information sur les causes médicales de décès de l'INSERM. Basée sur la liste "S9" de l'INSERM, elle inclut les décès avant 65 ans par typhoïde, tuberculose, tétanos, Sida, cancer de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, de la peau, du sein, de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémie, psychose alcoolique et cirrhose du foie, cardiopathies rhumatismales chroniques, maladie hypertensive, cardiopathie ischémique, maladie vasculaire cérébrale, grippe, asthme, ulcère, mortalité maternelle, accident de la circulation, chute accidentelle et suicide.

Les décès "évitables" peuvent se subdiviser en deux groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence. Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action sur les facteurs de risques individuels, par exemple décès par cancer du poumon ou accident de la circulation. Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels, comme les décès par tuberculose ou cancer du sein.

CONTEXTE NATIONAL

Les affections cardiovasculaires en France et dans tous les pays développés occupent une place prépondérante dans la mortalité et la morbidité. Elles constituent la première cause de décès (31% en 2000), le premier motif d'admission en affection de longue durée (360 000 par an entre 2001 et 2002) et le troisième motif d'hospitalisation (1 211 000 séjours en 2002 dans les services de soins de courte durée). Les données de morbidité sont très parcellaires en France. On estime les nombres annuels d'infarctus du myocarde à 120 000 et d'accidents vasculaires cérébraux à 130 000. Il existe trois registres des cardiopathies ischémiques (Haute-Garonne, Bas-Rhin et communauté urbaine de Lille) qui sont intégrés au programme international Monica réalisé dans 27 pays depuis 1984. D'après ces données, une grande disparité géographique de la maladie apparaît avec une incidence plus élevée dans les pays du Nord et de l'Est de l'Europe. La France et les régions françaises s'inscrivent dans la continuité du gradient décroissant nord-sud de mortalité et de morbidité cardio-vasculaire.

Les affections cardio-vasculaires ont provoqué 161 330 décès en 2000. Les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux et les insuffisances cardiaques sont à l'origine de 66% de ces décès. Depuis une vingtaine d'années, la mortalité due à ces affections diminue en raison de la réduction de certains facteurs de risque et des progrès thérapeutiques. Entre 1990 et 1999, la baisse a été plus forte pour les décès par maladies vasculaires cérébrales (18%) que pour les décès par cardiopathie ischémique (9%) qui sont devenus les plus fréquents. Selon les données Eurostat 1997-1999, disponibles pour 14 des 15 pays de l'Union européenne, la France connaît le plus faible mortalité cardio-vasculaire.

Parmi les nombreux facteurs de risque reconnus des maladies cardio-vasculaires on peut citer le tabagisme, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le diabète non insulino dépendant. La réduction de ces facteurs de risque passe par des actions de prévention en direction du grand public et des patients atteints d'affection cardio-vasculaire ainsi que par une mobilisation des professionnels de santé en matière de dépistage et de prise en charge de ces maladies. Un programme national triennal de réduction des risques cardio-vasculaires a été annoncé en 2002 par le Ministère de la Santé avec cinq composantes : action sur les facteurs de risque, éducation thérapeutique ciblée et spécifique, promotion des recommandations de bonnes pratiques cliniques et thérapeutiques, réflexion sur l'organisation des soins et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, renforcement épidémiologique.

Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans le département si celui-ci avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1999, les deux sexes confondus).

Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, les deux sexes et entre territoires différents.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

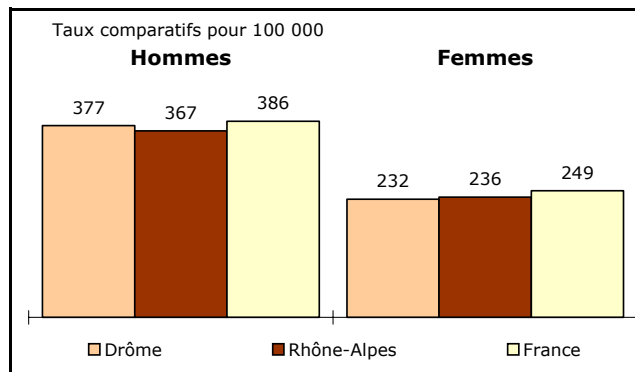
- La mortalité par maladies cardio-vasculaires en 1998-2000 dans la Drôme est équivalente à celle de la France chez les hommes et inférieure chez les femmes.
- Entre 1988-1990 et 1998-2000, la mortalité par maladies cardio-vasculaires a subi une baisse.
- Les maladies cardio-vasculaires représentent 35% des admissions en ALD dans la Drôme entre 2000 et 2002.
- En 2004, 8 300 séjours hospitaliers pour maladies cardio-vasculaires ont été effectués par des drômois, dont 60% concernent des hommes.

Une mortalité en baisse entre 1988-1990 et 1998-2000

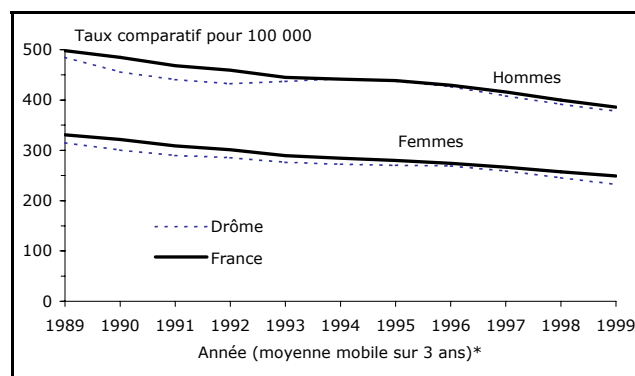
Entre 1998 et 2000, 1 247 drômois sont décédés annuellement par maladies cardio-vasculaires. Ceci correspond à un taux comparatif de 377 décès pour 100 000 hommes et 232 décès pour 100 000 femmes. Par rapport au taux de la France, on observe dans la Drôme une mortalité équivalente chez les hommes et une sous-mortalité chez les femmes.

Dans la Drôme comme en France, depuis 1988-1990, la mortalité par maladies cardio-vasculaires a subi une baisse aussi bien chez les hommes que chez les femmes (les taux masculins et féminins ont baissé respectivement de 22% et 25%). L'écart entre la Drôme et la France s'est réduit.

Taux comparatifs annuel de mortalité par maladies cardio-vasculaires en 1998-2000 *



Evolution des taux comparatifs annuels de mortalité par maladies cardio-vasculaire entre 1989 et 1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE
* Année centrale : 1989 est la moyenne de 1988, 1989 et 1990; 1990 est la moyenne de 1989, 1990 et 1991....

LES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

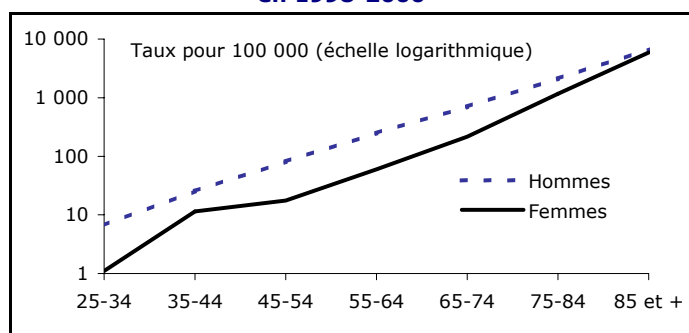
Taux comparatifs annuels de mortalité par cardiopathies ischémiques et maladies vasculaires cérébrales en 1988-1990 et 1998-2000 *

	Hommes		Femmes	
	88-90	98-00	88-90	98-00
Drôme				
Cardiopathies ischémiques	144,2	114,9	67,8	49,6
Maladies vasculaires cérébrales	131,0	80,9	103,7	62,4
France				
Cardiopathies ischémiques	153,1	121,6	76,9	57,2
Maladies vasculaires cérébrales	131,8	84,8	100,9	65,4

Sources : INSERM CépiDc, INSEE
* Taux annuel pour 100 000

Exploitation ORS

Taux annuel de mortalité par maladies cardio-vasculaires par âge et sexe dans la Drôme en 1998-2000 *



Sources : INSERM CépiDc, INSEE
* Taux annuel pour 100 000

Exploitation ORS

Admissions en affections de longue durée pour maladies cardio-vasculaires dans la Drôme en 2000-2002 (Nombre moyen annuel)

	Hommes		Femmes	
	Nbre	%	Nbre	%
Hypertension artérielle	353	23,5	471	37,0
Insuffisance cardiaque	347	23,1	321	25,2
Artériopathies	395	26,4	225	17,7
Maladie coronaire	247	16,5	116	9,2
Accidents vascul. Cérébraux	157	10,5	138	10,9
Total	1 499	100,0	1 271	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Exploitation ORS

Les séjours hospitaliers des drômois selon l'âge en 2004 pour affections cardio-vasculaires, quel que soit le lieu d'hospitalisation en France

	Hommes		Femmes	
	Nbre	%	Nbre	%
< 15 ans	15	0,3	21	0,6
15-34 ans	106	2,1	96	2,8
35-64 ans	1 764	35,4	914	27,0
65 ans et +	3 092	62,1	2 356	69,6
Total	4 977	100,0	3 387	100,0

Source : PMSI 2004

Exploitation ORS

Les séjours de la Catégorie Majeure (CM) 24 c'est-à-dire séances, décès immédiat, transfert immédiat, affections traitées dans la journée, ceux de la CM 90 (erreurs et séjours inclassables) c'est-à-dire les séjours ne pouvant être classés dans aucun Groupe Homogène de Malades (GHM) et ceux comportant un code géographique de résidence du patient erroné n'ont pas été pris en compte.

Baisse de la mortalité par cardiopathies ischémiques et par maladies vasculaires cérébrales

Les cardiopathies ischémiques (essentiellement constituées par les infarctus du myocarde) et les maladies vasculaires cérébrales sont les deux principales causes de décès par maladies cardio-vasculaires.

Entre 1988-1990 et 1998-2000 la mortalité pour ces deux causes a subi une baisse, en France et dans la Drôme, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Pour les drômois, en 1998-2000, la mortalité chez les hommes par cardiopathies ischémiques et par maladies vasculaires cérébrales est statistiquement équivalente à la moyenne française. Chez les femmes, elle est équivalente pour les maladies vasculaires cérébrales, en revanche elle est inférieure pour les cardiopathies ischémiques.

Pour l'ensemble des maladies cardio-vasculaires, la mortalité augmente de manière exponentielle avec l'âge : le taux pour 100 000 passe de moins de 10 chez les 25-34 ans à plus de 5 800 chez les 85 ans et plus (chez les hommes comme chez les femmes).

35% des en ALD concernent des maladies cardio-vasculaires entre 2001-2002

Entre 2000 et 2002, 2 770 admissions en affections de longue durée (ALD) ont été accordées annuellement pour maladies cardio-vasculaires chez des drômois. Elles représentent 35% de l'ensemble des ALD de la Drôme (7 928 cas). Ces admissions correspondent à cinq types d'affections : l'hypertension artérielle (30%), l'insuffisance cardiaque (24%), l'artériopathie (22%), la maladie coronaire (13%) et les accidents vasculaires cérébraux (11%). La répartition de ces ALD diffère avec le sexe.

60% des séjours hospitaliers pour maladies cardio-vasculaires des drômois en 2004 concernent des hommes

Selon les statistiques du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), les drômois ont effectué en 2004, suite à une affection cardio-vasculaire, 8 364 séjours hospitaliers dans un établissement de santé de court séjour en France, soit 12,8% de l'ensemble de leurs séjours dans ces établissements. Parmi ceux là, la majorité (65%) concernent des personnes âgées de 65 ans et plus, et 32% des personnes de 35-64 ans. 60% de séjours des drômois concernent des hommes. Ces séjours ont occasionné 67 095 journées d'hospitalisation.

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 groupes d'affections.

Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres moyens annuels de premiers avis favorables entre 2000 et 2002. Ces nombres dépendent de la morbidité, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis des médecins conseil. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

CONTEXTE NATIONAL

Selon l'estimation effectuée par le Réseau des Registres français des cancers (FRANCIM), le nombre annuel de nouveaux cas de cancers diagnostiqués en France est passé de 170 000 en 1980 à un peu moins de 280 000 en 2000. Cette hausse de l'incidence s'explique par l'accroissement et le vieillissement de la population, mais aussi par l'amélioration du diagnostic et du dépistage de certaines formes tumorales auparavant non repérées ou plus tardivement. Entre ces deux années, les taux d'incidence (standardisés sur la population européenne) passent de 391 à 504 pour 100 000 chez les hommes et de 236 à 309 chez les femmes. Ce sont essentiellement les cancers de la prostate chez l'homme et du sein chez la femme qui expliquent cette augmentation. Le nombre de cas de cancer a augmenté de 63 % alors que la mortalité n'a augmenté que de 21 %. La raison essentielle de cette divergence est le remplacement des cancers de pronostic médiocre par des cancers de bon à très bon pronostic. Les progrès thérapeutiques ne jouent qu'un rôle modeste dans cette évolution malgré des avancées réelles dans certaines localisations cancéreuses.

Les localisations cancéreuses les plus fréquentes et qui représentent à elles seules la moitié des cancers sont, chez l'homme, la prostate, le poumon et le colon-rectum, et chez la femme, le sein et le côlon-rectum.

En 2000, on a enregistré 150 000 décès par tumeurs dont 61% chez les hommes et 39% chez les femmes. Les taux comparatifs annuels de mortalité (pour 100 000) en 1998-2000 sont de 383 chez les hommes et de 172 chez les femmes. Les tumeurs sont la première cause de décès chez les hommes (32% des décès) et la deuxième chez les femmes avec (23%). Les trois principales causes de décès par tumeur chez l'homme sont le cancer du poumon (23 000 décès), le cancer de la prostate (10 000 décès) et les cancers colo-rectaux (8 500 décès). Chez la femme, ce sont le cancer du sein (12 500), les cancers colo-rectaux (8 000), et le cancer du poumon (4 500).

Les facteurs de risque des cancers sont multiples et interagissent souvent entre eux. Le tabac et l'alcool seraient responsables de plus de 30% des cancers. Depuis plusieurs années, des actions de prévention concernant ces deux produits sont menées au travers de campagnes d'information accompagnées de mesures réglementaires. Par ailleurs, des programmes de dépistage systématique des cancers du sein (généralisation) mais aussi du col de l'utérus et du côlon-rectum se développent. En 2003 le gouvernement a mis en place un plan de mobilisation nationale contre le cancer qui porte sur la prévention, le dépistage, la qualité des soins centrés autour du patient, l'accompagnement social, la formation et la recherche.

Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans le département si celui-ci avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1999, les deux sexes confondus).

Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre territoires différents.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

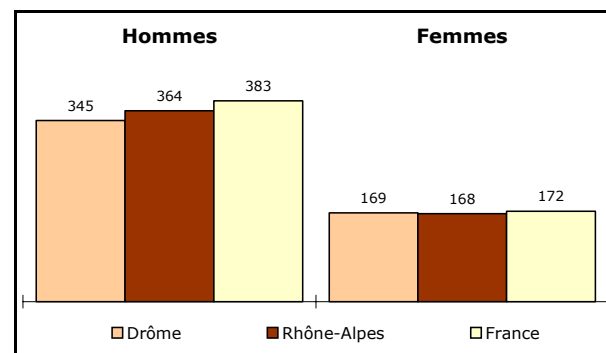
- Par rapport à la France, la mortalité par tumeur dans la Drôme entre 1998 et 2000 est inférieure chez les hommes et équivalente chez les femmes.
- Entre 1988-1990 et 1998-2000, la mortalité par tumeur a subi une baisse chez les hommes. Elle est restée stable chez les femmes.
- Les tumeurs représentent 1/4 des admissions en ALD dans la Drôme entre 2000 et 2002.
- Chez les drômois, près de la moitié des séjours hospitaliers pour tumeurs concernent des personnes âgées de 65 ans et plus en 2004

Une mortalité masculine inférieure à la moyenne française en 1998-2000

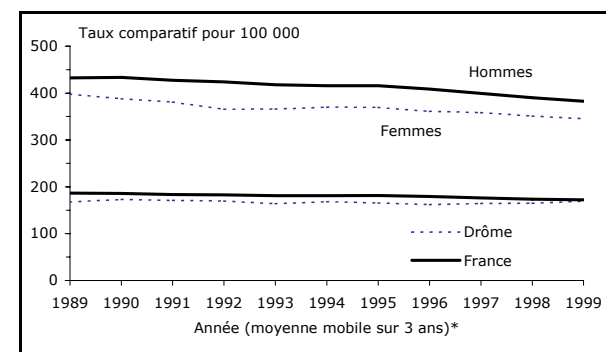
Entre 1998 et 2000, 1 052 drômois sont décédés annuellement par tumeurs. Ces données correspondent à un taux comparatif de 345 décès pour 100 000 hommes et 169 décès pour 100 000 femmes. Par rapport à la France, la mortalité par tumeurs dans la Drôme est inférieure chez les hommes et équivalente chez les femmes.

Dans la Drôme comme en France, le taux de mortalité par tumeurs, depuis 1988-1990, a subi une baisse chez les hommes (-13% chez les drômois). Chez les femmes, il a très peu changé au cours de cette période.

Taux comparatifs annuels de mortalité par tumeurs en 1998-2000 *



Evolution des taux comparatifs annuels de mortalité par tumeurs entre 1989 et 1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE Exploitation ORS
* Année centrale : 1989 est la moyenne de 1988, 1989 et 1990; 1990 est la moyenne de 1989, 1990 et 1991....

LES TUMEURS

Les principales localisations cancéreuses parmi les décès par tumeurs en 1998-2000

	Effectif annuel	%
HOMMES		
Trachée, bronches et poumon	151	23,3
Prostate	69	10,7
Côlon-rectum	61	9,5
Foie et voies biliaires	42	6,5
Pancréas	33	5,2
Autres	290	44,8
Toutes localisations	647	100,0
FEMMES		
Sein	86	19,1
Côlon-rectum	68	15,0
Trachée, bronches et poumon	29	6,4
Pancréas	29	6,3
Utérus (col, corps et s.p.)*	28	6,1
Autres	212	47,1
Toutes localisations	452	100,0

Sources : INSERM CépiDc, INSEE Exploitation ORS
 * s.p. (sans précision) : une part importante des enregistrements de décès par cancer de l'utérus ne précise pas la localisation (col ou corps).

Admissions en affections de longue durée pour tumeurs dans la Drôme en 2000-2002 (Nombre moyen annuel)

	Nbre	%
Hommes		
Prostate	277	27,0
Côlon-rectum	125	12,1
Trachée, bronches et poumon	121	11,8
Vessie	65	6,3
Lèvres, bouche et pharynx	53	5,1
Autres	386	37,6
Total	1 026	100,0
Femmes		
Sein	398	41,0
Côlon-rectum	108	11,1
Utérus	66	6,8
Peau	41	4,3
Ovaire et autres annexes de l'utérus	31	3,2
Autres	325	33,6
Total	970	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM Exploitation ORS

Les séjours hospitaliers des drômois selon l'âge en 2004 pour tumeurs, quel que soit le lieu d'hospitalisation en France

	Hommes		Femmes	
	Nbre	%	Nbre	%
< 15 ans	34	1,4	29	1,1
15-34 ans	91	3,6	140	5,3
35-64 ans	924	37,0	1 409	53,6
65 ans et +	1 450	58,0	1 050	40,0
Total	2 499	100,0	2 628	100,0

Source : PMSI 2004 Exploitation ORS

Les séjours de la Catégorie Majeure (CM) 24 c'est-à-dire séances, décès immédiat, transfert immédiat, affections traitées dans la journée, ceux de la CM 90 (erreurs et séjours inclassables) c'est-à-dire les séjours ne pouvant être classés dans aucun Groupe Homogène de Malades (GHM) et ceux comportant un code géographique de résidence du patient erroné n'ont pas été pris en compte.

Cinq localisations cancéreuses représentent plus de la moitié des décès par tumeur

Les cinq localisations cancéreuses les plus fréquentes représentent plus de la moitié des décès par tumeur chez les hommes comme chez les femmes.

Chez les hommes, les cancers entraînant le plus de décès sont ceux du poumon (près d'un quart de la mortalité par tumeur). Suivent le cancer de la prostate et celui du côlon-rectum qui représentent respectivement 11% et 9% du total des décès par tumeur. On peut noter également le poids cumulé relativement important des cancers des voies aéro-digestives supérieures (lèvres-oropharynx, oesophage, larynx) : ils représentent 9% des décès par tumeur.

Chez les femmes, le cancer du sein est la première cause de décès par tumeur (avec près d'un décès sur cinq), suivi par le côlon-rectum (15%). Le cancer du poumon qui est la troisième cause de décès a un poids beaucoup moins important que chez les hommes (6%). Les tumeurs gynécologiques (utérus, ovaires et autres annexes de l'utérus) représentent au total 12% des décès par tumeur.

Entre 2000 et 2002, 1/4 des admissions en ALD concernent des tumeurs

Entre 2000 et 2002, 1 996 admissions en affections de longue durée (ALD) ont été accordées pour tumeurs chez des drômois. Elles représentent 1/4 de l'ensemble des ALD du département (7 928 cas). Les localisations cancéreuses les plus fréquentes chez les hommes sont : la prostate (27%), le côlon-rectum (12%), le poumon (12%). Chez les femmes, le sein est largement majoritaire (41%), suivi du côlon-rectum (11%).

Près de la moitié des séjours hospitaliers pour tumeurs des drômois concernent des personnes de 65 ans et plus en 2004

Selon les statistiques du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), les drômois ont effectué en 2004, suite à une tumeur, 5 127 séjours hospitaliers dans un établissement de santé de court séjour en France, soit 7,8% de l'ensemble de leurs séjours dans ces établissements. Parmi ceux là, 49% concernent des personnes âgées de 65 ans et plus (58% chez les hommes et 40% chez les femmes). Ces séjours ont engendré 50 000 journées d'hospitalisation.

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 groupes d'affections. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres moyens annuels de premiers avis favorables entre 2000 et 2002. Ces nombres dépendent de la morbidité, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis des médecins conseil. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

CONTEXTE NATIONAL

La France est un pays à risque élevé de cancer colo-rectal avec un taux d'incidence voisin de ceux des autres pays d'Europe Occidentale. Alors que l'incidence a augmenté entre 1980 et 2000, la mortalité est en baisse : +29% et +31% pour les taux d'incidence masculine et féminine contre -6% et -9% pour les taux de mortalité masculine et féminine (taux standardisés sur la population européenne). Cette évolution dissociée semble liée à un diagnostic plus précoce associé à une amélioration du traitement : baisse de la mortalité opératoire et hausse de l'opérabilité.

Le nombre de nouveaux cas annuels de cancers du colon et du rectum estimés par le Réseau Français des Registres du Cancer (FRANCIM) pour l'année 2000 est de 19 431 hommes et de 16 826 femmes. Le taux d'incidence standardisé sur la population européenne est estimé à 59 pour 100 000 hommes et à 37 pour 100 000 femmes. Ces cancers se situent par leur fréquence au 3^{ème} rang chez les hommes après les cancers de la prostate et du poumon et au 2^{ème} rang chez les femmes après le cancer du sein.

Avec 15 973 décès en 2000, les cancers du colon-rectum se situent au 2^{ème} rang des décès par cancer tous sexes confondus. Le taux de mortalité pour 100 000 en 1998-2000, standardisé sur la population française, est de 40 chez les hommes et de 23 chez les femmes.

Ce cancer est rare avant 50 ans et l'âge médian lors du diagnostic est de 72 ans en 2000. A partir de 55 ans l'incidence et la mortalité augmentent régulièrement pour atteindre leur maximum pour les plus de 85 ans.

Ce cancer a été l'objet de nombreuses études pour repérer les facteurs de risque. Les principaux facteurs de risque sont les lésions précancéreuses (adénomes) : on estime que les trois quarts des cancers colo-rectaux résultent de la transformation maligne d'un adénome. On observe également une augmentation du risque de cancer en rapport avec les formes étendues de colites ulcéreuses (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn). Des facteurs génétiques sont probablement impliqués avec des facteurs environnementaux et le rôle de l'alimentation est reconnu. Certains aliments peuvent favoriser la survenue de ces cancers (graisse animale, viande, alcool) alors que d'autres ont un rôle protecteur (légumes, fruits).

La prévention repose sur la mise en évidence au niveau du colon et du rectum de polypes adénomateux et de cancer à un stade précoce. Des programmes de dépistage de masse se développent en France avec la réalisation d'un test de recherche de saignement occulte dans les selles (Hémocult®). Le plan cancer élaboré en 2003 par le gouvernement prévoit de poursuivre et d'évaluer les expérimentations de dépistage dans vingt départements afin de définir d'ici 4 ans une stratégie nationale.

Définition : Taux comparatif de mortalité (voir page 2)

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

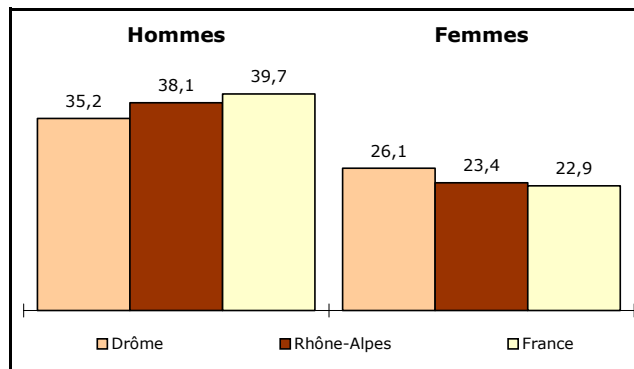
- La mortalité par cancer du côlon-rectum dans la Drôme en 1998-2000 est équivalente à celle de la France.
- Entre 1989-1991 et 1998-2000, la mortalité par cancer du côlon-rectum a subi une baisse sensible chez les hommes. Elle est fluctuante chez les femmes.
- Le cancer du côlon-rectum représentent 3% des admissions en ALD dans la Drôme entre 2000 et 2002.
- Chez les drômois, près de 70% des séjours hospitaliers pour cancer du côlon-rectum concernent des personnes âgées de 65 ans et plus en 2004

Une mortalité masculine en baisse depuis 1998-1999

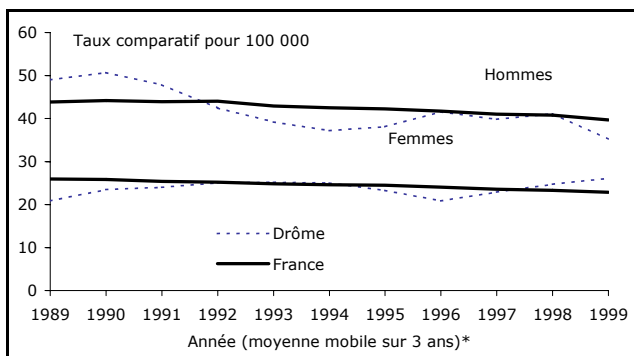
Entre 1998 et 2000, 129 drômois sont décédés chaque année par cancer du côlon-rectum. Ces données correspondent à un taux comparatif de 35 décès pour 100 000 hommes et 26 décès pour 100 000 femmes. La mortalité des hommes est plus élevée que celle des femmes. Par rapport à la France, la mortalité par tumeurs dans la Drôme est statistiquement équivalente aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Dans le département de la Drôme, entre 1988-1990 et 1998-2000, la mortalité par cancer du côlon-rectum a subi une baisse sensible chez les hommes. Chez les femmes, la mortalité a fluctué au cours de cette période. La mortalité des hommes est 35% supérieure à celle des femmes.

Taux comparatifs annuels de mortalité par cancer du côlon-rectum en 1998-2000 *



Evolution des taux comparatifs annuels de mortalité par cancer du côlon-rectum entre 1989 et 1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE Exploitation ORS
* Année centrale : 1989 est la moyennes de 1988, 1989 et 1990; 1990 est la moyenne de 1989, 1990 et 1991....

LE CANCER DU COLON-RECTUM

Mortalité par cancer du côlon-rectum selon l'âge en 1998-2000
(Effectif annuel et taux annuel pour 100 000)

	Nombre		Taux brut	
	Drôme	Drôme	France	
HOMMES				
< 25 ans	0	0,0	0,0	
25-54 ans	2	2,2	5,0	
55-64 ans	8	39,2	41,8	
65-74 ans	21	111,7	115,6	
75-84 ans	20	210,5	238,3	
85 ans et +	11	385,2	433,2	
Total	61	28,7	30,0	
FEMMES				
< 25 ans	0	0,0	0,0	
25-54 ans	5	5,4	3,9	
55-64 ans	7	33,0	25,1	
65-74 ans	13	60,2	58,6	
75-84 ans	19	141,8	129,6	
85 ans et +	23	325,8	281,0	
Total	68	30,4	25,6	

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Exploitation ORS

Admissions en affections de longue durée pour cancer du côlon-rectum dans la Drôme en 2000-2002
(Nombre moyen annuel)

	Hommes		Femmes	
	Nbre	%	Nbre	%
15-34 ans	1	0,5	1	0,9
35-54 ans	15	12,0	16	15,1
55-64 ans	29	23,5	21	19,1
65-74 ans	43	34,5	28	25,6
75 ans et +	37	29,4	42	39,2
Total	125	100,0	108	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Exploitation ORS

Les séjours hospitaliers des drômois selon l'âge en 2004 pour cancer du côlon-rectum, quel que soit le lieu d'hospitalisation en France

	Hommes		Femmes	
	Nbre	%	Nbre	%
< 35 ans	5	2,0	3	1,1
35-64 ans	78	30,7	46	24,9
65 ans et +	171	67,3	136	73,5
Total	254	100,0	185	100,0

Source : PMSI 2004

Exploitation ORS

Les séjours de la Catégorie Majeure (CM) 24 c'est-à-dire séances, décès immédiat, transfert immédiat, affections traitées dans la journée, ceux de la CM 90 (erreurs et séjours inclassables) c'est-à-dire les séjours ne pouvant être classés dans aucun Groupe Homogène de Malades (GHM) et ceux comportant un code géographique de résidence du patient erroné n'ont pas été pris en compte.

Une cause de mortalité fortement liée à l'âge

Entre 1998 et 2000, les cancers du côlon et du rectum sont à l'origine de 3% de l'ensemble des décès, et de 12% des décès par tumeurs dans la Drôme. Il s'agit de la deuxième grande cause de mortalité par tumeurs après les cancers broncho-pulmonaires (hommes et femmes confondus).

Les taux de mortalité sont fortement croissants avec l'âge. La moitié des décès surviennent après 75 ans chez les hommes, et 62% chez les femmes. Par rapport à la France, les taux masculins dans la Drôme sont inférieurs, à l'inverse des taux féminins qui sont supérieurs.

233 drômois admis en affection de longue durée par an pour cancer du côlon-rectum

Entre 2000 et 2002, 233 admissions en affections de longue durée (ALD) ont été accordées pour cancer du côlon-rectum chez des drômois. Elles représentent un peu moins de 3% de l'ensemble des ALD du département (7 928 cas) et 11% des ALD pour tumeurs (1 996 cas).

Le nombre d'admissions en ALD croît avec l'âge et 36% d'entre elles concernent des personnes de 75 ans et plus (31% chez les hommes et 41% chez les femmes).

70% des séjours hospitaliers des drômois pour cancer du côlon-rectum concernent des personnes de 65 ans et plus en 2004

Selon les statistiques du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), les drômois ont effectué en 2004, suite à un cancer du côlon-rectum, 439 séjours hospitaliers dans un établissement de santé de court séjour en France. Parmi ceux là, près de 70% concernent des personnes âgées de 65 ans et plus (67% chez les hommes et 74% chez les femmes).

Ces séjours ont engendré 6 876 journées d'hospitalisation.

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 groupes d'affections.

Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres moyens annuels de premiers avis favorables entre 2000 et 2002. Ces nombres dépendent de la morbidité, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis des médecins conseil. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans le département si celui-ci avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1999, les deux sexes confondus).

Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, deux sexes et entre des territoires différents.

CONTEXTE NATIONAL

Les cancers de l'utérus regroupent deux localisations principales, le col et le corps qui sont deux maladies distinctes en termes d'histoire naturelle, d'âge de survenue, de facteurs de risque et de pronostic.

Les principaux facteurs de risque identifiés du cancer du corps de l'utérus sont la surcharge pondérale et les déséquilibres hormonaux (œstrogènes non associés à des progestatifs comme traitement substitutif de la ménopause). Il touche les femmes à partir de 40 ans, essentiellement au delà de 60 ans. Pour le cancer du col de l'utérus, il est largement montré qu'il est lié à une maladie sexuellement transmissible et que le papillomavirus (HPV) en est le principal facteur étiologique. Il concerne essentiellement les femmes de 20 à 50 ans.

Le réseau français des registres du cancer (Francim) estime à 8 400, le nombre de nouveaux cas de cancers de l'utérus pour l'année 2000, ce qui en fait la troisième localisation cancéreuse chez les femmes après le sein et le colon. Le taux d'incidence (standardisée sur la population européenne) a baissé entre 1980 et 2000 pour le cancer du col, passant de 18,3 à 10,1 pour 100 000 femmes (3 400 cas en 2000); il est stable pour le corps et se situe à 13,2 en 2000 (5 000 cas).

Les statistiques de mortalité ne permettent pas de distinguer les deux localisations en raison d'une proportion importante de localisations utérines non précisées. Avec environ 2 800 décès en 2000, les cancers de l'utérus constituent la sixième cause de décès par cancers chez la femme. Le taux de mortalité (standardisé sur la population française au recensement de 1990) diminue depuis vingt ans, passant de 12,6 à 8,2 décès pour 100 000 femmes. Les données des registres montrent que cette baisse du taux de mortalité concerne essentiellement le cancer du col, celui du corps représentant désormais la majorité des décès.

En, 2000, le cancer de l'utérus a représenté près de 16 000 séjours dans les établissements hospitaliers de court séjour, et environ 7 600 admissions en affection de longue durée auprès des trois principaux régimes d'assurance maladie.

Actuellement, seul le cancer du col permet un dépistage systématique. Les recommandations de l'ANAES de 1995 préconisent un dépistage par frottis du cancer du col tous les trois ans, après deux frottis normaux à un an d'intervalle, chez les femmes de 20 à 65 ans. Le dépistage individuel reposant sur le frottis cervico-vaginal s'est largement développé en France avec 5,5 millions de frottis remboursés par l'assurance maladie en 2000. La fréquence de réalisation du dépistage varie cependant beaucoup d'une population à l'autre avec notamment un déficit de suivi chez les femmes de plus de 45 ans et les femmes en situation de précarité. Le développement du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus, par l'élargissement de l'offre et par l'information, est inscrit dans le plan plan cancer lancé en 2003 par le ministère de la Santé avec un objectif de 80% de couverture. Actuellement, le taux moyen de participation des femmes de 25 à 69 ans serait de 25%.

Définition : Taux comparatif de mortalité (voir page 2)

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

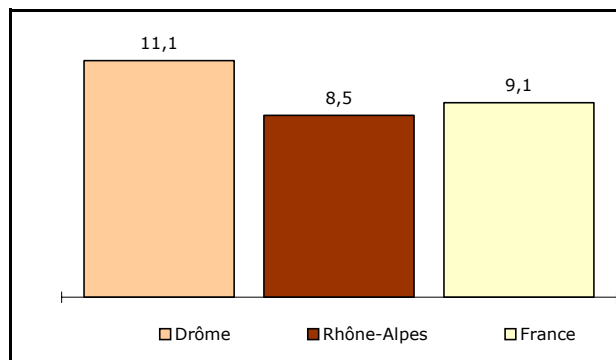
- La mortalité par cancer de l'utérus dans la Drôme en 1998-2000 est équivalente à celle de la France, mais supérieure à celle de Rhône-Alpes.
- Entre 1989-1991 et 1998-2000, la mortalité par cancer de l'utérus a subi une hausse sensible dans la Drôme.
- Le cancer de l'utérus représente 2,2% des admissions en ALD dans la Drôme entre 2000 et 2002.
- Chez les drômoises, 50% des séjours hospitaliers pour cancer de l'utérus concernent des personnes âgées de 65 ans et plus en 2004

Une mortalité par cancer de l'utérus en hausse à partir de 1994-1996

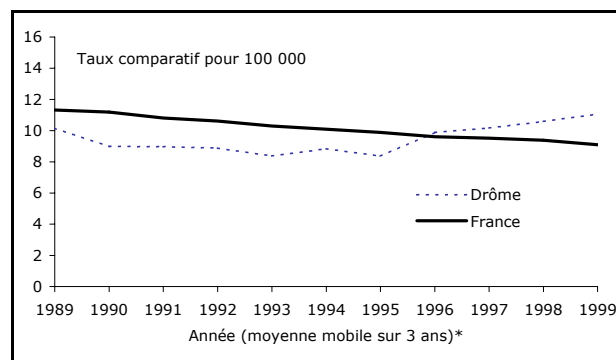
Entre 1998 et 2000, le cancer de l'utérus a entraîné 28 décès annuellement chez les drômoises. Ce nombre correspond à un taux comparatif de 11 décès pour 100 000 femmes. Le taux dans la Drôme ne diffère pas significativement de celui observé en France, par contre il est supérieur au taux régional.

Dans le département de la Drôme, sur la période 1988-1990 et 1998-2000, la mortalité par cancer de l'utérus a subi une hausse sensible à partir de 94-96, après une stabilité relative du taux. Dans le même temps, la tendance est à la baisse au niveau national.

Taux comparatifs annuels de mortalité par cancer de l'utérus en 1998-2000 *



Evolution des taux comparatifs annuels de mortalité par cancer de l'utérus entre 1989 et 1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE Exploitation ORS
* Année centrale : 1989 est la moyenne de 1988, 1989 et 1990; 1990 est la moyenne de 1989, 1990 et 1991....

LE CANCER DE L'UTERUS

Mortalité par cancer de l'utérus selon l'âge (Effectif annuel et taux annuel pour 100 000)

	1998-2000	Evolution du taux brut			
		1988-1990		1998-2000	
	Nombre Drôme	Taux Drôme France		Taux Drôme France	
< 25 ans	0	0,0	0,0	0,0	0,0
25-54 ans	6	4,5	4,3	6,5	4,0
55-64 ans	3	15,9	18,1	13,5	13,8
65-74 ans	6	29,6	33,1	25,6	25,9
75-84 ans	7	43,2	50,7	53,8	42,5
85 ans et +	6	70,3	79,3	80,3	62,5
Total	28	10,3	11,1	12,4	9,8

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Exploitation ORS

Admissions en affections de longue durée pour cancer de l'utérus dans la Drôme en 2000-2002 (Nombre moyen annuel)

	Femmes	
	Nombre	%
15-34 ans	2	3,0
35-54 ans	16	23,6
55-64 ans	15	22,6
65-74 ans	18	27,6
75 ans et +	15	23,1
Total	66	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Exploitation ORS

Données manquantes pour la CANAM (2002), Estimation ORS

Les séjours hospitaliers des drômois selon l'âge en 2004 pour cancer de l'utérus, quel que soit le lieu d'hospitalisation en France

	Cancer du col Nbre	Cancer du corps Nbre	Non précisé Nbre	Total	
				Nbre	%
< 15 ans	0	0	0	0	0,0
15-34 ans	0	0	0	0	0,0
35-64 ans	17	17	2	36	48,6
65 ans et +	6	32	0	38	51,4
Total	23	49	2	74	100,0

Source : PMSI 2004

Exploitation ORS

Les séjours de la Catégorie Majeure (CM) 24 c'est-à-dire séances, décès immédiat, transfert immédiat, affections traitées dans la journée, ceux de la CM 90 (erreurs et séjours inclassables) c'est-à-dire les séjours ne pouvant être classés dans aucun Groupe Homogène de Malades (GHM) et ceux comportant un code géographique de résidence du patient erroné n'ont pas été pris en compte.

Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans le département si celui-ci avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1999, les deux sexes confondus).

Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre territoires différents.

Deux tiers des décès par cancers de l'utérus surviennent à 65 ans et plus

Entre 1998 et 2000, chez les drômoises, les cancers de l'utérus sont à l'origine de 1,6% de l'ensemble des décès, et de 6% des décès par tumeurs. Il s'agit de la cinquième cause féminine de mortalité par tumeurs après les cancers du sein, du côlon-rectum, du poumon et du pancréas. Au niveau national et régional, le cancer de l'utérus est au sixième rang après les tumeurs de l'ovaire. En dix ans, la mortalité a globalement augmenté. Par rapport à l'âge, elle a augmenté chez les drômoises de 75 ans et plus. Par contre, aux âges inférieurs elle a baissé.

Les taux de mortalité sont fortement croissants avec l'âge. Très peu de décès surviennent avant 55 ans. Plus des deux tiers surviennent après 65 ans. Par rapport à la France, les taux dans la Drôme sont supérieurs à ceux de la France à 75 ans et au delà.

66 drômoises admises en affection de longue durée par an pour cancer de l'utérus

Entre 2000 et 2002, 66 admissions en affection de longue durée (ALD) ont été accordées pour cancer de l'utérus chez des drômoises. Elles représentent 2,2% de l'ensemble des ALD du département et 8,2% des ALD pour tumeurs.

Les admissions en ALD sont rares avant 35 ans. A partir de cet âge, le nombre d'admissions n'est pas lié de manière sensible à l'âge.

Plus de 50% des séjours hospitaliers des drômoises pour cancer de l'utérus concernent les 65 ans et plus en 2004

Selon les statistiques du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), les drômoises ont effectué, en 2004, 74 séjours hospitaliers dans un établissement de santé de court séjour en France suite à un cancer de l'utérus. Parmi ces séjours, 51% concernent des personnes âgées de 65 ans et plus. Aucun séjour ne concerne une personne de moins de 35 ans. Pour 66% des séjours de drômoises pour cancer de l'utérus, il s'agit d'un cancer du corps de l'utérus.

Ces séjours ont engendré 765 journées d'hospitalisation.

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 groupes d'affections.

Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres moyens annuels de premiers avis favorables entre 2000 et 2002. Ces nombres dépendent de la morbidité, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis des médecins conseil. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

CONTEXTE NATIONAL

En France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent. Il est également au premier rang en ce qui concerne le nombre de décès féminins annuels par cancer et au troisième rang pour le nombre de décès tous sexes confondus, après les cancers du poumon et du colon-rectum. 99% des décès par cancers du sein concernent des femmes.

Selon le Réseau français des Registres des cancers (FRANCIM), le nombre de nouveaux cas annuels de cancer du sein est passé de 21 200 à 41 800 entre 1980 et 2000 et le taux d'incidence (standardisée sur la population européenne), de 74,5 à 120,4 pour 100 000 femmes. Cette augmentation d'incidence s'observe dans l'ensemble des pays occidentaux du fait d'un diagnostic plus précoce et de l'élévation du risque chez les jeunes générations.

Depuis 1950 la mortalité féminine par cancer du sein a régulièrement augmenté en France mais elle reste plutôt stable depuis les années 80. Ainsi le taux de mortalité standardisé pour 100 000 femmes était de 26,7 en 1980 et de 28,3 en 2000. Le cancer du sein reste responsable de 11 637 décès pour l'année 2000.

En 2000, le cancer du sein a représenté près de 62 000 séjours dans les établissements hospitaliers de court séjour, et plus de 46 000 admissions en affection de longue durée auprès des trois principaux régimes d'assurance maladie.

Si l'étiologie du cancer du sein demeure inconnue, plusieurs facteurs de risque ont été mis en évidence. Le sexe féminin et l'âge mais également le risque génétique (antécédents familiaux de cancers du sein et d'autres cancers tels que celui du colon et de l'utérus) qui est de plus en plus souligné avec l'existence de gènes de prédisposition. Les facteurs liés à la vie reproductive sont bien établis (précocité des premières règles, premier accouchement tardif, petit nombre d'enfants, ménopause tardive) tout comme les antécédents personnels d'hyperplasie atypique. Certains facteurs sont liés au mode de vie et l'incidence en zone urbaine est partout plus élevée qu'en zone rurale.

La prévention primaire n'est actuellement pas possible.

Le dépistage par mammographie peut par contre modifier complètement le pronostic de la maladie. La réalisation parmi la population générale féminine d'une mammographie tous les deux ans dans la tranche d'âge 50-74 ans est recommandée par l'ANAES. Depuis le début des années 90 un programme national de dépistage s'est développé en France et le plan cancer élaboré par le gouvernement en 2003 prévoyait sa généralisation. Depuis le 1^{er} janvier 2004, le dépistage organisé du cancer du sein est mis en place sur l'ensemble du territoire (dont le département de la Drôme).

L'accès plus facile aux tests de prédisposition génétique des cancers du sein est aussi prévu.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

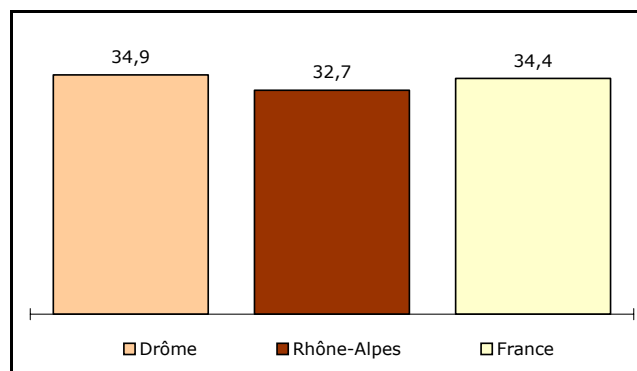
- Entre 1988-1990 et 1998-2000, la mortalité par cancer du sein s'est accrue avec quelques fluctuations au cours de cette période.
- La mortalité par cancer du sein dans la Drôme en 1998-2000 est désormais équivalente à celle de la France.
- Le cancer du sein représente 10% des admissions en affection de longue durée (ALD) dans la Drôme entre 2000 et 2002 et 41% des ALD pour tumeurs.
- Chez les drômoises, 61% des séjours hospitaliers pour cancer du sein concernent des personnes âgées de 35 à 64 ans en 2004

Une mortalité par cancer du sein en hausse entre 1989-1991 et 1998-2000

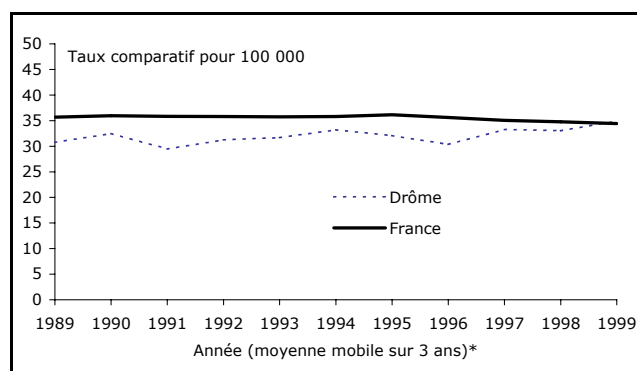
Entre 1998 et 2000, 86 femmes sont décédées chaque année dans la Drôme par cancer du sein. Ce nombre correspond à un taux comparatif de 35 décès pour 100 000 femmes. Ce taux ne diffère pas significativement de ceux observés en France et en Rhône-Alpes.

Dans la Drôme, entre 1988-1990 et 1998-2000, la mortalité par cancer du sein tend à augmenter avec quelques fluctuations. Au cours de cette période, l'écart entre le taux national et le taux de la Drôme s'est réduit, le taux national étant relativement stable.

Taux comparatifs annuels de mortalité par cancer du sein en 1998-2000 *



Evolution des taux comparatifs annuels de mortalité par cancer du sein entre 1989 et 1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE
Exploitation ORS
* Année centrale : 1989 est la moyenne de 1988, 1989 et 1990; 1990 est la moyenne de 1989, 1990 et 1991...

Définition : Taux comparatif de mortalité (voir page 2)

LE CANCER DU SEIN

Mortalité par cancer du sein selon l'âge en 1998-2000 (Effectif annuel et taux annuel pour 100 000)

	Femmes		
	Nombre Drôme	Taux Drôme	Taux France
< 25 ans	0	0,0	0,0
25-54 ans	14	15,2	18,8
55-64 ans	18	82,6	67,3
65-74 ans	21	94,9	89,3
75-84 ans	20	144,2	129,3
85 ans et +	13	188,9	210,6
Total	86	38,6	36,5

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Exploitation ORS

Admissions en affections de longue durée pour cancer du sein dans la Drôme en 2000-2002 (Nombre moyen annuel)

	Femmes	
	Nombre	%
15-34 ans	6	1,5
35-54 ans	129	32,5
55-64 ans	97	24,4
65-74 ans	93	23,3
75 ans et +	73	18,3
Total	398	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Exploitation ORS

Les séjours hospitaliers des drômoises selon l'âge en 2004 pour cancer du sein, quel que soit le lieu d'hospitalisation en France

	Femmes	
	Nombre	%
< 15 ans	0	0,0
15-34 ans	14	2,8
35-64 ans	309	60,9
65 ans et +	184	36,3
Total	507	100,0

Source : PMSI 2004

Exploitation ORS

Les séjours de la Catégorie Majeure (CM) 24 c'est-à-dire séances, décès immédiat, transfert immédiat, affections traitées dans la journée, ceux de la CM 90 (erreurs et séjours inclassables) c'est-à-dire les séjours ne pouvant être classés dans aucun Groupe Homogène de Malades (GHM) et ceux comportant un code géographique de résidence du patient erroné n'ont pas été pris en compte.

Une cause de mortalité fortement liée à l'âge

Entre 1998 et 2000, les cancers du sein dans la Drôme sont à l'origine de 5% de l'ensemble des décès chez les femmes, et de 20% des décès féminins par tumeurs. Il s'agit de la première cause de mortalité par tumeurs chez les femmes. Plus de la moitié des décès surviennent après 65 ans et les taux de mortalité sont fortement croissants avec l'âge : de 15 décès pour 100 000 chez les 25-54 ans dans la Drôme, le taux passe à 189 décès pour 100 000 femmes de 85 ans et plus.

398 drômoises admises en affection de longue durée par an pour cancer du sein

Entre 2000 et 2002, 398 admissions en affection de longue durée (ALD) ont été accordées pour cancer du sein chez des drômoises. Elles représentent chez les femmes 10% de l'ensemble des admissions en ALD du département et 41% des admissions en ALD pour tumeurs.

Les admissions en ALD pour cancer du sein sont très rares avant 35 ans. La majorité des admissions (57%) sont dans les tranches d'âge intermédiaires (35-64 ans) et moins d'une admission sur cinq est accordée pour une personne de 75 ans et plus.

En 2004, 61% des séjours hospitaliers des drômoises pour cancer du sein concernent des personnes de 35-64 ans

Selon les statistiques du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), les drômoises ont effectué en 2004, suite à un cancer du sein, 507 séjours hospitaliers dans un établissement de santé en France. Parmi ceux là, plus de 61% concernent des personnes âgées de 35-64 ans et 36% des personnes de 65 ans et plus.

Ces séjours ont engendré 3 049 journées d'hospitalisation.

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 groupes d'affections.

Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres moyens annuels de premiers avis favorables entre 2000 et 2002. Ces nombres dépendent de la morbidité, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis des médecins conseil. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans le département si celui-ci avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française estimée au recensement de 1999, les deux sexes confondus).

Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre territoires différents.

CONTEXTE NATIONAL

En France (métropole et outre-mer), en 2003 selon l'Institut de Veille Sanitaire, 1 323 nouveaux cas de SIDA ont été notifiés portant le nombre de personnes atteintes de SIDA depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 mars 2004* à 58 411 dont 25 000 sont encore vivantes (sans tenir compte de la sous déclaration des cas et des décès).

Parmi les pays de la région Europe, en nombre de cas diagnostiqués selon les données de l'OMS de l'année 1999, la France est précédée par l'Espagne et suivie de l'Italie. En rapportant à la population, l'Espagne est largement en tête (1426 cas par million d'habitants), suivie par la Suisse (923), la France (845) et l'Italie (796). En terme de taux d'incidence le Portugal (88,3 cas par million d'habitants) rejoint l'Espagne (71,1) devant l'Italie (36,0) et la France (24,9).

Depuis l'apparition de la maladie, plus du tiers des personnes ayant développé un sida sont des hommes âgés de 30 à 39 ans (35%). Sur l'ensemble des cas cumulés, 42% des malades ont été contaminés lors de rapports homosexuels, 22% lors d'un usage de drogue par voie intraveineuse et 23% lors de rapports hétérosexuels. La part des malades contaminés lors de relations hétérosexuelles n'a cessé d'augmenter entraînant une féminisation des nouveaux cas.

L'information épidémiologique sur la séropositivité devrait s'améliorer en France. Pour suivre la dynamique de l'épidémie, la France dispose depuis 2003 d'un système de surveillance plus efficient basé sur la déclaration des nouveaux tests positifs par les laboratoires de biologie médicale et par les médecins prescripteurs.

La sous déclaration du VIH, calculée par rapport aux données de dépistage est de 35% ce qui permet d'estimer à 6 000 le nombre de nouveaux diagnostics VIH en 2003.

En 2003, les rapports hétérosexuels représentent le principal mode de contamination parmi les cas de sida (58%) et les nouveaux diagnostics d'infection à VIH (64%).

La diminution des cas de sida chez les usagers de drogues qui se poursuit depuis 1996 et la faible proportion des nouveaux diagnostics d'infection à VIH en 2003 confirment que la politique de réduction des risques a eu un impact positif sur la transmission du VIH. Cependant, la transmission du virus responsable de l'hépatite C (VHC) se poursuit dans cette population, il faut donc rester très vigilant d'autant que la baisse des ventes de seringues, possible indicateur de comportement de partage de seringue, est observée depuis 1999 en France. A noter que les modes de transmission du VIH et du VHC sont identiques. Une vaste enquête, appelée « Coquelicot », sera conduite en 2004 par l'InVS dans 6 villes afin d'étudier les comportements à risque des usagers de drogues vis à vis du VIH et du VHC.

Par ailleurs, les évolutions thérapeutiques et l'application des trithérapies antirétrovirales ont bouleversé le pronostic de la maladie en permettant dans la majorité des cas un contrôle de l'infection. Ce changement est probablement à l'origine d'un relâchement de la vigilance face à la prise de risque, notamment sexuelle, constatée depuis quelques années.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- Les drômois sont relativement moins touchés par l'épidémie de Sida : 397 cas par million d'habitants au 30 juin 2003 depuis l'apparition de la maladie contre 560 en Rhône-Alpes et 980 en France.
- 217 drômois étaient suivis pour une infection VIH en 2002 (cas déclarés et séropositifs compris) dont 16% dans un établissement hors du département.
- Le nombre de décès par Sida est en baisse : 13 décès annuels de drômois sur la période 1991-1996 contre 3 sur la période 1997-2000.

173 drômois atteints de sida depuis l'apparition de la maladie

Au 30 juin 2003, 173 drômois ont été atteints par le sida depuis le début de l'épidémie. Ce nombre correspond à un taux de 397 cas de sida pour un million d'habitants, taux inférieur aux moyennes régionale (560) et nationale (980). A l'intérieur de la région, la Drôme occupe avec la Savoie une position intermédiaire (5^{ème} taux le plus élevé), alors que deux départements se démarquent par un taux relativement fort (Haute-Savoie et Rhône).

Rappelons qu'il s'agit du nombre de cas cumulés depuis le début de l'épidémie (que ces personnes soient vivantes ou décédées) rapporté à la population moyenne de la période considérée (1986-1998).

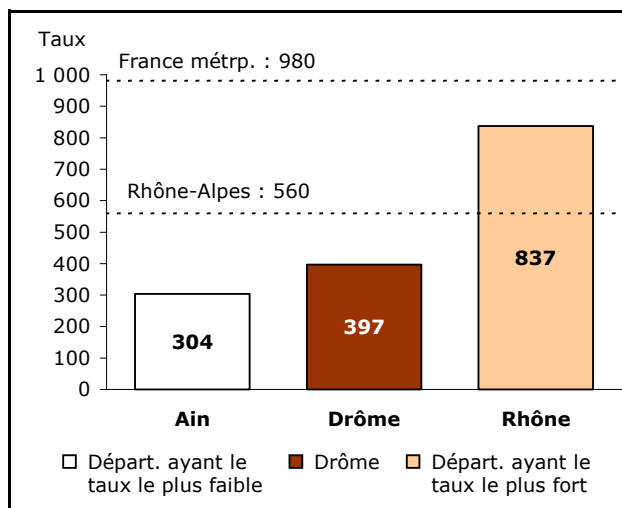
Cas cumulés de Sida par départements diagnostiqués jusqu'au 30 juin 2003

Ain	Ardèche	Drôme	Isère
155	89	173	478

Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie
264	1 316	167	502

Rhône-Alpes : 3 144 - France : 57 224

Cas cumulés de Sida en Rhône-Alpes diagnostiqués jusqu'au 30 juin 2003 (taux par million d'habitants)

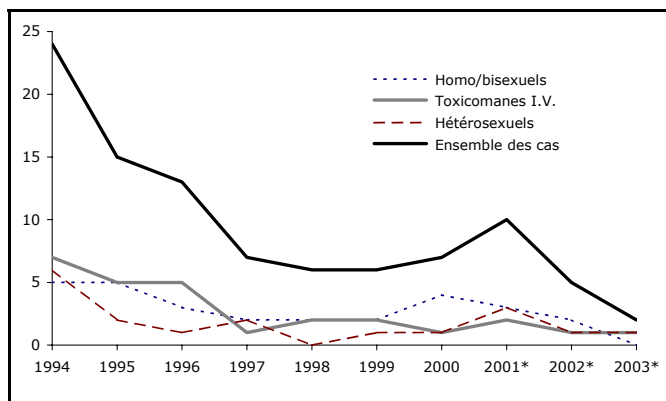


Sources : DRASS, ARH, INSEE

Exploitation ORS

LE SIDA

Nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués chaque année dans la Drôme entre 1995 et 2002



Sources : DRASS, ARH Exploitation ORS
* Données provisoires non redressées

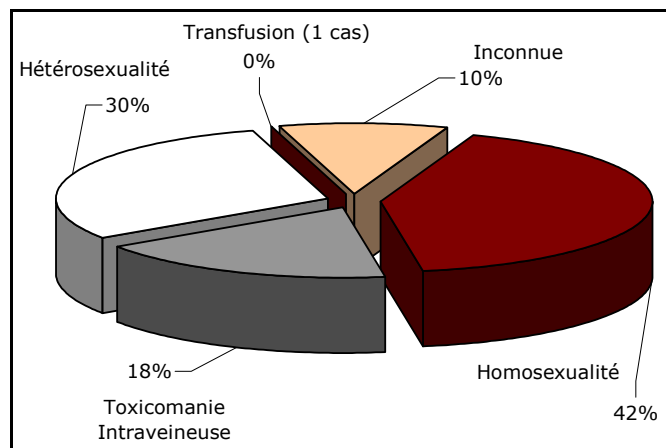
Baisse des nouveaux cas diagnostiqués depuis 1994

Selon les données fournies par les fiches de Déclarations Obligatoires de cas de Sida saisies par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), le nombre de nouveaux cas domiciliés dans la Drôme a subi une baisse sur la période 1994-1998, puis se stabilise autour de 6 cas annuels entre 1998 et 2000 (au delà, les données restent provisoires, voir encadré). Sur la période avant 1994, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année avait une tendance à la hausse. Le nombre maximal a été atteint pendant l'année 1994 (23 nouveaux cas). La baisse du nombre de cas est à mettre sur le compte des nouvelles associations d'anti-rétroviraux proposées avant l'apparition de la maladie.

Les relations homosexuelles et bisexuelles (29%), la toxicomanie intraveineuse (28%) et les relations hétérosexuelles (20%) sont les modes de contamination les plus fréquents parmi les nouveaux cas diagnostiqués.

A noter l'activité des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) qui, en 2004, ont effectué 1 057 tests VIH avec aucun cas positif et 534 tests VHC avec 1 cas positif.

Patients suivis en 2002 domiciliés dans le département de la Drôme répartis selon le mode de contamination



Sources : DRASS, ARH

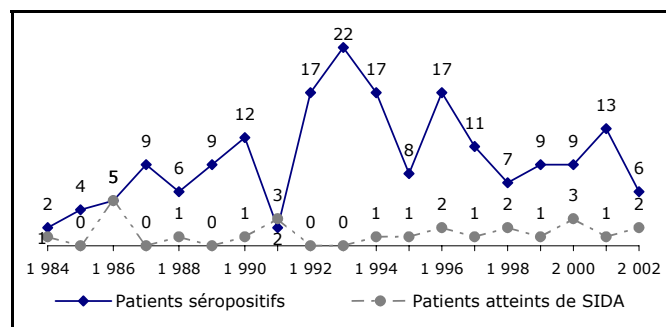
217 drômois suivis pour infection à VIH dans un établissement hospitalier en 2002

Le nombre de personnes suivies pour le VIH en 2002, domiciliées dans la Drôme, est de 217 (cas déclarés de SIDA et séropositifs) : 16% d'entre elles sont suivies dans un établissement hospitalier d'un autre département. Cette file active est en hausse de 56% depuis 1996 (139 patients).

Le **mode de contamination** le plus important est constitué par les relations homosexuelles (42%), suivies par les relations hétérosexuelles (30%) et la toxicomanie intraveineuse (18%). Pour 10% des cas, le mode de contamination n'est pas connu.

La répartition par **stade de la maladie** fait apparaître, parmi les nouveaux cas diagnostiqués entre 1984 et 2002, une grande majorité de patients séropositifs (88%) et 16% de patients déjà atteints par le sida.

Répartition des patients drômois selon le stade de la maladie par année à la première prise en charge dans un établissement hospitalier



Sources : DRASS, ARH

Une très forte baisse du nombre de décès par sida en 1997

Après une relative stabilité au cours de la période 1991-1996 (autour de 13 décès annuels), la mortalité par sida a chuté en 1997 (3 décès annuels entre 1997 et 2000). Cette baisse résulte des nouvelles associations médicamenteuses retardant l'évolution de la maladie.

Evolution du nombre de décès par sida entre 1995 et 2000

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Drôme	13	14	2	1	4	6
Rhône-Alpes	272	218	84	61	50	58
France *	4 733	3 490	1 287	1 013	978	998

Source : INSERM, CépiDC
* France métropolitaine

Le SIDA fait partie des maladies dont la déclaration est obligatoire. C'est au médecin qui établit le diagnostic qu'incombe la responsabilité d'effectuer cette déclaration, de manière non nominative, auprès des médecins inspecteurs de santé publique des DDASS. Il existe un délai plus ou moins long entre la date du diagnostic et celle de la déclaration à la DDASS. Pour tenir compte de ce délai, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), qui gère les déclarations au niveau national, corrige les données récentes en effectuant, quand cela est techniquement possible, des redressements sur les deux dernières années de déclaration. Du fait des délais entre la date du diagnostic du sida et la date où le cas est déclaré, les nombres enregistrés en 2001, 2002 et 2003 sous-estiment les nombres réels de cas. On dispose ainsi de données provisoires sans devoir attendre que tous les cas diagnostiqués aient été déclarés. Les données définitives peuvent être légèrement différentes de ces estimations.

CONTEXTE NATIONAL

En France, le suivi épidémiologique de la tuberculose repose essentiellement sur le système de déclaration obligatoire des cas. 6098 cas ont ainsi été déclarés en 2003 (6832 en 1997). Cependant, une récente évaluation de la qualité de ce système montre un degré important de sous-déclaration, (50% en moyenne) avec de grandes variations d'un département à l'autre, devant inciter à la prudence dans l'interprétation des résultats.

1621 décès ont été recensés en France en 1981, 695 en 1999. La mortalité par tuberculose a diminué de 50%, passant de 2,5 pour 100 000 habitants en 1981 à 1,15 pour 100 000 habitants en 1999.

Après des décennies de forte décroissance, l'incidence de la tuberculose semble, depuis le début des années 90, se stabiliser, voire augmenter en Europe de l'Ouest. La stabilisation est sensible en France comme dans la plupart des autres pays ouest-européens. En effet, en France, l'incidence plutôt élevée par rapport à d'autres pays européens de l'Ouest, a décliné de 48 pour 100 000 habitants en 1975 à 15 en 1991, pour se stabiliser à ce niveau en 1995. Elle est de 10,2 pour 100 000 habitants en 2003. Cependant, cette incidence cache de fortes disparités géographiques en raison des répartitions différentes des populations à risque que sont les sujets âgés, ceux en provenance des pays de forte endémie, et ceux en situation de précarité ou immunodéprimés, notamment par le VIH. Les incidences les plus fortes se retrouvent en île de France (27,1 en 2002), en région PACA (10,2) et en Alsace (8,1).

Depuis quelques années, on comptabilise avec précision les souches de *Mycobacterium tuberculosis* (aussi appelées bacilles de Koch ou BK), résistantes aux principaux antituberculeux. Ces tuberculoses multirésistantes, difficiles à traiter, posent avec acuité le problème de leur contagiosité. Le taux de multirésistance parmi les souches isolées en France (qu'il s'agisse d'un premier traitement ou non) est de 1,4% en 2002 et tend à augmenter (0,7% en 1994), comme dans les autres pays européens (2,6 en Belgique, 1,1 en Angleterre en 2002).

La vaccination par le BCG réalise une primo-infection à germe atténué assurant une prévention des formes graves de tuberculose (méningite de l'enfant ou forme miliaire pour lesquelles la protection vaccinale est de 75 à 90%). A ce jour, la politique vaccinale s'est un peu modifiée ; elle concerne la primo-vaccination de l'enfant, qui reste obligatoire à l'entrée en collectivité (au plus tard à 6 ans) et elle est recommandée dès le premier mois de vie pour les enfants vivant dans un milieu à risque. Par contre, la revaccination est supprimée chez l'enfant et chez les professionnels exposés et la routine des tests intradermiques a été abandonnée chez l'enfant. De plus, la primo-vaccination par multipuncture a été délaissée au profit de la vaccination intra-dermique et de nouveaux protocoles vaccinaux sont actuellement à l'étude.

FAITS MARQUANTS DANS LA DROME :

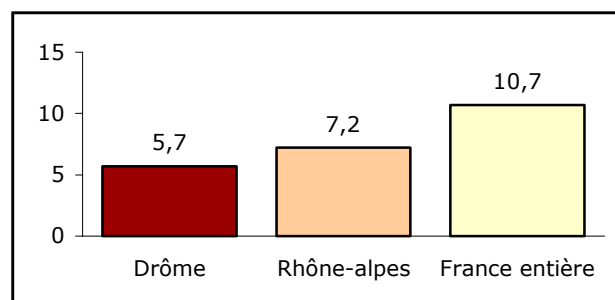
- Près de 25 nouveaux cas de tuberculose ont été déclarés entre 2002-2004, soit 5,6 cas pour 100 000 habitants.
- Dernièrement, sur 2000-2002, une centaine de personnes ont été nouvellement admises en affection de longue durée pour tuberculose dans le département.
- Le taux de mortalité par tuberculose a fortement diminué depuis le début des années 1990, passant de 2,4 à 1,2 décès pour 100 000 habitants entre 1991 et 2000.
- La couverture vaccinale du BCG chez les enfants de 2 ans est de 65,8% en 2003, pour une moyenne nationale de 84% en 2001.

Les données présentées concernent les personnes atteintes de tuberculose dont la maladie a été déclarée aux médecins inspecteurs de la santé des DDASS. Elles sont ensuite centralisées et analysées par l'Institut de veille sanitaire. Un cas doit correspondre à une tuberculose-maladie ayant conduit à la mise en route d'un traitement antituberculeux (au moins trois antituberculeux). Depuis le 1er janvier 2003, les infections tuberculeuses de l'enfant de moins de 15 ans sont également à déclaration obligatoire (intra-dermo réaction (IDR) positive sans signe clinique ni para-clinique : induration supérieure à 15 mm si BCG ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans ou IDR phlycténulaire). Les infections à mycobactéries autres que *M. tuberculosis*, *bovis* et *africanus* ne sont pas déclarées.

25 nouveaux cas de tuberculose déclarés par an entre 2002 et 2004

Entre 2002 et 2004, 25 nouveaux cas de tuberculose ont été déclarés en moyenne par an dans la Drôme ; soit un taux d'incidence de 5,6 pour 100 000 habitants. Ce taux reste stable par rapport au taux des années 2000-2002 (5,7). Ce dernier est inférieur aux moyennes régionale (7,2) et nationale (10,7) mais on constate, depuis quelques années, une augmentation et une stabilisation des cas déclarés dans la Drôme et une diminution des déclarations régionales et nationales. Cependant, les comparaisons sont rendues difficiles par l'exhaustivité très variable des déclarations obligatoires selon les départements. Ce taux d'incidence sous-estime certainement le taux réel, car il est nettement inférieur à celui des nouvelles admissions en affection de longue durée pour tuberculose (voir page suivante). Parmi les départements rhônalpins, la Drôme est celui dont le taux de cas déclarés est le plus bas après celui de l'Ardèche (4,8), il est identique à celui de l'Ain (5,7). Le taux le plus élevé est celui du Rhône (9,6).

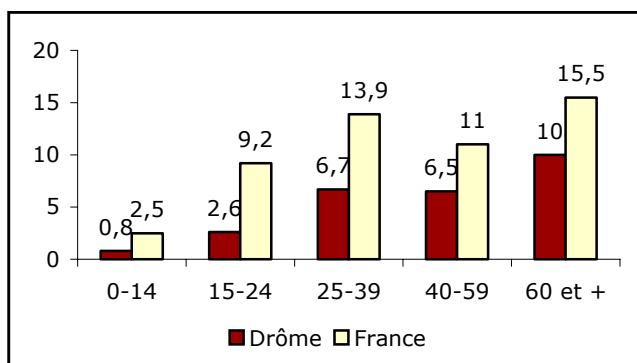
Incidence de la tuberculose en 2000-2002 (pour 100 000 habitants)



Sources : INSEE (estimation 2001), DDASS-InVS Exploitation ORS

LA TUBERCULOSE

Incidence de la tuberculose par classe d'âge en 2000-2002 (pour 100 000 habitants)



Source : DDASS-InVS, INSEE (estimation 2001) Exploitation ORS

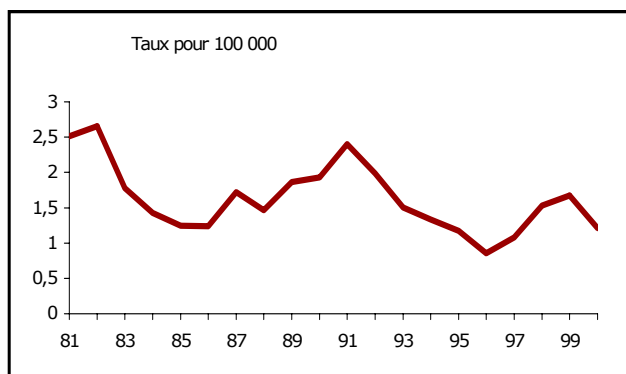
Les admissions en affections de longue durée pour tuberculose dans la Drôme en 2000-2002

	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
0-14 ans	7	12,1	3	6,8
15-34 ans	9	15,5	12	27,3
35-64 ans	28	48,3	16	36,4
65 ans et plus	14	24,1	13	29,5
Total	58	100	44	100

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Exploitation ORS

Évolution du taux brut de mortalité par tuberculose (moyenne mobile sur 3 ans*)



Sources : INSERM SC8, INSEE (estimations) Exploitation ORS

* Année centrale : 1981 est la moyenne de 1980, 1981, 1982; 1982 est la moyenne de 1981, 1982, 1983...

Taux de vaccination par le BCG (en pourcentage)

	Drôme 2004	France 2001
A 2 ans (certificat de santé du 24 ^{ème} mois)	65,8	83,9
A 3-4 ans (bilan de santé en maternelle)	86	94

Sources : Conseil général, DREES

Une incidence croissante avec l'âge

Dans la Drôme comme en Rhône-Alpes et en France, le taux d'incidence de tuberculose-maladie croît avec l'âge, de manière particulièrement nette chez les personnes âgées, ce qui témoigne de taux de primo-infection élevés au début du siècle. Le taux de nouveaux cas de tuberculose déclarés passe ainsi de 1,4 pour 100 000 pour les moins de 25 ans, à 6,7 pour les 25-39 ans et à 10 chez les personnes de 60 ans et plus.

Plus de 30 nouvelles admissions par an en affection de longue durée (ALD)

Plus de 100 assurés et ayants droit des régimes général et agricole ont été admis en ALD (cf encadré) pour tuberculose en 2000-2002, avec une moyenne de 34 par an (contre plus de 40 entre 1993-1995). La plupart (70%) des personnes nouvellement admises sont âgées de 35 ans et plus.

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites "de longue durée" (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit des régimes général, agricole et des professions indépendantes. Ces données ont été fournies par les services médicaux de la CNAMTS, de la CCMSA et de la CANAM, et sont présentées sous forme de nombres cumulés des premiers avis favorables entre 2000 et 2002. Ce nombre dépend de la morbidité départementale, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis des médecins conseils. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

Un taux de mortalité en baisse depuis 1981

La tuberculose demeure une cause relativement peu fréquente de mortalité (6,5 décès par an, soit 0,16% des décès dans la Drôme en 1998-2001).

Le taux brut de mortalité par tuberculose a connu de nombreuses fluctuations dans la Drôme entre 1981 et 2000 mais l'aspect général de la courbe est en perpétuelle régression, passant de 2,5 décès pour 100 000 habitants en 1981 à 1,2 en 2000. Les fluctuations observées, telle que la baisse de la mortalité entre 1990 et 1996 s'observent au niveau national.

Une vaccination plus tardive

Le BCG est reconnu comme évitant l'apparition des formes graves de tuberculose chez l'enfant. Dans la Drôme, le BCG semble être appliqué plus tardivement que dans la majorité des départements français : la couverture vaccinale s'élève en effet à 65,8% en 2004 chez les enfants de 2 ans (contre 84% en France, en 2001) et à 86% chez les enfants de 3-4 ans (contre 94%). Les comparaisons à l'âge de 2 ans doivent toutefois être analysées avec prudence, le taux de réception des certificats de santé du 24^{ème} mois s'avérant très variable entre les départements.

CONTEXTE NATIONAL

Le cancer de la prostate est un cancer de l'homme âgé : près de la moitié des nouveaux cas sont diagnostiqués après 75 ans.

En France, le cancer de la prostate est le deuxième cancer le plus fréquent tous sexes confondus après le cancer du sein et c'est le cancer le plus fréquent chez l'homme. En terme de nombre annuel de décès ce cancer se situe au deuxième rang des décès par cancer chez l'homme et au quatrième rang dans l'ensemble de la population.

Le nombre de nouveaux cas estimé pour l'année 2000 par le réseau français des registres des cancers (Francim) est de 40 300. Cela correspond à un taux d'incidence (standardisé sur la population européenne) de 118,1 pour 100 000 hommes soit une augmentation considérable de l'incidence par rapport à 1980 où le taux était de 41,0. Plusieurs explications sont évoquées : vieillissement de la population, meilleure déclaration des cas, augmentation effective de la pathologie, mais surtout amélioration des techniques diagnostiques. En effet, l'augmentation de l'incidence s'est amplifiée dans les années 80 avec l'apparition du dosage du PSA (Prostatic Specific Antigen ou antigène spécifique de la prostate). Le cancer de la prostate est rare avant 50 ans mais son incidence augmente rapidement au delà de cet âge pour atteindre son maximum à 80 ans.

Le nombre de décès est passé de 6 979 en 1980 à 10 004 en 2000, alors que le taux de mortalité standardisé est resté stable (27,2 en 1980 et 27,8 en 2000). Seulement 7 % des décès sont survenus avant 65 ans en 2000.

En 2000, le cancer de la prostate a représenté plus de 43 000 séjours dans les établissements hospitaliers de court séjour, et plus de 32 000 admissions en affection de longue durée auprès des trois principaux régimes d'assurance maladie.

Deux éléments pourraient être à l'origine du cancer de la prostate : les grandes variations ethniques et géographiques d'incidence font supposer une sensibilité génétique et le rôle de l'environnement est évoqué devant les augmentations rapides d'incidence et de mortalité des populations migrantes (Asie vers Etats-Unis).

Le pronostic du cancer de la prostate dépend de l'extension de la maladie donc de la précocité du diagnostic et de la prise en charge. Néanmoins, l'utilité d'un dépistage de masse du cancer de la prostate, notamment par le PSA est à évaluer. On estime que 40 % des hommes au delà de 50 ans sont porteurs de lésions histologiques cancéreuses au niveau de la prostate mais que seuls 8 % développeront un cancer clinique. Le risque est donc grand de dépister et de traiter des cancers latents qui n'auraient aucune influence sur la vie du sujet. D'importants essais randomisés sont en cours pour évaluer l'intérêt du dépistage organisé reposant sur le dosage du PSA.

Définition : Taux comparatif de mortalité (voir page 2)

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

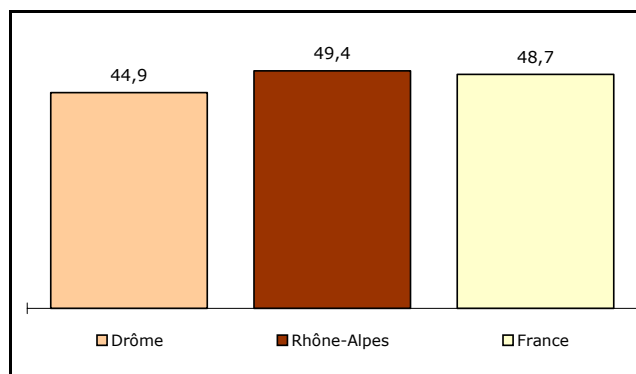
- La mortalité par cancer de la prostate dans la Drôme en 1998-2000 est inférieure à celles observées en Rhône-Alpes et en France.
- Entre 1988-1990 et 1998-2000, la mortalité par cancer de la prostate a subi une baisse : -25% pour le taux comparatif de mortalité.
- Le cancer de la prostate représente chez les hommes 7% des admissions en ALD entre 2000 et 2002.
- Chez les drômois, 73% des séjours hospitaliers pour cancer de la prostate concernent des hommes âgés de 65 ans et plus en 2004

Une mortalité en baisse entre 1988-1990 et 1998-2000

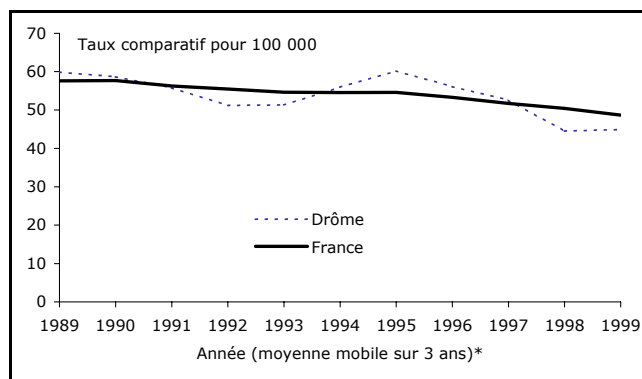
Entre 1998 et 2000, 69 drômois sont décédés annuellement par cancer de la prostate. Ce chiffre correspond à un taux comparatif de 45 décès pour 100 000 hommes. La Drôme est en sous-mortalité par rapport à la région Rhône-Alpes et par rapport à la France.

Dans le département de la Drôme, entre 1988-1990 et 1998-2000, la mortalité par cancer de la prostate a subi une baisse. Le taux comparatif est passé de 59 à 45 décès pour 100 000 hommes avec des fluctuations. Cette tendance à la baisse est aussi observée au niveau national.

Taux comparatifs annuels de mortalité par cancer de la prostate en 1998-2000 *



Evolution des taux comparatifs annuels de mortalité par cancer de la prostate entre 1989 et 1999



Sources : INSERM CépIdc, INSEE

Exploitation ORS

* Année centrale : 1989 est la moyenne de 1988, 1989 et 1990; 1990 est la moyenne de 1989, 1990 et 1991....

LE CANCER DE LA PROSTATE

Mortalité par cancer de la prostate selon l'âge en 1998-2000

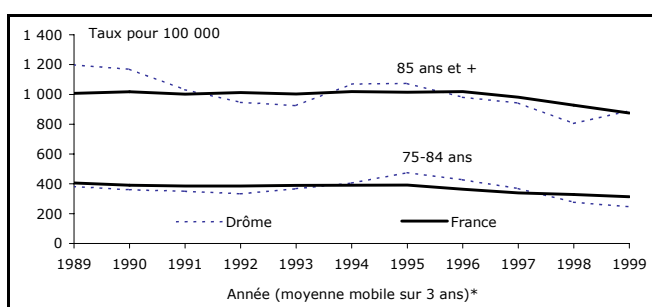
(Effectif annuel et taux annuel pour 100 000)

	Hommes		
	Nombre Drôme	Taux Drôme France	
< 35 ans	0	0,0	0,0
35-54 ans	1	2,2	1,1
55-64 ans	3	14,1	19,3
65-74 ans	17	91,9	95,5
75-84 ans	23	246,2	313,5
85 ans et +	25	890,8	874,7
Total	69	32,3	32,6

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Exploitation ORS

Evolution des taux bruts annuels de mortalité par cancer de la prostate entre 1989 et 1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Exploitation ORS

* Année centrale : 1989 est la moyenne de 1988, 1989 et 1990; 1990 est la moyenne de 1989, 1990 et 1991....

Admissions en affections de longue durée pour cancer de la prostate dans la Drôme en 2000-2002

(Nombre moyen annuel)

	Hommes	
	Nombre	%
15-34 ans	0	0,0
35-54 ans	7	2,4
55-64 ans	58	21,0
65-74 ans	120	43,3
75 ans et +	92	33,4
Total	277	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Exploitation ORS

Données manquantes pour la CANAM (2002), Estimation ORS

Les séjours hospitaliers des drômois selon l'âge en 2004 pour cancer de la prostate, quel que soit le lieu d'hospitalisation en France

	Hommes	
	Nombre	%
< 15 ans	0	0,0
15-34 ans	0	0,0
35-64 ans	85	26,9
65 ans et +	231	73,1
Total	316	100,0

Source : PMSI 2004

Exploitation ORS

Les séjours de la Catégorie Majeure (CM) 24 c'est-à-dire séances, décès immédiat, transfert immédiat, affections traitées dans la journée, ceux de la CM 90 (erreurs et séjours inclassables) c'est-à-dire les séjours ne pouvant être classés dans aucun Groupe Homogène de Malades (GHM) et ceux comportant un code géographique de résidence du patient erroné n'ont pas été pris en compte.

Une cause de mortalité fortement liée à l'âge

Entre 1998 et 2000, le cancer de la prostate est à l'origine de 3,3% de l'ensemble des décès, et de 10,7% des décès par tumeurs dans la Drôme. Il s'agit de la deuxième grande cause de mortalité par tumeurs chez les hommes après les cancers broncho-pulmonaires.

Près de 95% des décès surviennent après 65 ans. Les taux de mortalité sont fortement croissants avec l'âge : de 14 décès pour 100 000 hommes de 55-64 ans dans la Drôme, le taux passe à 891 pour 100 000 hommes de 85 ans et +.

De 1989 à 1999, les taux de mortalité dans la Drôme par cancer de la prostate des personnes âgées de 75 à 84 ans fluctue autour de 360 décès pour 100 000. Ils sont proches des moyennes nationales. Chez les 85 ans et plus, on observe le même phénomène autour de 980 décès pour 100 000.

277 drômois admis en affection de longue durée par an pour cancer de la prostate

Entre 2000 et 2002, 277 admissions en affection de longue durée (ALD) ont été accordées pour cancer de la prostate chez des drômois. Elles représentent, chez les hommes, 7% de l'ensemble des ALD accordées dans le département et 27% des ALD pour tumeurs.

Plus des trois quarts des admissions en ALD pour cancer de la prostate l'ont été pour des personnes âgées de 65 ans et plus.

73% des séjours hospitaliers des drômois pour cancer de la prostate concernent des personnes de 65 ans et plus en 2004

Selon les statistiques du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), les drômois ont effectué en 2004, suite à un cancer de la prostate, 316 séjours hospitaliers dans un établissement de santé de court séjour en France. Parmi ceux là, 73% concernent des personnes âgées de 65 ans et plus.

Ces séjours ont engendré 2 973 journées d'hospitalisation.

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 groupes d'affections.

Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres moyens annuels de premiers avis favorables entre 2000 et 2002. Ces nombres dépendent de la morbidité, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis des médecins conseil. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans le département si celui-ci avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1999, les deux sexes confondus).

Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre territoires différents.

CONTEXTE NATIONAL

A côté des cancers broncho-pulmonaires et de la tuberculose pulmonaire, les maladies respiratoires regroupent des affections très différentes d'évolution aiguë ou chronique, difficiles à classer et à évaluer en particulier chez le sujet âgé.

En France, ces affections ont été responsables de 35 600 décès en 2000 (sans les tumeurs de l'appareil respiratoire) soit près de 7 % des décès ce qui en fait la quatrième cause de mortalité derrière les maladies cardiovasculaires, les tumeurs et les traumatismes et empoisonnements. Bien qu'en raison d'un changement de classification ce chiffre soit inférieur à celui de l'année précédente, la part des décès liés aux maladies respiratoires est en augmentation sur la dernière décennie. Ceci est lié à l'accroissement de prévalence de facteurs de risque (tabagisme) et surtout au vieillissement de la population : le taux de mortalité par maladie respiratoire croît de manière exponentielle avec l'âge au delà de 65 ans.

Le taux comparatif de mortalité croît avec l'âge, notamment au delà de 65 ans. On observe une surmortalité masculine due pour une large part à la plus forte consommation de tabac : le taux comparatif est deux fois supérieur chez les hommes. La proportion de femmes étant plus forte aux âges élevés, le nombre de décès est équivalent pour les deux sexes.

Cependant, les maladies respiratoires étant fréquentes et souvent d'évolution chronique, les indicateurs de mortalité ne traduisent que très partiellement leur poids économique et leur impact médico-social. Ainsi, 16 % des personnes de tous âges interrogées dans l'enquête « Santé soins et protection sociale - 2000 » du CREDES, déclaraient souffrir d'au moins une maladie respiratoire.

Par ailleurs, ces affections sont à l'origine de 5 % des séjours hospitaliers en 2000 et elles constituent le premier motif de recours aux soins de ville (CREDES - 1998) avec par ordre décroissant les affections des voies respiratoires supérieures, la bronchite et l'asthme.

L'insuffisance respiratoire chronique, stade évolutif ultime des pathologies respiratoires chroniques a provoqué, en moyenne annuelle entre 2001 et 2002, l'admission en affection de longue durée de 36 500 personnes.

Selon l'enquête Santé et Protection Sociale 1998 du CREDES, 3,5 millions de personnes souffrent d'asthme actuellement soit une prévalence de 5,8 % en population générale, prévalence qui semble s'accroître depuis la fin des années 70. Un programme de prise en charge et de prévention de l'asthme a été initié par le ministère de la santé en 2002.

On estime qu'il y a en France 2 à 3 millions de personnes atteintes de bronchite chronique. L'évolution potentielle de cette pathologie en bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en fait toute la gravité. 700 000 à 1 million de personnes sont atteintes de BPCO dont le facteur de risque majeur est le tabagisme. Le temps de latence d'environ 20 ans entre le tabagisme et l'apparition de l'insuffisance respiratoire chronique permet de prévoir une hausse de la mortalité par BPCO dans les années à venir et une hausse de la prévalence des insuffisances respiratoires chroniques chez les femmes.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- La mortalité par maladies respiratoires en 1998-2000 dans la Drôme est inférieure à celle de la France.
- Entre 1988-1990 et 1998-2000, la mortalité par maladies respiratoires a subi une baisse chez les hommes. Elle est restée stable chez les femmes.
- Les insuffisances respiratoires chroniques graves représentent 3% des admissions en ALD dans la Drôme entre 2001 et 2002.
- En 2004, 56% des séjours hospitaliers des drômois pour maladies respiratoires concernent des hommes.

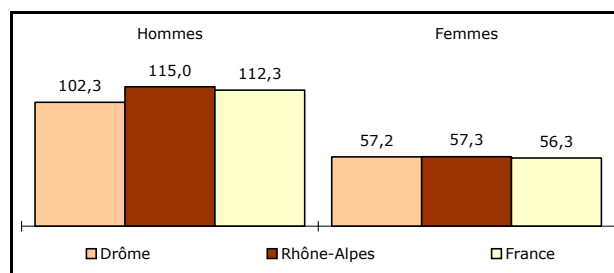
Une mortalité masculine en baisse entre 1988-1990 et 1998-2000

Entre 1998 et 2000, 313 drômois sont décédés annuellement par maladies respiratoires correspondant à un taux comparatif de 102 décès pour 100 000 hommes et 57 décès pour 100 000 femmes. Par rapport à Rhône-Alpes et à la France, la mortalité dans la Drôme est inférieure chez les hommes. Par contre chez les femmes, on observe une mortalité équivalente.

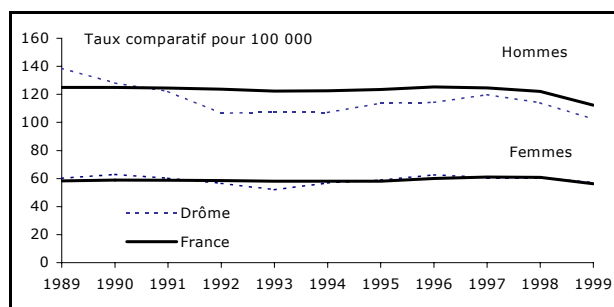
Dans la Drôme, la mortalité par maladies respiratoires a baissé, depuis la période 1988-1990, chez les hommes (-25% pour le taux). Chez les femmes, dans la Drôme comme en France, le taux est resté stable.

La baisse de la mortalité par maladies respiratoires s'est accentuée artificiellement en 2000 à cause du changement de nomenclature des causes de décès (passage de la CIM9 à la CIM 10).

Taux comparatifs annuels de mortalité par maladies respiratoires en 1998-2000 *



Evolution des taux comparatifs annuels de mortalité par maladies respiratoires entre 1989 et 1999**



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Exploitation ORS

* Taux pour 100 000 personnes

** Année centrale : 1999 est la moyenne de 1998, 1999, 2000.

Définition : Taux comparatif de mortalité (voir page 2)

LES MALADIES RESPIRATOIRES

Nombre annuel de décès par maladies respiratoires dans la Drôme en 1998-2000 *

	Hommes	Femmes	Total
Pneumonie, bronchopneumonie	43	59	102
Grippe	7	18	25
Bronchite chronique/BPCO*	68	42	110
Asthme	3	8	11
Autres maladies app. resp.	33	33	66
Total	154	160	314

Sources : INSERM CépiDc, INSEE
Taux annuel pour 100 000

Exploitation ORS

* Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

68% des décès par maladies respiratoires sont dus à des bronchites chroniques ou des pneumonies

Les deux premières causes de décès par maladies respiratoires sont les bronchites chroniques (35%) et pneumonies (33%). La grippe et l'asthme sont beaucoup moins fréquents (respectivement 8% et 4%). Près de 62% des décès par bronchite chronique, maladie fortement liée au tabagisme, concernent des hommes.

La mortalité due aux maladies respiratoires augmente avec l'âge de façon quasi exponentielle, particulièrement chez les hommes. 81% des décès par maladies respiratoires touchent des personnes de plus de 75 ans.

Plus de 240 admissions par an en affection de longue durée pour insuffisance respiratoire chronique grave

Entre 2000 et 2002, 231 personnes ont été admises annuellement en affection de longue durée pour insuffisance respiratoire chronique grave dans la Drôme. Ce nombre représente 3% de l'ensemble des admissions dans le département de la Drôme. Plus de la moitié de ces admissions (58%) concerne des personnes âgées de 65 ans ou plus, et 5% des enfants de moins de 15 ans. Les hommes représentent 59% du total des admissions.

56% des séjours hospitaliers pour maladies respiratoires des drômois en 2004 concernent des hommes

Selon les statistiques du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), les drômois ont effectué en 2004, suite à une affection respiratoire, 3 152 séjours hospitaliers dans un établissement de santé de court séjour en France, soit près de 4,8% de l'ensemble de leurs séjours dans un établissement du même type. Parmi ces séjours, 14% concernent des enfants de moins de 15 ans, près de 36% des personnes de 35-64 ans et 50% des personnes âgées de 65 ans et plus. Plus de 56% de ces séjours concernent des hommes. Ces séjours ont engendré 28 466 journées d'hospitalisation.

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 affections ou groupes d'affections. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres moyens annuels de premiers avis favorables entre 2000 et 2002. Ces nombres dépendent de la morbidité, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis des médecins conseil. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans le département si celui-ci avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1999, les deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre territoires différents.

La détermination des causes de décès pour des personnes souffrant d'affections respiratoires chroniques est difficile. Le diagnostic différentiel entre broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et asthme pose d'autant plus de problèmes que le sujet est âgé. Par ailleurs, les BPCO peuvent être sous-estimées du fait qu'une affection respiratoire aiguë (pneumonie, grippe...) ou bien encore une affection cardiaque, est fréquemment citée comme la cause directe du décès. Aussi faut-il interpréter avec réserve les dénombrements par cause.

Admissions en affections de longue durée pour insuffisance respiratoire chronique grave dans la Drôme en 2000-2002 (Nombre moyen annuel)

	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
<15 ans	7	4,9	6	6,0
15-34 ans	3	2,4	4	4,6
35-54 ans	22	16,1	18	18,6
55-64 ans	24	17,6	12	13,0
65-74 ans	39	28,4	23	23,8
75 ans et +	42	30,6	32	34,0
Total	136	100,0	95	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Exploitation ORS

Les séjours hospitaliers des drômois selon l'âge en 2004 pour maladies respiratoires, quel que soit le lieu d'hospitalisation en France

	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
< 15 ans	267	15,0	177	12,9
15-34 ans	175	9,9	176	12,8
35-64 ans	461	26,0	325	23,6
65 ans et +	872	49,1	699	50,8
Total	1 775	100,0	1 377	100,0

Source : PMSI 2004

Exploitation ORS

Les séjours de la Catégorie Majeure (CM) 24 c'est-à-dire séances, décès immédiat, transfert immédiat, affections traitées dans la journée, ceux de la CM 90 (erreurs et séjours inclassables) c'est-à-dire les séjours ne pouvant être classés dans aucun Groupe Homogène de Malades (GHM) et ceux comportant un code géographique de résidence du patient erroné n'ont pas été pris en compte.

CONTEXTE NATIONAL

La consommation d'alcool en France est parmi les plus élevées et ses conséquences sur la santé ne sont pas moins préoccupantes : avec 10,5 litres d'alcool pur par habitant en 2000 (toutes consommations mesurées à partir des ventes), la France est au 6e rang mondial et au 4e rang européen.

Depuis une trentaine d'années, la consommation d'alcool a globalement diminué. Néanmoins, cette diminution ne doit pas masquer l'apparition de nouveaux modes de consommation, avec notamment une baisse de la consommation quotidienne au profit d'une consommation occasionnelle excessive (l'ivresse des week-ends). Par ailleurs, l'enquête ESCAPAD (OFDT) réalisée, depuis l'année 2000 lors des journées d'appel et de préparation à la défense met plutôt en évidence, chez les jeunes, une augmentation de l'usage régulier d'alcool, essentiellement chez les garçons.

On estime que la consommation excessive d'alcool expose 5 millions de personnes à des difficultés d'ordre médical, psychologique et social et que 2 à 3 millions de personnes présentent une dépendance physique à l'alcool (CFES).

L'enquête un jour donné sur la consommation d'alcool des usagers du système de soins (Drees - DGS - FNORS), estime qu'en 2000, un cinquième des patients ayant recours aux soins (libéraux ou hospitaliers), quelle qu'en soit la raison, présentent un risque d'alcoolisation excessive. D'autre part, la dépendance à l'alcool concernerait 7% des personnes hospitalisées et 5% des patients des médecins généralistes.

Même si le nombre de décès liés à une consommation excessive d'alcool ne cesse de diminuer, l'INSERM estime, au milieu des années 90, que l'alcool était responsable de 35 000 à 45 000 décès annuels si on y inclut en plus des causes directes (cirrhose du foie, psychose alcoolique, cancers des voies aéro-digestives supérieures) les causes indirectes telles que certaines morts violentes : accidents de la route, accidents domestiques, homicides...

L'alcool est également impliqué dans le déclenchement ou l'aggravation de nombreuses pathologies dont des pathologies neurologiques (encéphalopathies, polynévrites) ou psychiatriques, digestives (hépatites, pancréatites,...) cardio-vasculaires (hypertension artérielle, cardiopathies) ou encore tumorales. Par ailleurs, la consommation d'alcool durant la grossesse expose le fœtus à un risque de malformations. Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) est ainsi, la troisième cause de retard psychomoteur et à l'origine du tiers des naissances prématurées.

La stratégie de lutte contre l'alcoolisation excessive, en France, concerne l'ensemble des ministères en raison du poids de l'alcool au niveau sanitaire mais aussi fiscal, économique, agricole et culturel. Des outils et programmes se développent tant au niveau national que régional et des plans d'actions sont ainsi proposés, construits à partir des réflexions des acteurs de terrain.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- Les pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool (cirrhose alcoolique du foie, psychose alcoolique et cancers des voies aéro-digestives supérieures) ont entraîné 134 décès annuels de drômois en 1998-2000.
- Dans la Drôme, la mortalité liée à la consommation excessive d'alcool est inférieure à celle de la France.
- La mortalité des drômois pour consommation excessive d'alcool a baissé entre 1988-1990 et 1998-2000.

134 décès annuels par pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool

La mortalité par alcoolisme n'est pas mesurable, mais on peut identifier un certain nombre de maladies liées 9 fois sur 10 à une consommation excessive d'alcool :

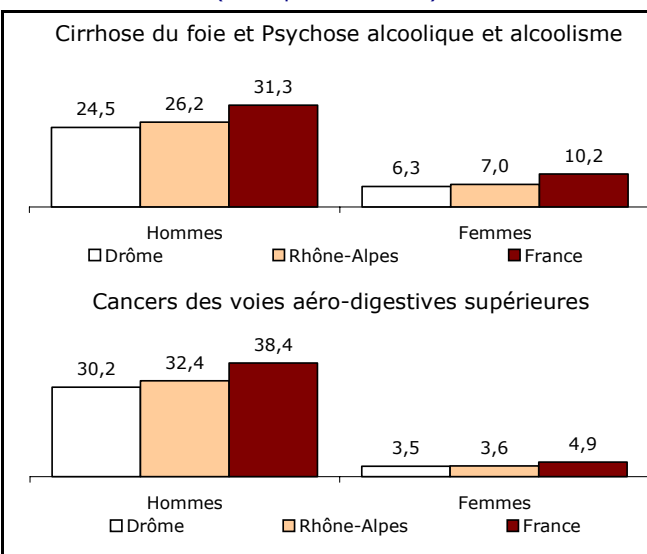
- les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), constitués des cancers des lèvres, du pharynx, du larynx et de l'oesophage (68 décès annuels de drômois en 1998-2000);
- les cirrhoses du foie (47 décès) ;
- les psychoses alcooliques (18 décès).

Chez les drômois, ces causes ont entraîné au total 134 décès annuels dont 82% concernent des hommes.

L'ensemble de ces trois causes directement liées à l'alcool sont à l'origine de 55 décès pour 100 000 hommes (70 en France) et de 10 décès pour 100 000 femmes (15 en France).

Les taux comparatifs de mortalité sont significativement inférieurs à la moyenne française, à l'exception des cancers des VADS chez les femmes (mortalité équivalente). Cette sous-mortalité n'est pas spécifique à la Drôme, mais concerne l'ensemble des départements de la région.

Taux comparatifs annuels de mortalité en 1998-2000 (Taux pour 100 000)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Exploitation ORS

Définition : Taux comparatif de mortalité (voir page 2)

CONTEXTE NATIONAL

L'enquête baromètre santé 2000 (enquête téléphonique auprès d'un échantillon de 13 685 personnes) rapporte que parmi les 18-75 ans, 40% des hommes et 32% des femmes, ainsi que 24% des 12-17 ans déclarent fumer.

En France, le tabagisme, au travers des pathologies cancéreuses, cardiovasculaires et respiratoires auxquelles il est associé, représente la première cause de mortalité évitable avec 60 000 décès annuels dont 3 000 féminins (soit 5%). Des prévisions pour 2025 évaluent ce nombre à 160 000 dont 50 000 femmes (soit 31%).

Le tabagisme est également responsable d'anomalies du déroulement de la grossesse, de retards de croissance *in utero* et d'accouchements prématurés. Les femmes fumeuses ont deux fois plus de risque de faire une grossesse extra-utérine, et trois fois plus de risque de faire une fausse couche spontanée. Par ailleurs, l'exposition des enfants à la fumée entraîne plus de risque de mort subite du nourrisson, ainsi qu'une sensibilité plus grande aux infections respiratoires, à l'asthme et aux otites.

Le tabagisme passif est classé cancérigène par le Centre de Recherche sur le Cancer (CIRC) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les fumeurs actifs et les non fumeurs sont exposés aux mêmes cancérogènes.

En France, la loi du 9 juillet 1976 (dite loi Veil) instaure une limitation de la publicité pour le tabac, notamment en direction des jeunes, et imposait sur les paquets de cigarettes la mention de la composition et l'inscription d'un avertissement sur le risque sanitaire. La loi du 10 janvier 1991 (dite loi Évin) prohibe toute publicité directe ou indirecte et introduit l'interdiction de fumer dans tous les lieux collectifs fermés ou couverts en dehors des emplacements spécifiquement réservés aux fumeurs.

Un plan ambitieux des pouvoirs publics lancé en 1999 en France confirme une mobilisation sans précédent autour de la prévention du tabagisme. Il prévoit un renforcement des dispositifs de prévention du tabagisme, notamment en terme d'éducation pour la santé, d'implication accrue des professionnels de la santé et de l'éducation. Il prévoit également une meilleure accessibilité au sevrage tabagique selon des méthodes plus efficaces et avec un réseau de consultation tabagique plus étoffé. L'enquête barométrique INPES/IPSOS menée depuis l'annonce, confirme la baisse de la consommation de tabac en France (-13,5% entre 2002 et 2003).

Trois directives européennes, concernant les taux maximums de goudron, les contenus des messages sanitaires devant figurer sur les paquets de cigarettes et l'interdiction de la publicité télévisuelle des produits de tabac, complètent le dispositif national réglementaire.

Une nouvelle directive européenne interdit le parrainage par les cigarettiers de manifestations ayant des effets transfrontaliers, et bannit la publicité sur les produits du tabac.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- Les pathologies liées à la consommation excessive de tabac (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques et bronchites chroniques) ont entraîné 626 décès annuels de drômois en 1998-2000.
- La mortalité liée à la consommation excessive de tabac représentent 16% de l'ensemble des décès de drômois.
- 151 drômois sont admis chaque année en affection de longue durée pour cancer du poumon par les trois principaux régimes d'assurance maladie.

Baisse de la mortalité pour les causes liées au tabac chez les hommes

Les cancers broncho-pulmonaires, les cardiopathies ischémiques (essentiellement constituées par les infarctus du myocarde) et les bronchites chroniques sont les trois principales pathologies fréquemment associées à une consommation excessive de tabac. Au cours de la période 1998-2000, ces trois pathologies ont entraîné dans la Drôme respectivement 180, 329 et 117 décès annuels.

Pour ces trois causes on observe entre 1988-90 et 1998-2000 une baisse des taux de mortalité chez les hommes. Chez les femmes la baisse n'est observée que pour les cardiopathies ischémiques, alors que pour les cancers du poumon et les bronchites les taux ont nettement augmenté et notamment plus fortement qu'en France.

Taux comparatifs annuels de mortalité en 1998-2000 pour les principales pathologies liées à la consommation excessive de tabac

	Nombre de décès	Taux annuels	
		Drôme	France
Hommes			
Cancers du poumon*	151	78,2	85,8
Cardiopathies ischémiques**	193	114,8	122,1
Bronchites chroniques***	71	45,9	44,1
Femmes			
Cancers du poumon*	29	11,8	13,3
Cardiopathies ischémiques**	136	49,6	57,3
Bronchites chroniques***	46	16,7	15,8

Evolution en % des taux comparatifs annuels de mortalité entre 1988-1990 et 1998-2000

	Evolution en %	
	Drôme	France
Hommes		
Cancers du poumon*	-0,8	-4,5
Cardiopathies ischémiques**	-20,4	-20,9
Bronchites chroniques***	-14,0	-12,8
Femmes		
Cancers du poumon*	62,0	36,1
Cardiopathies ischémiques**	-26,8	-25,7
Bronchites chroniques***	44,4	-0,4

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Exploitation ORS

* Cancers de la trachée, des bronches et du poumon

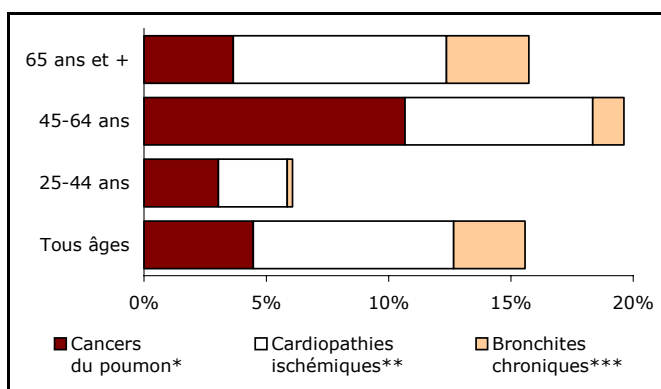
** Essentiellement des infarctus du myocarde

*** Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives

Définition : Taux comparatif de mortalité (voir page 2)

LE TABAC ET SES CONSEQUENCES SUR LA SANTE

Part des décès liés au tabac dans la mortalité générale par classe d'âge dans la Drôme en 1998-2000



Sources : INSERM CépiDc Exploitation ORS
 * Cancers de la trachée, des bronches et du poumon
 ** Essentiellement des infarctus du myocarde
 *** Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives

Mortalité par âge par cancer de la trachée, des bronches et du poumon en 1998-2000 (Effectif annuels et Taux annuel pour 100 000)

	Effectif annuel dans la Drôme		Taux annuel	
	Hommes	Femmes	Drôme	France
25-54 ans	22	5	14,9	17,4
55-64 ans	28	5	76,7	96,1
65-74 ans	54	6	149,3	160,8
75-84 ans	36	10	198,8	184,3
85 ans et +	10	3	128,9	146,2
Total	151	29	41,1	42,8

Sources : INSERM CépiDc, INSEE Exploitation ORS

Admissions en affections de longue durée pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon dans la Drôme en 2000-2002 (Nombre moyen annuel)

	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
25-34 ans	0	0,0	1	2,2
35-54 ans	26	21,4	9	28,9
55-64 ans	33	27,5	7	24,4
75-74 ans	35	28,6	4	14,4
75 ans +	27	22,5	9	30,0
Total	121	100,0	30	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM Exploitation ORS

16% des décès de drômois sont liés à une consommation excessive de tabac

Les pathologies imputées à la consommation excessive de tabac représentent 16% de l'ensemble des décès de drômois. Dans la tranche d'âge des 25-44 ans, elles représentent 6%, 20% dans celle des 45-64 ans et 16% dans celle des 65 ans et plus.

Les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives sont peu représentées entre 25 et 44 ans (0,2%). Cette proportion passe à 1,3% entre 45-64 ans et à 3,4% à partir de 65 ans.

Les cancers broncho-pulmonaires sont plus représentés entre 45 et 64 ans (11%) que dans les autres tranches d'âge (environ 3% chez les 25-44 ans et 4% chez les 65 ans et plus).

Les cardiopathies ischémiques ont un poids croissant dans la mortalité générale selon l'âge. Leur part est d'environ 3% entre 25 et 44 ans, 8% chez les 45-64 ans et 9% chez les personnes de 65 ans et plus.

Les cancers du poumon, une cause de mortalité fortement liée à l'âge

Entre 1998 et 2000, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont à l'origine de 4% de l'ensemble des décès, et de 17% des décès par tumeurs chez les drômois. Il s'agit de la première grande cause de mortalité par tumeurs.

Les taux de mortalité sont fortement croissants avec l'âge. Entre 1998 et 2000, le taux comparatif est passé de 15 décès à 199 pour 100 000 entre la tranche d'âge des 25-54 ans et celle des 75-84 ans. Il diminue chez les personnes âgées de 85 ans et plus.

151 drômois admis en affection de longue durée par an pour cancer du poumon

Entre 2000 et 2002, 151 admissions en affections de longue durée (ALD) ont été accordées pour cancer du poumon chez des drômois. Elles représentent un peu moins de 2% de l'ensemble des ALD du département (7 928 cas) et 8% des ALD pour tumeurs (1 996 cas).

Le nombre d'admissions en ALD croît avec l'âge et 50% d'entre elles concernent des personnes de 75 ans et plus (51% chez les hommes et 44% chez les femmes)

Le taux comparatif de mortalité, ou **taux standardisé direct**, est défini comme le taux que l'on observerait dans le département si celui-ci avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1999, les deux sexes confondus).

Les **taux comparatifs** éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre territoires différents.

CONTEXTE NATIONAL

En 2002, en population générale, le cannabis est la drogue illicite de loin la plus consommée : parmi les 15-75 ans, plus d'un français sur 5 (21,7%) en a pris au moins une fois dans sa vie. Environ deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes, ces taux d'expérimentation dépendent étroitement de l'âge : 4 sur 10 ont essayé chez les 15-34 ans contre 1 sur 10 chez les 35-75 ans.

La consommation simultanée de plusieurs substances (poly-consommation) se développe ainsi que les modes de consommation dits « de fête » associés à l'usage des stimulants (cocaïne, amphétamines, ecstasy), des hallucinogènes (LSD, champignons) et du cannabis qui s'ajoute à la consommation plus traditionnelle d'alcool.

Les toxicomanes, en raison de leurs pratiques d'injections sont particulièrement confrontés au VIH et aux hépatites mais également à d'autres infections, aux accidents et autres morts violentes dont les suicides. L'enquête de novembre 2003 estime la prévalence de la séropositivité au VIH chez les toxicomanes utilisant la voie intraveineuse (UDVI) à 14,8%. La contamination par le VHC (hépatite C) concernerait elle 58,8% des UDVI.

La politique française de lutte contre la toxicomanie présente un double aspect : réprimer le trafic et l'usage des stupéfiants et proposer une alternative thérapeutique aux toxicomanes en assurant l'anonymat et la gratuité des soins dans les Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes (CSST). En 2002, le nombre de patients recensés dans ces structures est de 62 304 soit une hausse de +45% par rapport à 1998.

En raison de l'impact dévastateur de l'infection par le VIH, les pouvoirs publics ont pris des mesures pour réduire les pratiques à risque associées à l'injection de drogue : mise en vente libre de seringues dans les pharmacies, vente en pharmacie de trousses de prévention (Stéribox®), mise en place de Programmes d'Échange de Seringues (PES), de programmes de traitements de substitution par la méthadone dans les CSST, mise sur le marché d'un autre produit de substitution aux opiacés : la buprénorphine haut dosage (Subutex®). En 2002, 79 557 usagers d'opiacés bénéficiaient d'un traitement de substitution : le nombre de personnes traitées par la méthadone est de 13 500, le reste bénéficiant d'un traitement à la buprénorphine. Cependant, l'usage de buprénorphine est fréquemment détourné des protocoles médico-sociaux (mésusage, vente sur le marché noir, initiation de la toxicomanie par ce produit...).

L'éventail thérapeutique dans la prise en charge des toxicomanes s'est donc diversifié au cours des dernières années. Cependant, le recul n'est pas encore suffisant, des travaux d'évaluation manquent pour apprécier la qualité du suivi des personnes sous Subutex®, l'impact du traitement dans la vie des individus et les effets néfastes de la poly-consommation.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- Plus de 1000 personnes sous traitement de substitution à la buprénorphine (Subutex) dans la Drôme en 2004.
- 236 toxicomanes pris en charge dans les établissements et centres spécialisés de la Drôme en novembre 2003
- Entre 2001 et 2003, la consommation de matériels stériles (Stéribox) et de buprénorphine est nettement supérieure à celle de la région et de la France, contrairement à celle de la méthadone.
- 709 personnes interpellées pour usage et usage-revente de stupéfiants en 2004.

Une vente de matériels d'injection stérile et de produits de substitution supérieure aux niveaux régional et national

Les statistiques de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Valence dénombrent en 2004, pour le régime général, 1 073 bénéficiaires d'une prescription de Subutex dans le département de la Drôme.

Les données de l'Institut de veille sanitaire permettent de connaître les ventes en officines pharmaceutiques du matériel d'injection stérile (Stéribox) et des médicaments de substitution (Subutex et méthadone) prescrits en ville.

Dans la Drôme, le nombre de Stéribox vendus en 2003 s'élève à 2 166 kits pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans. Ce taux est supérieur aux moyennes nationale (1 377) et régionale (1 618). Le Subutex vendu en officine a connu une augmentation entre 2001 et 2003, passant de 2 466 à 2 990 boîtes de 10 mg pour 10 000 personnes de 20-39 ans (1 614 en Rhône-Alpes et 2 152 au niveau national). Par contre, la vente de méthadone dans la Drôme a également augmenté, mais le taux est inférieur à ceux de la région et de la France.

Vente de matériel d'injection stérile et de produits de substitution

	Drôme			Rh-Alpes	France
	2001	2002	2003	2003	2003
Stéribox (1)	2 116	2 066	2 166	1 377	1 618
Subutex (2)	2 466	2 709	2 990	1 614	2 152
Méthadone (3)	526	703	941	1 067	2 073

Sources : Invs, INSEE

Exploitation ORS

(1) Nombre de kits (*)

(2) Nombre équivalent boîtes de 10 mg (*)

(3) Nombre équivalent flacons de 60 mg (*)

(*) pour 10 000 personnes de 20 à 39 ans

Les drogues illicites comprennent les produits stupéfiants (héroïne, cocaïne, crack, cannabis) ainsi que certains produits détournés de leur usage normal (colle, solvants, champignons hallucinogènes, médicaments, etc). La toxicomanie se définit comme un « usage à problèmes » de drogue. Ce concept renvoie aux notions de « dépendance » (désir compulsif de produit, difficulté du contrôle de la consommation, place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur) et « d'usage nocif » (consommation qui implique des dommages sanitaires et sociaux).

CONTEXTE NATIONAL

Les accidents de la circulation et de la vie courante ont un coût à la fois humain, économique et social très lourd. Ils sont responsables, entre 1997 et 1999, de près de 30 400 morts par an (accidents de la circulation, intoxications accidentelles, chutes accidentelles, séquelles d'accidents...). Ils représentent la troisième grande cause de décès après les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs. On estime que parmi les décès par accidents, les accidents domestiques sont à l'origine de 18 000 à 20 000 décès.

La perception du risque accidentel par les Français, mesuré par le Baromètre santé 2000 du Comité français d'éducation pour la santé, ne correspond pas à ces fréquences de survenue : les accidents de la circulation sont la première crainte en matière de risque ou de maladie (62% des personnes enquêtées), suivis des cancers (56%) et des maladies cardiaques (35%). Les accidents domestiques et les accidents de sport sont en 9^{ème} et 10^{ème} position (respectivement 21% et 17%).

L'enquête décennale sur la santé (Insee-Credes, 1991-92) permet d'estimer à 8,4 millions le nombre annuel d'accidents de la vie courante (accidents domestiques et de loisirs) qui nécessitent un soin. Les trois-quarts ne présentent aucune gravité, mais 5% donnent lieu à une hospitalisation. Le risque est plus important pour les hommes que pour les femmes. Il est aussi différent : les femmes se blessent plus souvent à leur domicile, les hommes plus souvent dans leurs loisirs et ont des accidents plus graves.

En France, depuis une vingtaine d'années, le nombre de tués sur les routes a diminué de près de 50%, alors que dans le même temps le trafic doublait. En 2002, les accidents de la route ont fait 145 100 victimes, dont 7 250 tués et 137 850 blessés (dont 24 100 blessés graves). Les accidents sont plus fréquents en milieu urbain, mais plus graves à la campagne, en particulier sur les routes départementales. Les excès de vitesse et l'alcoolisation au volant sont les premiers en cause dans les accidents corporels.

La France se situe, en 1999, au quatrième rang des pays européens les plus mal placés en ce qui concerne les accidents de la route, derrière le Portugal, la Grèce et l'Espagne. Au-delà des aspects comportementaux, les différences entre pays sont largement influencées par la densité de l'urbanisation et par les caractéristiques du réseau routier.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

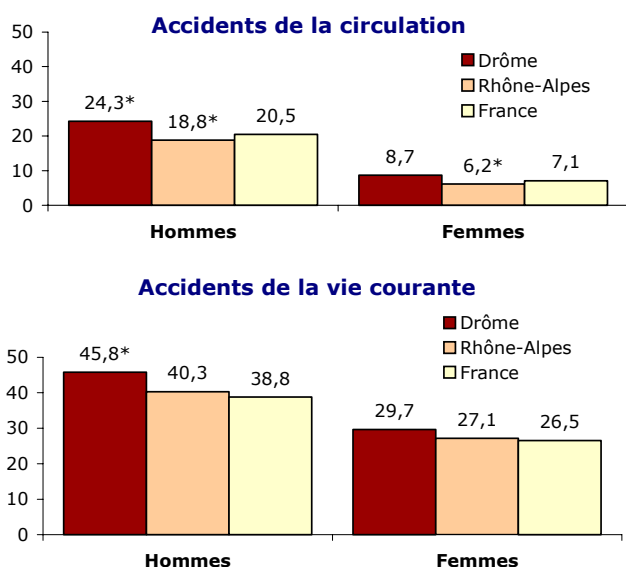
- Entre 1997 et 1999, **70 drômois** décèdent en moyenne chaque année par accidents de la circulation et 173 par accidents domestiques (voir définition en encadré).
- Dans la Drôme, 77% décès par accidents de la vie courante concernent des personnes âgées de 65 ans et plus.
- En 2002, **84 personnes sont tuées sur les routes de la Drôme**, soit une baisse de 9% par rapport à 2001, celui des blessés graves est de 283, soit une baisse de 6% (voir définition en encadré).

Surmortalité masculine par accidents de la circulation et par accidents de la vie courante dans la Drôme

Entre 1997 et 1999, **les accidents de la circulation** ont entraîné en moyenne 70 décès par an dans la Drôme dont 50 hommes et 20 femmes. Chez les hommes, la mortalité est significativement supérieure à celle de la France : le taux de 24 décès pour 100 000 hommes est le deuxième de la région après celui de l'Ain. Chez les femmes, le taux de mortalité est équivalent à celui de la France.

Dans le même temps, **les accidents de la vie courante** (voir encadré) ont entraîné 173 décès annuels dont 85 concernent des hommes et 88 des femmes. Par rapport à la France, il existe une surmortalité chez les hommes, par contre chez les femmes, le taux dans la Drôme est équivalent au niveau national. Les chutes accidentelles représentent une part importante dans les accidents de la vie courante (58% dans la Drôme), surtout chez les personnes âgées de 65 ans et plus (65%).

Taux comparatifs de mortalité en 1997-1999
(Taux annuels pour 100 000 habitants)



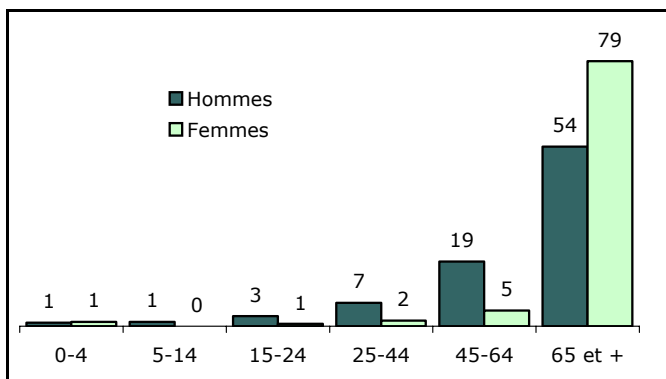
Sources : INSERM, INSEE

* Différence significative par rapport à la France

Exploitation ORS

LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION ET DE LA VIE COURANTE

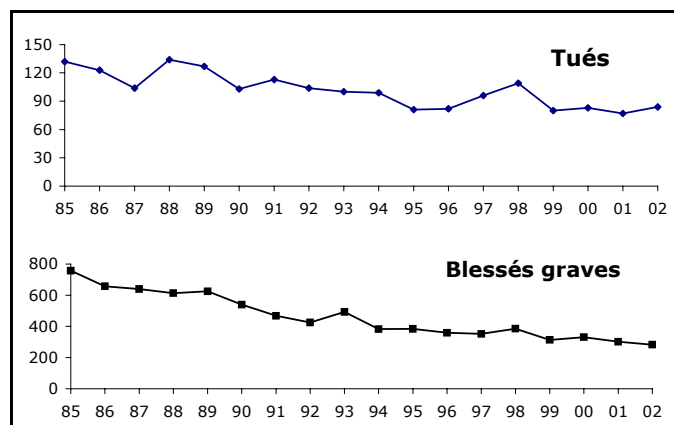
Nombre annuel moyen de décès par accidents de la vie courante selon l'âge et le sexe entre 1997 et 1999



Source : INSERM CépiDc

Exploitation ORS

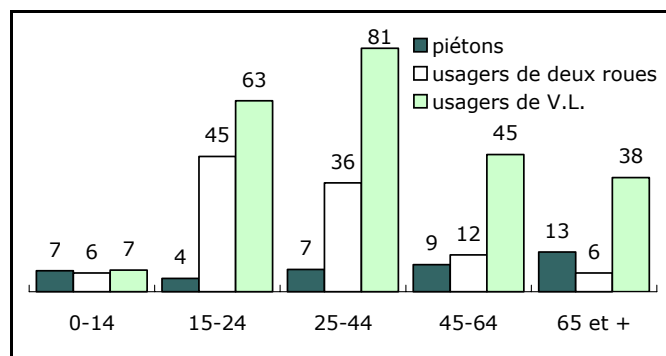
Evolution du nombre de tués et de blessés graves dans le Drôme entre 1985 et 2002



Source : SETRA, Ministère de l'équipement

Exploitation ORS

Nombre annuel moyen de victimes graves (tués et blessés graves) selon la catégorie d'usagers et l'âge entre 1998 et 2002



Source : SETRA, Ministère de l'équipement
V.L. = véhicule léger (avec ou sans caravane)

Exploitation ORS

77% des décès par accidents de la vie courante concernent des personnes âgées de 65 ans et plus

Les accidents de la vie courante représentent une part importante de décès par accidents. Ils sont 2,5 fois plus fréquents que les accidents de la route. Entre 1997 et 1999, la Drôme enregistre 173 décès annuels par accidents de la vie courante. 14% de ces décès concernent des personnes âgées de 45 à 64 ans et 77% des personnes de 65 ans et plus. Les causes principales sont les chutes, les obstructions des voies respiratoires ou suffocations, les noyades, les incendies.

Tendance à la baisse du nombre de victimes graves (tués et blessés graves)...

De 1985 à 2002, le nombre de tués sur les routes de la Drôme est passé de 132 à 84, soit une diminution de 36% sur la période. La tendance à la baisse du nombre de tués n'est pas toujours observée dans la Drôme, certaines périodes ayant même enregistré des hausses assez significatives (87-88, 95-98).

Dans le même temps, la baisse du nombre de blessés graves est plus nette : de 758 en 1985, ce nombre est passé à 283 en 2002, soit une diminution de 63% sur la période. Contrairement au nombre de tués, la diminution du nombre de blessés graves est continue, à l'exception de quelques années pour lesquelles une hausse significative est observée (1993 et 1998).

... dont 61% ont entre 15 et 44 ans, 58% sont des usagers de véhicules légers

Entre 1998 et 2002, 410 personnes en moyenne par an ont été des victimes graves (tuées ou gravement blessées) lors d'un accident de la circulation survenu dans la Drôme. Une personne sur cinq parmi ces victimes est tuée sur le coup ou décédée dans les 6 jours qui ont suivi l'accident.

Les jeunes adultes sont principalement concernées : 61% de ces victimes graves ont entre 15 et 44 ans. En référence à la mortalité (données INSERM), les accidents de la circulation représentent 2% des causes de décès tous âges confondus et 45% chez les 15-24 ans.

Parmi les victimes graves, 58% sont des usagers de véhicules légers (véhicules de tourisme), 26% sont des usagers de véhicules à deux roues et 10% sont des piétons.

Les statistiques du SETRA sont élaborées à partir des bordereaux automatisés des accidents corporels (BAAC) établis chaque fois que se produit un accident corporel de la circulation routière. Cet organisme centralise, à la fois, les fichiers de la police nationale et de la gendarmerie. Parmi les victimes, on distingue les **tués** qui sont décédés sur le coup ou dans les six jours qui suivent l'accident, les **blessés graves** dont l'état nécessite plus de six jours d'hospitalisation, les **blessés légers** dont l'état nécessite de 0 à 6 jours d'hospitalisation.

Les statistiques du SETRA portent sur des données enregistrées et non domiciliées. Elles concernent les accidents de la circulation survenus dans le département et non survenus à des habitants du département. Par conséquent le nombre de décès par accidents de la circulation issu des statistiques du SETRA est différent de celui de l'INSERM qui porte sur les décès domiciliés.

Définition : Les accidents de la vie courante sont définis comme les accidents survenant au domicile ou dans ses abords immédiats, lors de pratiques sportives ou de loisirs, à l'école, et de façon plus générale dans le cadre de la vie privée, à l'exception des accidents de la circulation, du travail, des suicides et des agressions. Il s'agit d'une estimation réalisée par les ORS à partir des causes de décès publiées par l'INSERM CépiDc.

CONTEXTE NATIONAL

Le suicide constitue un réel problème de santé publique, tant par les pertes en vie humaine qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne. Prévenir le suicide est l'une des dix priorités arrêtées par la Conférence Nationale de Santé de 1996 et l'une de celles retenues par les conférences régionales de santé dans 16 régions.

En termes de mortalité, 10 500 personnes sont décédées par suicide en moyenne chaque année pendant la période 1998-2000, ce qui représente environ 2% de la mortalité générale. Les études sur ce sujet s'accordent pour dire que ce nombre est sous-estimé de 20%. En effet, le suicide reste un sujet tabou, la condamnation des Eglises, les problèmes d'assurances, et aussi le souci de ménager la douleur de l'entourage, peuvent en partie expliquer cette sous-estimation. D'autre part, cette sous-estimation peut également provenir parfois d'un manque d'information sur les décès examinés par les Instituts médico-légaux. Une étude de l'INSERM et de l'Institut médico-légal de Paris menée en 1990 évalue à plus de 30% la sous-estimation du nombre de suicides chez les parisiens de 15-44 ans.

Après une période d'augmentation au début des années 1990, le nombre de décès par suicide a régressé, passant de 12 251 en 1993 à 10 800 en 2000. Depuis 1983, on enregistre plus de décès par suicide que par accidents de la circulation.

Selon les statistiques Eurostat, la France se situe dans l'espace européen parmi les pays qui présentent les taux de mortalité les plus élevés par suicide. En 1998, elle se situe au 5e rang pour les hommes (derrière la Finlande, la Belgique, l'Autriche et la Suisse) comme pour les femmes (derrière la Belgique, la Finlande, le Danemark et la Suisse).

En ce qui concerne les tentatives de suicide, celles-ci ne sont pas systématiquement recensées. Les derniers résultats de l'Enquête nationale en milieu scolaire (ESPAD 99) montrent que 9% des 14-19 ans ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie contre 7% en 1993. Cette hausse est surtout du fait des jeunes filles. Parmi les jeunes suicidants, un sur quatre est hospitalisé (dont 83% sont admis en urgence et 17% qui quittent l'hôpital dans les 12 heures). L'enquête de morbidité hospitalière du ministère chargé de la santé permet, en 1993, d'estimer à 164 000 le nombre de séjours effectués dans les hôpitaux publics et privés pour une tentative de suicide.

De nombreuses initiatives ont vu le jour depuis quelques années pour mettre la prévention du suicide au premier plan des priorités de santé publique. Depuis 1997, une journée nationale pour la prévention du suicide, mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, est organisée chaque année. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a établi des recommandations portant sur l'accueil aux urgences hospitalières des jeunes suicidants, la réponse hospitalière et le projet de sortie. Ces mesures nationales s'accompagnent de nombreuses initiatives régionales. Dans onze régions, dont Rhône-Alpes, des programmes régionaux de santé ont été mis en place pour apporter des réponses concrètes à la prévention du suicide et à la prise en charge des suicidants.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

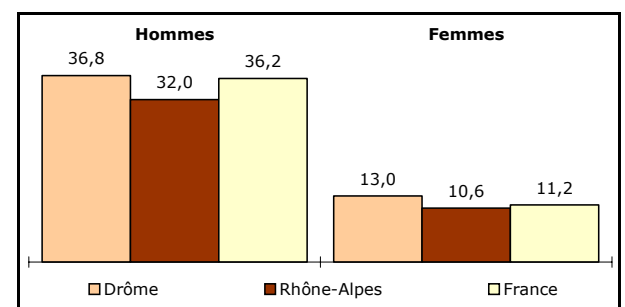
- La mortalité par suicide des drômois en 1998-2000 est supérieure à celle de la région.
- La mortalité par suicide est une cause importante de décès chez les jeunes drômois : elle représente 24% des décès masculins entre 15 et 34 ans et 13% des décès féminins entre 1998 et 2000.
- Sur les 84 décès annuels sur la période 1998-2000 près de la moitié (39) ont lieu chez les personnes âgées de 35 à 54 ans.

Une mortalité par suicide supérieure à celle de la région en 1998-2000

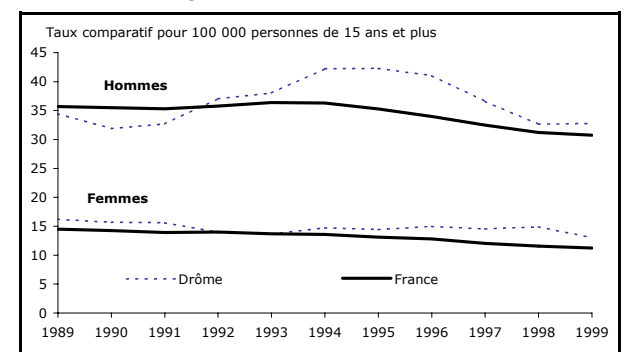
Entre 1998 et 2000, 84 drômois par an sont décédés par suicides. Ces données correspondent à un taux comparatif de 37 décès pour 100 000 hommes et 13 décès pour 100 000 femmes. La mortalité par suicides dans la Drôme chez les hommes et chez les femmes est supérieure à celle de la région. Sur l'ensemble des départements de Rhône-Alpes, le taux de mortalité de la Drôme occupe le 4ème rang chez les hommes et le 2ème chez les femmes.

Dans la Drôme, le taux de mortalité par suicides chez les hommes a baissé au cours de la deuxième moitié de la décennie 90, après avoir augmenté au cours de la première moitié. Chez les femmes, il a très peu varié au cours de cette période.

Taux comparatifs annuels de mortalité par suicides en 1998-2000 *



Evolution des taux comparatifs annuels de mortalité par suicides entre 1989 et 1999



Sources : INSERM CépiDc, INSEE Exploitation ORS
* Année centrale : 1989 est la moyenne de 1988, 1989 et 1990; 1990 est la moyenne de 1989, 1990 et 1991....

Définition : Taux comparatif de mortalité (voir page 2)

CONTEXTE NATIONAL

La prise en compte du risque professionnel résulte du développement des connaissances médicales et des sciences sociales, du système de protection sociale, de l'organisation et des conditions de travail ainsi que des mentalités et des choix politiques. Les risques professionnels, dont les conséquences s'expriment notamment en termes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, constituent un véritable enjeu de santé publique. Ils sont souvent générateurs d'invalidités, de handicaps sévères et de décès.

En 2003, à l'exception des accidents du trajet, les régimes général et agricole dénombrèrent en France métropolitaine 763 450 accidents avec arrêt, dont 54 800 ayant entraîné une incapacité permanente et 722 accidents mortels. Durant cette année, 34 642 premières indemnités pour maladies professionnelles (MP) ont été enregistrées pour le régime général et 3 072 l'ont été pour le régime agricole. Le nombre annuel de premières indemnités dans le régime général est en 2003 quatre fois et demi plus élevé qu'en 1994, sous l'effet de l'augmentation du nombre d'affections périarticulaires (68 % des MP en 2003 contre 53% en 1994), des affections dues à l'amiante (13 % des MP en 2003 contre 10% en 1994), et plus récemment de l'introduction d'un tableau représenté par les affections du rachis lombaire liées aux travaux de manutention (2 260 indemnités en 2003 soit 7 % du total). Au contraire, le nombre d'indemnités liées au bruit est en légère diminution quant à leur nombre, de sorte que leur part dans le total des maladies professionnelles s'est fortement réduite (2 % en 2003 contre 10 % en 1994).

L'environnement professionnel connaît des bouleversements importants (changement des modes de production, flexibilité, recours à l'intérim...), générant des contraintes et des effets de plus en plus difficiles à cerner et à quantifier sur l'état de santé (physique et mental) des travailleurs. Selon les résultats de l'enquête "Conditions de travail" menée en 1998 par la Dares (Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques) la charge mentale du travail (mesurée en terme de sentiment de responsabilité, urgence, bruit, attention soutenue, interruptions, moyens insuffisants et relations tendues) s'est accrue depuis le début des années quatre-vingt-dix. L'enquête européenne, menée en 2000 par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, montre qu'au moins un travailleur de l'Union Européenne sur quatre déclare souffrir du stress ou bien encore qu'un sur dix déclare être victime d'intimidation ou de harcèlement. La France a renforcé, sur ce point, sa législation dans le cadre de la loi de modernisation sociale, définissant le harcèlement moral au travail et prévoyant des sanctions pénales contre ce dernier.

FAITS MARQUANTS DANS LA DRÔME :

- En 2003, 7 700 accidents du travail avec arrêt et 500 accidents graves ont été traités par les régimes général et agricole (hors accidents du trajet).
- Les accidents avec arrêt traités par le régime général sont plus fréquents dans la Drôme (527 pour 10 000 salariés) qu'en Rhône-Alpes (447) et en France (409).
- Entre 2001 et 2003, 250 cas annuels de maladies professionnelles ont donné lieu à une première indemnisation par le régime général.

7 700 accidents du travail avec arrêt en 2003 dans la Drôme

En 2003, près de 7 700 victimes d'accidents du travail (salariés d'employeurs drômois) ont été indemnisées par le régime général et le régime agricole (respectivement 7 004 et 687). 5% des accidents réglés par le régime général et 19% des accidents réglés par le régime agricole ont eu des séquelles puisqu'ils ont entraîné soit la reconnaissance d'une incapacité permanente soit le décès.

Le nombre d'accidents du trajet s'élève à 878 (818 pour le régime général et 60 pour le régime agricole). Ces accidents sont plus graves puisque la proportion d'accidents avec séquelles s'élève à 9% et 40% respectivement pour les régimes général et agricole.

Accidents du travail indemnisés dans la Drôme en 2003

	Accidents de travail	dont avec séquelles	dont mortels
Régime général			
Accid. proprement dits ⁽¹⁾	7 004	377	5
Accidents du trajet ⁽²⁾	818	73	3
Régime agricole			
Accid. proprement dits ⁽³⁾	687	132	0
Accidents du trajet ⁽³⁾	60	24	0

Sources :

(1) CRAM : nombre d'accidents avec arrêt de travail

(2) CPAM : ensemble des accidents dont 70% enregistrent un arrêt

(3) MSA : nombre d'accidents avec arrêt de travail

Définition : L'accident du travail est défini par le Code de la sécurité sociale comme, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail. Les accidents de travail se composent : des accidents avec arrêt, des accidents avec séquelles et des accidents mortels. Sont également considérés comme accidents du travail, et indemnisés comme tels, les accidents survenus pendant le trajet aller et retour entre le lieu de travail et le domicile (ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial) ou le lieu du repas.

Les **accidents avec arrêt** sont les accidents ayant entraîné une interruption de travail d'un jour complet en sus du jour au cours duquel est survenu l'accident ayant donné lieu à une réparation sous forme d'un premier paiement d'indemnité journalière.

Les **accidents avec séquelles** sont ceux qui ont entraîné soit la reconnaissance d'une **incapacité permanente (IP)** par la Sécurité sociale, soit le décès.

En ce qui concerne les **décès**, les cas pris en compte sont ceux pour lesquels la mort est intervenue avant consolidation, c'est-à-dire avant fixation d'une IP et liquidation d'une rente.

CONTEXTE NATIONAL

L'eau est un élément essentiel à la vie, elle représente aussi une ressource pour l'économie mondiale, un milieu vivant et même un cadre de vie. Il s'agit d'une ressource abondante, mais non illimitée, et surtout fragile, car soumise à un risque croissant de pollution. Les risques liés à l'eau concernent la consommation d'eau non-potable, la baignade et la légionellose. Ainsi, près de la moitié de la population mondiale souffre de maladies associées à de l'eau contaminée, donc non potable. En France, comme dans tous les pays développés, où les ressources comblent largement les besoins, les problèmes sont davantage liés à l'usage récréatif de l'eau.

La contamination peut se faire par ingestion, par contact ou par inhalation de vapeur d'eau.

L'eau, qu'elle soit à consommer ou à but récréatif, peut contenir des contaminants microbiologiques induisant des dangers à court terme. Des bactéries peuvent entraîner des gastro-entérites aiguës, des leptospiroses, des légionelloses; des virus sont responsables de gastro-entérites, d'hépatites infectieuses, de poliomyélite; des parasites peuvent entraîner des gastro-entérites, des dysenteries amibiennes et des dermatites.

Il existe des risques chimiques principalement liés à l'ingestion d'eau contenant des éléments toxiques tels que les nitrates, le plomb, les fluorures et les pesticides... Les nitrates peuvent parfois être responsables d'intoxications graves chez le nourrisson. Le problème du plomb est préoccupant dans les régions où l'eau est faiblement minéralisée, car elle devient agressive pour les anciennes canalisations en plomb et peut être à l'origine d'intoxications chroniques des utilisateurs. On estime qu'environ 3,6 millions de personnes sont desservies par une telle eau.

Il existe également des risques liés à l'usage récréatif de l'eau (noyades : 2826 accidents en 2002 dont 409 décès, déshydratations, insolation et dernièrement les problèmes allergiques liés à certaines algues)

La distribution des eaux destinées à l'alimentation et l'information du public sur la qualité de ces eaux sont sous la responsabilité des maires, des laboratoires d'analyses et des distributeurs. Pour leur part, les DDASS ont pour mission de protéger les ressources en eau, de centraliser les informations sur les pathologies d'origine hydrique et de demander à ce que des solutions techniques tenant compte des problèmes rencontrés soient mises en œuvre. Enfin, la qualité des eaux de baignade (baignades aménagées et autres) s'est fortement améliorée au cours des 15 dernières années grâce aux efforts d'assainissement développés par les communes. Cependant, en 2003, 4,7% des lieux de baignade sont encore non conformes. On note une recrudescence des leptospiroses ictéro-hémorragiques, phénomène qui pourrait être lié à l'augmentation des activités récréatives en eau douce (pêche, baignades...) et à l'aménagement de nouvelles zones de loisir organisées.

FAITS MARQUANTS DANS LA DROME.

- 94,4% des analyses réalisées témoignent d'une eau de bonne qualité bactériologique.
- Pratiquement 100% d'analyses validées concernant la teneur en nitrates.
- 89,5% des zones de baignade en eau douce sont de qualité acceptable pour la baignade.

94,4% des analyses témoignent d'une eau de bonne qualité bactériologique.

Parmi les polluants qui peuvent affecter les eaux potables, les contaminations bactériennes restent le risque numéro un pour la santé. La contamination d'une eau est mesurée par la recherche de germes "test". Ces germes proviennent des matières fécales et des eaux usées. Leur présence dans l'eau indique l'existence d'un risque que d'autres germes, plus dangereux mais aussi beaucoup plus difficiles à détecter, soient également présents. Concernant les réseaux de plus de 3 500 habitants (85% de la population Drômoise), les eaux distribuées en 2004 ont été de bonne qualité bactériologique. Trois réseaux et 4 prélèvements avaient révélés quelques anomalies qui ont été normalisées très rapidement. Sur les plus petits réseaux de moins de 3500 habitants, 19% des analyses étaient non conformes. La mise en place d'un traitement de désinfection contribue à ce que la situation s'améliore. Dans la Drôme, il s'agit de simples désinfections (chlore gazeux, bioxyde de chlore) complétés parfois par des unités de filtrations. 106 installations de désinfection traitent les eaux de 106 réseaux de distribution.

Pratiquement 100% d'analyses conformes concernant les nitrates.

En ce qui concerne les réseaux de plus de 3 500 habitants, les eaux distribuées au cours de l'année 2004 sont restées aux normes réglementaires de 50 mg/l imposé par le code de la santé publique (maximum mesuré à 35 mg/l). Pour les réseaux de moins de 3 500 habitants, ces analyses sont restées correctes hormis un réseau desservant 100 habitants où la concentration en nitrate ne respecte pas la limite de qualité.

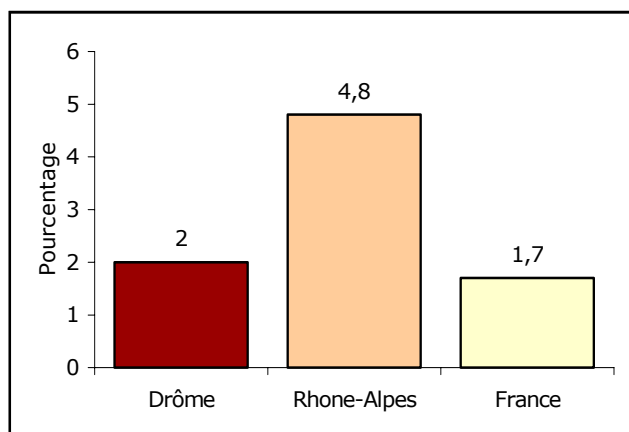
Les pesticides (triazine) dans l'eau.

Les produits phytosanitaires, que l'on retrouve dans les eaux sont essentiellement des reliquats de produits utilisés pour désherber les cultures (grandes cultures céréalières, vignobles...). La réglementation fixe une valeur de 0,1 µg/l pour une matière active et 0,5 µg/l pour l'ensemble des matières actives. Le bilan de l'année 2004 concernant les réseaux de plus de 3 500 habitants retrouvent une seule commune avec un taux > 0,1 (0,11). Cette commune, vulnérable aux pollutions agricoles recherche de nouvelles ressources de meilleures qualité.

Autres paramètres.

Les réseaux de plus de 3500 habitants, distribue une eau plutôt peu fluorée, et plutôt dure (92% des réseaux). Tous les autres paramètres sont conformes.

Incidence de la légionellose en 2003 (pour 100 000 habitants)



Sources: InVS, INSEE (estimation 2002)

Exploitation ORS

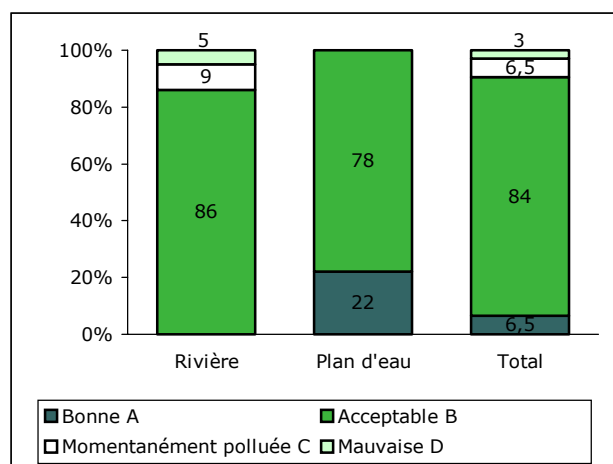
Qualité des baignades en eau douce durant l'été 2004

	Drôme 2004		France 2004	
	Nbre*	%	Nbre	%
Classe A (bonne qualité)	2	6,5	642	45,7
Classe B (acceptable pour la baignade)	26	84	692	49,2
Classe C (momentanément polluée)	2	6,5	68	4,8
Classe D (mauvaise qualité)	1	3	4	0,3
Total	31	100	1406	100

Sources : DDASS de la Drôme, DGS

* : Nombre de points de prélèvements en eau douce pour la France et le département pour lesquels la qualité de l'eau a été définie

Qualité des eaux de baignade en eau douce dans la Drôme par type de baignade durant l'été 2004



Source : DDASS de la Drôme

La carte prévisionnelle du contrôle qualité des eaux de baignades 2005 dans la Drôme réalisée par la DDASS est disponible à l'adresse suivante:

<http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/missions/drome/26.htm>

La légionellose dans la Drôme

Elle est due à une bactérie, *Legionella pneumophila*, qui se développe volontiers en eaux douces et chaudes (25-40°C) et dont la transmission s'effectue par l'intermédiaire de gouttelettes d'eau (tours aérorefrigérées, douches, fontaines, aérosols...) Elle est incriminée dans 1 à 15% des pneumopathies aiguës communautaires et peut entraîner des atteintes extra-pulmonaires. Elle est souvent responsable de tableaux sévères et de 5 à 30% de décès, surtout chez les personnes âgées ou immunodéprimées. Cette pathologie est soumise aux déclarations obligatoires depuis 1987. En 2003, 9 cas ont été déclarés dans la Drôme avec une incidence de 2 pour 100 000 habitants. En France, 1 044 déclarations obligatoires ont été effectuées, l'incidence étant de 1,7 pour 100 000 habitants ; dans la région Rhône-Alpes, l'incidence est de 4,8 avec 280 cas déclarés ; le maximum étant pour le Rhône (42 cas), le minimum étant pour l'Ardèche (1 cas).

Il faut toutefois être prudent, les déclarations sous-estimant le nombre de cas réels et s'effectuant dans le département domicile du patient et non celui de la contamination.

Des eaux de baignade en eau douce de qualité acceptable

La baignade en eau polluée présente des risques potentiels pour la santé. La qualité des eaux de baignade, si elle concerne d'abord le facteur santé, est également devenue un élément de développement touristique.

Les normes de qualité sont fixées par décret. La conformité s'établit autour de trois germes indicateurs de contamination, les coliformes totaux, les *Escherichia Coli* et les streptocoques ou entérocoques fécaux. En fin de saison, la qualité sanitaire de chaque site contrôlé par le Service santé-environnement de la DDASS donne lieu à un classement en 4 catégories : eaux de bonne qualité pour la baignade (A), eaux de qualité acceptable (B), eaux pouvant être momentanément polluées donc impropres à la baignade (C), et eaux de mauvaise qualité (D). Les deux premières classes répondent aux normes européennes d'aptitude des eaux à la baignade.

En 2004, le programme de surveillance a porté sur 31 points de contrôle localisés en des lieux fréquentés par les baigneurs qu'il s'agisse de baignades aménagées (8 plans et retenues d'eau) ou en rivière (22 points reconnus). Sur ces 31 points, 28 étaient conformes (soit 90,3% avec 2 points de qualité A et 26 de qualité B).

Comparativement à la France, les eaux de qualité A ou B sont moins nombreuses dans le département (94,9% sur l'ensemble de la France en 2004), mais cette situation résulte probablement du nombre important des baignades sur cours d'eau, qui sont souvent de moins bonne qualité que les plans d'eau. Dans le département, les rivières représentent 92% des baignades, contre 38% dans la région. 86% des points de baignade en rivière et 100% des zones de baignade sur plan d'eau dans le département sont conformes aux normes européennes. (classe A ou B).

CONTEXTE NATIONAL

Depuis les années 1970, la pollution atmosphérique a connu une évolution radicale. Les mesures de contrôle et l'évolution des modes de production ont permis une réduction des émissions de polluants type dioxyde de soufre produits par les chauffages, les industries... Ce sont les émissions du trafic routier qui sont actuellement au premier plan (oxydes d'azote, particules fines) et l'ozone. Les pointes hivernales de pollution acido-particulaires ont laissé place à des pollutions plus complexes (composés oxydants, particules fines, hydrocarbures). Au cours des dix dernières années, grâce aux progrès de mesure de la qualité de l'air et des méthodes statistiques, les connaissances sur les impacts de la pollution ont augmenté. Des études montrent qu'il existe un impact significatif des polluants sur la santé, en particulier sur l'espérance de vie qui tend à diminuer. Même si les risques sont faibles, l'importance de la population touchée et le caractère ubiquitaire de la pollution atmosphérique font de cette dernière un enjeu de santé publique. Garantir une air de bonne qualité fait partie des priorités du Plan National Santé Environnement 2004-2008 : actions sur les transports (réduction de émissions de particules diesel par les sources mobiles), sur les industries (réduire les émissions toxiques), sur l'air du milieu de vie qu'il ne faut pas négliger (tabac, matériaux de construction, cuisinière à gaz...) et sur celui des locaux à usage professionnel. Il ne s'agit donc pas d'agir uniquement sur les pics mais sur la pollution de fond afin de diminuer le nombre de décès « évitables ».

Le droit de chacun "à respirer un air qui ne nuise pas à sa santé" est désormais reconnu par la loi du 30.12.1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie. Ses objectifs consistent à prévenir, surveiller, réduire ou supprimer les pollutions atmosphériques et à préserver la qualité de l'air. Le dispositif de surveillance de la qualité de l'air couvre aujourd'hui l'ensemble du territoire national. Il est confié localement à des organismes associatifs agréés (loi 1901). La loi prévoit une information du public concernant le dépassement des seuils d'alerte et la mise en place d'actions (réduction du trafic, gratuité des transports en commun). En dehors de ces situations, l'information est assurée au quotidien par l'indice ATMO, construit à partir des mesures du dioxyde de soufre, dioxyde d'azote, ozone et poussières ; à 1, l'air est d'excellente qualité, à 10 elle est très mauvaise. D'autre part, des plans régionaux pour la qualité de l'air (PRQA) doivent être élaborés dans chaque région. Ils fixent des orientations permettant d'améliorer la qualité de l'air et de mieux connaître les impacts de la pollution atmosphérique. Ils sont renforcés par un plan de protection de l'atmosphère élaboré dans toutes les agglomérations de plus de 250 000 habitants ainsi qu'un plan de déplacements urbains dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants.

FAITS MARQUANTS DANS LA DROME :

- Quatre sites de surveillance de la qualité de l'air sont installés dans la Drôme.
- La Drôme contribue à la pollution atmosphérique en ce qui concerne l'ozone.
- La Drôme fait partie des départements français les plus touchés par le pollen d'ambrosie.

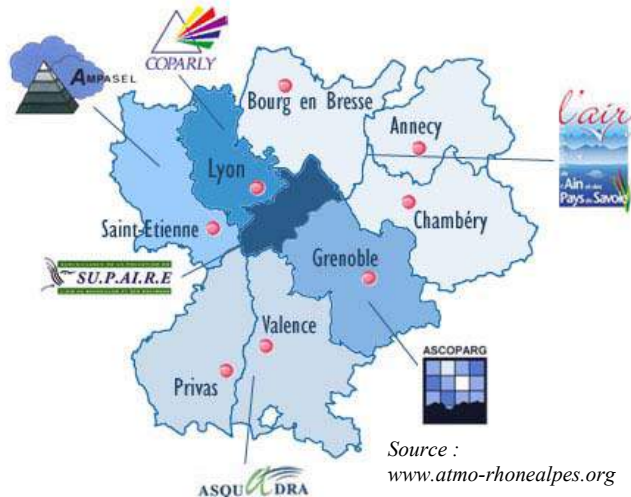
Les polluants de l'air et leurs effets sur la santé.

Le dioxyde de soufre (SO₂) est un gaz irritant, émis par la combustion de produits soufrés (fuel, charbon, gazole...). Les sources sont les transports routiers, les systèmes de chauffage et les industries. Il crée une gêne respiratoire chez les personnes sensibles. **Les oxydes d'azote (NOx)** sont émis par des combustions à haute température, notamment les moteurs automobiles. Le NO₂ est irritant et pénètre dans les plus fines ramifications des voies respiratoires et accroît la sensibilité des bronches aux infections. **L'ozone (O₃)** se forme dans l'atmosphère sous l'effet du soleil par des réactions chimiques complexes à partir des hydrocarbures et des oxydes d'azote émis par le trafic routier (il n'est donc pas émis directement par le trafic), il est agressif pour la respiration et les yeux. **Le monoxyde de carbone (CO)**, polluant d'origine essentiellement automobile, est un gaz incolore, inodore, non irritant, qui se fixe à la place de l'oxygène sur l'hémoglobine du sang, provoquant un manque d'oxygénation des organes (cerveau, coeur...). **Les hydrocarbures et les autres composés organiques volatils** sont libérés par évaporation ou formés lors de la combustion, notamment des carburants ; leurs effets sur la santé vont d'une gêne olfactive à une irritation et une diminution de la fonction respiratoire, certains (benzène) ayant des effets cancérogènes. **Les poussières** émises par le trafic et les industries irritent les voies respiratoires ; certaines d'entre elles sont cancérogènes.

Quatre sites de surveillance de la qualité de l'air mise en place par l'ASQUADRA dans la Drôme depuis 2000

L'ASQUADRA (Association de Surveillance de la Qualité de l'Air en Drôme et Ardèche) est créée depuis 1997. C'est la dernière à avoir vu le jour en Rhône-Alpes (1981 pour COPARLY dans le Rhône). Depuis 2000, 5 stations fixes de mesure de polluants ont été mises en place : 3 à Valence, 1 à Dieulefit et 1 à Annonay. Elle possède également une station mobile qui lui permet d'aller sonder de nombreux sites.

Réseaux de surveillance de la qualité de l'air en Rhône-Alpes



Source :
www.atmo-rhonealpes.org

