

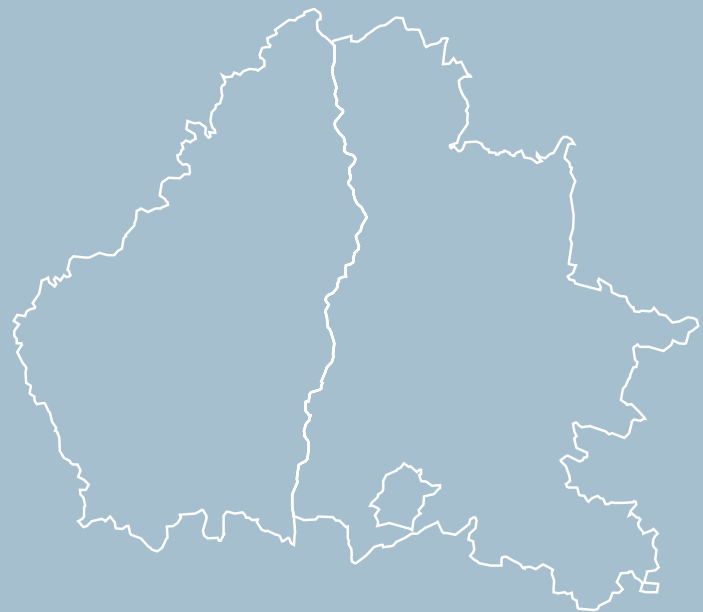
LA SANTÉ DES JEUNES

DE 6 À 24 ANS

DANS L'ARDÈCHE

ET LA DRÔME

AVRIL 2019



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES



Ce Dossier thématique sur la santé des jeunes de 6 à 24 ans dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme a été réalisé par **l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes**, à la demande et avec le soutien



du **Comité d'hygiène sociale de la Drôme**,



du **Conseil départemental de l'Ardèche**,

du **Conseil départemental de la Drôme**,



de **l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes (Délégations départementales de l'Ardèche et de la Drôme)**,

et de la **Mutualité française Auvergne-Rhône-Alpes**.



Réalisation du travail et mise en page

Sander de SOUZA, Lucile MONTESTRUCQ, Abdoul SONKO, Sylvie MAQUINGHEN

Ce travail a également bénéficié de la précieuse contribution des membres du comité de suivi :

Delphine BARTHÉLÉMY-BLANC (Anpaa de l'Ardèche), Roxane FÉRAUD (Anpaa de la Drôme), André ARIOTTI et Charlaïne DURAND (Conseil départemental de l'Ardèche), Magali TOURNIER et Brigitte VITRY (ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Délégations départementales de l'Ardèche et de la Drôme), Joëlle PUZIN et Véronique RAFFIN (CHS de la Drôme), Astrid CADDoux (Cpam de la Drôme), Martine CHALAYER et Frédéric MÈRE (Conseil départemental de la Drôme), Nicolas BAZIN (Ireps Auvergne-Rhône-Alpes), Alexis LANOOTE (Mutualité française Auvergne-Rhône-Alpes), Sylvie ORTEGA (Protection judiciaire de la jeunesse de l'Ardèche et de la Drôme), Éric PLEIGNET et Estelle TORRE (Tempo-Oppelia), Lucile VERCOUTÈRE (Ville de Valence)

Nous tenons à remercier également les organismes qui nous ont fourni les données nécessaires à la rédaction des fiches de ce dossier thématique :

l'Académie de Grenoble, l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, les Conseils départementaux de l'Ardèche et de la Drôme, les Anpaa de l'Ardèche et de la Drôme, la région Auvergne-Rhône-Alpes, les Caisses primaires d'Assurance maladie de l'Ardèche et de la Drôme, le CHS de la Drôme, Contact Drôme-Ardèche, l'Ireps Auvergne-Rhône-Alpes, la Mission locale du Valentinois, la Mutualité française Auvergne-Rhône-Alpes, PréO-RéPPOP, la Protection judiciaire de la jeunesse de l'Ardèche et de la Drôme, les villes de Valence et de Romans-sur-Isère, Tempo-Oppelia, l'Udaf de la Drôme

Ce dossier est disponible sur les sites suivants :

www.ors-auvergne-rhone-alpes.org ; www.chs-drome-sante.org

Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes

9 quai Jean Moulin - 69001 Lyon

Téléphone 04 72 07 46 20 ; Courriel : contact@ors-auvergne-rhone-alpes.org

SOMMAIRE

Introduction	7	Intro Synthèse
Synthèse	9	
Les jeunes : qui sont-ils ?	13	Qui sont-ils ? État de santé
[1] Données démographiques	15	
[2] Précarité, scolarisation, formation, insertion	19	
État de santé des jeunes		Qui sont-ils ? État de santé
[3] Contexte international, national, régional et local	25	
[4] Compétences psychosociales (CPS) – Littératie en santé	29	
Dispositifs de soins, offre et recours	37	Disp., offre, recours
[5] Professionnels de santé	39	
[6] Offre hospitalière	45	
[7] Structures d'accompagnement et de soin	47	
[8] Recours aux soins	63	
Données de santé générales	73	Santé générale
[9] Hospitalisations	75	
[10] Affections de longue durée (ALD)	79	
[11] Mortalité	83	
[12] Vaccination	85	
Problématiques de santé spécifiques	95	Santé spécifique
[13] Surcharge pondérale – Nutrition	97	
[14] Troubles de la vision	103	
[15] Vie affective et sexuelle	107	
[16] Santé mentale	123	
Comportements et usages		
[17] Substances psychoactives : tabac, alcool, cannabis, autres	133	
[18] Technologies de l'information et de la communication (TIC)	149	
[19] Troubles du comportement alimentaire (TCA)	157	
[20] Accidents de la circulation – Accidents de la vie courante	161	

INTRODUCTION

Contexte et objectifs

Depuis 1995, les principaux partenaires de la santé publique de l'Ardèche et la Drôme se sont engagés dans une dynamique d'observation multipartenariale de la santé.

Ce partenariat se concrétise par la rédaction de « **Tableaux de bord sur la santé** » mis à jour régulièrement grâce à la collaboration du Comité d'hygiène sociale (CHS) de la Drôme, de l'Agence régionale de santé (ARS), de l'Observatoire régional de la Santé (ORS) Auvergne-Rhône-Alpes et de nombreux acteurs locaux.

La dernière édition du Tableau de bord sur la santé date de janvier 2017. Entre deux mises à jour de ces Tableaux de bord, des « **Dossiers thématiques** » permettent d'approfondir l'observation locale sur des sujets de santé publique ciblés. Les trois derniers Dossiers ont été consacrés au diabète (janvier 2014), à la précarité (février 2015) et à la santé environnement (mars 2018).

Ces tableaux de bord et dossiers thématiques sont des **outils d'aide à la décision et à l'action** pour tous les acteurs de santé publique.

En 2019, les différents partenaires ont choisi de travailler sur « **La santé des jeunes de 6 à 24 ans dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme** ». La focale porte sur les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, trois catégories de la population ayant chacune des problématiques de santé à la fois générales et bien spécifiques. Le choix de ne pas étudier les 0-6 ans résulte de la parution d'un rapport de l'ORS en 2017 sur cette classe d'âge (*ORS Auvergne-Rhône-Alpes. La santé des enfants de 0-6 ans en Auvergne-Rhône-Alpes. État des lieux à partir des données exploitables. Décembre 2017*).

Méthode

La réalisation de ce Dossier thématique sur la santé des jeunes de 6 à 24 ans a été conduite entre septembre 2018 et mai 2019. Un comité de suivi associant les principaux partenaires de la santé publique et des experts de la jeunesse des deux départements s'est réuni à six reprises. Ce comité compte une douzaine d'institutions et associations dont les Délégations départementales de l'Ardèche et de la Drôme de l'ARS, les Conseils départementaux de l'Ardèche et de la Drôme, les Anpaa de l'Ardèche et de la Drôme, Tempo-Oppelia, le CHS de la Drôme, la Cnam de la Drôme, l'Ireps, la Protection Judiciaire de la Jeunesse, la Ville de Valence et la Mutualité française Auvergne-Rhône-Alpes.

Le sommaire du dossier a été décidé collégalement avec l'ensemble des partenaires, en fonction des grands enjeux de santé sur la jeunesse et des priorités locales. En parallèle, d'autres organismes ont été sollicités pour l'obtention de données (académie de Grenoble, Région Auvergne-Rhône-Alpes, association Contact Drôme-Ardèche, ville de Romans-sur-Isère, Udaf de la Drôme...). La richesse de ce dossier repose sur la connaissance experte et l'expérience des différents partenaires.

Le dossier est constitué de 20 fiches thématiques.

Une première partie présente le **contexte** en dressant un portrait des jeunes d'un point de vue **démographique et socioéconomique** dans les deux départements de l'Ardèche et la Drôme.

Une deuxième partie fait le point sur **la santé** des jeunes. Cette partie aborde en premier lieu des concepts tels que les compétences psychosociales développées autour des jeunes ou la littératie en santé. En second lieu, ce sont les **dispositifs de soins, d'offre et de recours** qui sont détaillés. Les **données de santé générales** sont approchées via les hospitalisations, la mortalité et la vaccination. Enfin, en dernier lieu, les **problématiques spécifiques des jeunes** (accidents, addictions, suicide, vie affective et sexuelle, surcharge pondérale, nouvelles technologies...) sont décrites.

Chacune des fiches comprend des **indicateurs quantitatifs** et des **informations qualitatives**. Les **données** utilisées pour réaliser ce Dossier proviennent principalement des **bases de données nationales en santé** et des **documents édités par les acteurs locaux** : rapports d'activité, études, supports de communication, actions... Des encarts « Pour en s@voir plus » permettent d'accéder à des ressources complémentaires en ligne.

Les principales limites rencontrées lors de la réalisation de ce dossier proviennent du manque de données à l'échelle départementale et du secret statistique dû à la faiblesse de certains effectifs sur les départements de l'Ardèche et de la Drôme.

Conçu pour être pédagogique, accessible à tous, dense dans son contenu grâce à la richesse des statistiques épidémiologiques et des éléments qualitatifs (données de prévention, ressources, etc.) et attrayant et novateur dans sa forme, ce nouveau dossier vise à devenir un outil précieux pour le diagnostic, l'action et la décision des acteurs locaux de santé publique.

Ce dossier thématique fait l'objet d'une restitution en séance publique le mercredi 5 juin 2019 à Valence.

SYNTHÈSE

Les jeunes dans l'Ardèche et de la Drôme : qui sont-ils ?

Contexte démographique

Au 1^{er} janvier 2015, l'Ardèche compte 65 654 jeunes âgés de 6 à 24 ans, soit 20,3 % de la population. Dans la Drôme, ce sont 111 411 jeunes qui sont âgés de 6 à 24 ans, soit 22,1 % de la population. La part de jeunes de 6 à 24 ans dans la population drômoise est plus élevée que celle relevée en Ardèche mais, quel que soit le département, ces parts sont inférieures à celles constatées en Auvergne-Rhône-Alpes (23,2 %) ou en France métropolitaine (22,9 %).

Les parts de jeunes âgés de 6 à 24 ans les plus élevées se concentrent dans les communes se situant le long du sillon rhodanien, limitrophe aux deux départements et plus particulièrement autour des grandes villes comme Valence ou Montélimar.

Les communes ayant les parts de jeunes âgés de 6 à 24 ans les moins élevées se retrouvent principalement à l'ouest de l'Ardèche, vers le plateau du Vivarais et à l'est de la Drôme, vers le Vercors ou les Baronnies provençales.

Malgré une population vieillissante, l'Ardèche et la Drôme conservent cependant un certain dynamisme démographique, en partie grâce à un solde migratoire positif. La population de l'Ardèche a augmenté de 0,6 % par an en moyenne entre 2010 et 2015 et celle de la Drôme de 0,8 %. Ces taux sont proches ou comparables à celui relevé en Auvergne-Rhône-Alpes sur la même période (0,8 % par an), mais plus élevés qu'en France métropolitaine (0,5 % par an).

Une part des jeunes de 18 à 24 ans non scolarisés supérieure à la moyenne régionale et des difficultés d'accès à l'emploi

En 2015, en Ardèche, ce sont 53 102 jeunes âgés de 6 à 24 ans qui étaient scolarisés, soit 80,9 % des jeunes de cette classe d'âge. Dans la Drôme, ils sont 89 347 jeunes de 6 à 24 ans à être scolarisés, soit 80,2 %. Ces taux de scolarisation sont comparables à ceux relevés en Auvergne-Rhône-Alpes (81,8 %) ou en France métropolitaine (81,7%).

Jusqu'à l'âge de 17 ans, les taux de scolarisation dans l'Ardèche et la Drôme diffèrent peu de ceux observés en région ou en France métropolitaine. À partir de cet âge, nombreux sont les jeunes qui quittent les départements de l'Ardèche et la Drôme pour poursuivre leurs études supérieures. Pour les jeunes âgés de 15 à 24 ans non scolarisés qui restent dans les départements de l'Ardèche et la Drôme, plus de 20 % n'ont aucun diplôme ou au plus le brevet des collèges. Cette situation place ces jeunes particulièrement en difficulté en termes d'insertion ou d'accès à l'emploi.

En 2015, 8 600 jeunes de 18 à 29 ans de l'Ardèche et 15 100 de la Drôme ne sont ni en emploi ni inscrits en établissement scolaire, soit un quart des jeunes de cette classe d'âge pour ces deux départements. Ces parts sont nettement supérieures à celles relevées en Auvergne-Rhône-Alpes (18,5 %) ou en France métropolitaine (20,8 %). Depuis 2010, la part de jeunes ni en emploi, ni inscrits en établissement scolaire a augmenté, quel que soit le territoire : +3,9 points en Ardèche, +2,7 points dans la Drôme, +2,1 points en Auvergne-Rhône-Alpes et +2,4 points en France métropolitaine.

L'état de santé des jeunes dans l'Ardèche et de la Drôme

Des jeunes globalement en bonne santé

En France, les jeunes sont globalement en bonne santé. Selon le Baromètre santé de 2010, 96,2 % des jeunes de 15-30 ans se déclarent en bonne santé. Si les jeunes sont en bonne santé et ont une bonne perception de leur santé, il faut toutefois souligner que certains peuvent présenter des besoins particuliers. Par leur mode de vie et en fonction aussi de facteurs socio-culturels, économiques et financiers, les jeunes sont exposés à divers risques de santé : troubles du développement, comportements à risque, difficultés liées à la vie affective et sexuelle, souffrance psychique, surpoids, obésité... Si la prévention et l'éducation à la santé, ainsi que le diagnostic et la prise en charge ont des rôles déterminants, d'autres concepts tels que la littératie en santé (motivation et compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé) et l'aide au développement de compétences psychosociales (capacité des personnes à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, aptitudes à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement) sont des leviers afin que les jeunes soient en capacité de prendre en charge au mieux leur santé.

Dispositifs de soins, offre et recours

Des densités de professionnels de santé libéraux plus faible dans la Drôme et surtout dans l'Ardèche par rapport à la région et à la France

Au 1^{er} janvier 2018, la densité de médecins libéraux (généralistes et autres spécialistes) est moindre dans la Drôme et surtout dans l'Ardèche comparés aux taux régionaux et nationaux. Il est relevé 24 médecins (dont 9 généralistes libéraux) pour 10 000 habitants en Ardèche, contre 31 dans la Drôme (dont 9 généralistes libéraux) et 34 en région et au niveau national (dont 9 généralistes libéraux). Les spécialités médicales les moins présentes en libéral sont la pédiatrie et la psychiatrie en Ardèche, l'ORL et la pédiatrie dans la Drôme.

Un recours aux médecins libéraux plus important dans les départements qu'en région

Le recours aux médecins généralistes et aux autres professionnels de santé libéraux des habitants de l'Ardèche et de la Drôme est globalement plus important qu'en Auvergne-Rhône-Alpes. Le recours aux dentistes pour les 5-24 ans est particulièrement élevé dans ces départements et la participation au programme M'T dents est plus importante en Ardèche et équivalente dans la Drôme à celle de la région. À noter que le taux de recours aux pédiatres est en revanche plus faible que le taux régional.

Données de santé générales

Des taux de mortalité par accidents élevés dans l'Ardèche et la Drôme

Dans l'Ardèche comme dans la Drôme, les principales causes de décès des 5-14 ans sont les tumeurs et les accidents ; pour les 15-24 ans, les principales causes de décès sont les morts violentes (accidents de la circulation, accidents de la vie courante, suicides). Il est à noter toutefois que les décès restent faibles en effectif sur les 2 départements et que les statistiques de mortalité sont à interpréter avec précaution.

Une couverture vaccinale insuffisante dans l'Ardèche et la Drôme

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la couverture vaccinale d'une maladie doit atteindre 95 % pour freiner sa propagation dans la population. La couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et *Hæmophilus influenzae* de type b (DTPcoq-Hib) est proche de l'objectif des 95 % dans l'Ardèche et la Drôme. La couverture vaccinale est insuffisante pour l'hépatite B et le pneumocoque, voire très insuffisante pour le papillomavirus et le méningocoque C. La couverture vaccinale insuffisante contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) conduit à des épisodes réguliers de rougeole depuis quelques années, la dernière en date étant de début d'année 2019. Il existe dans le territoire drômois des poches réfractaires à la vaccination telles que le Nyonsais, le Vercors et le Diois. Cette couverture vaccinale devrait s'améliorer du fait de l'obligation de vaccination contre 11 infections pour tous les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018.

Les enjeux de santé spécifiques des jeunes

La surcharge pondérale

La part d'enfants avec une surcharge pondérale dans l'Ardèche et la Drôme en 2014-2015 est plus basse que les chiffres de l'académie de Grenoble et que les niveaux nationaux.

Un recours à la contraception et aux interruptions volontaires de grossesse (IVG) plus important qu'au niveau de la région

Concernant les contraceptifs oraux, le taux de femmes de 15-24 ans ayant bénéficié d'un remboursement est plus élevé dans l'Ardèche que dans la Drôme ou la région.

Concernant les interruptions volontaires de grossesse (IVG), le taux de recours à l'IVG est plus important dans l'Ardèche que dans la Drôme, les deux étant au-dessus de la moyenne régionale. Ce taux est deux fois plus élevé chez les mineures dans la Drôme (4,9 %) que dans l'Ardèche (2,6 %).

Un taux régional de mortalité par suicide inférieur au taux national

Le suicide est la deuxième cause de décès chez les 15-24 ans, après les accidents de la circulation. Les faibles effectifs départementaux ne permettent pas de calculer les taux de mortalité à cette échelle. Au niveau régional, le taux de mortalité par suicide des 15-24 ans en 2013-2015 est plus bas (3,8 pour 100 000) qu'au niveau national (5,1 pour 100 000).

Des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide dans l'Ardèche et la Drôme supérieurs à ceux de la région Auvergne-Rhône-Alpes

Les taux d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) des 10-24 ans pour 100 000 jeunes en 2015-2017 pour tentative de suicide de l'Ardèche (164) et de la Drôme (192) sont supérieurs à ceux de la région Auvergne-Rhône-Alpes (148). Ces taux diminuent ces dernières années.

Des consommations de substances psychoactives plus importantes dans la région qu'au niveau national

L'extraction régionale de l'enquête ESCAPAD 2017 montre une expérimentation de plusieurs substances psychoactives à 17 ans plus importante en Auvergne-Rhône-Alpes qu'en France métropolitaine. Cela concerne le tabac, l'alcool et le cannabis. L'usage quotidien de tabac, les alcoolisations ponctuelles importantes et l'usage régulier de cannabis sont également plus importants dans la région qu'au niveau national. Les hospitalisations en MCO pour intoxication éthylique aiguë (IEA) concernent 2 à 3 hommes pour une femme chez les moins de 25 ans.

Les technologies de l'information et de la communication (TIC)

Les technologies de l'information et de la communication sont omniprésentes dans la vie quotidienne, notamment chez les enfants et les adolescents. Dans l'Ardèche et la Drôme de nombreux organismes sont présents et font de la prévention sur l'usage des écrans comme, par exemple, le Pôle ressources « Parentalité et Numérique » de l'Union départementale des associations familiales de la Drôme (Udaf 26).

Les accidents de la circulation touchent davantage les jeunes, particulièrement dans l'Ardèche et la Drôme

Le nombre de blessés hospitalisés et de morts sur les routes est en constante diminution depuis le début des années 2000, tant au niveau national que régional et départemental. En 2013-2017, les taux de mortalité des 18-24 ans par accident de la circulation de l'Ardèche et la Drôme sont supérieurs aux taux régionaux ou nationaux.

De nombreuses structures d'accompagnement et de soin pour les jeunes dans l'Ardèche et la Drôme

Malgré une moindre présence des jeunes dans l'Ardèche et la Drôme, ces deux départements ruraux peuvent compter sur de très nombreuses structures pour aider les jeunes tant en accompagnement qu'en soins.

Le Centre santé jeunes (CSJ) de Valence assure des activités de soins, de prévention, d'accompagnement et d'ouverture de droits sociaux. Il accueille principalement des étudiants et des jeunes en recherche d'emploi.

Concernant la vie affective et la santé sexuelle, il existe dans l'Ardèche et la Drôme 3 lieux rattachés à des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd) et 29 Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). Le Pass'Région est un dispositif gratuit permettant aux jeunes de commander des coupons Dépistage-Prévention.

Concernant la santé mentale, une vingtaine de Centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP enfants), une vingtaine de CMP adultes et 8 Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) peuvent accueillir enfants, adolescents et jeunes adultes.

Concernant les addictions, il existe une vingtaine de Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Parmi ces CSAPA, 9 centres proposent une Consultation jeunes consommateurs (CJC). Sont présents également 6 Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques liés à l'usage de drogues (CAARUD).

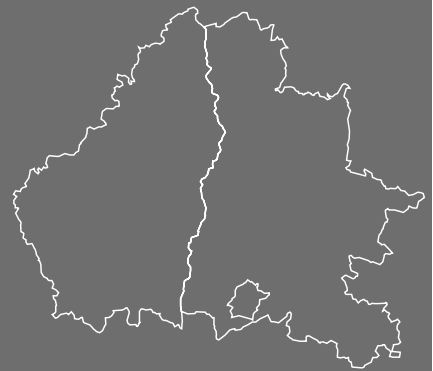
Concernant la précarité, 10 Permanences d'accès aux soins (PASS) et 3 Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) facilitent l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Concernant l'accompagnement, la Maison des Adolescents (MDA), les 7 Points accueil -écoute jeunes (PAEJ) et les Missions locales réparties en 68 lieux d'accueil sont les structures d'aide pour les jeunes en difficulté psychosociale.

Conclusion

Ce dossier thématique est le premier consacré à la santé des jeunes dans l'Ardèche et la Drôme. Inscrit en parfaite cohérence avec les stratégies politiques actuelles, notamment le Projet régional de santé (PRS 2018-2028) et ses huit priorités jeunes, ce dossier interroge sur certains sujets, en omet d'autres, invitant à mieux les documenter : précarité, jeunes en situation de handicap, violences, sexualité. Des entretiens avec des jeunes sur les territoires et/ou des professionnels de santé ou accompagnants seraient désormais précieux pour objectiver les données quantitatives.

LES JEUNES : QUI SONT-ILS ? ÉTAT DE SANTÉ DES JEUNES



Les jeunes : qui sont-ils ?

[1] Données démographiques	15
[2] Précarité, scolarisation, formation, insertion	19

État de santé des jeunes

[3] Contexte international, national, régional et local	25
[4] Compétences psychosociales (CPS) – Littératie en santé	29

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Malgré une population vieillissante, l'Ardèche et la Drôme ont conservé dans l'ensemble un certain dynamisme démographique, en partie grâce à un solde migratoire positif. La population de l'Ardèche a ainsi augmenté de 0,6 % par an en moyenne entre 2010 et 2015 et celle de la Drôme de 0,8 %. Ces taux sont proches ou comparables à celui relevé en Auvergne-Rhône-Alpes sur la même période (0,8 % par an), mais plus élevés qu'en France métropolitaine (0,5 % par an). Au sein de ces départements, quelques territoires plus éloignés de la vallée du Rhône ont connu une évolution négative de leur population.

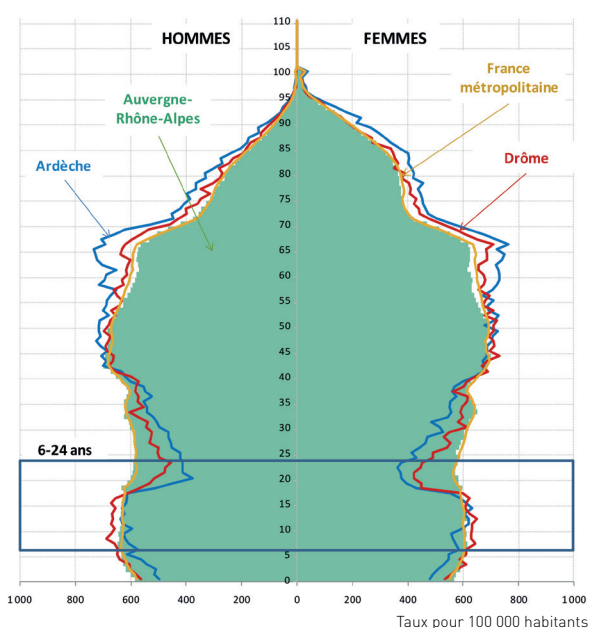
➔ Moins de jeunes dans l'Ardèche et dans la Drôme qu'au niveau national et régional

En Ardèche, au 1^{er} janvier 2015, 65 654 jeunes sont âgés de 6 à 24 ans, soit 20,3 % de la population.

Dans la Drôme, ce sont 111 411 jeunes qui sont âgés de 6 à 24 ans, soit 22,1 % de la population.

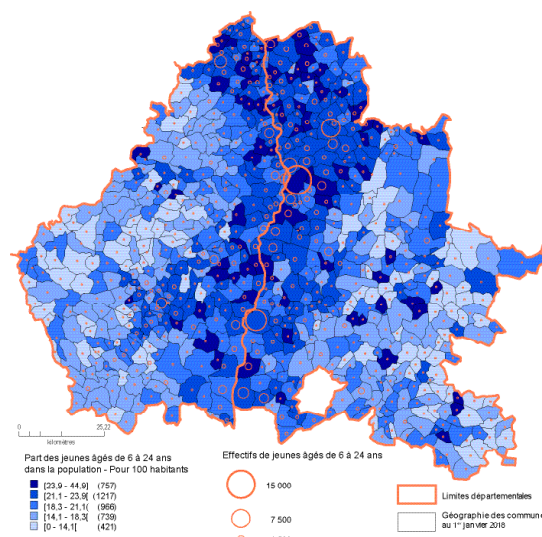
La part de jeunes de 6 à 24 ans dans la population drômoise est plus élevée que celle relevée en Ardèche mais, quel que soit le département, ces parts sont inférieures

Pyramide des âges en 2015 – Ardèche, Drôme, Auvergne-Rhône-Alpes et France métropolitaine



Source : Insee, RP 2015
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Effectif et part de jeunes âgés de 6 à 24 ans dans l'Ardèche et dans la Drôme en 2015



Source : Insee, RP 2015
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

à celles constatées en Auvergne-Rhône-Alpes (23,2 %) ou en France métropolitaine (22,9 %).

Les parts de jeunes âgés de 6 à 24 ans les plus élevées se concentrent dans les communes se situant le long du sillon rhodanien, limitrophe aux deux départements et plus particulièrement autour des grandes villes comme Valence ou Montélimar. Les communes ayant les parts de jeunes âgés de 6 à 24 ans les moins élevées se retrouvent principalement à l'ouest de l'Ardèche, vers le plateau du Vivarais et à l'est de la Drôme, vers le Vercors ou les Baronnies provençales.

Effectif et part de jeunes âgés de 6 à 24 ans dans l'Ardèche et dans la Drôme en 2015

	Ardèche		Drôme		Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
6-11 ans	23 167	7,1	39 241	7,8	592 675	7,5	4 763 050	7,4
12-15 ans	16 143	5,0	25 992	5,2	391 135	5,0	3 164 927	4,9
16-19 ans	13 501	4,2	22 678	4,5	383 463	4,9	3 102 293	4,8
20-24 ans	12 843	4,0	23 501	4,7	460 917	5,9	3 716 644	5,8
6-24 ans	65 654	20,3	111 411	22,1	1 828 190	23,2	14 746 914	22,9

Source : Insee, RP 2015

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Une évolution démographique des jeunes de 6 à 24 ans à la hausse dans l'Ardèche et dans la Drôme, mais une évolution moins marquée qu'au niveau régional...

Entre 2010 et 2015, le nombre de jeunes âgés de 6 à 24 ans a évolué au sein des 2 départements.

Ainsi, entre 2010 et 2015, la population âgée de 6 à 24 ans a augmenté de 0,9 % en Ardèche et de 1,9 % dans la Drôme.

Quel que soit le département, cette évolution est inférieure à celle relevée en Auvergne-Rhône-Alpes (2,7 %).

La classe d'âge des 20-24 ans est celle qui connaît l'évolution la moins favorable entre 2010 et 2015. Les facteurs explicatifs de ces évolutions sont multiples : évolution structurelle de la population, migration des jeunes (arrivée ou départ, notamment dans le cadre de leurs études)...

Évolution du nombre de jeunes âgés de 6 à 24 ans entre 2010 et 2015 en Ardèche et dans la Drôme

	Ardèche	Drôme	Auvergne-Rhône-Alpes	France métrop.
6-11 ans	0,6 %	5,4 %	4,8 %	2,7 %
12-15 ans	6,4 %	6,4 %	6,2 %	5,2 %
16-19 ans	0,8 %	-1,6 %	1,3 %	-0,3 %
20-24 ans	-4,7 %	-4,7 %	-1,4 %	-3,8 %
6-24 ans	0,9 %	1,9 %	2,7 %	0,8 %

Source : Insee, RP 2010 et 2015

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Mais une population vieillissante...

L'indice de jeunesse correspond au rapport entre le nombre de personnes de moins de 20 ans et celles de 60 ans et plus. Un indice inférieur à 1 signifie que les personnes de 60 ans et plus sont plus nombreuses que celles de moins de 20 ans, ce qui est le cas dans les 2 départements, Ardèche et Drôme.

L'indice de jeunesse est le plus faible en Ardèche, traduisant la présence d'une population vieillissante. Bien que plus élevé dans la Drôme, cet indice reste, pour les deux départements, inférieur à l'indice régional.

L'évolution de l'indice de jeunesse entre deux dates traduit l'accentuation ou l'atténuation des déséquilibres entre ces deux tranches d'âges. Ainsi, quel que soit le territoire, entre 2010 et 2015, les déséquilibres se sont accentués.

Selon les dernières projections de l'Insee¹, la Drôme connaîtrait, d'ici 2050, une croissance

Indice de jeunesse en Ardèche et dans la Drôme

	2015	2010
Ardèche	0,75	0,83
Drôme	0,91	1,00
Auvergne-Rhône-Alpes	0,99	1,08
France métropolitaine	0,97	1,06

Source : Insee, RP 2010 et 2015

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

¹ 9,5 millions d'habitants à l'horizon 2050. Insee Analyses Auvergne-Rhône-Alpes n° 41, juin 2017.

démographique supérieure à la moyenne régionale, dynamisée par des migrations favorables, mais l'excédent naturel (différence entre les naissances et les décès) resterait modéré du fait du vieillissement de la population.

L'Ardèche connaîtrait également une croissance démographique à l'horizon 2050 mais, en raison d'une population vieillissante, ce département rural connaîtrait une augmentation importante de sa population âgée de 65 ans et plus mais une stagnation démographique pour les classes d'âge plus jeunes.

➔ Des familles comprenant majoritairement 1 à 2 enfants

En 2015, la population de l'Ardèche est composée de 92 472 familles¹ dont 43 599 (47,1 %) ont des enfants de moins de 25 ans.

Dans la Drôme, il est dénombré 142 278 familles dont 71 209 (50,0 %) ont des enfants de moins de 25 ans.

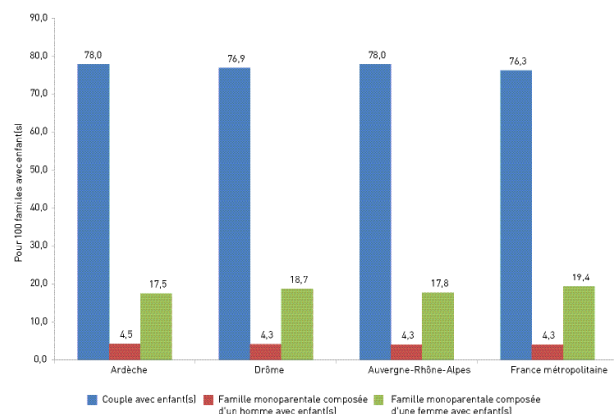
La part des familles avec enfant(s) de moins de 25 ans est plus élevée en Auvergne-Rhône-Alpes (51,4 %) ou en France métropolitaine (51,2 %).

En Ardèche, comme dans la Drôme, plus des trois quarts des familles avec enfant(s) sont des couples avec enfant(s). Les familles monoparentales représentent près d'un quart des familles avec enfant(s). Ces familles monoparentales sont composées majoritairement d'une femme avec enfant(s) mais il est à noter que 20,5 % des familles monoparentales en Ardèche et 18,7 % des familles monoparentales dans la Drôme sont composées d'un homme avec enfant(s).

Les familles monoparentales comptent, en moyenne, le moins d'enfants de moins de 25 ans au domicile. Ainsi, en 2015, en Ardèche, seulement 12,1 % des familles monoparentales avec enfants de moins de 25 ans sont des familles nombreuses (trois enfants ou plus) alors que 57,2 % de ces familles comportent un seul enfant de moins de 25 ans.

Dans la Drôme, 12,6 % des familles monoparentales avec enfants de moins de 25 ans sont des familles nombreuses (trois enfants ou plus) et 54,7 % comportent un seul enfant de moins de 25 ans. La part des familles monoparentales comportant 3 enfants et plus de ces deux départements est comparable à celle observée en Auvergne-Rhône-Alpes ou en France métropolitaine.

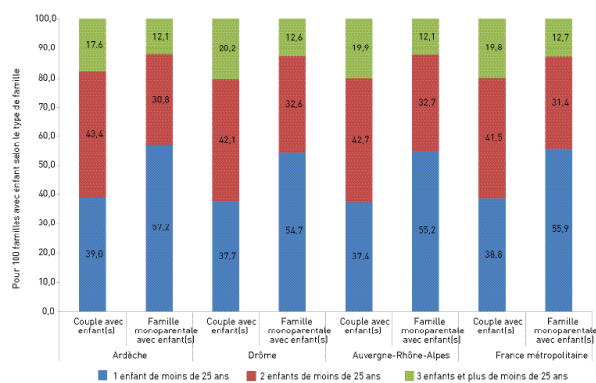
Répartition des familles avec enfant(s) selon le type de famille en Ardèche et dans la Drôme en 2015



Source : Insee, RP 2015

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Répartition des familles avec enfant(s) selon le type de famille et le nombre d'enfants de moins de 25 ans en Ardèche et dans la Drôme en 2015



Source : Insee, RP 2015

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

¹ Une famille est la partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée :

- Soit d'un couple vivant au sein du ménage, avec le cas échéant son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage ;
- Soit d'un adulte avec son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage (famille monoparentale).

Pour qu'une personne soit enfant d'une famille, elle doit être célibataire et ne pas avoir de conjoint ou d'enfant faisant partie du même ménage.

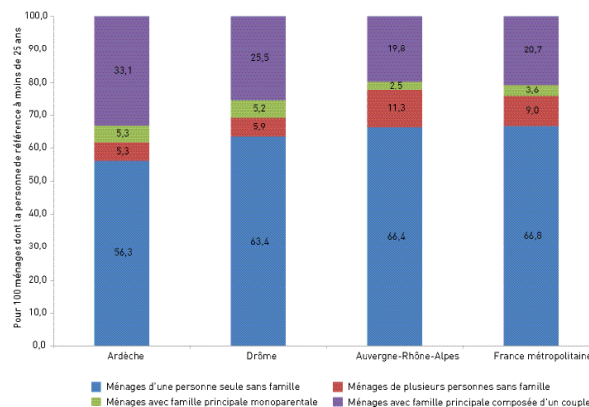
Un ménage peut comprendre zéro, une ou plusieurs familles.

En Ardèche, 3 823 ménages² (2,7 %) ont comme personne de référence une personne âgée de moins de 25 ans. Il est dénombré 7 851 ménages dont la personne de référence est âgée de moins de 25 ans dans la Drôme, cela représente 3,5 % des ménages.

En Ardèche, comme dans la Drôme, la majorité de ces ménages est composée d'une personne seule sans famille (au sens du recensement). En Ardèche, 33,1 % des ménages sont composés d'un couple, part nettement plus élevée qu'en Auvergne-Rhône-Alpes (19,8 %) ou en France métropolitaine (20,7 %).

Dans la Drôme, 25,5 % des ménages dont la personne de référence a moins de 25 ans sont composés d'un couple.

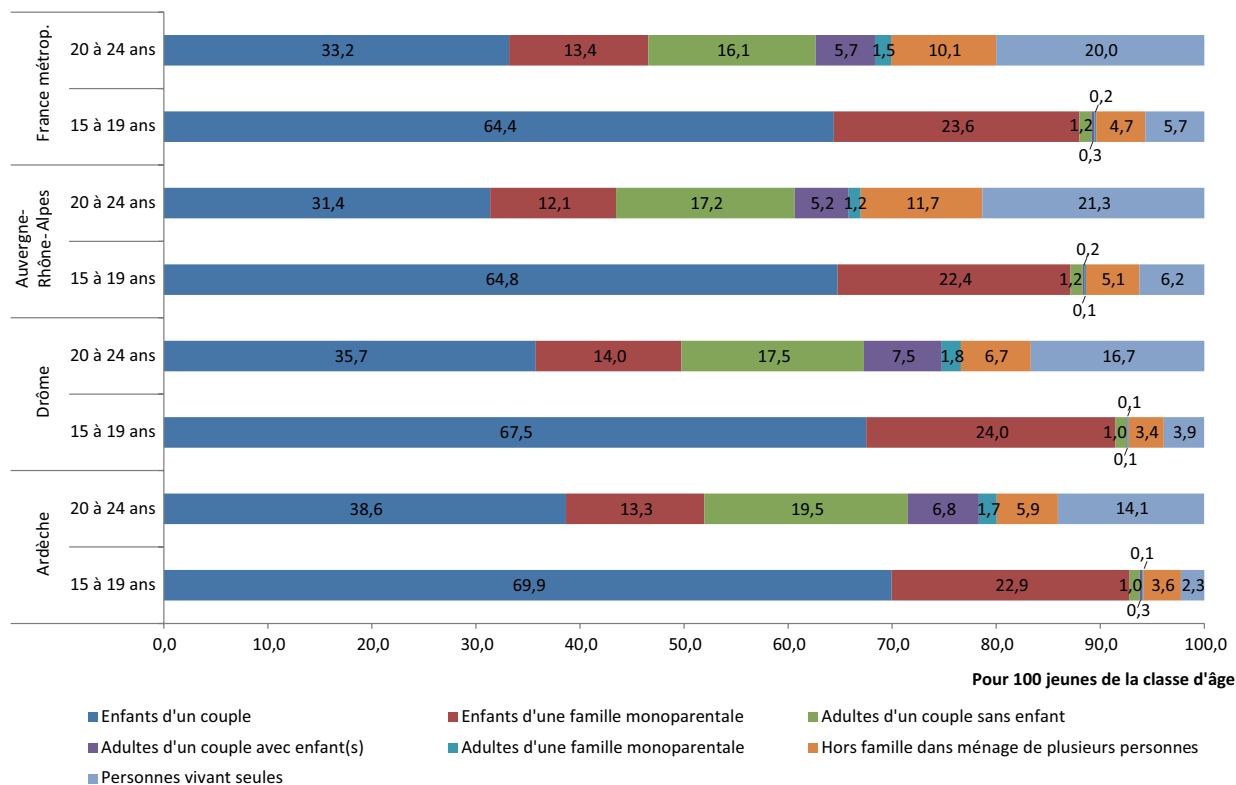
Répartition des ménages dont la personne de référence a moins de 25 ans selon le type de ménage en Ardèche et dans la Drôme en 2015



Source : Insee, RP 2015

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Population des ménages selon l'âge et le mode de cohabitation - Ardèche, Drôme, Auvergne-Rhône-Alpes et France métropolitaine - Année 2015



Source : Insee, RP 2015

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

² De manière générale, un ménage, au sens statistique du terme, désigne l'ensemble des occupants d'un même logement sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté (en cas de cohabitation, par exemple). Un ménage peut être composé d'une seule personne. Il y a égalité entre le nombre de ménages et le nombre de résidences principales. Les personnes vivant dans des habitations mobiles, les bateliers, les sans-abris et les personnes vivant en communauté (foyers de travailleurs, maisons de retraite, résidences universitaires, maisons de détention, ...) sont considérées comme vivant hors ménage.

SCOLARISATION, FORMATION, INSERTION, PRÉCARITÉ

Depuis les années 1960 et jusqu'au milieu des années 1990, les jeunes ont bénéficié de l'allongement des durées de scolarisation et le niveau de diplôme des élèves n'a cessé de s'élever. Néanmoins, celui-ci est toujours très lié au milieu social.

L'âge de la jeunesse est ainsi marqué par une grande transition, le passage de l'école à l'emploi. À 15 ans, la majorité des jeunes sont encore sur les bancs de l'école. À 19 ans, plus d'un tiers des jeunes ne sont plus scolarisés. Dans ce dernier cas, ils peuvent exercer un emploi mais celui-ci est rarement durable. Les études longues sont loin d'être généralisées. Le rapport à l'école dépend, pour une bonne part, du milieu social d'origine¹.

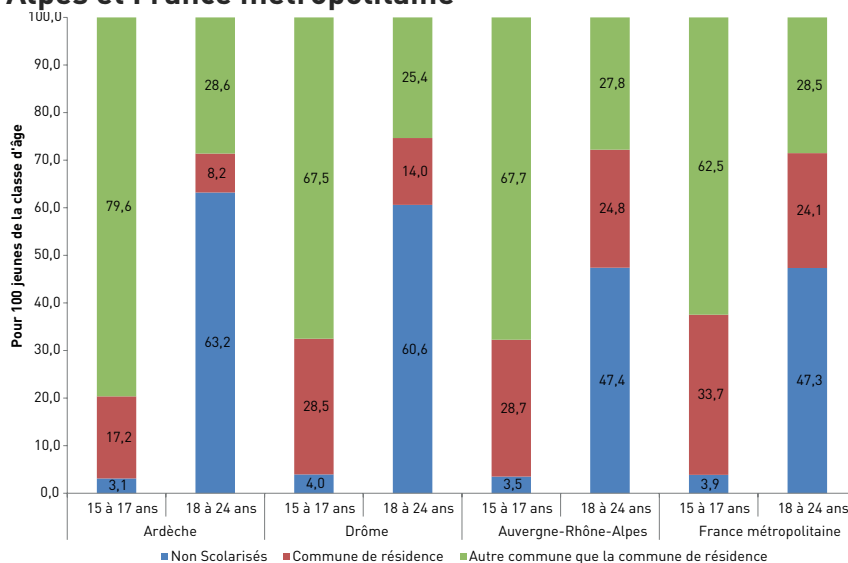
➔ Une part de jeunes de 18 à 24 ans non scolarisés supérieure à la moyenne régionale

En 2015, en Ardèche, 53 102 jeunes âgés de 6 à 24 ans étaient scolarisés, soit 80,9 % des jeunes de cette classe d'âge. Dans la Drôme, ils sont 89 347 jeunes de 6 à 24 ans à être scolarisés, soit 80,2 %. Ces taux de scolarisation sont comparables à ceux relevés en Auvergne-Rhône-Alpes (81,8 %) ou en France métropolitaine (81,7%).

Jusqu'à l'âge de 17 ans, les taux de scolarisation dans l'Ardèche et la Drôme diffèrent peu de ceux observés en région ou en France métropolitaine. L'Ardèche se distingue toutefois de la Drôme, de la région ou de la France métropolitaine par un taux supérieur de jeunes scolarisés dans une commune autre que leur commune de résidence et ce, quel que soit l'âge. Après 18 ans, le taux de scolarisation baisse sensiblement avec l'âge.

En 2015, 12 154 jeunes âgés de 15 à 24 ans de l'Ardèche (40,1 %) et 21 121 de la Drôme (40,1 %) ne sont pas scolarisés – 33,9% en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine.

Scolarisation des jeunes de 15 à 24 ans selon leur lieu de scolarisation, 2015 – Ardèche, Drôme, Auvergne-Rhône-Alpes et France métropolitaine



Source : Insee, RP 2015 Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La part de jeunes de 18 à 24 ans non scolarisés dans l'Ardèche (63,2 %) et la Drôme (60,6 %) est nettement supérieure à celle relevée en Auvergne-Rhône-Alpes (47,4 %) ou en France métropolitaine (47,3 %).

Cela peut notamment s'expliquer par le départ de nombreux jeunes de ces départements pour poursuivre leurs études. Ceci contribue à ce que la part des jeunes de 18 à 24 ans dans l'ensemble de la population soit inférieure à celles de la région ou de la France métropolitaine.

¹ Les jeunes et l'éducation – Observatoire des inégalités – https://www.inegalites.fr/Les-jeunes-et-l-education?id_mot=29#nb1

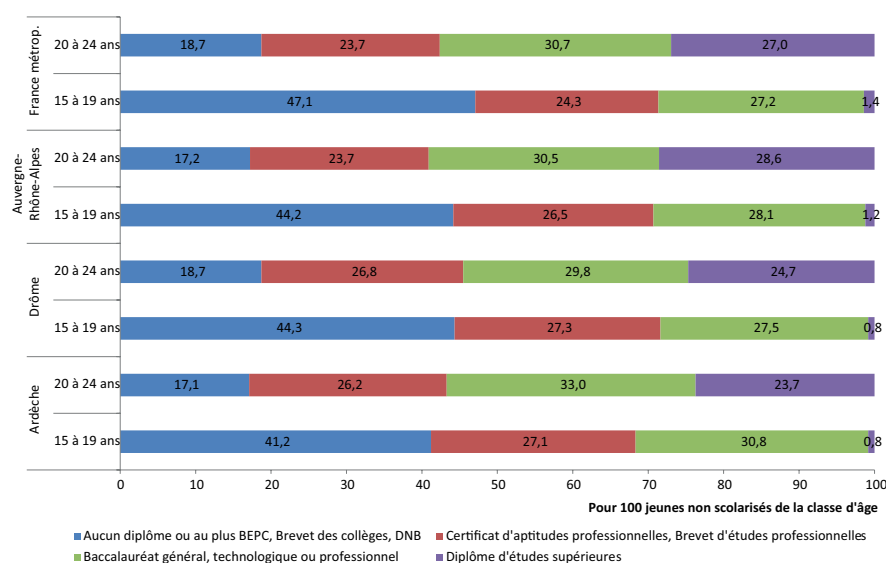
➔ Plus de 20 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans et non scolarisés n'ont aucun diplôme ou au plus le brevet des collèges

Au 1^{er} janvier 2015, 2 621 jeunes de l'Ardèche âgés de 15 à 24 ans et non scolarisés, soit 21,6 % des jeunes non scolarisés de cet âge, n'ont aucun diplôme ou au plus le brevet des collèges. Ils sont 4 932 dans la Drôme, soit 23,4 % des jeunes non scolarisés et âgés de 15 à 24 ans. Ces taux sont comparables, pour l'Ardèche, au taux régional (21,5 %) et supérieurs de 2 points pour le département de la Drôme. La part de jeunes sans diplôme est, quel que soit le territoire, plus élevée chez les 15-19 ans. Les jeunes de 15 à 24 ans sans diplôme sont majoritairement des garçons (près de 60 %) en Ardèche comme dans la Drôme.

La Drôme et l'Ardèche se démarquent de la région et de la France métropolitaine par une part plus élevée de jeunes non scolarisés âgés de 15 à 24 ans ayant un CAP, un BEP ou un baccalauréat général, technologique ou professionnel. Chez les 20-24 ans non scolarisés en 2015, 23,7 % ont un diplôme d'études supérieures dans l'Ardèche, 24,7 % dans la Drôme. Ces taux sont inférieurs à ceux relevés en Auvergne-Rhône-Alpes (28,6 %) ou en France métropolitaine (27,0 %).

Une faible qualification des jeunes peut rendre complexe leur insertion professionnelle. La France se distingue en effet des différents pays européens par un caractère très déterminant, pour la trajectoire professionnelle, de la formation initiale et du diplôme².

Population non scolarisée de 15 à 24 ans par âge et diplôme le plus élevé, 2015 – Ardèche, Drôme, Auvergne-Rhône-Alpes et France métropolitaine



Note de lecture :

- En 2015, 18,7 % des jeunes âgés de 20 à 24 ans non scolarisés de la Drôme n'ont aucun diplôme ou au plus le brevet des collèges ;
- En 2015, dans l'Ardèche, 41,2 % des jeunes non scolarisés et âgés de 15 à 19 ans n'ont aucun diplôme ou au plus le brevet des collèges.

Source : Insee, RP 2015 – Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

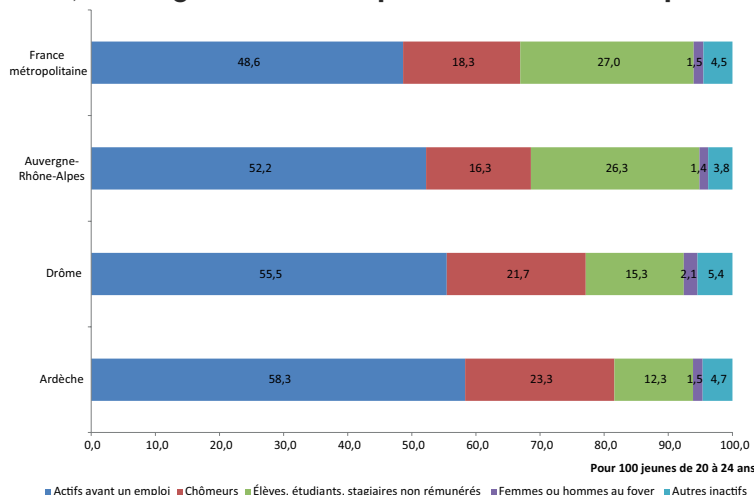
Comme évoqué précédemment, les jeunes de 20 à 24 ans de l'Ardèche et de la Drôme sont moins souvent étudiants³ que ceux de l'ensemble de la région ou de la France métropolitaine. Ainsi, 12 % des Ardéchois âgés de 20 à 24 ans et 15 % des Drômois poursuivent des études. Plus d'un jeune sur deux âgé de 20 à 24 ans dans l'Ardèche (58 %) et dans la Drôme (55 %) est un actif ayant un emploi. Ces taux sont supérieurs à ceux relevés en région ou en France métropolitaine.

Enfin, plus de 20 % des jeunes de 20 à 24 ans de l'Ardèche et de la Drôme se déclarent chômeurs (au sens du recensement).

² Devenir adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe, PUF 2008. Cécile Van De VELDE

³ Il est à noter que les élèves et étudiants majeurs qui n'habitent pas chez leurs parents sont recensés là où ils résident pour leurs études et non dans la commune de leur résidence familiale.

Type d'activité des jeunes de 20 à 24 ans, 2015 – Ardèche, Drôme, Auvergne-Rhône-Alpes et France métropolitaine



Source : Insee, RP 2015. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Note de lecture :

- En 2015, 12,3 % des jeunes de 20 à 24 ans résidant en Ardèche sont étudiants, 58,3 % sont des actifs ayant un emploi et 23,3 % se déclarent chômeurs (au sens du recensement) ;
- En 2015, 15,3 % des jeunes de 20 à 24 ans résidant dans la Drôme sont étudiants, 55,5 % sont des actifs ayant un emploi et 21,7 % se déclarent chômeurs (au sens du recensement).

L'accès à l'emploi est l'une des étapes clés qui séparent l'enfance de l'âge adulte. L'emploi stable conditionne en partie l'obtention d'un logement, la formation d'un couple et d'une famille⁴.

En 2015, 9 573 jeunes de l'Ardèche et 16 650 de la Drôme déclarent être en emploi. Entre 15 et 19 ans, ces emplois sont majoritairement des emplois d'ouvriers, à partir de 20 ans, il est noté un certain équilibre entre les ouvriers et les employés dans ces deux départements.

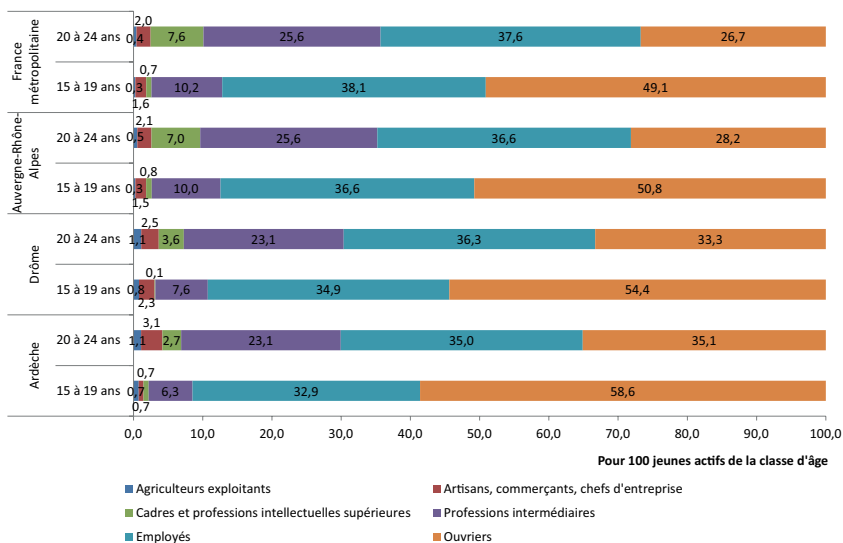
Les jeunes de 15 à 24 ans de l'Ardèche et de la Drôme sont plus souvent ouvriers que ceux d'Auvergne-Rhône-Alpes ou de France métropolitaine.

Les jeunes en emploi sont plus souvent placés par une agence d'intérim ou en contrat à durée déterminée (CDD). Ces situations ont un impact notamment sur leur niveau de vie.

En 2015, 8 600 jeunes de 18 à 29 ans de l'Ardèche et 15 100 de la Drôme ne sont ni en emploi ni inscrits en établissement scolaire, soit un quart des jeunes de cette classe d'âge pour ces deux départements. Ces parts sont nettement supérieures à celles relevées en Auvergne-Rhône-Alpes (18,5 %) ou en France métropolitaine (20,8 %).

Depuis 2010, la part de jeunes ni en emploi, ni inscrits en établissement scolaire a augmenté, quel que soit le territoire : +3,9 points en Ardèche, +2,7 points dans la Drôme, +2,1 points en Auvergne-Rhône-Alpes et +2,4 points en France métropolitaine.

Population active de 15 à 24 ans ayant un emploi par catégorie socioprofessionnelle, 2015 – Ardèche, Drôme, Auvergne-Rhône-Alpes et France métropolitaine



Source : Insee, RP 2015 Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les 18-29 ans ni en emploi ni inscrits en établissement scolaire en Ardèche, Drôme, Auvergne-Rhône-Alpes et France métropolitaine

	18 à 29 ans ni en emploi ni inscrits en établissement scolaire 2010	18 à 29 ans ni en emploi ni inscrits en établissement scolaire 2015	Part des ni en emploi ni inscrits en établissement scolaire dans la classe d'âge 18-29 ans en 2010 (%)	Part des ni en emploi ni inscrits en établissements scolaires dans la classe d'âge 18-29 ans en 2015 (%)
Ardèche	7 500	8 600	21,6	25,5
Drôme	13 900	15 100	22,4	25,1
Auvergne-Rhône-Alpes	184 375	206 218	16,4	18,5
France métropolitaine	1 720 900	1 891 500	18,4	20,8

Source : Insee, RP 2010 et 2015. Exploitation Insee Auvergne-Rhône-Alpes

En 2017, le taux de chômage annuel des jeunes de 15 à 24 ans s'élève à 25,9 % en Ardèche, 24,5 % dans la Drôme.

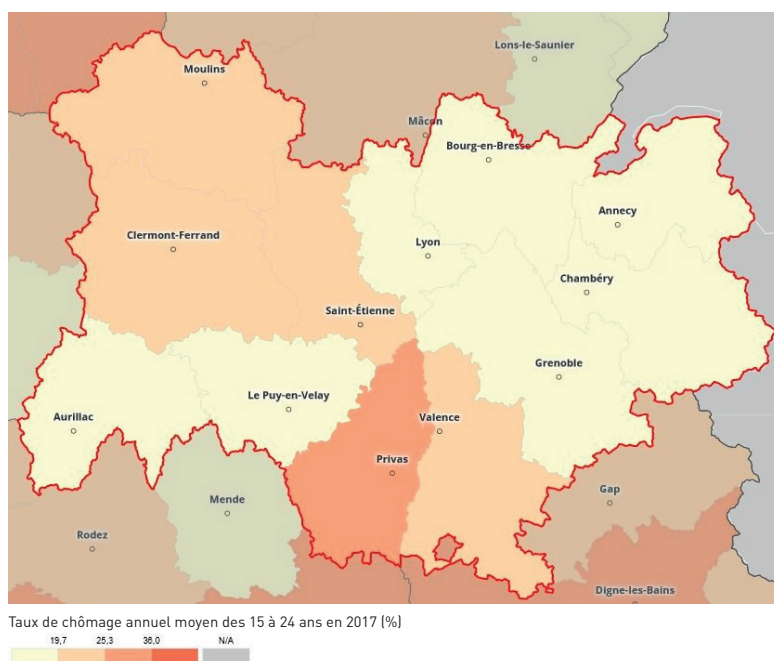
Ces taux sont supérieurs de 6 points pour la Drôme et de 7,4 points en Ardèche à ce qui est relevé en Auvergne-Rhône-Alpes (18,5 %). Ils sont parmi les plus élevés de la région.

Ces taux de chômage élevés ne signifient pas qu'un jeune sur quatre, âgé de 15 à 24 ans, est au chômage. En effet, le taux de chômage est le rapport entre le nombre de demandeurs d'emploi à celui des jeunes actifs de cette classe d'âge. Or, un grand nombre de jeunes à ces âges ne sont pas considérés comme « actifs » tel que le définit le marché du travail.

En Ardèche et dans la Drôme, les jeunes rencontrent des difficultés d'insertion importantes. Comme évoqué précédemment, la majorité d'entre eux sont peu ou pas diplômés.

Comme le précise l'Insee⁵, plusieurs facteurs contribuent globalement au niveau élevé du chômage dans ces départements : problèmes de reconversion de la main-d'œuvre, éloignement d'une partie de la population rurale des pôles d'emploi, arrivées migratoires⁶...

Taux de chômage annuel moyen des 15 à 24 ans en 2017 (%) par département – Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Insee, Taux de chômage localisé, enquête emploi DOM.
Exploitation : Insee Auvergne-Rhône-Alpes.

⁵ Du Cantal à la Haute-Savoie, un chômage limité qui masque des situations socio-économiques opposées – Insee Analyses Auvergne-Rhône-Alpes – 74 [Internet]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3689183>

⁶ Solde migratoire / Migrations / Mouvements migratoires : Le solde migratoire est la différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur le territoire et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours de l'année. Ce concept est indépendant de la nationalité. Définition Insee - <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1450>

➔ Plus de 20 % des familles⁷ de l'Ardèche et de la Drôme sont allocataires à bas revenu

En 2015, le taux de pauvreté en Auvergne-Rhône-Alpes est de 12,8 %, taux inférieur de 2 points à celui relevé en France métropolitaine. Dans les départements, le taux de pauvreté est de 14,8 % en Ardèche et 15,5 % dans la Drôme. Ces taux sont parmi les plus élevés de la région.

Deux types de familles sont particulièrement concernés par la pauvreté : les familles monoparentales et les familles nombreuses. Ainsi, le taux de pauvreté des familles monoparentales en Ardèche est de 33,0 %, il est de 33,7 % dans la Drôme, soit des taux supérieurs de 5 points et plus à celui relevé dans la région.

Taux de pauvreté selon le type de ménage (1) en 2015 - %

	Famille monoparentale	Couple sans enfant	Couple avec enfants	Ménage complexe	Femme seule	Homme seul
Ardèche	33,0	6,3	14,0	13,4	16,3	20,8
Drôme	33,7	6,1	15,0	15,4	15,8	19,1
Auvergne-Rhône-Alpes	28,0	5,2	12,0	14,7	13,7	16,6
France métropolitaine	30,9	5,9	13,7	20,5	15,1	18,2

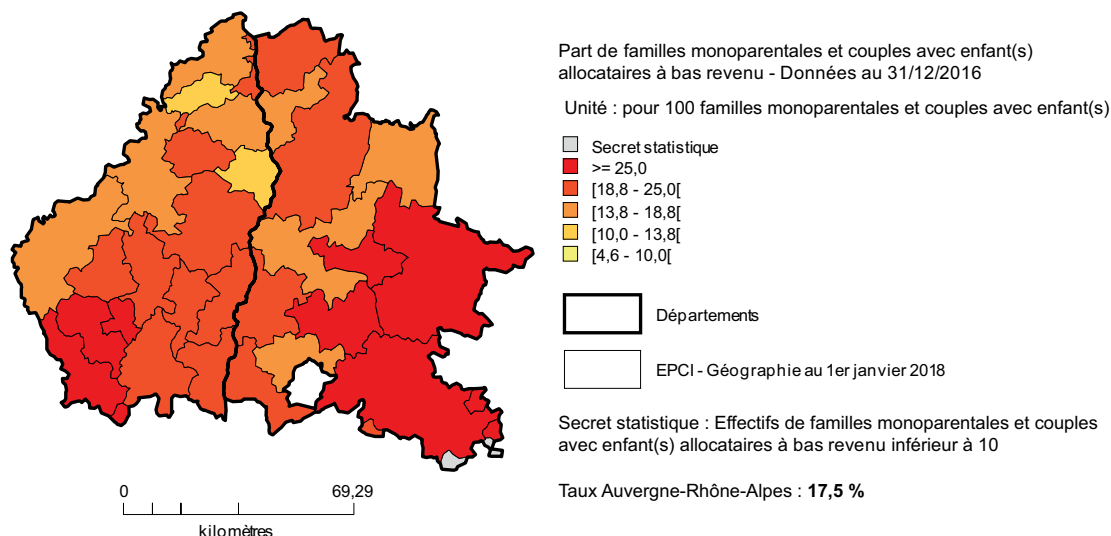
Sources : Insee, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) 2015

(1) Seuil de pauvreté à 60 %

En Ardèche et dans la Drôme, respectivement 20,1 % et 21,8 % des familles (monoparentales et couples avec enfant(s)) sont allocataires à bas revenus⁸. Ces taux sont supérieurs à celui relevé en Auvergne-Rhône-Alpes (17,5 %).

Ces familles à bas revenus sont composées majoritairement de familles monoparentales. Celles ci-représentent, quel que soit le département, près de 55 % des familles à bas revenus. Un faible niveau de formation et des difficultés, particulièrement pour les personnes élevant seules leurs enfants, à mener de front responsabilités familiales et exercice d'un emploi peuvent conduire, dans de nombreux cas à un éloignement durable du marché du travail.

Familles monoparentales et couple avec enfant(s) à bas revenus dans l'Ardèche et la Drôme - 2016



Sources : Cnaf - CCMSA - Données au 31/12/2016 ; Insee - RP 2015. Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

⁷ Familles monoparentales et couples avec enfant(s)

⁸ Le seuil de bas revenus est fourni chaque année par l'Insee à partir de l'enquête sur les revenus fiscaux et sociaux hors revenus financiers imputés. Le seuil applicable sur les données au 31/12/2016 relatif aux revenus de l'année 2015 s'établit à 1 045 €.

Ainsi, les contraintes de ces familles peuvent conduire à des conditions de vie difficiles pouvant avoir un impact pour les enfants, notamment sur leur santé ou encore leur réussite scolaire.

Part des enfants vivant dans un ménage pauvre en 2015 - %

	Impact du système socio-fiscal (1)	
	Avant	Après
Ardèche	34,9	21,8
Drôme	37,9	23,2
Auvergne-Rhône-Alpes	30,9	18,8
France métropolitaine	34,6	22,0

Sources : Insee, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) 2015

(1) Seuil de pauvreté à 60 %

📖 Définition

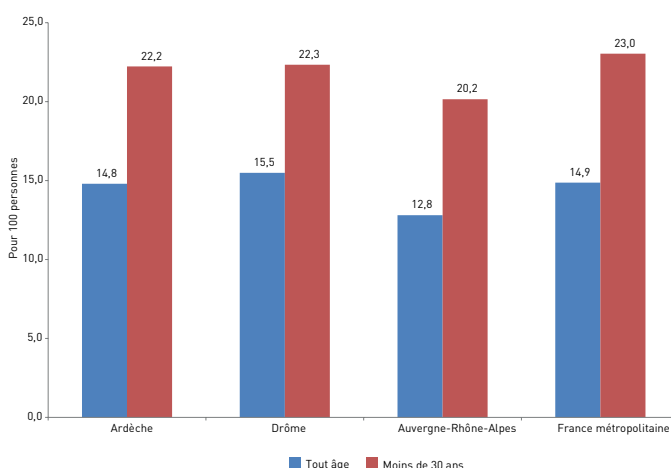
- Avant impact du système socio-fiscal : part des enfants de moins de 18 ans vivant dans un ménage pauvre avec enfant(s), avant prise en compte du système socio-fiscal, parmi l'ensemble des enfants de moins de 18 ans ;
- Après impact du système socio-fiscal : part des enfants de moins de 18 ans vivant dans un ménage pauvre avec enfant(s), après prise en compte du système socio-fiscal, parmi l'ensemble des enfants de moins de 18 ans

Rapporté à l'âge, les moins de 30 ans restent la classe d'âge où le taux de pauvreté est le plus élevé. L'Ardèche et la Drôme ont, pour les moins de 30 ans, des taux de pauvreté proches de celui de la France métropolitaine mais supérieurs de 2 points à celui de la région. Ainsi, 22 % des moins de 30 ans de l'Ardèche et de la Drôme vivent sous le seuil de pauvreté.

📖 Définition

Le **taux de pauvreté** correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros). En Europe, le seuil de 60 % du niveau de vie médian est privilégié. Ce seuil est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population.

Taux de pauvreté des moins de 30 ans en Ardèche et dans la Drôme - 2015



Source : Insee, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) 2015 - Seuil de pauvreté à 60 %
Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

CONTEXTE INTERNATIONAL, NATIONAL, RÉGIONAL ET LOCAL

↳ La santé des jeunes, une préoccupation internationale, nationale et régionale

Au niveau international

La communauté internationale fait de la santé un enjeu majeur de la vie des adolescents et des jeunes. Cette préoccupation apparaît désormais aussi essentielle que la formation.

En 2015, de nouvelles normes mondiales pour la qualité des services spécifiques destinées aux adolescents et aux jeunes adultes ont été élaborées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le programme « *Global Standards for Quality Health-Care Services for Adolescents* ».

Ces normes sont de trois niveaux :

- Un accès aux soins gratuit, confidentiel et non discriminant ;
- Une éducation à la santé et au bien-être ;
- L'engagement citoyen des jeunes eux-mêmes.

Ces normes se traduisent par des mesures simples que peuvent adopter les pays riches et les pays pauvres. Ces trois niveaux de préconisations internationales se retrouvent aisément au plan national, ce qui renforce la pertinence de la question posée et l'urgence de la mobilisation.

Avant de mettre en perspective les données de santé publique sur les adolescents et les jeunes adultes en France et dans les départements, il importe de rappeler que, sur le plan mondial, pour les adolescents et les jeunes adultes, selon l'OMS :

- Les cinq principales causes de décès sont les accidents de la route, les complications de l'infection au VIH (virus d'immunodéficience humaine), le suicide, les infections des voies respiratoires inférieures et la violence ;
- Les cinq premières causes de maladie et de handicap sont la dépression, les accidents de la route, l'anémie et les complications de l'infection au VIH.

Au niveau national et régional

En France, comme au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes, les jeunes sont globalement en bonne santé. Selon le Baromètre santé de 2010, 96,2 % des jeunes de 15-30 ans se déclarent en bonne santé et 3,8 % ont le sentiment d'une santé plutôt médiocre ou mauvaise^[1]. La dégradation de la perception d'une très bonne santé augmente avec l'âge : chez les 15-19 ans, 59,5 % se disent en excellente ou très bonne santé ; chez les 20-25 ans, ce n'est plus que 45,2 % puis 38,4 % chez les 26-30 ans.



Source : Organisation mondiale de la Santé
<https://www.who.int/>

Si les jeunes sont en bonne santé et ont une bonne perception de leur santé, il faut toutefois souligner que certaines catégories spécifiques, selon qu'il s'agisse des enfants, des adolescents ou des jeunes adultes, peuvent présenter des besoins particuliers en matière de santé et/ou peuvent rencontrer des difficultés particulières qui nécessitent des accompagnements ou appellent des actions adaptées. Par leur mode de vie et en fonction aussi de facteurs socio-culturels, économiques et financiers, les jeunes sont exposés à divers risques de santé : troubles du développement, comportements à risque, difficultés liées à la vie affective et sexuelle, souffrance psychique, surpoids, obésité...

La prévention, le diagnostic et la prise en charge doivent être précoces pour éviter des conséquences qui peuvent devenir irréversibles. L'éducation à la santé a aussi un rôle déterminant pour l'acquisition des connaissances en santé. La littératie en santé (sont désignées par ce terme la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé) et l'aide au développement de compétences psychosociales (capacité des personnes à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, aptitudes à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement) sont des leviers pour que les populations, notamment de jeunes, soient en capacité de prendre en charge au mieux leur santé.

Cf. Fiche « Compétences psychosociales - Littératie en santé »

Projet régional de santé 2018-2028 ^[2]

Dans son **Projet régional de santé (PRS) 2018-2028**, l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes détermine, à partir de constats nationaux, régionaux et infrarégionaux,



Source : ARS Auvergne-Rhône-Alpes

8 objectifs spécifiques pour contribuer à **améliorer le parcours de santé des jeunes de 0 à 25 ans** :

1. Sensibiliser à la nécessaire limitation de l'exposition aux polluants et aux toxiques pour la femme enceinte, les jeunes enfants et les adolescents ;
2. Améliorer dès la grossesse le suivi de la santé de la femme enceinte et du nouveau-né ;
3. Contribuer à limiter l'impact sur la santé des violences faites aux enfants et aux adolescents ;
4. Accompagner les parents et les enfants dès le plus jeune âge dans l'apprentissage des enjeux de santé et sur le recours au système de santé ;
5. Viser à réduire le nombre de jeunes en surpoids ou en obésité et améliorer la prise en charge de l'obésité ;
6. Améliorer la santé bucco-dentaire des jeunes ;
7. Promouvoir le bien-être en santé mentale, dépister le plus précocement possible et réduire les comportements à risque, les consommations de substances psychoactives et les éventuelles comorbidités psychiatriques ;
8. Participer à la promotion de la vie affective des jeunes et à l'amélioration de leur santé sexuelle.

L'enquête Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)

L'enquête HBSC est une enquête internationale réalisée tous les 4 ans depuis 1982, sous l'égide du bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Actuellement, 41 pays ou régions, essentiellement européens, y participent et collectent des données sur la santé, le vécu scolaire et les comportements préjudiciables ou favorables à la santé des élèves âgés de 11, 13 et 15 ans avec une méthodologie standardisée. La France y participe depuis 1994.

➔ La difficile observation de la santé des jeunes

Le constat est bien partagé aujourd'hui : les jeunes sont difficiles à observer.

Il existe en effet un relatif manque d'informations sur de nombreux aspects pourtant au cœur des politiques publiques sur la jeunesse. Il subsiste aujourd'hui, en France, des difficultés à saisir les jeunes, enfants ou adultes, notamment dans le domaine de la statistique publique. Ceci s'explique en partie par le fait que les jeunes sont une population difficile à enquêter : leur catégorie est fluctuante, leur définition complexe, il s'agit souvent à l'adolescence d'une population mouvante avec de nombreux et fréquents changements de logement, d'activité, de situation familiale ou conjugale. C'est donc une population très hétérogène induisant des difficultés à comparer : diversité de la situation des étudiants à celle des jeunes actifs dans les données publiques (par exemple : jeunes étudiants autonomes et mesure de la pauvreté). C'est par ailleurs une population difficile à localiser et à enquêter en pratique (partiellement chez les parents, différence semaine/week-end, mobilité à l'étranger...).

La jeunesse est donc une population difficile à caractériser du fait de cette très grande hétérogénéité des situations et de la difficulté à obtenir des statistiques comparables. Le manque de données statistiques est particulièrement prégnant au niveau territorial, avec particulièrement de grandes faiblesses sur les sources exploitables à des niveaux territoriaux fins. Les principales données disponibles reposent sur le recensement général de la population, ou sur les différentes enquêtes statistiques nationales (nombreuses mais souvent thématiques, sur les substances psychoactives par exemple, enquêtes qui seront décrites dans ce dossier), rarement déclinables à un niveau plus fin que la région ou encore sur des données administratives (pas toujours fiables ou complètes selon la population des jeunes ; exemples des certificats de santé des Conseils départementaux difficilement comparables entre départements).

Les enquêtes qualitatives à mener auprès des jeunes restent elles aussi délicates. Accéder au terrain, déterminer l'endroit le plus adéquat pour enquêter les jeunes et recueillir leur parole en confiance peut parfois être un vrai casse-tête. La relation enquêteur-enquêté nécessite de trouver la bonne distance et ce d'autant plus si la problématique évoquée est sensible. Il peut exister parfois des rapports de pouvoirs et des situations de violences au cours d'une enquête. La question de « Faut-il être jeune pour enquêter les jeunes : l'illusion de la proximité ? » peut se poser^[3].

Quelques exemples de données pour observer la santé des jeunes

Bases de données

Système national des données de santé (SNDS) : Causes de décès, recours aux soins, hospitalisations...

Protection maternelle et infantile (PMI) : Certificat de santé du 8^{ème} jour (CS8), 9^{ème} mois (CS9), 24^{ème} mois (CS24), Bilans des 3-4 ans...

Médecine scolaire : Bilan de santé à 6 ans, à 12 ans...

Enquêtes spécifiques

Enquêtes nationales : Baromètre santé, ESCAPAD, EPAC

Enquêtes nationales en milieu scolaire : Drees-Dgesc

Enquêtes internationales : HBSC, Espad

Autres sources

Missions locales, Maison des Adolescents, Observatoire de la santé des étudiants, médecine du travail, Centre santé jeunes (CSJ)...

Un dossier sur la santé des jeunes dans l'Ardèche et la Drôme

L'observation de la jeunesse et de son état de santé est primordiale pour tout territoire et tout décideur ou acteur de terrain du territoire.

Les jeunes adultes sont en effet généralement au centre des préoccupations politiques et sociales et il y a un fort besoin de connaissances. La connaissance doit être aussi bien quantitative (*i.e.* statistique) que qualitative (issue d'entretiens, sociologique) et aussi bien au niveau national qu'à des niveaux territoriaux fins. Mais observer la santé des jeunes nécessite en général de cerner de quels jeunes on parle.

Si l'on s'intéresse à une tranche de vie assez longue, par exemple les 6 à 24 ans comme il a été choisi dans ce dossier, on pressent bien que les problématiques de santé vont être très différentes entre la période de l'enfance, de la préadolescence, celle de l'adolescence et celle de l'arrivée dans l'âge adulte. En matière de santé, cela a été précisé, différentes sources d'information existent pour étudier les jeunes selon ces classes d'âge. On dispose ainsi de bases de données (sur la mortalité, la morbidité) ou des enquêtes menées auprès de groupes spécifiques (enquêtes sur les comportements, addictions, santé scolaire...). Mais qu'il s'agisse des bases de données ou des résultats d'enquête, les indicateurs ne décriront la santé des jeunes que sur certaines classes d'âges spécifiques. Le choix des classes d'âges est donc le premier facteur déterminant l'observation.

C'est pourquoi, dans le présent dossier ciblé sur l'Ardèche et la Drôme, il a été choisi de présenter les données sur l'état de santé des jeunes des 6-24 ans, en détaillant par classe d'âge quinquennale lorsque cela était possible et pertinent. Certaines données par classe d'âge spécifique ont aussi été exploitées.

Le choix de ne pas présenter la santé chez les 0 à 6 ans a reposé sur la parution, en décembre 2017, d'un document réalisé par l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes, à l'échelle de la région^[4], à la demande de l'Agence régionale de la santé Auvergne-Rhône-Alpes.

Pour en s@voir plus

Sur la santé des 0-6 ans

ORS Auvergne-Rhône-Alpes. La santé des enfants de 0-6 ans en Auvergne-Rhône-Alpes. État des lieux à partir des données exploitables. Décembre 2017.

Travaux territoriaux et thématiques avec focus jeunes

Diagnostics locaux de santé avec chapitres jeunes pour les Contrats locaux de santé (CLS) à Bourg-en-Bresse en 2015, à Valence...

Ces documents sont disponibles sur le site de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes

www.ors-auvergne-rhone-alpes.org

Rubrique « Publications », années 2015 et 2017.

Références

[1] Mission Bien-être et santé des jeunes. MORO Marie-Rose, BRISON Jean-Louis. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. La Documentation française, novembre 2016, 198 pages.

[2] ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Auvergne-Rhône-Alpes : le Projet régional de santé 2018-2028. Juin 2018

[3] La difficile observation des jeunes. Thibaut de SAINT-POL, directeur de l'INJEP, diaporama présenté à la Journée Pfoos, Lyon, le 23 novembre 2018.

[4] La santé des enfants de 0-6 ans en Auvergne-Rhône-Alpes. État des lieux à partir des données exploitables. ORS Auvergne-Rhône-Alpes. Décembre 2017.

COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES (CPS) LITTÉRATIE EN SANTÉ

COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES (CPS)

Faits marquants

- ▶ Les compétences psychosociales sont définies depuis 1993 par l'OMS ;
- ▶ Le développement des compétences psychosociales chez les jeunes permet de prévenir efficacement les problèmes de santé mentale, de consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, autres produits), les comportements violents et les comportements sexuels à risque ;
- ▶ Le développement des CPS est central dans la prévention des addictions, en particulier les compétences sociales de refus, d'affirmation de soi, de négociation, ainsi que les compétences socio-cognitives de résolution de problème ;
- ▶ Des outils pédagogiques sont conçus pour favoriser le développement des compétences psychosociales des enfants et adolescents : Papillagou, Feeling, le jeu des cacahuètes par exemple (fiche d'animation tirée du site www.cartablecps.org).

Compétences psychosociales : définition

Également nommées habiletés ou aptitudes psychosociales, les compétences psychosociales (CPS) sont des compétences individuelles de nature psychologique qui sont indispensables à toute vie sociale (*life skills*).

Compétences psychosociales (CPS)

Définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 1993

« Capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien être physique, psychique et social » ^[1]

Source : Organisation mondiale de la santé

10 compétences psychosociales classées en 3 catégories ^[2]

Compétences sociales (compétences interpersonnelles, compétences de communication)	Compétences cognitives	Compétences émotionnelles
Compétences de communication verbale et non verbale Écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des retours (<i>feedback</i>)	Compétences de prise de décision Résolution de problème	Compétences de régulation émotionnelle Gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, l'abus et les traumatismes
Empathie Capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension	Pensée critique et auto-évaluation Analyser l'influence des médias et des pairs, avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent afin de pouvoir identifier les informations pertinentes et leur source	Compétences de gestion du stress Gestion du temps, pensée positive, maîtrise des techniques de relaxation
Capacité de résistance et de négociation Gestion des conflits, capacité d'affirmation, résistance à la pression d'autrui		Compétences d'auto-évaluation et d'auto-régulation Confiance et estime de soi
Compétences de coopération Collaboration en groupe		
Compétences de plaidoyer Compétences de persuasion et d'influence		

Source : Luis E, Lamboy B. Les compétences psychosociales : définition et état des connaissances, p12-16 dans le dossier « Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes », La santé en action n° 431 mars 2015, 52p.

➔ À quoi sert le développement des CPS ?

L'insuffisance du développement des compétences psychosociales est l'un des déterminants majeurs de comportements à risque tels que la prise de substances psychoactives, les comportements violents et les comportements sexuels à risque, qui sont eux mêmes des déterminants de pathologies (substances psychoactives, infections sexuellement transmissibles, troubles des conduites, etc.)^[2]

Développer les CPS permet donc de prévenir efficacement des problèmes de santé mentale, de consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, autres produits), des comportements violents et des comportements sexuels à risque^[3].

Chez les enfants, le renforcement des CPS favorise le développement global (social, émotionnel, cognitif, physique), améliore les interactions, augmente le bien-être et contribue donc à diminuer les comportements défavorables à la santé et à augmenter les comportements favorables. Les CPS jouent aussi un rôle essentiel dans l'adaptation sociale et la réussite éducative.

Chez les adultes, elles agissent toujours sur le bien-être subjectif et la qualité des relations. Elles favorisent, chez les parents, les pratiques éducatives positives. L'empathie, la capacité à répondre adéquatement aux besoins fondamentaux et la mise en œuvre de règles et de limites constructives en sont des exemples. Ces compétences et pratiques éducatives permettent l'établissement de relations positives entre parents et enfants et augmentent le sentiment d'efficacité parentale. Ces CPS parentales ont également de l'impact sur les enfants et les adolescents. Chez les enfants, elles sont associées à une meilleure estime de soi, des capacités de résilience, de meilleurs résultats scolaires, de plus grandes compétences sociales, une moindre association à des pairs ayant des comportements antisociaux et un faible niveau d'anxiété et de dépression.

Chez les enfants et les adolescents, il a été démontré que les CPS parentales étaient des facteurs de protection des troubles du comportement et des troubles liés à l'usage de substances.

Des professionnels qui développent ces CPS

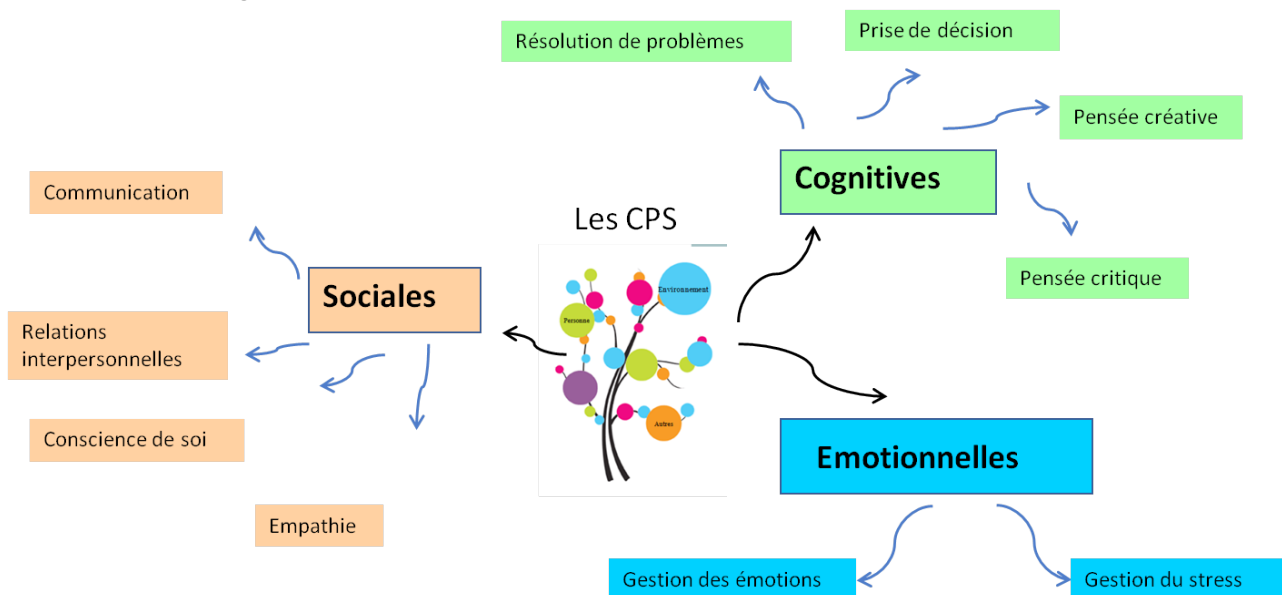
En Ardèche et dans la Drôme, l'Ireps (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) accompagne l'élaboration et le déploiement de projets de promotion de la santé des enfants et des adolescents par le développement des compétences psychosociales. Ces projets s'adressent à tout organisme qui accompagne des enfants, des adolescents ou de jeunes adultes : crèches, Relais assistante maternelle (RAM), écoles maternelles et primaires pour les centres de loisirs, Maisons des jeunes et de la culture (MJC) et centres sociaux, centres de formation, collèges ou lycées, Missions locales...

Ces accompagnements se réalisent sous la forme de formations à cette approche innovante de la prévention, menées auprès des équipes éducatives, jusqu'à la mise en œuvre de séances co-animées avec les professionnels de l'Ireps.

- Les formations : elles permettent l'appropriation des compétences psychosociales en les vivant « de l'intérieur » à travers l'expérimentation des techniques d'animation par les participants eux-mêmes. Ce procédé offre l'opportunité de faire vivre réellement et en conscience l'empathie, les enjeux de la communication, la conscience de soi, les émotions, la résolution de problèmes... Il permet également aux participants l'acquisition d'outils qu'ils pourront réutiliser auprès de leurs publics ;
- L'élaboration et la co-animation de séances avec un professionnel de l'Ireps : elle donne la possibilité aux professionnels formés d'apprendre dans un cadre suffisamment sécurisant. C'est pour eux l'occasion d'identifier les ressorts pédagogiques et de renforcer leurs capacités à mettre en œuvre cette approche pour renforcer les aptitudes psychosociales des enfants et des jeunes qu'ils accueillent.

Ce processus, qui associe formation et accompagnement à l'action, paraît être le plus pertinent pour favoriser, à terme, l'autonomie des professionnels formés et assurer ainsi la pérennité de ces démarches. À travers cet accompagnement, il s'agit pour l'Ireps de renforcer la capacité des adultes référents à prendre en compte les compétences psychosociales des enfants et adolescents pour les intégrer dans leurs pratiques professionnelles au quotidien.

Les CPS : 3 catégories



Source : Christine MÉO, Ireps Auvergne Rhône-Alpes

➔ Des outils pour développer les CPS

Il existe de nombreuses mallettes pédagogiques pour animer des séances d'éducation pour la santé. Parmi ces outils, certains sont particulièrement conçus pour renforcer les aptitudes psychosociales des enfants. Vous trouverez ci-dessous quelques exemples qui illustrent la manière dont on peut, à travers ces activités, développer les compétences psychosociales des enfants et des adolescents.

- Papillagou et les enfants de Croque-Lune (pour les enfants de 6 à 12 ans) ;
- Feeling : un jeu de plateau pour développer les compétences émotionnelles des adolescents ;
- Le jeu des cacahuètes : fiche d'animation tirée du cartable des compétences psychosociales : www.cartablecps.org, un site de ressources théoriques et pratiques réalisé par l'Ireps Pays de la Loire.

Papillagou et les enfants de Croque-Lune (de 6 à 12 ans)

Les Anpaa de l'Ardèche et de la Drôme proposent des actions de prévention des conduites addictives par le développement des compétences psychosociales avec, entre autres, l'outil « Papillagou ».

Un jeu de piste coopératif créé par l'Anpaa 21 (Côte-d'Or) : un conte, des puzzles, des enfants voyageurs... pour un parcours à la recherche de soi et des autres.

Papillagou et les enfants de Croque Lune Mallette pédagogique



Source : photo Anpaa26

À partir de la lecture du conte fantastique sur le monde de Papillagou, il est proposé aux enfants de suivre un parcours, par petits groupes, représentant chacun un type de voyageur (les vagabonds, les migrants, les touristes, les rêveurs, les aventuriers...). Le parcours complet comporte six étapes, à chaque étape une tâche est proposée. Les groupes se retrouvent ensuite pour raconter leur voyage, présenter le résultat de certaines de leurs épreuves et réfléchir au sens de ce qu'ils ont fait. Chaque étape du jeu correspond à un objectif (résister à la pression du groupe, vivre ses émotions, avoir confiance en soi...).

Ce jeu permet aux enfants de partir en voyage en réfléchissant à des trajectoires de vie qui permettent de traverser des difficultés en faisant appel à leurs ressources personnelles et sans avoir recours à des substances psychoactives. L'occasion est pour les enfants de réfléchir, à leur niveau, sur la manière d'organiser le voyage de leur vie, mais aussi de prendre conscience des conditions nécessaires au bien-être et à une vie de qualité.

La durée du jeu peut s'adapter aux besoins : sur deux heures, une demi-journée ou plusieurs jours. Il se joue soit à l'intérieur, soit en plein-air, avec six équipes composées de deux à six enfants. Il nécessite un temps de préparation conséquent.

Le jeu des cacahuètes

Un jeu pour les 10-12 ans. Participants : 6 à 25 – Durée : 20 à 30 minutes.

Objectifs

- Observer la diversité des réactions face à un problème commun, dans un groupe ;
- Savoir dire non, argumenter ;
- Identifier différents types de pressions que l'on peut subir ;
- Prendre conscience de l'influence du groupe.

Expérimentation / Mise en situation (5 à 10 minutes maximum)

Répartir les participants en groupes de 5 à 6. Déposer dans une assiette, des cacahuètes, des friandises ou des biscuits.

Consigne 1 : L'intervenant remet à chaque participant un papier sur lequel figure le rôle qu'il va avoir dans le groupe. La moitié reçoit le message : « Je ne dois pas manger de cacahuètes », l'autre moitié : « Je veux que quelqu'un mange une cacahuète ».

Consigne 2 : « Chaque papier correspond à une mission, allez-y ! ».

Prise de conscience / Analyse

Inviter à échanger à partir des questions suivantes :

- « Est-ce une activité agréable ? Pourquoi ? » ;
- « Que s'est-il passé dans votre groupe ? » ;
- « Avez-vous deviné le rôle de chacun ? » ;
- « Avez-vous convaincu facilement de manger des cacahuètes ? » ;
- « A-t-il été difficile de résister, avez-vous réussi ? » ;
- « Qu'avez-vous ressenti lorsque vos camarades ne faisaient pas ce que vous leur demandiez ? » ;
- « Quels arguments ou attitudes ont été utilisés : pour faire pression, pour résister ? ».

Ces différents moyens de pression peuvent être identifiés : donner envie, valoriser, menacer, rabaisser, exclure, minimiser. Et les moyens de résister suivants : argumenter, dire non de manière assertive (ferme et claire) ou bien agressive, passive ? Quels sont les arguments et attitudes les plus efficaces ?

Élargissement / Synthèse / Généralisation

- « Avez-vous déjà rencontré une situation comme celle-ci ? » : parler de la pression du groupe et des situations rencontrées au quotidien ;
- « Que reprenez-vous pour mieux faire face aux situations de pressions négatives ? » : inviter les participants à constituer ensemble des pistes, un argumentaire.

Jeu de prévention des conduites à risque pour les jeunes de 14 à 25 ans : O'Rhune

Ce jeu permet d'animer des débats sur les relations aux adultes et aux pairs, les relations affectives et sexuelles et les conduites addictives en faisant appel à une stratégie de coopération. Ce jeu peut être utilisé par des professionnels souhaitant animer des temps d'échanges avec des jeunes à partir de 14 ans.

Nombre de joueurs : 5 à 15.

Durée du jeu : environ 1h30.



Source : <https://www.oppelia.fr/outils-de-prevention/>

Objectifs :

- Ouvrir des espaces de réflexion et d'échanges autour de la prévention des conduites à risque ;
- Expérimenter un espace de collaboration et une stratégie collective ;
- Renforcer certaines compétences psychosociales ;
- Favoriser l'expression des représentations sur les thèmes ci-dessous.

Thèmes abordés :

- Les relations affectives et sexuelles ;
- Les conduites addictives ;
- Les relations aux adultes et aux pairs ;
- Comme tout outil, O'Rhune prend tout son sens dans le cadre d'un projet global de prévention.

Pour en savoir plus

www.cartablecps.org

Site de l'Ireps Pays de la Loire, offrant des ressources théoriques et pratiques

<http://www.ecolechangerdecap.net/spip.php?article92>

Fortin J. Santé publique et développement des compétences psychosociales à l'école. Février 2012

<https://www.cairn.info/revue-devenir-2014-4-p-307.htm>

Lamboy B. Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : pourquoi et comment ? Revue *Devenir*. 2014

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-431.pdf>

La santé en action n° 431. Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes. 2015

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-445.pdf>

La santé en action n°445. Promotion de la santé à l'école : agir sur le climat scolaire. Septembre 2018.

Références

[1] World health organization (WHO). Life skills education in schools. Geneva. 1997, 48p.

[2] Luis E, Lamboy B. Les compétences psychosociales : définition et état des connaissances, p12-16 dans le dossier Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes, *La santé en action* n°431 mars 2015, 52p ; <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-431.pdf>

[3] Mangrulkar L, Whitman CV, Posner M. Life skills approach to child and adolescent healthy human development. Washington DC: Pan American Health Organization, 2001 : 61p. [en ligne] http://hhd.org/sites/hhd.org/files/paho_lifeskills.pdf.

LITTÉRATIE EN SANTÉ

Faits marquants

- ▶ La littératie est un puissant prédicteur de la santé, au même titre que sont le revenu, le statut d'emploi, le niveau d'éducation et le groupe ethnique d'appartenance. Une faible littératie en santé est un frein à l'accès aux droits et au recours aux soins ;
- ▶ La littératie en santé est l'utilisation d'une vaste gamme de compétences qui aident les gens à agir selon l'information reçue pour être en meilleure santé ;
- ▶ Le niveau de littératie en santé peut être accru en développant les compétences des individus et en abaissant les barrières érigées par le personnel et le système de santé ;
- ▶ La littératie en santé s'applique à tous les individus et à tous les systèmes de santé.

Littératie en santé : définition

Littératie en santé

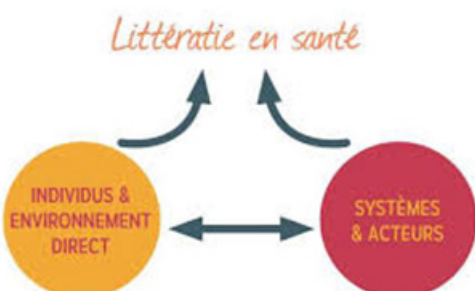
La littératie est un terme anglo-saxon assez nouveau en France, méconnu et peu compris, qui se confond trop souvent avec l'alphabétisation et l'illettrisme.

La littératie en santé englobe des savoirs de base (lecture, écriture, numération, compréhension de symboles, de plans...) qui permettent aux individus de développer des compétences utiles à leur autonomie dans un système et une organisation sociale et de santé complexes, avec de nombreux niveaux, enchevêtrements, délocalisations, dématérialisations...

Nous sommes tous concernés puisque personne n'atteint un niveau élevé de littératie en santé en tout temps. À un certain moment, nous avons tous du mal à comprendre ou encore à naviguer dans un système de santé complexe, spécialement lorsqu'un diagnostic ou une maladie nous rend plus vulnérables.

Par ailleurs, la littératie en santé concerne les aptitudes des personnes mais pas uniquement. Elle intègre également les compétences des personnels. Ces derniers font appel à des compétences en littératie en santé lorsqu'ils présentent de l'information de façon à bien se faire comprendre et à aider les gens à agir selon l'information reçue.

De la même manière, des systèmes peuvent démontrer un degré de littératie en santé satisfaisant en fournissant un accès égal, facile et empreint de dignité aux soins de santé et à l'information sur la santé.



Agir pour la littératie en santé, c'est privilégier une action de double mouvement : sur les individus et leurs capacités mais aussi sur les systèmes, leurs acteurs et les environnements qui soutiennent le développement et l'exercice de ces capacités.

Nous les appellerons ici « environnement pro-littératie ».

Source : La littératie en santé, d'un concept à la pratique – Guide d'animation, Cultures et Santé ASBL, 2016

Extraits de la Charte de Calgary pour la littératie en santé, 2008

« La littératie en santé s'applique à tous les individus et à tous les systèmes de santé. »

« On peut accroître le niveau de littératie en santé en développant les compétences des individus et en abaissant les barrières érigées par [les professionnels de santé] et le système de santé. »

« L'un des buts d'une société dont le degré de littératie en santé est satisfaisant est d'établir un rapport de force plus équitable entre les travailleurs du système de santé et les utilisateurs de ce système. »

➔ La littératie, un déterminant de santé individuel et collectif

Une littératie limitée affecte la santé :

1. Moins de participation dans la promotion de la santé ;
2. Moins de participation dans des opérations de dépistage ;
3. Une prise de risque plus élevée ;
4. Plus d'accidents de travail ;
5. Moins bonne gestion des maladies chroniques (diabète, VIH, asthme) ;
6. Une prise des traitements déficiente ;
7. Plus d'hospitalisations et de réhospitalisations ;
8. Plus de morbidité et de morts prématurées.

Health Literacy : The Solid Facts. Organisation mondiale de la santé (OMS), 2013

Un haut niveau de littératie dans la population profite à toute la société :

1. Une prospérité économique ;
2. Des revenus plus élevés ;
3. Des emplois plus intéressants ;
4. Davantage de participation communautaire ;
5. Une population qui profite davantage d'une bonne santé.

Health Literacy : The Solid Facts. Organisation mondiale de la santé (OMS), 2013

🔗 Pour en savoir plus

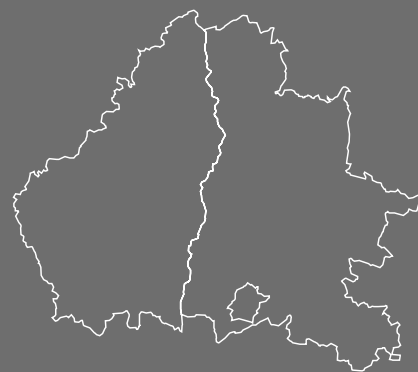
http://bv.cdeacf.ca/RA_PDF/148807.pdf

Charte de Calgary pour la littératie en santé, 2008

<https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/417-la-litteratie-en-sante-d-un-concept-a-la-pratique-guide-d-animation.html>

La littératie en santé, d'un concept à la pratique – Guide d'animation, Cultures et Santé (association sans but lucratif), 2016, 83 p.

DISPOSITIFS DE SOINS, OFFRE ET RECOURS



Disp., offre, recours

[5] Professionnels de santé	39
[6] Offre hospitalière	45
[7] Structures d'accompagnement et de soin	47
[8] Recours aux soins	63

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Faits marquants

- ▶ Les densités de médecins généralistes et des autres médecins spécialistes dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme sont plus faibles que celles de la région Auvergne-Rhône-Alpes ;
- ▶ L'accessibilité aux médecins généralistes est faible pour 19 % de la population de l'Ardèche et 7 % de la population de la Drôme ;
- ▶ L'offre de professionnels de santé libéraux est généralement plus faible dans le département de l'Ardèche.

Des densités de médecins libéraux plus faibles dans les départements que dans la région

Le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) est le fichier de référence des professionnels de santé, commun aux organismes du secteur sanitaire et social français. Il est élaboré par l'État en collaboration avec les Ordres et l'Assurance maladie.

Le RPPS répertorie l'ensemble des données d'identification, de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice. Il concerne pour l'instant les médecins, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens. Il sera étendu à l'ensemble des professionnels de santé dans une seconde phase.

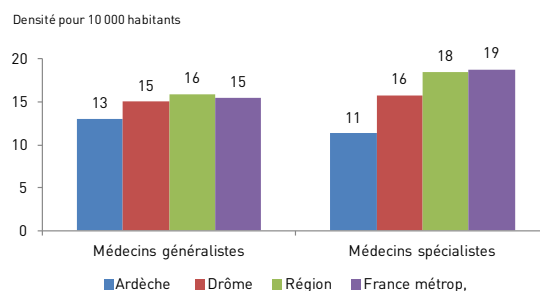
Au 1^{er} janvier 2018, 791 médecins (502 libéraux et 289 salariés) sont recensés dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) en Ardèche, dont 53 % de médecins généralistes. Dans la Drôme, il est dénombré 1 558 médecins (886 libéraux et 672 salariés), dont 49 % de médecins généralistes. Les parts de médecins généralistes libéraux sont légèrement supérieures à celles observées aux niveaux régional (46 %) et national (45 %).

La densité de médecins, rapportée à la population générale, est faible en Ardèche comparée à la Drôme. En effet, il est relevé 24 médecins (dont 9 généralistes libéraux) pour 10 000 habitants en Ardèche, contre 31 dans la Drôme (dont 9 généralistes libéraux) et 34 en région et au niveau national (dont 9 généralistes libéraux).

Ces écarts sont observés pour les généralistes et les autres spécialistes. La densité de médecins généralistes dans la Drôme est proche de celle de la région et de la France (15 pour 10 000 habitants).

En Ardèche, un peu moins de deux tiers des médecins sont libéraux (63 %), contre 57 % dans la Drôme, pourcentage équivalent à celui observé aux niveaux régional et national (57 %).

Densité* de médecins (libéraux et salariés) au 1^{er} janvier 2018



Sources : RPPS, Drees, Insee
*Densité pour 10 000 habitants
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Densité* de médecins (libéraux et salariés) au 1^{er} janvier 2018

	Ardèche		Drôme		Région	France métrop.
	Effectifs	Densité *	Effectifs	Densité *	Densité *	Densité *
Ensemble des médecins						
Médecins généralistes	423	13,0	761	15,1	15,9	15,5
Autres médecins spécialistes	368	11,4	797	15,8	18,5	18,8
Cardiologie et maladies vasculaires	22	0,7	51	1,0	1,0	1,1
Chirurgie (toutes spécialités)	43	1,3	70	1,4	2,0	1,9
ORL et chirurgie cervico-faciale	16	0,5	20	0,4	0,4	0,5
Ophthalmologie	17	0,5	41	0,8	0,9	0,9
Pédiatrie	20	0,6	48	1,0	1,2	1,2
Psychiatrie	51	1,6	76	1,5	2,3	2,3
Total des médecins **	791	24,4	1 558	30,9	34,4	34,3

Médecins libéraux						
Médecins généralistes	279	8,6	471	9,3	9,3	9,1
Autres médecins spécialistes	150	4,6	295	5,8	6,4	6,6
Cardiologie et maladies vasculaires	10	0,3	22	0,4	0,4	0,5
Chirurgie (toutes spécialités)	27	0,8	33	0,7	0,9	0,8
ORL et chirurgie cervico-faciale	9	0,3	6	0,1	0,2	0,2
Ophthalmologie	13	0,4	27	0,5	0,5	0,6
Pédiatrie	7	0,2	11	0,2	0,3	0,3
Psychiatrie	7	0,2	27	0,5	0,7	0,7
Total des médecins libéraux **	502	15,5	886	17,6	19,5	19,7

Médecins salariés						
Total des médecins salariés **	289	8,9	672	13,3	15,0	14,6

Sources : Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), Drees, Insee

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

*Densité pour 10 000 habitants

** Généralistes + toutes les autres spécialités

Les spécialités médicales les moins présentes sont la pédiatrie et la psychiatrie en Ardèche, la pédiatrie et l'ORL dans la Drôme.

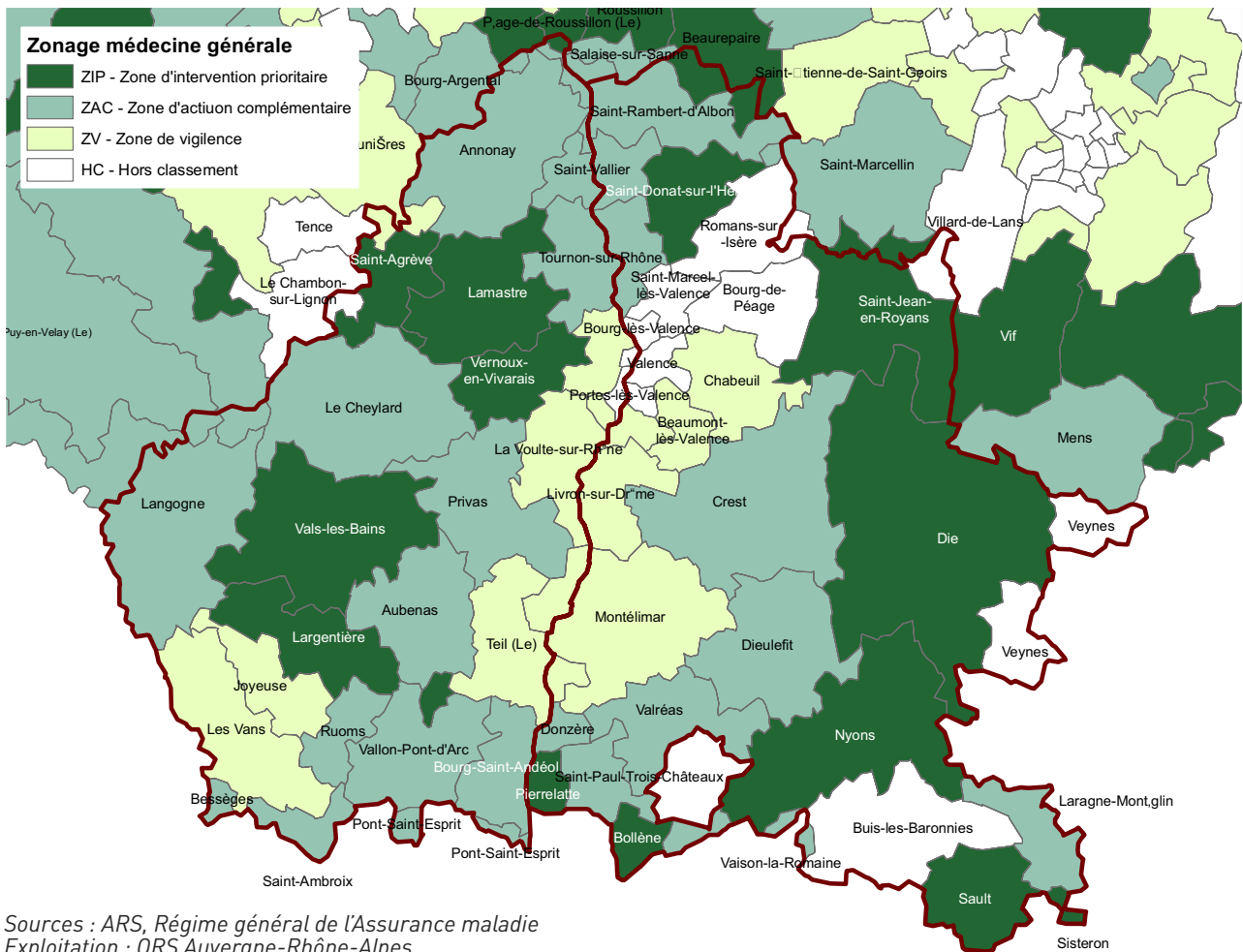
➔ Zonage médecine générale : classement des Territoires de vie-santé

Le zonage permet de cartographier le niveau d'offre médicale actuellement disponible dans les territoires. Entré en vigueur le 1^{er} mai 2018, le « zonage médecins » de la région Auvergne-Rhône-Alpes a été réalisé à partir de la méthodologie nationale ministérielle et réglementaire. Sa validité est de 3 ans maximum. Cependant, afin de tenir compte de l'évolution de la situation des territoires et des besoins des habitants, il sera évalué et pourra être révisé. Chaque révision devra faire l'objet d'une nouvelle phase de concertation avec les acteurs locaux, de consultation avec les représentants des usagers et la publication d'un arrêté.

Le zonage se base sur trois catégories de territoire permettant de graduer le niveau d'accès aux soins du territoire et ainsi déterminer, notamment, les aides financières pouvant être accordées par l'ARS et l'Assurance maladie :

- **Les zones d'intervention prioritaires (ZIP)**, éligibles à l'ensemble des aides, concernent 15 % de la population régionale (5,5 % en Ardèche et 13,0 % dans la Drôme) ;
- **Les zones d'actions complémentaires (ZAC)**, éligibles à une partie des aides, concernent 24 % de la population régionale (54 % en Ardèche et 21 % dans la Drôme) ;

Zonage de médecine générale en Ardèche et dans la Drôme



Sources : ARS, Régime général de l'Assurance maladie
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- **Les zones de vigilance (ZV)**, éligibles à une partie des aides, concernent 28 % de la population régionale (21 % en Ardèche et 24 % dans la Drôme);
- **La zone « Hors classement »** est une zone où l'accès aux soins est jugée satisfaisante.

La cartographie des zones de la région a été élaborée en deux temps :

1. Une définition a d'abord été réalisée par le ministère des Solidarités et de la Santé, déterminant les zones d'intervention prioritaire de l'ensemble du territoire national, en s'appuyant sur les « Territoires de vie-santé » définis par l'Insee, et sur l'Accessibilité potentielle localisée (APL) développée par la Drees.

L'APL prend en compte :

- l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de consultations ou de visites ;
- le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous ;
- le recours aux soins des habitants par classe d'âge pour tenir compte de leurs besoins spécifiques.

2. Une sélection complémentaire de zones a ensuite été réalisée par chacune des ARS, à l'aide de critères et d'indicateurs propres à chaque région pour s'ajuster au plus près des réalités de terrain : spécificités des zones de montagne, où les temps d'accès sont plus longs ; sélection des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ; offre de soins disponible dans les communes environnantes, ainsi que les déplacements possibles des habitants.

Les aides au maintien et à l'installation des médecins dans les zones fragiles ont été renforcées par la convention médicale signée le 25 août 2016 avec l'Assurance maladie. Pour que le dispositif soit réellement efficace, une révision du cadre permettant d'identifier les zones où ces mesures d'aides seront mobilisées était nécessaire pour être au plus près de la réalité des territoires. Ces mesures restent cependant uniquement incitatives, les professionnels de santé libéraux disposant de la pleine liberté d'installation.

Tableau des aides disponibles selon la classification du territoire

	ZIP	ZAC	ZV	HC
Aides financées par l'Assurance maladie				
CAIM, COSTROM, COTRAM ¹	<input checked="" type="checkbox"/>			
CSTM ²			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aides financées par l'ARS				
CESP, PTMG, PTMA, PTMR, PIAS ³	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Praticien hospitalier en établissement public, ESPIC ⁴ ou organisme mutualiste avec activité ambulatoire, en centre de santé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Rémunération pour l'établissement de certificat de décès :				
▶ établi en journée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
▶ établi dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Financement d'équipement radiologie/traumatologie en cabinets de montagne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dispositifs du Plan d'accès aux soins : financement de 10 000 à 50 000 € sur la mise en place et l'équipement de la structure MSP, CDS, CPTS ⁵	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Exonération fiscale pour la permanence des soins ambulatoires	<input checked="" type="checkbox"/>			

Aides complémentaires du Conseil régional

Aides complémentaires des Conseils départementaux

Aides complémentaires institutionnelles (FNADT, DETR)⁶

Sources : Portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS), ARS Auvergne-Rhône-Alpes

¹ CAIM : Contrat d'aide à l'installation des médecins – COSCOM : Contrat de stabilisation et de coordination – COTRAM : Contrat de transition pour les médecins

² CSTM : Contrat de solidarité territoriale médecin.

³ CESP : Contrat d'engagement de service public – PTMG : Praticien territorial de médecine générale – PTMA : Praticien territorial de médecine ambulatoire – PTMR : Praticien territorial médical de remplacement – PIAS : Praticien isolé à activité saisonnière

⁴ ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif

⁵ MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle – CDS : Centre de santé – CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

⁶ FNADT : Fonds national d'aménagement et de développement du territoire – DETR : Dotation d'équipement des territoires ruraux

↳ L'offre de professionnels de santé libéraux généralement plus faible dans le département de l'Ardèche

Au 1^{er} janvier 2017, 288 **médecins généralistes libéraux** exercent en Ardèche, soit 8,9 médecins pour 10 000 habitants et 458 exercent dans la Drôme, soit 9,1 médecins pour 10 000 habitants. Ces taux sont légèrement inférieurs que celui de la région (9,2 médecins pour 10 000 habitants). La part de médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans et plus en Ardèche (58 %) et dans la Drôme (53 %) est plus élevée que celle observée en région (50 %). Le vieillissement de ces praticiens est ainsi un point de vigilance dans ces deux départements.

En Ardèche, 158 **chirurgiens-dentistes libéraux** exercent dans le territoire, soit une densité de 4,9 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants. La densité est plus faible que dans la Drôme où 294 chirurgiens-dentistes libéraux exercent, soit une densité de 5,8 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants. La densité régionale est de 5,7 chirurgiens-dentistes libéraux pour 10 000 habitants.

La présence d'**infirmiers libéraux** est plus importante dans l'ensemble des deux départements qu'en Auvergne-Rhône-Alpes : 579 infirmiers libéraux exercent en Ardèche, soit 17,9 infirmiers pour 10 000 habitants et 1 040 infirmiers libéraux exercent dans la Drôme, soit 20,6 infirmiers pour 10 000 habitants. La densité régionale est de 14,2 infirmiers libéraux pour 10 000 habitants.

La densité de **masseurs-kinésithérapeutes libéraux** est plus faible en Ardèche qu'en région (8,5 masseurs-kinésithérapeutes pour 10 000 habitants en Ardèche contre 11 en région). La densité dans la Drôme (10,9 masseurs-kinésithérapeutes pour 10 000 habitants) est proche de celle de la région.

La situation concernant les **ophtalmologues libéraux** est semblable à celle des masseurs-kinésithérapeutes libéraux. La densité est plus faible en Ardèche qu'en région (0,4 ophtalmologues pour 10 000 habitants en Ardèche contre 0,6 en région). La densité dans la Drôme (0,6 ophtalmologues pour 10 000 habitants) est comparable à celle de la région.

La densité d'**orthophonistes libéraux** est plus faible en Ardèche qu'en région (2,5 pour 10 000 habitants en Ardèche contre 3,4 en région). La densité dans la Drôme (3,6 pour 10 000 habitants) est proche de celle de la région.

Les professionnels de santé libéraux au 1^{er} janvier 2017, effectifs et densités

	Ardèche				Drôme				Auvergne-Rhône-Alpes			
	Effectif	Densité	% 55+	% Sect. 2	Effectif	Densité	% 55+	% Sect. 2	Effectif	Densité	% 55+	% Sect. 2
Médecins généralistes	288	8,9	58 %	3 %	458	9,1	53 %	8 %	7249	9,2	50 %	9 %
Ophthalmologues	14	0,4	43 %	57 %	30	0,6	80 %	43 %	512	0,6	65 %	63 %
Psychiatres	9	0,3	89 %	22 %	35	0,7	83 %	17 %	726	0,9	65 %	33 %
Pédiatres*	11	1,7	73 %	0 %	12	1,1	58 %	42 %	298	1,8	57 %	33 %
Dermatologues	8	0,2	50 %	38 %	19	0,4	47 %	32 %	319	0,4	56 %	47 %
Chirurgiens-dentistes	158	4,9	49 %		294	5,8	35 %		4497	5,7	36 %	
Infirmiers	579	17,9	19 %		1040	20,6	24 %		11150	14,2	19 %	
Masseurs-kinésithérapeutes	277	8,5	23 %		551	10,9	21 %		8650	11,0	17 %	
Orthophonistes	82	2,5	27 %		181	3,6	20 %		2648	3,4	16 %	

Densité : Nombre de professionnels pour 10 000 habitants

*Densité des pédiatres calculée sur la population des 0-16 ans : Nombre de pédiatres pour 10 000 jeunes de 0-16 ans.

%55+ : Pourcentage de professionnels âgés de 55 ans et plus.

% Sect. 2 : Pourcentage de médecins libéraux en secteur 2.

Source : Régime général de l'Assurance maladie.

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

OFFRE HOSPITALIÈRE

Faits marquants

- ▶ L'offre en professionnels de santé dans les établissements hospitaliers est plus faible dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme qu'en Auvergne-Rhône-Alpes et en France ;
- ▶ Le niveau d'équipement en court séjour dans les établissements hospitaliers de l'Ardèche et de Drôme est plus faible qu'en région et en France.

Une offre de professionnels de santé dans les établissements hospitaliers plus faible qu'en région et en France

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée par la Drees auprès des établissements de santé de France, pour recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements, et leurs personnel médicaux et non-médicaux.

Parmi les professions de santé, sont notamment présents des médecins, des sage-femmes, des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...), aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers, des odontologistes (dentistes) et des pharmaciens auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction d'internes (FFI) qui sont en formation.

Au 31 décembre 2017, le personnel médical des établissements hospitaliers de l'Ardèche s'élevait à 560 professionnels dont 69 % ont un statut salarié. Dans la Drôme, les effectifs s'élevaient à 955 personnes dont 79 % de salariés. La densité, rapportée à la population générale, est plus faible dans les deux départements que dans la région et en France : 17 professionnels pour 10 000 habitants en Ardèche, 19 dans la Drôme, contre 24 en Auvergne-Rhône-Alpes et au niveau national.

Personnels médicaux et internes dans les établissements hospitaliers au 31 décembre 2017 dans l'Ardèche et la Drôme

	Ardèche			Drôme			Densité **			
	Salariés		Libéraux	Salariés		Libéraux	Ardèche	Drôme	Région	France métrop.
	Effectif	ETP		Effectif	ETP					
Médecins généralistes	94	62,3	48	160	123,0	22	4,4	3,6	4,0	3,5
Autres spécialistes médicaux	140	111,3	63	328	261,6	117	6,3	8,8	10,5	11,2
- dont anesthésistes-réanimateurs	17	16,6	19	43	35,0	25	1,1	1,3	2,0	1,9
Spécialistes chirurgicaux	45	37,9	56	139	94,7	51	3,1	3,8	4,5	4,9
- dont gynécologues-obstétriciens*	13	11,0	10	46	28,5	1	3,7	4,5	4,3	4,3
Psychiatres	46	38,9		49	49,0		1,4	1,0	1,7	1,7
Dentistes	2	0,2			-		0,1	-	0,3	0,3
Pharmaciens	38	24,8		45	39,1		1,2	0,9	1,1	1,2
Autres	20	16,9	8	33	29,5	11	0,9	0,9	1,7	1,3
TOTAL (hors internes)	385	292,2	175	754	596,8	201	17,3	18,9	23,8	24,0
Internes	51	43,8		148	138,2		1,6	2,9	5,1	5,1

Sources : SAE, Insee

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

*Densité pour 10 000 femmes de 15-49 ans ; **Densité pour 10 000 habitants

➔ Un niveau d'équipement en court séjour plus faible qu'en région et en France

Au 31 décembre 2017, l'hospitalisation de court séjour (MCO : médecine, chirurgie, obstétrique) compte 925 lits en Ardèche et 1 387 lits dans la Drôme. Le taux d'équipement en hospitalisation de court séjour est de 2,9 lits pour 1 000 habitants en Ardèche et de 2,7 pour 1 000 dans la Drôme. Ces taux sont inférieurs au taux régional (3,1 lits) et national (3,1 lits).

La part de lits relevant du secteur public en hospitalisation complète est plus faible en Ardèche (72 %) que dans la Drôme (88 %). Toutefois, elle est plus importante dans les deux départements que dans la région (64 %) et en France (62 %).

Le niveau d'équipement en soins de suite et réadaptation (SSR) est supérieur en Ardèche (1,9 lit) à la moyenne régionale (1,5 lit) et nationale (1,5 lit). Le constat est inverse dans la Drôme avec 1,2 lit pour 1 000 habitants.

Nombre de lits et taux d'équipement en hospitalisation complète au 31 décembre 2017

Ardèche	Nombre de lits			Taux*		
	Public	Privé	Total	Ardèche	Région	France
Médecine	518	34	552	1,7	1,9	1,9
Chirurgie	99	203	302	0,9	1,0	1,0
Gynéco-Obstétrique**	45	26	71	1,1	1,2	1,2
Court séjour (MCO)	662	263	925	2,9	3,1	3,1
SSR***			627	1,9	1,5	1,5

Drôme	Nombre de lits			Taux*		
	Public	Privé	Total	Drôme	Région	France
Médecine	849	85	934	1,9	1,9	1,9
Chirurgie	252	85	337	0,7	1,0	1,0
Gynéco-Obstétrique**	116	0	116	1,1	1,2	1,2
Court séjour (MCO)	1217	170	1387	2,7	3,1	3,1
SSR***			623	1,2	1,5	1,5

Sources : SAE, Insee Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

*Densité pour 1 000 habitants

**Taux pour 1 000 femmes de 15-49 ans

*** Soins de suite et de réadaptation

➔ Un niveau d'équipement en psychiatrie générale plus faible qu'en région et en France

Au 31 décembre 2017, les structures d'accueil en psychiatrie générale disposent en Ardèche de 378 lits ou places d'hospitalisation dont 28 % sont réservés à l'hospitalisation partielle. Dans la Drôme, le nombre de lits ou places est de 482 dont 15 % sont réservés à l'hospitalisation partielle.

Les taux d'équipement en psychiatrie générale dans les deux départements sont inférieurs aux niveaux régional et national.

En psychiatrie infanto-juvénile, la capacité d'accueil se limite à 41 places en hospitalisation partielle en Ardèche, 8 places en hospitalisation complète et 38 places en hospitalisation partielle dans la Drôme.

Les taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile dans les deux départements sont difficilement interprétables du fait de la faiblesse des effectifs.

Capacité des structures d'accueil en psychiatrie : nombre de lits ou places installés au 31 décembre 2017

Ardèche	Hospitalisation			Taux*		
	Complète	Partielle	Total	Ardèche	Région	France
Psychiatrie générale	271	107	378	2,8	3,0	2,9
Psychiatrie infanto-juvénile	0	41	41	1,3	1,4	1,9

Drôme	Hospitalisation			Taux*		
	Complète	Partielle	Total	Ardèche	Région	France
Psychiatrie générale	408	74	482	2,3	3,0	2,9
Psychiatrie infanto-juvénile	8	38	46	0,9	1,4	1,9

Sources : SAE, Insee Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

*Densité pour 1 000 habitants pour la psychiatrie générale

Densité pour 1 000 jeunes de moins de 16 ans pour la psychiatrie infanto-juvénile

STRUCTURES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOIN

Faits marquants

- ▶ *Concernant les soins généraux, le Centre santé jeunes (CSJ) de Valence assure une activité de médecine universitaire, santé des jeunes en recherche d'emploi, planification familiale, consultation jeunes consommateurs (CJC) et aide à l'ouverture de nouveaux droits pour la protection maladie. Il accueille principalement des étudiants (62 %) et des jeunes en recherche d'emploi (16 %) ;*
- ▶ *Concernant l'accompagnement, plusieurs structures telles que la Maison des Adolescents (MDA) Drôme-Ardèche, les Points accueil-écoute jeunes (PAEJ) et les Missions locales peuvent venir en soutien aux jeunes en difficulté ;*
- ▶ *10 villes en Ardèche et 15 villes dans la Drôme proposent un Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) où il est possible notamment d'être conseillé sur la vie affective et sexuelle et d'avoir un accompagnement pour des interruptions volontaires de grossesse (IVG) ;*
- ▶ *Au niveau des soins psychiatriques ambulatoires, les Centres médico-psychologiques (CMP) voient leur nombre d'actes et le nombre de patients augmenter ces dernières années, surtout en Ardèche ;*
- ▶ *Concernant les addictions, les jeunes faisant appel aux différentes structures associatives de prise en charge addictologique sont surtout des hommes (78 à 82 %) consommant du cannabis, du tabac ou de l'alcool ;*
- ▶ *Concernant la précarité, 11 Permanences d'accès au soins (PASS) et 3 Équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) peuvent prendre en charge les patients les plus défavorisés.*



Source : Matthew Henry

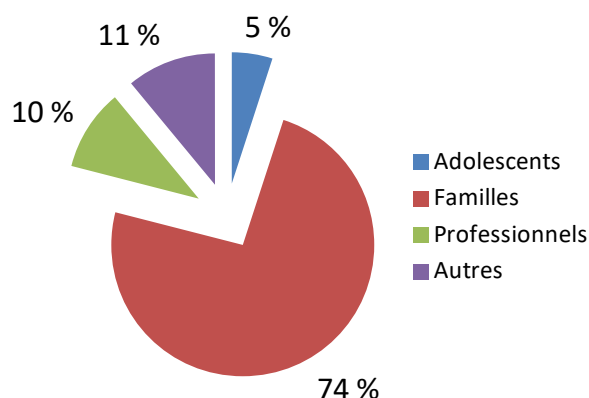
STRUCTURES D'ACCOMPAGNEMENT

↳ Maison des adolescents (MDA) Drôme-Ardèche [1]

Les **Maisons des adolescents** sont des structures accueillant les jeunes ainsi que leurs familles et les professionnels en charge de l'adolescence. Leur statut varie selon la localisation. Ces maisons peuvent, par exemple, être des annexes d'un centre hospitalier, ce qui est le cas pour une grande partie d'entre elles. Ces centres anonymes, gratuits et pluridisciplinaires, sont un lieu d'écoute où l'adolescent et ses proches peuvent poser toutes les questions liées à cet âge de la vie.

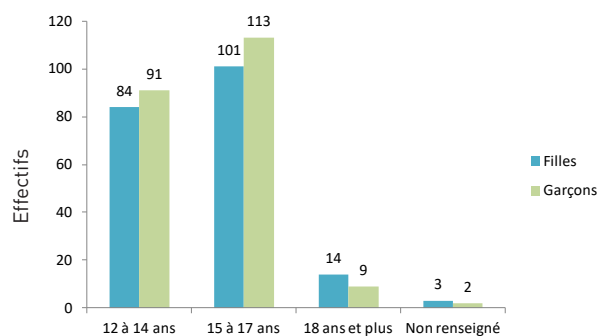
La **Maison des adolescents Drôme-Ardèche** a été créée en 2004. Elle se trouve au sein du centre hospitalier psychiatrique Drôme-Vivarais à Valence. Elle accueille les jeunes des deux départements avec une équipe permanente composée de psychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs spécialisés et assistants sociaux. En 2016, la structure a répondu aux appels téléphoniques de 781 jeunes, dont presque trois quarts avaient pour origine les familles. La MDA Drôme-Ardèche a reçu, en 2016, **417 jeunes entre 12 et 20 ans** (16 ans en moyenne), dont 52 % de garçons. Parmi ces jeunes, 86 % d'entre eux résidaient dans la Drôme et 14 % en Ardèche.

Origine des appels téléphoniques pour une demande à la Maison des adolescents Drôme-Ardèche en 2016



Source : Rapport d'activité 2016 de la MDA Drôme-Ardèche. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Nombre de jeunes reçus à la Maison des adolescents Drôme-Ardèche en 2016



Source : Rapport d'activité 2016 de la MDA Drôme-Ardèche. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

↳ Points accueil-écoute jeunes (PAEJ) [2, 3, 4]

Les **Points accueil-écoute jeunes (PAEJ)** sont des organismes accompagnant les jeunes en situation de vulnérabilité.

Leurs missions s'articulent autour des 5 points suivants :

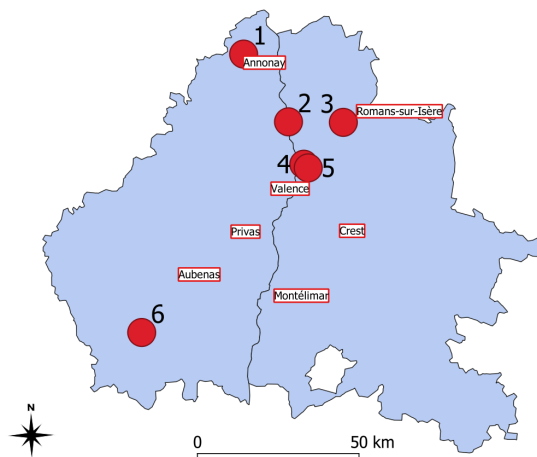
- **Accueil et écoute** : Inconditionnels et immédiats ;
- **Accompagnement et orientation** : Personnalisés en tenant compte des aspects psychologiques et sociaux du jeune ;
- **« Aller vers »** : Entrer en contact avec les publics qui ne peuvent ou ne souhaitent pas solliciter d'aide ;
- **Prévention généraliste** : Mission socio-éducative pour aider le jeune à prendre sa place parmi les autres et dans la société ;
- **Médiation** : Maintien du lien avec les proches, les institutions de droit commun et les dispositifs d'insertion sociale ou professionnelle.

Les publics des PAEJ sont tous les adolescents ou jeunes adultes dans une situation personnelle ou familiale difficile : décrochage scolaire, conflit familiaux, précarité, souffrance psychique, maltraitance, violences, conduite délinquante, addictions, difficultés à vivre sa sexualité, radicalisation et tout autre type de crise.

Il existe 6 PAEJ, dont **3 dans l'Ardèche** et **3 dans la Drôme**.

- 1 : Annonay (Anpaa 07)
- 2 : Tournon (Anpaa 07)
- 3 : Romans-sur-Isère (La Parenthèse)
- 4 : Valence (Anef)
- 5 : Valence (PRO)
- 6 : Joyeuse (MPF Sud 07 – itinérant)

Localisation des 6 PAEJ de l'Ardèche et de la Drôme, 2019



Source : Association nationale des PAEJ (ANPAEJ), liste vérifiée en février 2019.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Point-Relais Oxygène (PRO) – Ville de Valence [5]

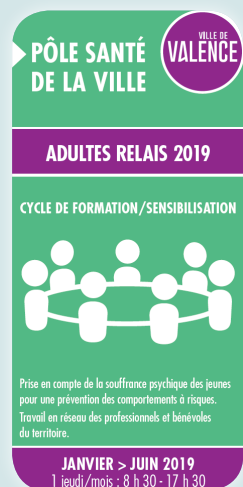


Source : Ville de Valence

Le **Point-Relais Oxygène** de la ville de Valence met en œuvre les missions de **point accueil-écoute jeunes (PAEJ)**, au travers :

- d'entretiens psychologiques individuels pour les jeunes de 16 à 25 ans, les parents de jeunes et les professionnels ou bénévoles d'association en lien avec les jeunes (en face à face ou par téléphone) : 364 personnes reçues pour 772 entretiens réalisés en 2018 ;
- d'actions collectives en direction de ces mêmes publics : environ 600 personnes en 2018. les actions collectives menées avec les jeunes portent sur diverses thématiques : optimisation de la recherche d'emploi, compétences et connaissance de soi, conduites addictives et posture professionnelle, troubles du sommeil et angoisses de jeunes en grande rupture familiale ou sociale, prévention du suicide...
- d'animation du dispositif adultes relais, pour favoriser le travail en réseau ;
- d'implication dans différentes instances partenariales locales.

Dispositif Adultes Relais – Ville de Valence [3]



Source : Ville de Valence

Le **Dispositif Adultes Relais** existe depuis 1985. Il fait partie du dispositif de prévention des comportements à risque et des usages de toxiques chez les jeunes de 16 à 25 ans. Ce dispositif, porté par la Direction Santé Publique de la Ville de Valence, a pour objectif le renforcement de l'écoute, du dialogue et de l'orientation des adultes dans le cadre de la prévention primaire des conduites à risque à travers des échanges, des formations, une réflexion sur les enjeux de l'adolescence et la constitution d'un réseau d'adultes aidants.

Ces adultes sont principalement des travailleurs sociaux, des enseignants, des personnels municipaux, des professionnels de santé, des professionnels de la justice, ainsi que des bénévoles associatifs.

En 2018, 20 nouvelles personnes ont été formées. Pour les 600 adultes relais déjà formés, plusieurs rencontres thématiques ou débats ont été organisés autour de thèmes variés tels que les comportements à risque en addictologie, la santé mentale, l'autisme, la réhabilitation psychosociale, les nouvelles configurations familiales et les sans-abri.



PAEJ de l'Anpaa en Ardèche

2 lieux d'accueil

- 63 avenue de l'Europe – 07100 Annonay ;
- Impasse Junique – 07300 Tournon-sur-Rhône.

En 2018 : 117 jeunes reçus ; 38 parents reçus dans le cadre d'un soutien à la parentalité ; 7 parents reçus en suivi individuel.

Composition de l'équipe – 1 équivalent temps plein (ETP) au total

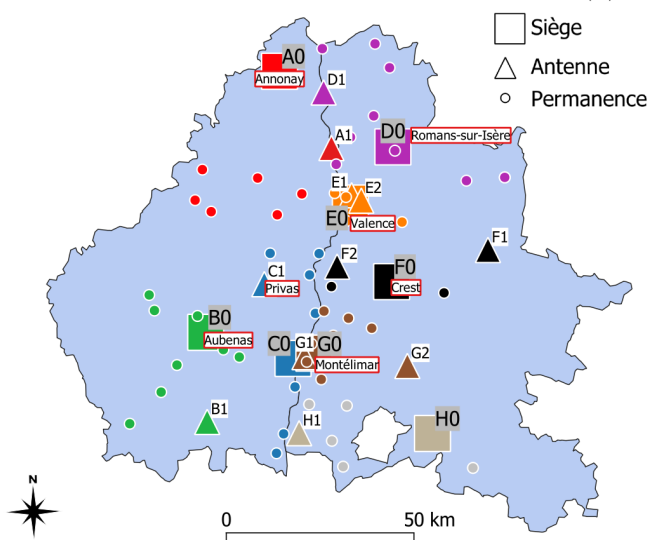
Une cheffe de service ; Secrétariat d'accueil ; Travailleurs sociaux ; Psychologues

Source : Anpaa 07

Missions locales [6]

Créées en 1982, les **Missions locales** sont des associations loi 1901 ayant pour but de favoriser l'**insertion dans le monde professionnel des jeunes, de 16 à 25 ans, déscolarisés**. Elles appuient notamment les démarches d'orientation, de formation et d'emploi. Ces associations accompagnent au niveau national 1 million et demi de jeunes. Ce sont 47 Missions locales qui sont présentes en Auvergne-Rhône-Alpes, pour un suivi de près de 200 000 jeunes chaque année. Dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme, 8 Missions locales existent **via 8 sièges, 11 antennes et 49 permanences** (plusieurs demi-journées d'accueil par mois) répartis sur les deux départements, ce qui fait un total de **68 lieux** d'accompagnement des jeunes.

Missions locales : sièges, antennes et permanences dans l'Ardèche et la Drôme en 2019



Source : Association Régionale des Missions Locales Auvergne-Rhône-Alpes (AMILAURA), liste vérifiée en février 2019. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

[7] Structures
Disp., offre, recours

X - Mission locale (ETP = équivalent temps plein de psychologue financé par l'ARS)

- X0 Siège
- X1 Antenne
- Permanence

A - Nord-Ardèche (0,12 ETP)

- A0 Annonay
- A1 Tournon-sur-Rhône
 - Saint-Agrève
 - Lamastre
 - Alboussière
 - Saint-Martin-de-Valamas
 - Le Cheylard
 - Vernoux-en-Vivarais

B - Ardèche Méridionale (0,17 ETP)

- B0 Aubenas
- B1 Vallon-Pont-d'Arc
 - Les Vans
 - Largentière
 - Joyeuse
 - Villeneuve-de-Berg
 - Lavedieu
 - Montpezat-sous-Bauzon
 - Thueyts
 - Vals-les-Bains

C - Centre-Ardèche (0,25 ETP)

- C0 Le Teil
- C1 Privas
 - Bourg-Saint-Andéol
 - Les-Ollières-sur-Eyrieux
 - Saint-Marcel-d'Ardèche
 - Viviers
 - La-Voulte-sur-Rhône
 - Cruas
 - Le Pouzin

D - Drôme des Collines (0,25 ETP)

- D0 Romans-sur-Isère
- D1 Saint-Vallier
 - La Chapelle-en-Vercors
 - Saint-Donat-sur-l'Herbasse
 - Saint-Jean-en-Royans
 - La-Chapelle-en-Vercors
 - Bourg-de-Péage
 - Saint-Rambert-d'Albon
 - Saint-Sorlin-en-Valloire
 - Hauterives
 - Tain-l'Hermitage
 - La-Roche-de-Clun

E - Valentinois (0 ETP)

- E0 Valence - Gangloff
- E1 Valence - Verdun
- E2 Valence - Huguenots
 - Portes-lès-Valence
 - Guilhaud-Granges
 - Saint-Péray
 - Chabeuil

F - Vallée de la Drôme (0,15 ETP)

- F0 Crest
- F1 Die
- F2 Livron-sur-Drôme
 - Saillans
 - Loriol-sur-Drôme

G - Porte de Provence (0,2 ETP)

- G0 Montélimar - Saint-Martin
- G1 Montélimar - Clémenceau
- G2 Dieulefit
 - Sauzet (RSA)
 - Châteauneuf-du-Rhône (RSA)
 - Les Tourettes (RSA)
 - Cléon-d'Andran (RSA)
 - Marsanne (RSA)
 - Montélimar - Nocaze (Jeunes)
 - Montélimar - Léonard (Jeunes)

H - Drôme Provençale (0,25 ETP)

- H0 Nyons
- H1 Pierrelatte
 - Buis-les-Baronnies
 - Saint-Paul-Trois-Châteaux
 - Grignan
 - Donzère
 - Suze-la-Rousse



Source : Association Régionale des Missions Locales Auvergne-Rhône-Alpes (AMILAURA)

La majorité des Missions locales bénéficient de temps de psychologues, financés par l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes, avec un total d'équivalent temps plein (ETP) de 0,54 pour l'Ardèche et 0,85 pour la Drôme.

Dans le domaine plus spécifique de la santé, les conseillers peuvent orienter les jeunes vers des **référents santé** qui renseignent sur les possibilités d'accès aux soins, d'accès aux droits (sécurité sociale, mutuelle, protection universelle maladie...) et accompagnent la mobilisation des aides financières si nécessaire. Le jeune peut signer un contrat avec la Mission locale pour bénéficier de la **Garantie jeunes** qui accompagne les jeunes de 16 à 25 ans en situation de grande précarité vers l'emploi ou la formation. Cette Garantie jeunes peut également comporter une allocation attribuée en fonction des revenus du jeune.

Pour favoriser les liens, des actions sont régulièrement organisées par les Missions locales en partenariat avec les acteurs de santé locaux : petits déjeuners-santé, ateliers-santé, expositions thématiques, sessions de formation...

Garantie jeunes réfugiés – Mission locale du Valentinois [7]

www.missionlocalevalence.com

La **Mission locale de Valence** porte ce projet depuis fin 2018. Ainsi, **12 jeunes, de 18 à 25 ans et ayant obtenu le statut de réfugié**, bénéficient d'un accompagnement collectif et individuel. En plus des **cours de français langue étrangère (FLE)**, de nombreux **ateliers** sont mis en place tels que de la cuisine, du théâtre, un atelier de parole, des séances avec une assistante sociale, de l'écriture et des ateliers-santé en partenariat avec le Centre Santé Jeunes. Les activités sont toutes en lien avec le **parcours d'insertion** : les jeunes réfugiés peuvent apprendre le français en imaginant une situation de logement où l'on reçoit un courrier par exemple, où il faut envoyer un document à la Caf... Ils apprennent ainsi à manier conjointement le vocabulaire et des situations domestiques de la vie courante. Les premiers retours sur cette Garantie jeunes réfugiés sont très positifs. L'étagage collectif permet à chacun de trouver ou retrouver sa place et son identité.

STRUCTURES DE SOINS

Centre Santé Jeunes de Valence (CSJ) [8]

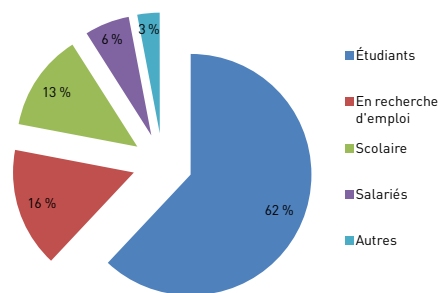
Le **Centre Santé Jeunes (CSJ) de Valence** est un service de la Direction Santé Publique de la ville de Valence. Ce centre propose des soins et des actions de prévention à tous les jeunes de 16 à 25 ans du territoire. Situé place Latour-Maubourg, le Centre Santé Jeunes est pluridisciplinaire, avec une offre de consultations de médecine générale, gynécologie, médecine du sport, psychologie, soins infirmiers, diététique, sophrologie, relaxologie, art-thérapie. L'équipe organise aussi des ateliers collectifs tels que des ateliers diététiques, des formations de secourisme, des groupes de parole ou d'expression. Le CSJ accueille également le **Point-Relais Oxygène** (Point accueil-écoute jeunes, Cf. Partie « Structures d'accompagnement »).

Le Centre Santé Jeunes de Valence a établi des conventions avec plusieurs partenaires. Il assure :

- La **médecine universitaire du site de Valence**, par délégation de l'Agence de développement universitaire Drôme-Ardèche (ADUDA), l'université Grenoble-Alpes et le centre de santé inter-universitaire de Grenoble ;



Publics du Centre Santé Jeunes de Valence, 2018



Source : Ville de Valence.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- Le suivi de la **santé des jeunes en recherche d'emploi** et la participation à la **Garantie Jeunes** par convention avec la Mission locale du Valentinois ;
- Une activité de **CPEF (planification familiale)**, de **vaccination des jeunes** et de **suivi de santé des mineurs isolés étrangers** par convention avec le Conseil départemental de la Drôme ;
- Un créneau de **Consultation jeunes consommateurs (CJC)** avec Tempo-Oppelia ;
- Le suivi des **mineurs en difficulté** par convention avec la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) de l'Ardèche et de la Drôme et l'Anef (Association nationale d'entraide) Vallée du Rhône.

Les 2 secrétaires employées à temps complet du CSJ réalisent des entretiens individuels avec les jeunes dans un but de soutien pour les **démarches sociales** et l'**ouverture de nouveaux droits** à celles et ceux qui n'ont pas de couverture maladie, notamment les jeunes précaires, les personnes en recherche d'emploi ou les mineurs isolés.

➔ Vie affective et sexuelle

Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd) ^[9, 10]

Les **Cegidd** sont les **Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH (virus d'immunodéficience humaine aussi appelé virus du sida), des autres infections sexuellement transmissibles (IST) et de l'hépatite C**. Ces structures sont majoritairement hospitalières. Ces centres proposent un entretien médical individuel, suivi ou non d'un examen biologique (prise de sang, prélèvement local), avec résultat de l'examen en moins d'une semaine. Un accompagnement et un traitement adaptés sont proposés si un ou plusieurs de ces examens s'avèrent positifs.

Il existe une trentaine de Cegidd en Auvergne-Rhône-Alpes. Près de 100 000 consultations ont été réalisées en 2016. Les pourcentages de tests positifs étaient plus élevés que la moyenne française pour deux infections : l'hépatite B et la syphilis.

Trois lieux pour se faire dépister dans l'Ardèche et la Drôme

Centre hospitalier Ardèche Nord
13 cours du Temple
07103 Annonay

Centre hospitalier des Vals d'Archèche
2 rue Pasteur
07007 Privas

Centre hospitalier de Valence
179 boulevard du Maréchal Juin
26000 Valence

IST/VIH-quiz^[11]

Question 1 - Parmi les liquides suivants, lesquels sont contaminants pour le VIH ?

A - La salive / **B** - Le sperme / **C** - Le sang

Question 2 - Quel est le moyen classique de diagnostic de la syphilis ?

A - Le prélèvement génital / **B** - La prise de sang / **C** - L'échographie

Question 3 - Le *Chlamydiae* et le gonocoque sont :

A - Des virus / **B** - Des bactéries / **C** - Des champignons

Réponses : 1BC - 2B - 3B

Pourcentage de tests positifs parmi les IST dépistées dans les Cegidd en région Auvergne-Rhône-Alpes, 2016 Population générale, tous âges confondus

	Région	France
Virus d'immunodéficience humaine (VIH)	0,21 %	0,41 %
Virus de l'hépatite B (VHB)	1,38 %	1,10 %
Virus de l'hépatite C (VHC)	0,80 %	0,80 %
<i>Chlamydiae</i>	7,71 %	7,97 %
Gonocoque	2,89 %	2,96 %
Syphilis	2,05 %	1,50 %

Source : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire n°40-41, novembre 2018.

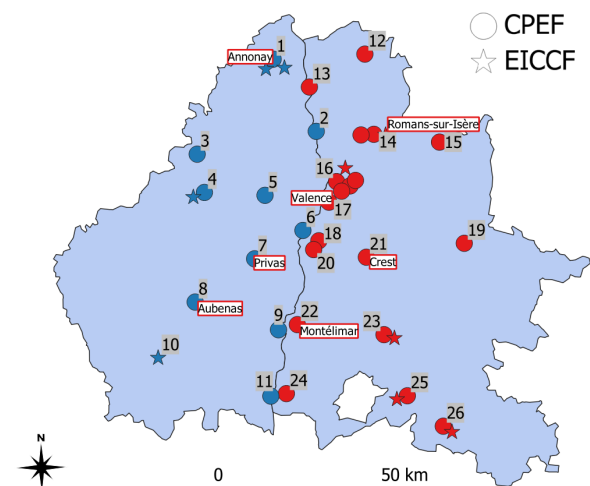
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et Établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) [12, 13, 14, 15]

Les **Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF)** sont, soit des antennes d'établissements hospitaliers, soit des structures départementales (centres médico-sociaux), soit des associations loi 1901 (par exemple le Mouvement français pour le Planning familial ou MPF). Ces centres assurent des actions, collectives et individuelles, dans le domaine de la **parentalité** ainsi que de la **vie affective, conjugale et sexuelle**. Leurs actions principales reposent sur la prévention et les soins, notamment dans les domaines de la **contraception**, des **infections sexuellement transmissibles (IST)** et de l'**interruption volontaire de grossesse (IVG)**. Pour la contraception ainsi que le suivi et le traitement des IST, les mineurs peuvent y accéder de façon anonyme sans nécessité d'un accord parental.

Les **Établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF)** sont des structures associatives ayant pour rôle **l'accueil et l'information** sur la vie sexuelle et affective, la préparation des jeunes à la vie de couple et à la fonction parentale, l'entretien préalable à une IVG, le suivi après une IVG et le conseil aux familles où existent dysfonctionnements et violences. Leurs missions sont proches de celles de CPEF. Les EICCF ont une **approche prioritairement relationnelle, affective et psychologique**. **Aucun acte médical** n'est réalisé. Dans l'Ardèche, il y a 10 CPEF et 4 EICCF ; dans la Drôme, il y a 19 CPEF et 5 EICCF.

Les CPEF et EICCF de l'Ardèche et de la Drôme en 2019 [13]



Source : Conseils départementaux de l'Ardèche et de la Drôme, Ministère en charge de la Santé, liste vérifiée en février 2019. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Visuel créé par les jeunes de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) de l'Ardèche et de la Drôme et des résidents en appartement de coordination thérapeutique (ACT) à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida



Source : Ville de Valence

Ardèche		
Ville	CPEF	EICCF
1 Annonay	CD07	Couples et Familles MPF07
2 Tournon-sur-Rhône	CD07	
3 Saint-Agrève	CH Moze	
4 Le Cheylard	CD07	MPF07
5 Vernoux-en-Vivarais	CD07	
6 La Voulte-sur-Rhône	CD07	
7 Privas	CD07	
8 Aubenas	CD07	
9 Le Teil	CD07	
10 Joyeuse		MPF07
11 Bourg-Saint-Andéol	CD07	

Drôme		
Ville	CPEF	EICCF
12 Hauterives	CD26	
13 Saint-Vallier	CH Drôme-Nord	
14 Romans-sur-Isère	CH Romans	MPF26
15 Saint-Jean-en-Royans	CD26	
16 Valence	CH Valence CPEF /CSJ / MPF26	MPF26
17 Portes-lès-Valence	CD26	
18 Livron-sur-Drôme	CD26	
19 Die	CD26	
20 Loriol	CD26	
21 Crest	CH Crest	
22 Montélimar	CH Montélimar	
23 Dieulefit	MPF26	MPF26
24 Pierrelatte	CD26	
25 Nyons	MPF26	MPF26
26 Buis-les-Baronnies	MPF26	MPF26

CD : Conseil départemental
CH : Centre hospitalier
MPF : Mouvement du planning familial
CSJ : Centre Santé Jeunes

Pass'Région Auvergne-Rhône-Alpes^[16]

Qu'est-ce que le Pass'Région ?



Source : Région Auvergne-Rhône-Alpes

Le Pass'Région est un dispositif adressé aux jeunes ouvrant plusieurs avantages dans le domaine de la scolarité, de la culture, du sport, de la conduite, mais aussi de la santé. En termes de santé, le Pass'Région permet de commander des **coupons Dépistage-Prévention** qui peuvent être utilisés auprès de différents professionnels de santé partenaires au sein de la région.

Ces coupons donnent accès à :

- des consultations chez un **médecin** ou une **sage-femme** gratuites et anonymes sur la **sexualité**, les **infections sexuellement transmissibles** et la **grossesse** ;
- un **contraceptif** (pilule, dispositif intra-utérin ou stérilet, patch, anneau, diaphragme, implant) après prescription par un médecin ou une sage-femme ;
- la réalisation d'**analyses médicales**.

Qui peut en bénéficier ?

Tout jeune peut bénéficier des avantages du Pass'Région :

- S'il (ou elle) est élève ou apprenti(e) jusqu'au niveau baccalauréat dans un lycée, CFA (centre de formation et d'apprentissage), MFR (maison familiale rurale) ou école de production (école privée d'enseignement technique) de la région Auvergne-Rhône-Alpes (2nde, 1^{ère}, Terminale, baccalauréat professionnel, CAP...) ;
- S'il (ou elle) est en formation post-bac (BTS, Classes préparatoires aux grandes écoles...) dans un lycée, un CFA, une MFR ou une école de production ;
- S'il (ou elle) est inscrit(e) et suivi(e) par une Mission locale ;
- S'il (ou elle) est inscrit(e) dans un établissement de formations sanitaires et sociales (formations de niveau V, IV, III et II, hors statut salarié) ;
- S'il (ou elle) est inscrit(e) dans un établissement accueillant les jeunes handicapés (IME, IEM, IMPRO) ;
- S'il (ou elle) est âgé(e) de 16 à 25 ans, domicilié(e) en Auvergne-Rhône-Alpes et inscrit(e) dans un organisme de formation à distance.

Comment le commander ?

- <http://auvergnerhonealpes.zecarte.fr/ARA/Forms/InscriptionBeneficiaire/InfosCarte.aspx>
- Application « Pass'Région »

➔ Santé mentale

Centres médico-psychologiques (CMP)^[17, 18]

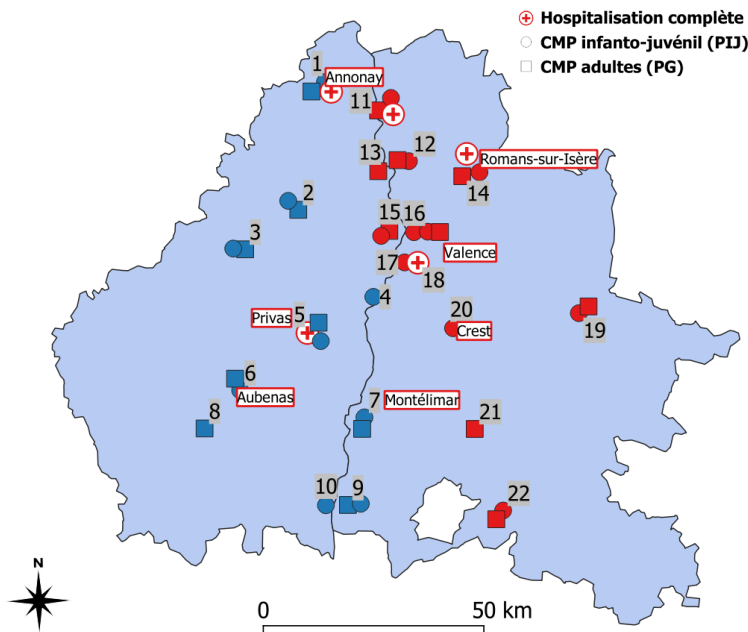
Les **centres médico-psychologiques (CMP)** sont des structures de **soins psychiatriques ambulatoires** rattachées à un centre hospitalier (CH). L'arrêté du ministère de la Santé du 14 mars 1986 les définit comme des « unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile ». Ces établissements sont l'articulation entre les soins psychiatriques de ville et l'accès aux soins hospitaliers.

Il existe deux types de CMP : les CMP de psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) et les CMP de psychiatrie générale (PG), sans qu'il n'y ait de limite d'âge précise entre la fin du suivi de la psychiatrie infanto-juvénile et le début du suivi en psychiatrie générale.

Les CMP de l'Ardèche et de la Drôme (cf. carte ci-après) sont rattachés depuis 2016 à deux centres hospitaliers, le **CH Sainte-Marie (Privas et Annonay)** et le **CH Drôme-Vivaraï (Montéleger, Romans-sur-Isère et Saint-Vallier)**. Ils totalisent 5 lieux d'hospitalisation complète.

Ces CMP voient leur **nombre d'actes et leur nombre de patients augmenter** ces dernières années, principalement en Ardèche. Ceci est notamment la conséquence de la diminution du nombre de lits en hospitalisation psychiatrique traditionnelle et de la montée en puissance de ces centres qui sont des structures essentielles de la prise en charge psychiatrique ambulatoire.

Localisation des CMP et des lieux d'hospitalisation complète (HC) en psychiatrie dans l'Ardèche et la Drôme, 2019 ^[17, 18]



CH Sainte-Marie			
Ville	PIJ	PG	HC
1 Annonay	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Lamastre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3 Le Cheylard	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
4 La-Voulte-sur-Rhône	<input checked="" type="checkbox"/>		
5 Privas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 Aubenas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
7 Montélimar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
8 Largentière	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
9 Pierrelatte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
10 Bourg-Saint-Andéol	<input checked="" type="checkbox"/>		

CH Drôme-Vivarais			
Ville	PIJ	PG	HC
11 Saint-Vallier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12 Tain-L'Hermitage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
13 Tournon-sur-Rhône	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
14 Romans-sur-Isère	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15 Guilherand-Granges	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
16 Valence	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
17 Portes-lès-Valence	<input checked="" type="checkbox"/>		
18 Montéléger			<input checked="" type="checkbox"/>
19 Die	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
20 Crest	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
21 Dieulefit		<input checked="" type="checkbox"/>	
22 Nyons	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Sources : CH Sainte-Marie, CH Drôme-Vivarais, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, vérification des listes en février 2019. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ^[19]

Les **centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)** sont des structures gérées dans la majorité des cas par des associations (Association des paralysés de France, Croix-Rouge, Groupe SOS...), des collectivités territoriales (villes, départements...) et des organismes (Cpam, Caf...). Le premier article du décret ministériel du 18 février 1963 relatif aux conditions techniques d'agrément des centres médico-psycho-pédagogiques de cure ambulatoire décrit le rôle des CMPP :

« Les centres médico-psycho-pédagogiques pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants [...] dont l'inadaptation est liée à des **troubles neuropsychiques** ou à des troubles du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale [...]. Le diagnostic et le traitement sont effectués en consultations ambulatoires sans hospitalisation du malade. Ils sont toujours mis en œuvre par une équipe composée de médecins, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, d'assistantes sociales et, autant que de besoin, de pédagogues et de rééducateurs. Ils ont pour but de réadapter l'enfant en le maintenant dans son milieu familial, scolaire ou professionnel et social ».

Ces centres de prise en charge principalement **psychologique** sont à destination des enfants et adolescents de **moins de 20 ans**.

Affections prises en charge au sein des CMPP

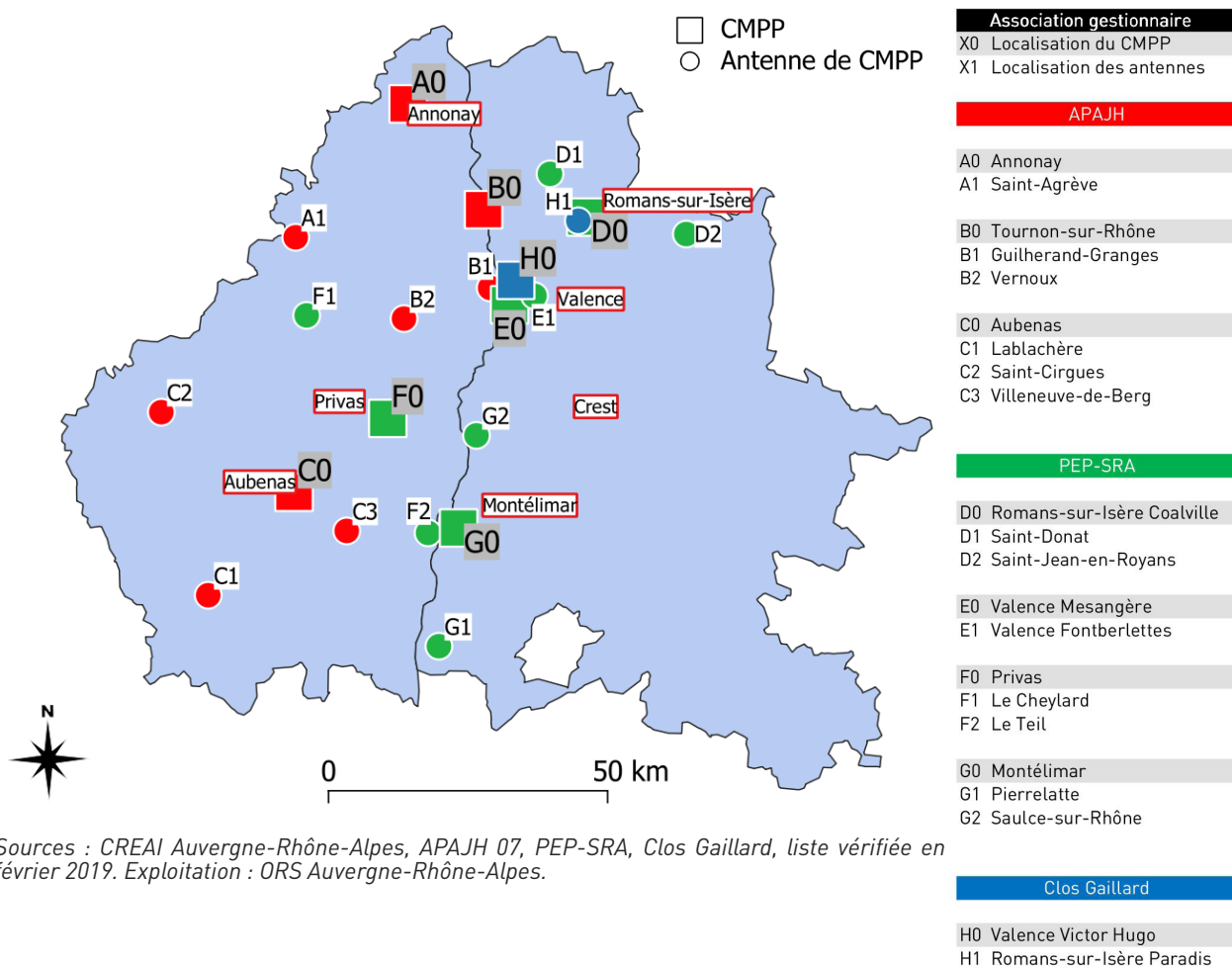
Troubles des apprentissages et de la communication (activité principale)

- Famille des « dys » : dyslexie (lecture), dyspraxie (coordination motrice), dyscalculie (activités numériques), dysphasie (langage oral)
- Troubles de la parole (articulation, bégaiement...)

Les CMPP accueillent aussi

- Troubles du comportement
- Troubles de la relation
- Troubles du Spectre Autistique (TSA)

Localisation des CMPP dans l'Ardèche et la Drôme en 2019 ^[19]



➔ Addictions

Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ^[20]

Les **Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)** sont des **structures ambulatoires** proposant un accompagnement vers l'arrêt, la consommation modérée de substances psychoactives ou un traitement de substitution des personnes présentant une dépendance ainsi que leur entourage. La pluridisciplinarité des équipes qui y travaillent (médecins, infirmiers, psychothérapeutes, assistants sociaux, aides éducatives...) permet une prise en charge globale. L'accueil et le suivi peuvent se faire avant, pendant et après le sevrage des substances, afin de consolider l'arrêt. Ces structures gratuites garantissent l'anonymat. Ces centres peuvent intervenir tant en ville (centres hospitaliers, associations) que dans des lieux de privation de liberté (LPL) tels que des prisons.

Les CSAPA sont habilités à prendre en charge également des **addictions comportementales** (dites addictions sans produit), ils peuvent recevoir les personnes présentant une anorexie mentale, une addiction aux jeux d'argent ou un trouble du jeu vidéo par exemple. Cf. Fiches « **Technologies de l'information et de la communication** » et « **Troubles du comportement alimentaire** ».

Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques liés à l'usage de drogues (CAARUD) [20]

Les **Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques liés à l'usage de drogue (CAARUD)** reçoivent des usagers de substances psychoactives qui ne sont pas engagés dans l'arrêt de leur consommation mais qui sont exposés à des risques majeurs de contamination (VIH, hépatites) et d'infection (plaies, abcès). Ces centres proposent à ces usagers un lieu où ils peuvent échanger avec des professionnels qui délivrent à la fois des conseils mais aussi du **matériel de réduction des risques : seringues stériles, préservatifs, pailles propres, dépistages...**

Il n'existe pas de salle de consommation à moindre risque dans l'Ardèche et la Drôme. Il existe néanmoins un automate : localisé à Valence, un automate distributeur/échangeur de seringues met à disposition des usagers des kits de matériel échangé avec un jeton obtenu à partir d'une seringue utilisée.

CAARUD à distance sur toute la région Auvergne-Rhône-Alpes (Tempo-Oppelia)

L'accès aux outils de réduction des risques et des dommages reste compliqué pour de nombreuses personnes (zones rurales, horaires de travail incompatibles avec une venue en CAARUD classique, peur de la stigmatisation...). Dans une stratégie « d'aller vers » et suite à la régionalisation du dispositif de réduction des risques et des dommages en Auvergne-Rhône-Alpes (auparavant géré par l'association Safe), Tempo-Oppelia a mis en place en 2018 un **dispositif de réduction des risques et des dommages à distance**. Ce dispositif innovant, accessible par téléphone et par courriel, permet l'accès aux conseils de réduction des risques et des dommages ainsi qu'à des outils par voie postale.

Consultation jeunes consommateurs (CJC)[20, 21, 22]

La **Consultation jeunes consommateurs (CJC)** est un dispositif anonyme, gratuit et pluridisciplinaire de **prévention et de soins en addictologie** mis en place, en 2004, par les autorités publiques. Les principaux objectifs de ce dispositif sont l'écoute sans stigmatisation et la réduction des risques. Les familles peuvent faire appel de façon spontanée à ce dispositif ou être orientées par les professionnels de santé.

Ces structures prennent en compte toutes les substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, cocaïne...), mais aussi les addictions sans produit (jeux d'argent, jeux vidéo, Internet...). Cf. Fiche « Technologies de la communication et de l'information (TIC) »

Intervention précoce [23]

L'**intervention précoce** est une stratégie d'action visant à raccourcir autant que possible le délai entre l'apparition des premiers signes d'une pathologie ou d'une souffrance et la mise en œuvre d'aides ou de soins adaptés.

C'est une démarche de **promotion de la santé** visant à mieux répondre aux difficultés des publics, en permettant :

- d'accompagner le **développement des compétences psychosociales** des jeunes ;
- d'**évaluer des situations de vulnérabilité** individuelle ;
- de proposer des **offres spécifiques d'accompagnement** s'appuyant sur les ressources locales et communautaires.



Source : Santé Publique France, Drogues-Info-Service (www.drogues-info-service.fr)

À l'interface entre la prévention et le soin, entre l'individu et le collectif, cette stratégie d'intervention est précoce parce qu'elle se situe en amont :

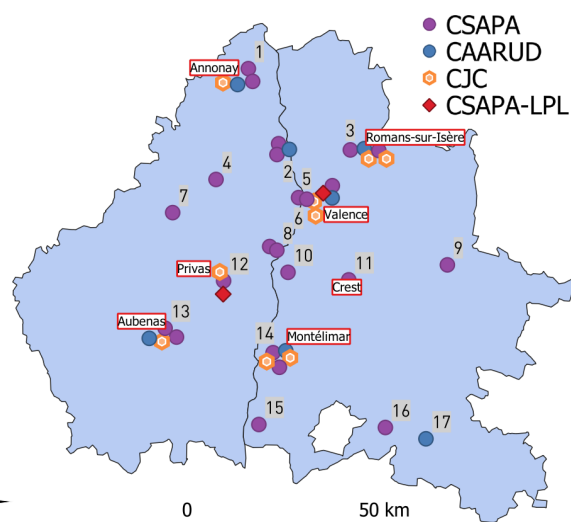
- d'une demande de soins ;
- des premiers usages problématiques ;
- de l'apparition de troubles ou de dommages.

Elle peut être développée dans tous les lieux sociaux (famille, école, entreprise, quartier...).

En tant que tel, le dispositif d'intervention précoce ne se substitue pas aux dispositifs et actions annexes de prévention des conduites addictives et à risque, ni à ceux qui concernent la gestion des situations de transgression. Il peut toutefois s'inscrire en complémentarité de ces derniers et trouve notamment toute sa pertinence dans le dispositif des Consultations jeunes consommateurs (CJC).

Le dispositif d'intervention précoce implique nécessairement un **travail dynamique de formation-sensibilisation auprès des équipes des établissements** afin de faciliter la promotion d'un environnement favorable et le travail de repérage des situations problématiques.

Localisation des lieux de prise en charge addictologique et des structures rattachées : CSAPA, CSAPA en lieu de privation de liberté (LPL), CAARUD, CJC, dans l'Ardèche et la Drôme en 2019



Légende	Ville	CSAPA	CAARUD	CJC	LPL
1	Annonay	ANPAA07 CHAN	ANPAA07	ANPAA07	
2	Tournon-sur-Rhône	ANPAA07 CHAN	ANPAA07		
3	Romans-sur-Isère	ANPAA26 TEMPO	TEMPO	ANPAA26 TEMPO	
4	Lamastre	ANPAA07			
5	Guilherand-Granges	ANPAA07			
6	Valence	ANPAA26 TEMPO	TEMPO	ANPAA26 TEMPO	TEMPO
7	Le Cheylard	ANPAA07			
8	La-Voulte-sur-Rhône	ANPAA07 CHVA			
9	Die	ANPAA26	TEMPO		
10	Loriol-sur-Drôme	ANPAA26			
11	Crest	ANPAA26 TEMPO	TEMPO		
12	Privas	CHVA		CHVA	CHVA
13	Aubenas	ANPAA07 CHAM	ANPAA07	ANPAA07	
14	Montélimar	ANPAA26 TEMPO	TEMPO	ANPAA26 TEMPO	
15	Pierrelatte	ANPAA26 TEMPO	TEMPO		
16	Nyons	ANPAA26	TEMPO		
17	Buis-les-Baronnies		TEMPO		

Sources : Anpaa 07, Anpaa26, Drogues-info-service, ARS Auvergne-Rhône-Alpes ; liste vérifiée en février 2019. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

L'équipe mobile du CAARUD de Tempo-Oppelia intervient de manière hebdomadaire à Nyons, Crest, Die, Buis-les-Baronnies, Pierrelatte et sur la zone du Tricastin (Donzère, Saint-Paul-Trois-Châteaux). Elle est alors accueillie par des structures sur place. Cette même équipe est en mesure d'intervenir sur l'ensemble de la vallée du Rhône et au sud du département de la Drôme.

Trois structures sont les **principaux acteurs associatifs de l'addictologie ambulatoire** dans l'Ardèche et la Drôme : l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie dans l'Ardèche et la Drôme (**Anpaa 07** et **Anpaa 26**) ainsi que Tempo, l'antenne drômoise de l'association nationale Oppelia (**Tempo-Oppelia**).

CHAN : Centre hospitalier Ardèche-Nord
CHVA : Centre hospitalier des Vals d'Ardèche
CHAM : Centre hospitalier Ardèche-Méridionale

Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie – Département de l'Ardèche (Anpaa 07) – Rapport d'activité 2018 [24]

CSAPA – 2018

- 158 jeunes de moins de 26 ans et 61 personnes reçues au titre de l'entourage.

CJC (jeunes de moins de 26 ans) – 2018

- 93 usagers / 284 actes ; 50 personnes de l'entourage / 25 actes.

CAARUD – 2018

- 270 usagers (sur les sites principaux et en unités mobiles) / 1 148 actes ;
- 328 personnes rencontrées en milieu festif ;
- 3 938 kits distribués / 44 712 seringues distribuées / 37 565 récupérées.

Prévention – 2018

- 2 109 personnes rencontrées : 523 professionnels et 1 586 jeunes.

Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie – Département de la Drôme (Anpaa 26) – Rapport d'activité 2018 [25]

CSAPA – 2018

- 222 jeunes de moins de 26 ans et 133 personnes reçues au titre de l'entourage.

CJC (jeunes de moins de 26 ans) – 2018

- 131 usagers / 461 actes (20,6 % de femmes) ;
- 34 personnes de l'entourage / 76 actes.

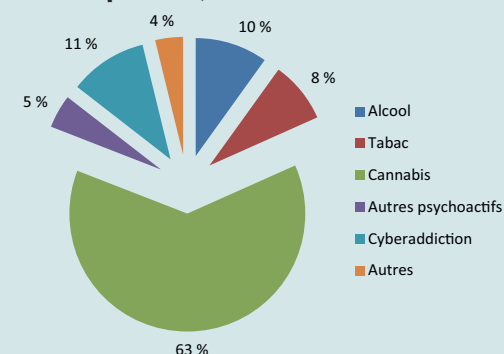
Répartition des usagers par tranche d'âge :

- 9-14 ans : 4 % ;
- 15-17 ans : 24 % ;
- 18-25 ans : 73 %.

Prévention – 2018

- 2 418 personnes rencontrées : 351 professionnels, 135 parents et 1 932 jeunes.

Produit (ou principal produit si polyaddiction) des usagers des CJC de l'Anpaa 26, 2018



Source : Anpaa 26.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Tempo-Oppelia (Drôme) – Rapports d'activité 2015 et 2017 [22, 23, 26]

CSAPA – 2017 :

- 497 usagers de moins de 26 ans dont 277 suivis par la CJC.

CJC – 2017

- 277 usagers (56 % du CSAPA chez les moins de 26 ans) / 541 actes ;
- 121 personnes de l'entourage pour 194 actes ;
- 3 centres : Valence (45 %), Romans-sur-Isère (30 %) et Montélimar (25 %) ;
- Cannabis 35 %, tabac 25 %, cyberdépendance 8 %, alcool 6 %, 26 % autres.

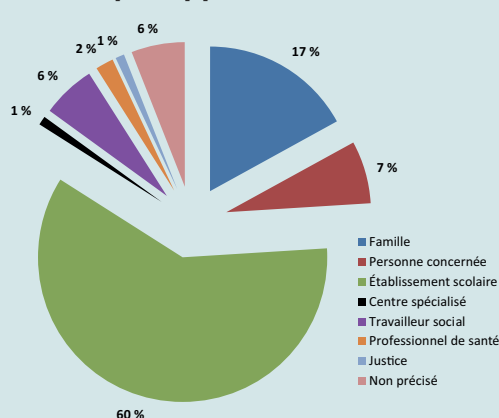
CAARUD – 2015

- 450 usagers / 3 741 actes ; 18,8 % de femmes ;
- 20 587 kits de réduction des risques distribués.

Intervention précoce – 2017

- L'intervention précoce a permis 77 % des suivis effectués en CJC ;
- Interventions collectives : 2 284 jeunes, 132 membres de l'entourage, 1 484 professionnels.

Qui oriente les jeunes vers la CJC de Tempo-Oppelia (2017) ?



Source : Tempo-Oppelia.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Précarité

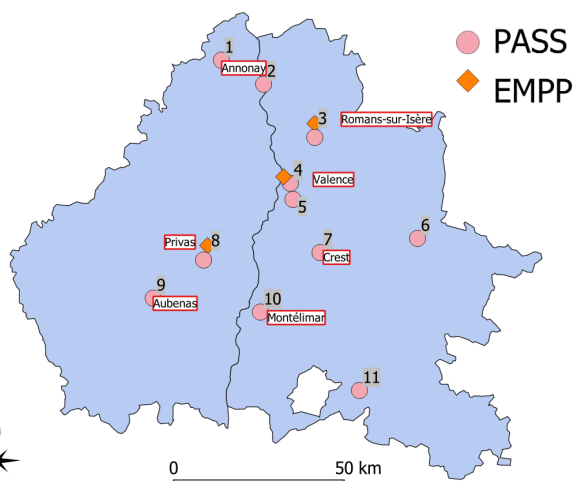
Permanence d'Accès aux Soins (PASS) [27]

La **Permanence d'Accès aux Soins (PASS)** est un dispositif créé en 1998 visant à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier et, de façon plus générale, au système de soins (primaires et spécialisés) et d'accompagnement social : caisse d'Assurance maladie, Samu social, Centres communaux d'action sociale (CCAS), centres médico-psychologiques (CMP), associations humanitaires... Ces structures sont implantées au sein des hôpitaux afin d'avoir accès à un plateau technique (imagerie, examens biologiques, pharmacie...). Il existe 9 PASS de soins généraux dans l'Ardèche et la Drôme et 1 PASS (Privas) où il n'est pas pratiqué des soins mais où une assistante sociale organise l'ouverture des droits. Le CH Drôme-Vivarais, à Montéléger, propose une PASS à orientation psychiatrique.

Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) [28]

Les **Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)** vont au devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins. Elles sont l'interface entre la psychiatrie de secteur et les équipes sanitaires et sociales compétentes. Dans l'Ardèche et la Drôme, les trois EMPP sont rattachées au CH Sainte-Marie (Privas) et au CH Drôme-Vivarais (Valence et Romans-sur-Isère)

Localisation des PASS et EMPP dans l'Ardèche et la Drôme en 2018



	Ville	PASS	EMPP
1	Annonay	CH Annonay	
2	Saint-Vallier	Hôpitaux Drôme-Nord	
3	Romans-sur-Isère	Hôpitaux Drôme-Nord	Hôpitaux Drôme-Nord
4	Valence	CH Valence	CH Drôme-Vivarais
5	Montéléger	CH Drôme-Vivarais (psy)	
6	Die	CH Die	
7	Crest	CH Crest	
8	Privas	CH des Vals d'Ardèche	AH Sainte-Marie
9	Aubenas	CH Ardèche-Méridionale	
10	Montélimar	GH Portes de Provence	
11	Nyons	HL Nyons	

CH : centre hospitalier
GH : groupe hospitalier
AH : association hospitalière
HL : hôpital local

Sources : ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2018
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Accès aux soins pour les jeunes de passage à Valence

Accueil santé possible :

[24h/24] Centre hospitalier de Valence (179 boulevard du Maréchal Juin, 26000 Valence)

- Service d'accueil des urgences ;
- Permanence d'Accès aux Soins (PASS).

Diaconat protestant : deux accueils

- L'Entraide protestante (rue Amblard – 26000 Valence) : Accueil de jour et de santé ; permanence médicale le lundi matin et mercredi matin ; permanence d'infirmière le vendredi matin ;
- Asile.com (97 rue Faventines – 26000 Valence) : Plateforme de premier accueil et de santé pour personnes en demande d'asile.

Centre Santé Jeunes de Valence (13-15 place Latour-Maubourg – 26000 Valence)

AUTRES STRUCTURES [29, 30, 31]

Éducation nationale

Classes ordinaires avec accompagnement : Primaire et collège

Unités localisées d'inclusion scolaire (ULIS) : Plusieurs écoles primaires, collèges et lycées (publics et privés sous contrat) dans l'Ardèche et la Drôme.

Sections d'enseignement général ou professionnel adapté (SEGPA) et Établissement régional d'enseignement adapté (ÉREA – internat) : 15 SEGPA et 1 ÉREA dans l'Ardèche et la Drôme.

Médico-social

Instituts médico-éducatifs (IME)

De 0 à 20 ans ; déficiences intellectuelles avec ou sans trouble associé.

Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)

Difficultés psychologiques, troubles du comportement et difficultés scolaires (capacités intellectuelles et cognitives préservées).

Instituts d'éducation motrice (IEM)

Déficience motrice sévère.

Éducation spécialisée et soins

Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

Enfants et adolescents de 0 à 20 ans atteints de déficiences intellectuelles et motrices, de troubles du comportement. Soins et soutien pour le maintien dans le milieu de vie, l'intégration et l'éducation. Il existe une trentaine de SESSAD dans l'Ardèche et la Drôme.

 Pour en savoir plus**Ressources locales**

www.ch-dromevivaraais.fr/centre-hospitalier-drome/maison-adolescents.htm

Maison des Adolescents Drôme-Ardèche

www.missions-locales.org

Missions locales Auvergne-Rhône-Alpes

www.valence.fr

Centre de santé Jeunes / PAEJ
Point Relais Oxygène / Dispositif Adultes Relais (Ville de Valence)

www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr

ARS Auvergne-Rhône-Alpes / Cegidd

www.ardeche.fr/227-centres-de-planification.htm

Centres de planification de l'Ardèche

www.ladrome.fr/nos-actions/solidarites/sante-prevention/les-centres-de-planification-deduction-familiale

Centres de planification de la Drôme

www.diaconat26-07.org/

Diaconat protestant Drôme-Ardèche

www.sante-jeunes.org

Conseils santé à destination des jeunes (CRIJ Rhône-Alpes et région Auvergne-Rhône-Alpes)

Ressources nationales

www.anpaej.fr

Association nationale des PAEJ

www.ivg.gouv.fr

CPEF / EICCF / IVG

www.drogues-info-service.fr

Conduites addictives / CJC

 **Références**

[1] Centre Hospitalier Le Valmont. Rapport d'activité 2016 de la Maison des Adolescents Drôme-Ardèche. Juillet 2017.

[2] Association nationale des Points accueil-écoute jeunes [en ligne] <http://www.anpaej.fr>

[3] Ville de Valence. Rapport d'activité 2018 du Point Relais Oxygène et du Dispositif Adultes Relais

[4] Ministère des Familles. Cahier des charges – Point accueil-écoute jeunes. Avril 2017.

[5] Ville de Valence. Point Relais Oxygène

[6] Association Régionale des Missions Locales Auvergne-Rhône-Alpes [AMILAURA]. Annuaire des Missions Locales. Novembre 2018.

[7] Mission locale du Valentinois. Mission locale – Garantie jeunes réfugiés

[8] Ville de Valence. Rapport d'activité 2016 du Centre Santé Jeunes.

[9] ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (VIH, IST, hépatite C) [en ligne] <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/centres-gratuits-dinformation-de-depistage-et-de-diagnostic-vih-ist-hepatite-c-0>

[10] Lailler G, Comboroure JC, Florence S, Troussier T, Pilorgé F, Sarr A. Premier bilan sur l'activité des Cegidd, France. 2018.

[11] Collège des Universitaires des Maladies Infectieuses et Tropicales. ECN Pilly 2018, 5^{ème} édition. Septembre 2017.

[12] Conseil départemental de l'Ardèche. Centres de planification [en ligne] <http://www.ardeche.fr/227-centres-de-planification.htm>

[13] Conseil départemental de la Drôme. Les Centres de planification et d'éducation familiale [en ligne] https://www.ladrome.fr/sites/default/files/documents/solidarites/cpef_depliant.pdf

[14] Ministère des Solidarités et de la Santé. Les centres de planification ou d'éducation familiale [en ligne] <http://ivg.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html>

[15] Ministère de la Santé. Décret n° 2018-169 du 7 mars 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial. Mars 2018.

[16] Région Auvergne-Rhône-Alpes. Pass' Région

[17] ARS Rhône-Alpes. Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes. Juin 2015.

[18] ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Organisation de l'offre de soins en psychiatrie dans l'Ardèche et la Drôme, au 1^{er} juin 2016. Juillet 2016.

[19] CREAL Auvergne-Rhône-Alpes. Observation régionale médico-sociale – Étude sur les centres médico-psycho-pédagogiques en région Auvergne-Rhône-Alpes – Rapport 2017/2018.

[20] Santé publique France. Drogues-Info-Service [en ligne] www.drogues-info-service.fr

[21] Fédération Addiction. Les pratiques professionnelles dans les Consultations jeunes consommateurs : de l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées. 2012.

[22] Tempo-Oppelia. Livret d'accueil. 2017.

[23] Tempo-Oppelia. Intervention précoce.

[24] Anpaa 07. Rapport d'activité 2017.

[25] Anpaa 26. CJC Anpaa 26 2018 sur l'ensemble du territoire drômois

[26] Tempo-Oppelia. CAARUD : Projet d'établissement 2017-2021

[27] Ministère des Affaires sociales et de la santé. Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

[28] Ministère de la Santé et des Solidarités. Circulaire n° DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

[29] Collège national des pédiatres universitaires. Pédiatrie 6^{ème} édition. Octobre 2017.

[30] ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Les SESSAD en Rhône-Alpes au 31/12/2014 : mieux connaître leurs organisations, fonctionnements et activités. Janvier 2017

[31] Académie de Grenoble [en ligne] <http://www.ac-grenoble.fr>

RECOURS AUX SOINS

Faits marquants

- ▶ En comparaison à la France métropolitaine, le recours à l'hospitalisation est plus élevé en Ardèche et dans la Drôme, aussi bien chez les hommes que chez les femmes ;
- ▶ Le recours aux médecins généralistes et professionnels de santé libéraux des habitants de l'Ardèche et de la Drôme est globalement plus important qu'en Auvergne-Rhône-Alpes ;
- ▶ La durée moyenne de séjour en Ardèche est supérieure à celle de la région (6,5 jours) et celle de la France (6,6 jours). La durée moyenne de séjour de la Drôme est inférieure aux durées moyennes de la région et de la France.

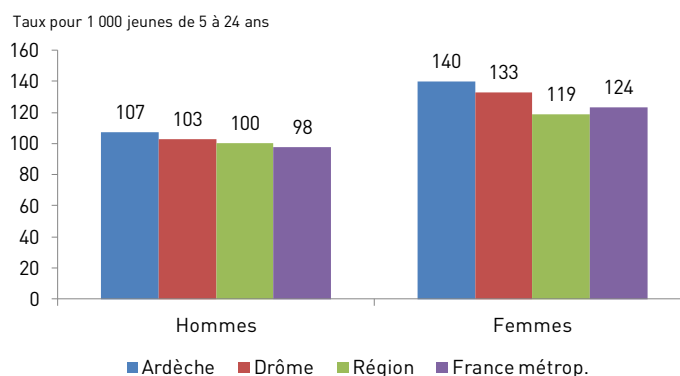
↳ Séjours hospitaliers

Entre 2015 et 2017, 8 155 séjours en Ardèche ont été comptabilisés chaque année pour les habitants âgés de 5 à 24 ans (dont 46 % des séjours pour des hommes), soit un taux de séjours hospitaliers de 107 pour 1 000 habitants de 5 à 24 ans chez les hommes et 140 pour 1 000 habitants de 5 à 24 ans chez les femmes.

Entre 2015 et 2017, 13 204 séjours dans la Drôme ont été comptabilisés chaque année pour les habitants âgés de 5 à 24 ans, soit un taux de séjours hospitaliers de 103 pour 1 000 habitants de 5 à 24 ans chez les hommes et 133 pour 1 000 habitants de 5 à 24 ans chez les femmes.

En comparaison à la France métropolitaine, le recours à l'hospitalisation est plus élevé en Ardèche et dans la Drôme, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Taux standardisés annuels de séjours hospitaliers des 5-24 ans (toutes causes confondues) en 2015-2017



Sources : ATIH (PMSI), Insee
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

➔ Recours aux soins libéraux

Le recours aux médecins généralistes et aux autres professionnels de santé libéraux des habitants de l'Ardèche et de la Drôme est globalement plus important qu'en Auvergne-Rhône-Alpes. On peut s'interroger sur ce recours important alors que la densité en médecins libéraux est plus faible dans ces deux départements. Il faut garder en tête que le recours aux soins de ville est largement conditionné à l'état de santé, à l'âge, mais aussi au sexe (les femmes consultant davantage que les hommes), aux comportements individuels (consultation plus ou moins précoce, défiance ou pas dans le corps médical...), ou encore à l'accessibilité des professionnels, tant en termes de distance à parcourir, qu'en termes de coût.

Parmi les assurés du régime général, 79 % des jeunes de 5-24 ans en Ardèche ont consulté (au moins une fois) un médecin généraliste, 76 % dans la Drôme contre 72 % en région. Le recours aux dentistes est aussi élevé dans ces départements : 41 % des assurés âgés de 5-24 ans en Ardèche ont eu recours à un dentiste en 2015, 42 % dans la Drôme contre 39 % en Auvergne-Rhône-Alpes. À l'inverse, les taux de recours aux pédiatres sont plus faibles que le taux régional.

Taux (%) de recours aux professionnels de santé libéraux au 1^{er} janvier 2018

	5-24 ans			5-14 ans			15-24 ans		
	Ardèche	Drôme	Région	Ardèche	Drôme	Région	Ardèche	Drôme	Région
Médecins généralistes	79,2 %	75,7 %	72,4 %	77,1 %	76,3 %	76,4 %	82,0 %	74,9 %	68,2 %
Participation à M ^T dents	9,4 %	8,7 %	8,3 %	12,0 %	11,5 %	11,7 %	6,0 %	5,3 %	4,7 %
Dentistes	41,1 %	42,1 %	39,2 %	44,2 %	46,2 %	46,1 %	37,2 %	37,0 %	31,9 %
Dermatologues	5,9 %	5,1 %	5,4 %	4,7 %	4,0 %	4,5 %	7,4 %	6,4 %	6,4 %
Infirmiers	9,8 %	8,5 %	9,4 %	5,1 %	4,5 %	5,2 %	15,8 %	13,3 %	13,8 %
Masseurs-kinésithérapeutes	7,0 %	6,5 %	7,0 %	4,2 %	4,0 %	4,7 %	10,5 %	9,5 %	9,3 %
Ophtalmologistes	21,4 %	20,4 %	20,9 %	23,3 %	23,3 %	25,0 %	18,9 %	16,8 %	16,6 %
Dentistes	13,3 %	13,1 %	12,5 %	15,5 %	16,1 %	15,7 %	10,4 %	9,4 %	9,1 %
Orthophonistes	7,6 %	8,2 %	7,5 %	12,0 %	13,2 %	13,2 %	1,9 %	2,1 %	1,7 %
Pédiatres	5,0 %	4,8 %	6,2 %	8,4 %	8,1 %	11,4 %	0,7 %	0,6 %	0,8 %
Psychiatrie totale	0,4 %	1,1 %	1,1 %	0,3 %	1,2 %	1,0 %	0,5 %	1,0 %	1,2 %

Sources : RPPS, Insee. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

La façon dont les parents ont eux-mêmes investi la santé et le recours aux soins

influence les jeunes dans leurs recours aux soins : « On n'y allait que quand on ne pouvait plus supporter ou qu'on ne pouvait plus faire grand chose » (parole d'un usager ayant eu un recours très tardif aux soins).

➔ Une durée moyenne de séjour supérieure en Ardèche et inférieure dans la Drôme

Au 31 décembre 2017, l'hospitalisation de court séjour (MCO : médecine, chirurgie, obstétrique) compte 42 250 séjours en Ardèche et 76 506 séjours dans la Drôme. La durée moyenne de séjour en hospitalisation de court séjour est de 7,8 jours en Ardèche et de 6,3 jours dans la Drôme. La durée moyenne de séjour en Ardèche est supérieure à celle de la région (6,5 jours) et celle de la France (6,6 jours). Celle de la Drôme est inférieure à celles de la région et de la France.

Durée moyenne des séjours au 31 décembre 2017

Ardèche	Nombre de séjours			DMS*		
	Public	Privé	Total	Ardèche	Région	France
Médecine	23 121	1 573	24 694	8,0	6,7	6,7
Chirurgie	5 317	8 651	13 968	7,7	6,5	6,8
Gynéco-Obstétrique	2 428	1 160	3 588	7,2	5,7	5,5
Court séjour	30 866	11 384	42 250	7,8	6,5	6,6
SSR**			7 165	26,6	29,9	31,6

Drôme	Nombre de séjours			DMS*		
	Public	Privé	Total	Drôme	Région	France
Médecine	42 523	4 183	46 706	6,8	6,7	6,7
Chirurgie	14 613	7 336	21 949	5,5	6,5	6,8
Gynéco-Obstétrique	7 851	0	7 851	5,4	5,7	5,5
Court séjour	64 987	11 519	76 506	6,3	6,5	6,6
SSR**			7 978	23,9	29,9	31,6

Sources : SAE, Insee

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

*Durée moyenne de séjour

** Soins de suite et de réadaptation

La durée moyenne de séjour en soins de suite de réadaptation (SSR) est de 27 jours en Ardèche et de 24 jours dans la Drôme, durées inférieures à celles de la région (30 jours) et de la France (32 jours).



Source : Assurance maladie

M'T dents

Des rendez-vous gratuits jusqu'à 24 ans et pour les femmes enceintes

Avec le programme M'T dents, l'Assurance maladie permet à tous les enfants et adolescents de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans de bénéficier d'un rendez-vous gratuit chez le chirurgien-dentiste et de soins, si nécessaire. Ce dispositif a été étendu aux femmes enceintes.

M'T dents : un rendez-vous de prévention tous les 3 ans de l'enfance à l'entrée dans l'âge adulte

C'est dès le plus jeune âge et pour toute la vie que se construit la santé bucco-dentaire. Les bonnes habitudes d'hygiène dentaire et la détection d'éventuelles caries permettent de garder des dents saines longtemps. Cela évite également de nombreux problèmes dentaires, parfois longs et coûteux, à l'âge adulte.

Tous les enfants sont invités, dès l'âge de 3 ans, puis tous les trois ans jusqu'à 24 ans, à se rendre chez leur chirurgien-dentiste pour un rendez-vous de prévention. Cet examen ainsi que les soins qui en découlent sont gratuits.

M'T dents : un dispositif également pour les femmes enceintes

Depuis 2014, l'Assurance maladie propose aux femmes enceintes de bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire au cours de leur grossesse pour vérifier la santé de leurs dents et de leurs gencives et apporter des conseils.

Concrètement :

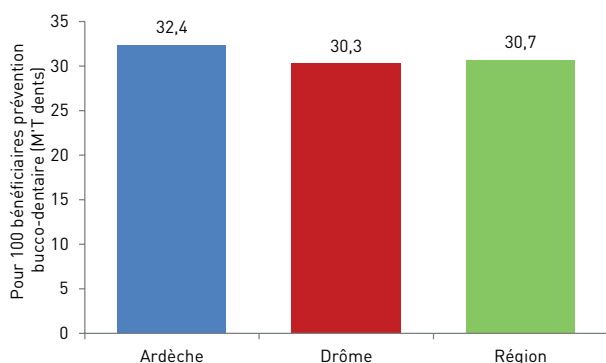
- Dès réception de la déclaration de grossesse, la caisse d'Assurance maladie envoie un courrier d'invitation accompagné de l'imprimé de prise en charge de l'examen bucco-dentaire ;
- À compter du 4^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement, un rendez-vous est à prendre avec le chirurgien-dentiste conventionné au choix de la femme enceinte. Lors de ce rendez-vous, la femme enceinte doit être munie de son imprimé de prise en charge et de sa carte Vitale mise à jour ;
- Au cours de cet examen, le chirurgien-dentiste fait un bilan de la santé de leurs dents et de leurs gencives, et apporte des conseils bucco-dentaires pour la femme enceinte ainsi que pour le futur enfant.

Cet examen est intégralement pris en charge par l'Assurance maladie et sans avoir à faire l'avance des frais.

Une participation au programme M'T dents plus importante en Ardèche et équivalente dans la Drôme à celle de la région

Afin d'améliorer la santé bucco-dentaire des enfants et des jeunes, l'Assurance maladie propose un examen bucco-dentaire gratuit (programme « M'T dents ») à tous les enfants et adolescents âgés de 3, 6, 9, 12, 15, 18 et 24 ans.

Taux de participation des jeunes au programme M'T dents en 2017



Source : Assurance Maladie
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En 2017, 5 408 enfants et adolescents du département de l'Ardèche ont bénéficié d'un examen bucco-dentaire gratuit dans le cadre du programme M'T dents, soit un taux de participation de 32,4 %. Ce taux est supérieur au taux de participation enregistré en Auvergne-Rhône-Alpes (30,7 %).

Dans la Drôme, 8 843 enfants et adolescents du département ont bénéficié d'un examen bucco-dentaire gratuit dans le cadre du programme M'T dents, soit un taux de participation de 30,3 %. Le taux est équivalent à celui enregistré en Auvergne-Rhône-Alpes.

Non-recours à la santé et aux soins

D'une façon générale, le suivi médical des jeunes est difficile pour différentes raisons et notamment parce qu'ils ressentent peu le besoin de consulter et ne perçoivent pas l'intérêt d'un suivi médical régulier à leur âge. L'absence d'assurance complémentaire santé les expose fortement au renoncement aux soins.

Selon le baromètre du renoncement aux soins, coproduit par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et réalisé en 2016, 1 jeune âgé de 18 à 24 ans sur 5 ne bénéficie pas d'une assurance complémentaire santé et 1 sur 4 déclare avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des 12 derniers mois. Parmi ceux qui déclarent avoir renoncé à un ou plusieurs soins, 1 sur 3 ne bénéficie pas d'une assurance complémentaire santé.

Les soins les plus concernés par le renoncement chez les 18-24 ans sont les soins dentaires conservateurs (42 %), les soins dentaires prothétiques (23 %), les consultations chez un généraliste (21 %), les consultations chez un gynécologue (19 %), les consultations en ophtalmologie (18 %).

Les raisons principales du renoncement aux soins sont financières : 1 jeune sur 2 mentionne le reste à charge, 1 sur 3 parle de l'avance des frais, 1 sur 10 évoque l'incertitude par rapport au montant à payer.

La moindre couverture complémentaire des jeunes se double d'un recours plus faible aux dispositifs publics d'accès à une complémentaire santé : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Selon l'enquête nationale Conditions de vie des étudiants de 2016 de l'Observatoire national de la vie étudiante (OVE), 9 % des étudiants déclarent ne pas bénéficier d'une couverture santé complémentaire et 10 % ne savent pas s'ils en ont une. L'absence de complémentaire santé touche davantage les étudiants étrangers (29 %) et les étudiants plus âgés.



Sources : Caisses primaires d'assurance maladie de l'Ardèche et de la Drôme

Pfidass - Accès aux soins et à la santé pour tous

L'accès aux droits ne garantissant pas toujours l'accès aux soins, certaines Cnam et les Caf se sont engagées dans la mise en place d'une **Plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (Pfidass)**, afin de détecter les non-recours aux soins. Une fois repérées, les personnes sont prises en charge par la Plateforme pour réaliser un bilan de leurs droits.

La Pfidass c'est quoi ?

Les personnes en situation de renoncement n'évoquent que rarement leurs difficultés d'accès aux soins, si elles ne sont pas questionnées sur le sujet. Beaucoup considèrent leurs difficultés comme inéluctables, n'attendent pas d'aide particulière en la matière ou ne savent pas (ou plus) vers qui se tourner pour en obtenir.

C'est pourquoi la Cnam a engagé une démarche proactive pour aller au devant des besoins de ces assurés. Ainsi, des conseillers dédiés ont été formés et chargés d'identifier ces situations.

Qui peut en bénéficier ?

Toutes les personnes du régime général et des sections locales en situation de renoncement aux soins.

Un service « sur-mesure »

Une fois les difficultés décelées, les assurés concernés sont contactés par un conseiller qui leur propose alors un accompagnement « sur-mesure ». Ils bénéficient d'un bilan complet de leurs droits. Cette vision globale de leur situation administrative permet de mieux cerner leurs besoins et d'élaborer un plan d'action avec leur conseiller.

L'accès aux soins

À la suite de ce bilan, l'assuré bénéficie d'un accompagnement personnalisé sur plusieurs volets :

- un soutien administratif pour l'aider à bénéficier des droits adéquats ;
- une orientation et un accompagnement auprès des professionnels de santé à solliciter ;
- une recherche de solutions permettant de financer le reste à charge.

Chaque assuré conserve le même conseiller tout le temps.

↳ L'accompagnement Pfidass auprès des 0-24 ans en quelques chiffres

Dans l'Ardèche

L'offre de service Pfidass est proposée depuis janvier 2018. Deux conseillers en accès aux soins accompagnent aujourd'hui les assurés ardéchois. Ainsi, 492 accompagnements ont été réalisés depuis son lancement dont 39 pour des bénéficiaires âgées de 0 à 24 ans (dont 27 pour des moins de 18 ans).

Profil des bénéficiaires : 22 femmes, 17 hommes ; 8 sans complémentaire santé, 12 CMU-c

Nature des soins concernés par le renoncement (Un même bénéficiaire peut renoncer à plusieurs soins) : 24 soins dentaires ou orthodontiques (conservateurs, prothétiques et orthodontie), 6 consultations (généralistes, ophtalmologistes, autres spécialistes), 8 optiques, 2 actes chirurgicaux, 3 autres.

Sur ces 39 accompagnements :

- 7 sont aujourd'hui finalisés et les soins sont réalisés ;
- 13 ont été abandonnés (absence ou fin du renoncement aux soins, absence de réponse ou refus de l'assuré en cours d'accompagnement, déménagement...);
- 19 sont en cours d'accompagnement.

Par ailleurs, les **actions** suivantes ont été mises en place :

- 2 accès aux droits de base et mise à jour du dossier assuré ;
- 13 accès aux droits CMU-c ou ACS et acquisition d'une mutuelle (et 6 changements pour une couverture plus adaptée) ;
- 27 orientations dans le système de soins ;
- 3 devis moins onéreux obtenus ;
- 9 aides Cnam sur son budget d'action sanitaire et sociale ou aides d'autres partenaires ;
- 9 orientations vers des actions de prévention ;
- 2 orientations vers un autre partenaire.

Dans la Drôme

L'offre de service Pfidass est proposée depuis avril 2016. Après un démarrage à titre expérimental avec un conseiller d'accès aux soins dédié à un secteur géographique, elle s'est élargie progressivement. Au 1^{er} janvier 2019, ce sont trois conseillers accès aux soins qui accompagnent les bénéficiaires drômois. Au total, 1 444 accompagnements ont été réalisés depuis son lancement dont 103 pour des bénéficiaires âgées de 0 à 24 ans (dont 47 pour des moins de 18 ans).

Profil des bénéficiaires : 61 femmes, 42 hommes, 50 sans complémentaire santé, 15 CMU-c

Nature des soins concernés par le renoncement (un même bénéficiaire peut renoncer à plusieurs soins) : 60 soins dentaires ou orthodontiques, 44 consultations, 24 optiques, 7 actes chirurgicaux, 12 achats de médicaments, 3 autres.

Sur ces 103 accompagnements :

- 42 sont aujourd'hui finalisés et les soins sont réalisés ;
- 24 ont été abandonnés (absence ou fin du renoncement aux soins, absence de réponse ou refus de l'assuré en cours d'accompagnement, déménagement...);
- 27 sont en cours d'accompagnement ;

Par ailleurs, les **actions** suivantes ont été mises en place :

- 18 accès aux droits de base et mise à jour du dossier assuré ;
- 19 accès aux droits CMU-c ou ACS et 27 acquisitions d'une mutuelle (et 5 changements pour une couverture plus adaptée) ;
- 7 devis moins onéreux obtenus ;
- 14 aides Cnam sur son budget d'action sanitaire et sociale ou aides d'autres partenaires.

De nouveaux examens médicaux obligatoires pour l'enfant Loi de financement de la Sécurité sociale 2019 (LFSS 2019)

En 2019 a été décidé un **redéploiement des examens médicaux obligatoires**.

Chaque enfant bénéficie de mesures de **prévention sanitaire et sociale comprenant**, notamment, **20 examens médicaux obligatoires** prévus dans le code de la santé publique. Ces examens ont pour objet la **surveillance de la croissance staturo-pondérale** et du **développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant**, ainsi que le **dépistage précoce des anomalies ou déficiences**, et la pratique des **vaccinations**. Jusqu'à présent ces examens étaient tous réalisés avant l'âge de 6 ans. À partir du 1^{er} mars 2019, le calendrier des examens de santé évolue et les examens de l'enfant s'échelonnent désormais jusqu'à 16 ans selon la répartition suivante :

- dans les huit jours qui suivent la naissance ; au cours de la deuxième semaine ;
- 1 mois, 2 mois, 3 mois, 4 mois, 5 mois, 6 mois ;
- 9 mois, 12 mois, 13 mois ;
- Entre 16 et 18 mois ; entre 24 et 25 mois ;
- 3 ans, 4 ans, 5 ans, 6 ans.

Depuis le 1^{er} mars 2019, ces examens sont également proposés :

- Entre 8 et 9 ans ;
- Entre 11 et 13 ans ;
- Entre 15 et 16 ans ;

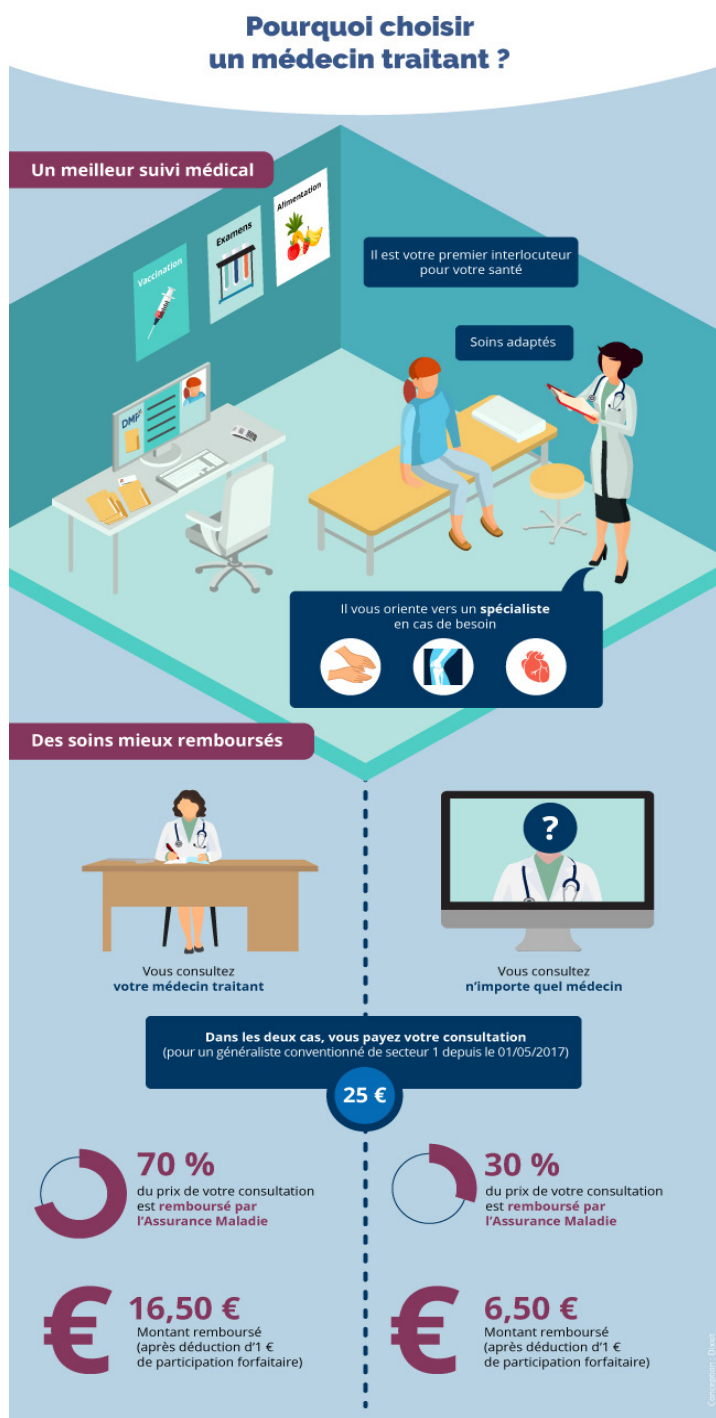
Tous ces examens sont pris en charge intégralement sans avance de frais par l'Assurance Maladie. Ils peuvent être réalisés par un médecin, généraliste ou pédiatre, dans le cadre de l'activité libérale, en centre de santé, dans le cadre de l'activité externe des établissements de santé ou bien, jusqu'à 6 ans, en consultation de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Cette évolution fait suite au constat d'une surveillance médicale moins régulière au-delà de 6 ans alors que de nouveaux enjeux pour la santé apparaissent. En favorisant les contacts entre les jeunes et leur médecin, ces nouveaux rendez-vous médicaux sont l'occasion d'aborder tous les aspects de la santé des enfants et des adolescents et de les inciter à prendre soin de leur santé. C'est aussi une opportunité d'orienter les jeunes et/ou leur famille vers des structures adaptées quand cela est nécessaire.

➔ Médecin traitant et parcours de soins coordonnés

Comment choisir et déclarer votre médecin traitant ? Quel est son rôle ? Qu'est-ce que le parcours de soins coordonnés et comment le respecter ? Dans quels cas êtes-vous hors parcours de soins et donc moins bien remboursé ? Comment faire si vous ne trouvez pas de médecin traitant ?

Pourquoi choisir un médecin traitant ?



Votre médecin traitant est celui qui :

- Vous soigne régulièrement. C'est lui que vous consultez en premier pour un avis sur votre santé, qui s'assure que votre suivi médical est optimal ;
- Vous oriente dans le parcours de soins coordonnés. Il est votre interlocuteur privilégié, il vous informe et vous met, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé ;
- Connaît et gère votre dossier médical. Il centralise toutes les informations concernant vos soins et votre état de santé. Il tient à jour votre dossier médical (résultats d'examens, diagnostics, traitements...). Si vous avez ouvert votre Dossier Médical Partagé (DMP), il peut accéder à l'ensemble des données intégrées par les professionnels de santé ;
- Assure une prévention personnalisée : suivi de la vaccination, examens de dépistage organisés, aide à l'arrêt du tabac, conseils santé en fonction de votre style de vie, de votre âge ou de vos antécédents familiaux ;
- Établit le protocole de soins que vous suivrez si vous êtes atteint d'une affection de longue durée (ALD). Il le construit en concertation avec les autres médecins qui suivent votre maladie afin que vous soyez bien informé sur les actes et les prestations qui vous sont nécessaires. Ceux-ci seront pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie ;

- Vous êtes mieux soigné, grâce à un suivi adapté à votre état de santé par un médecin qui vous connaît bien ;
- Vous êtes mieux remboursé si vous le consultez en priorité avant de vous adresser à un autre professionnel de santé.

↳ Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)

Quelques éléments de définition

Les **Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)** regroupent plusieurs professionnels de santé dans des locaux communs. Elles sont constituées d'au moins deux médecins généralistes et d'un paramédical.

La loi les définit comme des « *lieux de regroupement des professionnels de santé assurant des activités de soins sans hébergement et participant à des actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales* ».

Ces cadres d'exercice poursuivent, des objectifs d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients, d'amélioration de l'attractivité des zones sous-denses et de maintien des services publics de santé de proximité.

Localisation des MSP dans l'Ardèche et dans la Drôme

Un cadre juridique

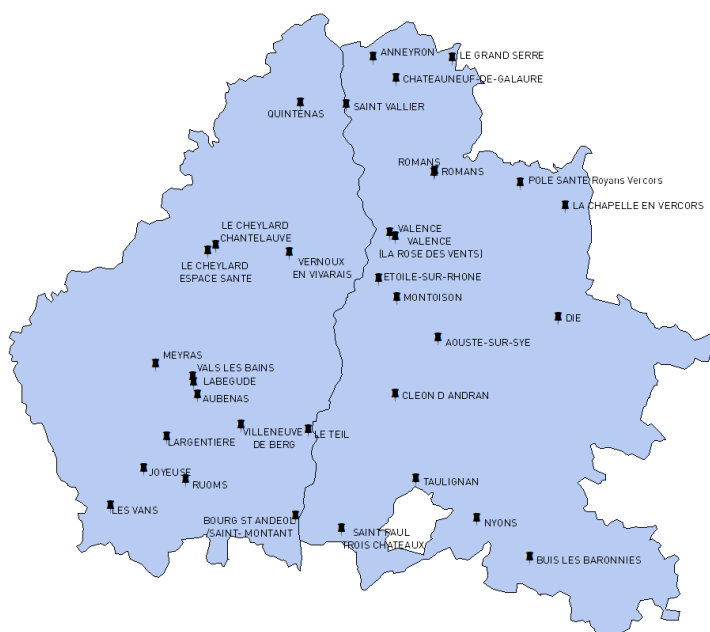
L'exercice coordonné est devenu indispensable du fait des polyopathologies. Ce temps de travail n'était pas rémunéré, il a donc fallu créer un outil permettant de percevoir des rémunérations : la SISA (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires).

La SISA permet la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité de chaque associé. Elle permet également, aux associés, d'exercer en commun des activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre professionnels de santé. C'est une structure juridique conçue principalement pour les Pôles et Maisons de Santé Pluriprofessionnelles. Son rôle est de :

- percevoir les subventions pour le compte des professionnels et les dons s'ils sont conformes à l'objet de la société (CNAM – Assurance maladie, État, collectivités territoriales). En effet, la SISA permet de percevoir les fonds du Règlement arbitral (RA, anciennement Nouveaux modes de rémunération – NMR) ;
- distribuer ces rémunérations complémentaires entre les professionnels. Elle permet le partage de nouvelles rémunérations entre les associés dont les statuts prévoient un exercice en commun.

Toute personne, même extérieure à la SISA, peut prétendre percevoir des financements sous la forme d'un salaire, d'une indemnité, d'honoraires...

Le Règlement Arbitral (RA), publié au Journal officiel le 27 février 2015, est applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité : les Maisons et Pôles de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) constitués en SISA et les Centres de santé.



Source : ARS Auvergne-Rhône-Alpes

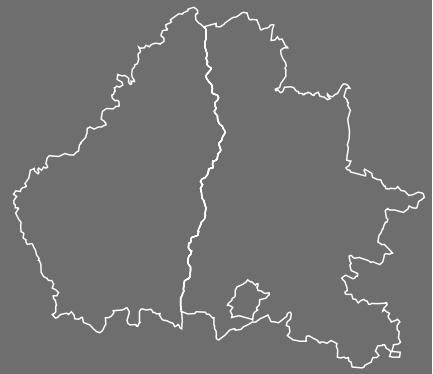
Il généralise le principe des rémunérations versées à des structures pluriprofessionnelles qui avaient été testées dans le cadre des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR).

De nouvelles incitations

Le plan « Maisons de santé » lancé en juin 2013 par le ministère du Logement, de l'Égalité des Territoires et de la Ruralité devait permettre le développement des projets grâce à l'attribution de fonds devant favoriser le lancement au niveau national de 50 nouveaux projets. Le Pacte Territoire Santé crée une rémunération forfaitaire d'équipe pour encourager l'organisation des soins en équipe professionnelle et autorise le partage d'information au sein des équipes. Le pacte Territoire Santé 2 ambitionnait d'amplifier ces actions et d'atteindre au niveau national 1 000 MSP en fonctionnement en 2017.

En janvier 2018, 15 maisons de santé en fonctionnement en Ardèche et 20 dans la Drôme étaient recensées.

DONNÉES DE SANTÉ GÉNÉRALES



[9] Hospitalisations	75
[10] Affections de longue durée (ALD)	79
[11] Mortalité	83
[12] Vaccination	85

HOSPITALISATIONS

Faits marquants

- ▶ Les taux d'hospitalisation des 5-24 ans sont supérieurs aux taux de la région et de la France métropolitaine ;
- ▶ Les maladies digestives sont la principale cause d'hospitalisation des individus des deux sexes en 2017. Viennent en deuxième position la grossesse chez les femmes et les lésions traumatiques chez les hommes. La part des lésions traumatiques est deux fois plus importante chez les hommes que chez les femmes.

Des taux d'hospitalisation chez les 5-24 ans supérieurs aux taux de la région et aux taux de la France métropolitaine

Sur la période 2015-2017, parmi les hommes de 5 à 24 ans domiciliés dans les départements, 3 786 séjours hospitaliers ont été enregistrés en moyenne en Ardèche et 6 164 dans la Drôme, ce qui correspond respectivement à des taux de 107 et de 103 séjours pour 1 000 habitants de cette classe d'âge.

Ces deux taux sont supérieurs à ceux des niveaux régional (100) et national (98).

Nombre de séjours hospitaliers chez les hommes et les femmes de 5 à 24 ans, entre 2015 et 2017

5-24 ans	Effectifs		Taux comparatifs	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Ardèche	3 786	4 369	107	140
Drôme	6 164	7 040	103	133
Région	98 104	111 017	100	119
France métrop.	773 904	935 551	98	124

* Taux pour 1 000 habitants de 5-24 ans

Sources : ATIH (PMSI), Insee. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

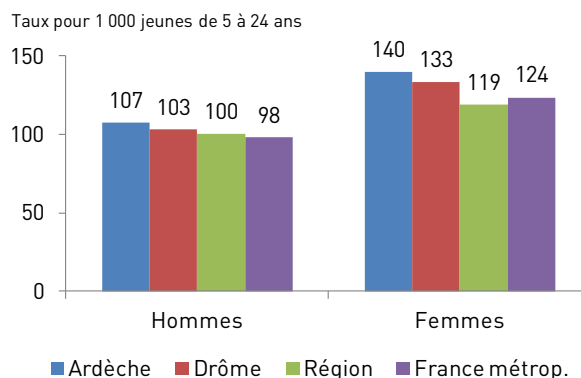


Source : Martha Dominguez de Gouveia

Chez les femmes, 4 369 séjours sont dénombrés en moyenne sur la période 2015-2017 parmi les Ardéchoises de 5 à 24 ans et 7 040 parmi les Drômoises, soit des taux respectifs de 140 séjours pour 1 000 habitantes en Ardèche et de 133 pour 1 000 habitantes dans la Drôme.

Ces deux taux départementaux sont supérieurs à ceux de la région (119) et du territoire métropolitain (124).

Taux* standardisés d'hospitalisation chez les hommes et les femmes de 5 à 24 ans, entre 2015 et 2017

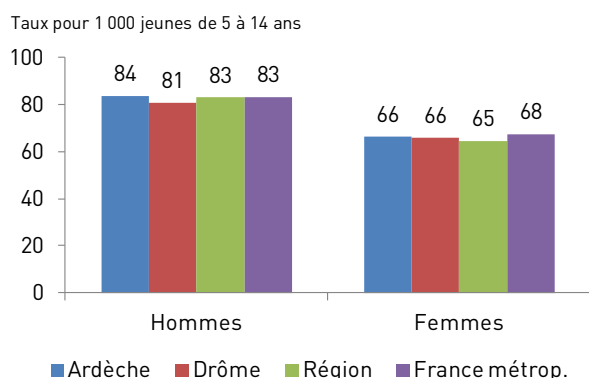


* Taux pour 1 000 habitants de 5-24 ans
Sources : ATIH (PMSI), Insee.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Seuls les plus jeunes (5-14 ans) sont un peu moins hospitalisés

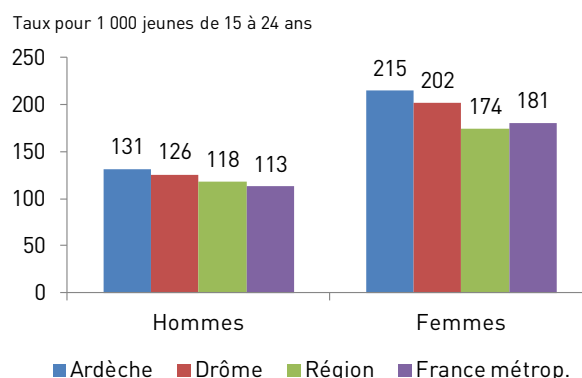
L'observation des hospitalisations, en différenciant les 5-14 ans et les 15-24 ans, montre que, chez les jeunes de 5-14 ans, les garçons drômois sont moins hospitalisés (taux de 81 pour 1 000 contre 83 pour 1 000 en région ou France métropolitaine). La situation est identique pour les filles drômoises ou ardéchoises, moins hospitalisées qu'au niveau national (66 pour 1 000 contre 68 pour 1 000). Chez les 15-24 ans en revanche, dans l'Ardèche et la Drôme, les taux d'hospitalisation restent toujours supérieurs aux taux nationaux ou régionaux.

Nombre de séjours hospitaliers et taux* standardisés chez les hommes et les femmes de 5 à 14 ans, entre 2015 et 2017



* Taux pour 1 000 habitants de 5-14 ans
Sources : ATIH (PMSI), Insee
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Nombre de séjours hospitaliers et taux* standardisés chez les hommes et les femmes de 15 à 24 ans, entre 2015 et 2017



* Taux pour 1 000 habitants de 15-24 ans
Sources : ATIH (PMSI), Insee
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les maladies de l'appareil digestif (pathologies dentaires comprises) sont les premières causes d'hospitalisation

Principaux motifs d'hospitalisation chez les 5-24 ans en 2015-2017

Séjours hospitaliers par motif chez les 5-24 ans, selon le sexe, 2015-2017

	Ardèche		Drôme		Région	France métrop.
HOMMES	Effectif	Part (%)	Effectif	Part (%)	Part (%)	Part (%)
Toutes causes	3 786	100,0 %	6 164	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Maladies digestives	1 012	26,7 %	1 525	24,7 %	23,2 %	21,0 %
Lésions traumatiques	591	15,6 %	1 056	17,1 %	15,8 %	16,3 %
Maladies respiratoires	253	6,7 %	437	7,1 %	6,1 %	6,7 %
Maladies de l'appareil génito-urinaire	238	6,3 %	412	6,7 %	6,4 %	6,7 %
Maladies du système ostéo-articulaire	238	6,3 %	380	6,2 %	6,5 %	5,7 %
Troubles mentaux	124	3,3 %	165	2,7 %	4,0 %	3,5 %
Pathologies liées à l'alcool	37	1,0 %	45	0,7 %	1,0 %	1,2 %
FEMMES	Effectif	Part (%)	Effectif	Part (%)	Effectif	Effectif
Toutes causes	4 369	100,0 %	7 040	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Maladies digestives	1 239	28,4 %	1 881	26,7 %	25,4 %	21,9 %
Grossesse	840	19,2 %	1 480	21,0 %	19,9 %	21,5 %
Lésions traumatiques	306	7,0 %	510	7,2 %	6,7 %	7,0 %
Maladies respiratoires	218	5,0 %	386	5,5 %	4,4 %	4,8 %
Maladies de l'appareil génito-urinaire	179	4,1 %	267	3,8 %	4,2 %	4,3 %
Maladies du système ostéo-articulaire	164	3,8 %	271	3,8 %	4,3 %	3,9 %
Troubles mentaux	123	2,8 %	205	2,9 %	3,5 %	2,8 %
Pathologies liées à l'alcool	16	0,4 %	22	0,3 %	0,4 %	0,5 %

Source : ATIH (PMSI)

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Concernant les séjours hospitaliers des 5-24 ans sur la période 2015-2017, les **maladies digestives** et les **lésions traumatiques** représentent plus de 42 % des séjours des hommes chez les 5-24 ans que ce soit en Ardèche ou dans la Drôme. C'est un peu plus que les proportions observées au niveau régional (39 %) ou national (37 %). Il est à noter que, chez les garçons de 5 à 14 ans, les lésions traumatiques sont la première cause d'hospitalisation (15 % dans l'Ardèche et 16 % dans la Drôme).

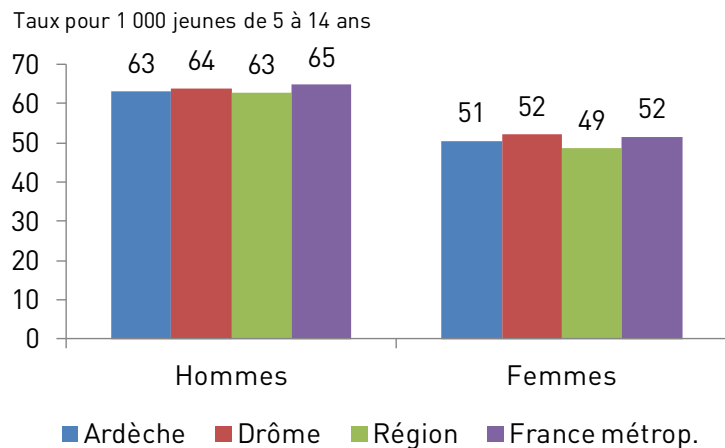
Chez les femmes de 5-24 ans, les maladies digestives et les lésions traumatiques représentent plus du tiers des séjours hospitaliers (35 % en Ardèche ; 34 % dans la Drôme). **La part des traumatismes dans les séjours d'hospitalisation est 2 fois moins importante chez les femmes que chez les hommes.** Chez les femmes de 15 à 24 ans, la grossesse et l'accouchement sont la 2^{ème} cause d'hospitalisation (27 % dans l'Ardèche et 29 % dans la Drôme).

17 100 patients de 5-24 ans sont hospitalisés pour les 2 départements

En termes de nombre de patients (et non plus en termes de séjours, un même patient pouvant réaliser plusieurs séjours), en différenciant les 5-14 ans et les 15-24 ans, il est constaté :

- Chez les 5-14 ans, pour l'Ardèche, des taux d'hospitalisations similaires ou légèrement inférieurs aux taux drômois, régionaux ou nationaux (1 258 garçons hospitalisés soit 63 pour 1 000 dans l'Ardèche, 2 103 soit 64 pour 1 000 dans la Drôme, 63 pour 1 000 au niveau régional et 65 pour 1 000 au niveau national);

Taux* standardisés de patients hospitalisés chez les hommes et les femmes de 5 à 14 ans, entre 2015 et 2017

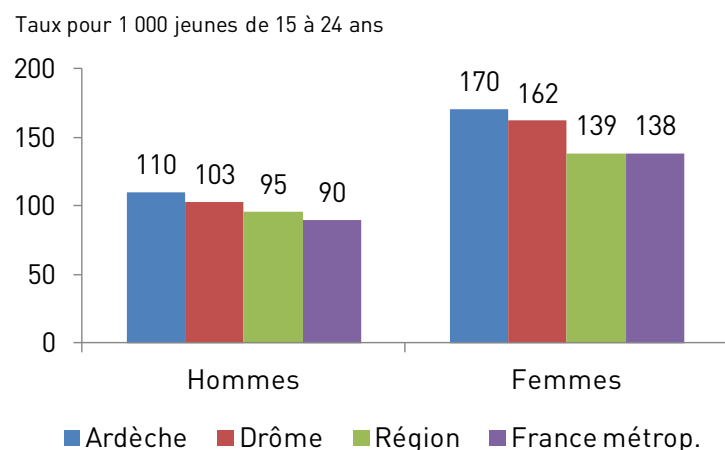


* Taux pour 1 000 habitants de 5-14 ans

Sources : ATIH (PMSI), Insee. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- Chez les 15-24 ans, les taux de patients hospitalisés dans l'Ardèche et la Drôme sont bien supérieurs aux taux régionaux ou nationaux (respectivement 110 et 103 chez les hommes pour l'Ardèche et la Drôme) contre 95 et 90 au niveau régional ou national. Les taux sont nettement plus élevés chez les femmes.

Taux* standardisés de patients hospitalisés chez les hommes et les femmes de 15 à 24 ans, entre 2015 et 2017



* Taux pour 1 000 habitants de 15-24 ans

Sources : ATIH (PMSI), Insee. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

AFFECTIONS LONGUE DURÉE (ALD)

Faits marquants

- ▶ Les taux de recours à l'ALD (affection de longue durée) sont plus importants dans l'Ardèche et la Drôme que ceux de la région ou de la France métropolitaine ;
- ▶ Les affections psychiatriques et neurologiques occupent la première et deuxième place des motifs d'ALD dans l'Ardèche et la Drôme.

Qu'est ce qu'une ALD ?

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) a été mis en place dès la création de la Sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladies coronaires...). Son obtention est subordonnée à une demande à la caisse d'affiliation de l'assuré et à l'accord du service médical.

En pratique, la quasi-totalité des affections ayant un caractère habituel de gravité (cancers, maladies cardiovasculaires, infection par le VIH, diabète, troubles graves de la santé mentale...) est couverte par le champ des ALD.

Remarque

La loi du 13 août 2004 a modifié le dispositif des ALD. Sa mise en œuvre s'est traduite notamment par la définition, pour tout malade entrant en ALD, d'un nouveau protocole de soins définissant son parcours de soins. Ce protocole est établi par le médecin traitant, validé par le médecin conseil de l'Assurance maladie puis signé par le patient.

Source : Insee

Avertissement : Ici ne figurent que des données sur des patients qui ont fait reconnaître comme ALD leur affection, il peut subsister un biais lié à une éventuelle sous-déclaration dans ces deux départements. Un patient peut par ailleurs bénéficier de plusieurs reconnaissances en ALD.

cerfa
n°11626*03

protocole de soins
articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale
articles 71-4 et 71-4-1 du Règlement Intérieur des caisses primaires

volet médical 1
à conserver par
le médecin conseil

personne recevant les soins

- identification de la personne recevant les soins

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))
adresse
numéro d'immatriculation
si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante
date de naissance de la personne recevant les soins

- identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom de l'assuré(e) (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))
numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

information(s) concernant la maladie

- diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début

1
2
3

Source : Assurance maladie

Des taux de prévalence d'ALD chez les 5-24 ans plus élevés en Ardèche, avec une plus grande proportion de femmes

En 2016, chez les 5-24 ans, ce sont 3 149 affections longue durée (ALD) qui étaient déclarées en Ardèche et 3 750 dans la Drôme, soit respectivement 1,3 % et 1,6 % des 234 345 ALD nationales recensées dans cette classe d'âge.

Les effectifs de femmes et d'hommes sont relativement similaires en Ardèche (respectivement 1 585 et 1 564) alors qu'il y a plus d'ALD pour les hommes dans la Drôme (2 015 hommes contre 1 735 femmes), au niveau régional (28 777 contre 24 674 femmes) et au niveau national (234 345 hommes contre 183 251 femmes).

Chez les 5-14 ans

Dans cette classe d'âge, il est dénombré 1 044 ALD en Ardèche et 1 721 dans la Drôme. Les taux de prévalence sont respectivement de 31 pour 1 000 hommes et 22 pour 1 000 femmes en Ardèche, 31 et 23 dans la Drôme. Ces taux se rapprochent des taux régionaux (28 pour les hommes et 21 pour les femmes) et nationaux (respectivement 29 et 20). Quel que soit le territoire considéré, les taux de prévalence en ALD sont supérieurs chez les individus de sexe masculin.

Chez les 15-24 ans

Dans cette classe d'âge, sont dénombrés 2 105 ALD en Ardèche et 2 029 dans la Drôme. Les taux de prévalence sont, en Ardèche, de 65 pour 1 000 hommes et 82 pour 1 000 femmes, taux très supérieurs à ceux de la Drôme (37 et 40), ces derniers se rapprochant des taux régionaux (30 et 32) et nationaux (31 et 29).

L'Ardèche est donc particulièrement concernée par des taux d'ALD élevés.

Effectifs et taux* standardisés d'ALD chez les 5-24 ans en 2016

5-24 ans	Effectifs		Taux comparatifs	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Ardèche	1 585	1 564	48	52
Drôme	2 015	1 735	34	32
Région	28 777	24 674	29	26
France métrop.	234 345	183 251	30	24

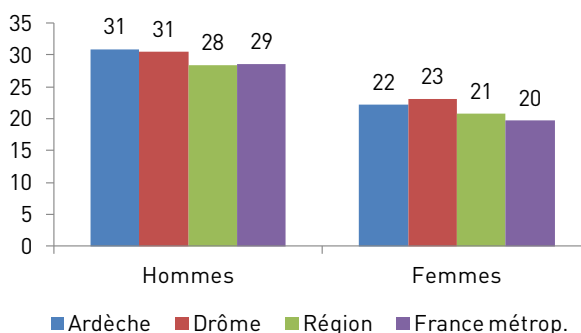
* Taux pour 1 000 habitants de 5-24 ans

Sources : CCMSA, RSI, CnamTS, Insee.

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Taux* standardisés de prévalence des ALD des 5-14 ans en 2016

Taux pour 1 000 jeunes de 5 à 14 ans



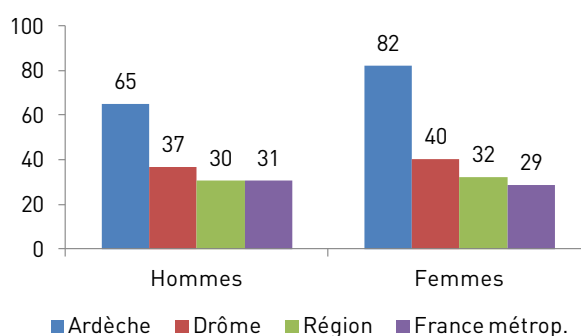
* Taux pour 1 000 habitants de 5-14 ans.

Sources : CCMSA, RSI, CnamTS, Insee.

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Taux* standardisés de prévalence des ALD des 15-24 ans en 2016

Taux pour 1 000 jeunes de 15 à 24 ans



* Taux pour 1 000 habitants de 15-24 ans.

Sources : CCMSA, RSI, CnamTS, Insee.

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Les affections psychiatriques, premier motif d'ALD dans les 2 catégories d'âge

Chez les 5 - 14 ans

Les affections psychiatriques sont le premier motif d'ALD, chez les 5-14 ans, dans l'Ardèche et la Drôme. Elles représentent respectivement 39 % et 37 % de l'effectif total. Ce sont ensuite les maladies neurologiques (10 % en Ardèche, 8 % dans la Drôme) et les maladies cardiovasculaires (9 % en Ardèche, 11 % dans la Drôme) qui sont les plus présentes.

De manière globale, la répartition des motifs d'ALD chez les 5-14 ans dans ces deux départements est relativement superposable à celle du territoire régional et national.

Effectif annuel d'ALD selon le motif pour les patients âgés de 5-14 ans en 2016

05-14 ans	Ardèche		Drôme		Région	France métrop.
	Effectifs	Part (%)	Effectifs	Part (%)	Part (%)	Part (%)
Toutes causes	1 044	100,0 %	1 721	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Affections psychiatriques	408	39,1 %	641	37,2 %	39,1 %	37,1 %
Maladies neurologiques	108	10,3 %	139	8,1 %	9,2 %	9,8 %
Maladies cardiovasculaires	91	8,7 %	198	11,5 %	9,2 %	9,5 %
Maladies digestives	7	0,7 %	28	1,6 %	1,2 %	1,3 %
Diabète	61	5,8 %	100	5,8 %	6,4 %	6,7 %
Tumeurs	42	4,0 %	50	2,9 %	4,3 %	4,4 %
Maladies respiratoires	85	8,1 %	126	7,3 %	5,5 %	10,0 %

Source : CCMSA, RSI, CnamTS.

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Chez les 15 - 24 ans

Dans la Drôme, la répartition des motifs d'ALD chez les 15-24 ans est relativement superposable à celle du territoire régional et national : les affections psychiatriques sont les premières causes d'ALD. Elles représentent 32 % de l'effectif total. Viennent ensuite les maladies neurologiques (11 % dans la Drôme contre 10 % dans la région et 11 % en France) et le diabète (9 % dans la Drôme, similaire aux taux en région et en France).

En Ardèche, la répartition des motifs d'ALD diffère légèrement. Chez les 15-24 ans, les affections psychiatriques ne représentent plus que 26 % de l'effectif total. Elles sont suivies du diabète (12 %) et des maladies neurologiques (11 %). La part des ALD pour des maladies digestives (8 %) et des tumeurs (8 %) y est supérieure aux autres territoires à savoir Drôme, région et France métropolitaine.

Du point de vue de l'incidence, c'est-à-dire des nouvelles admissions en ALD déclarées, ce sont, en 2016, 337 ALD de 5 à 24 ans qui ont été nouvellement admises en Ardèche (168 de 5 à 14 ans et 169 de 15 à 24 ans) et 592 dans la Drôme (277 de 5 à 14 ans et 315 de 15 à 24 ans).

Les principaux motifs d'admission sont les affections psychiatriques (37 % et 38 % dans l'Ardèche et la Drôme pour les 5-24 ans).

Effectif annuel d'ALD selon le motif pour les patients âgés de 15-24 ans en 2016

15-24 ans	Ardèche		Drôme		Région	France métrop.
	Effectifs	Part (%)	Effectifs	Part (%)	Part (%)	Part (%)
Toutes causes	2 105	100,0 %	2 029	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Affections psychiatriques	539	25,6 %	648	31,9 %	32,3 %	32,5 %
Maladies neurologiques	228	10,8 %	231	11,4 %	9,9 %	10,6 %
Maladies cardiovasculaires	124	5,9 %	151	7,4 %	6,4 %	6,9 %
Maladies digestives	171	8,1 %	86	4,2 %	5,4 %	5,9 %
Diabète	245	11,6 %	193	9,5 %	9,5 %	9,4 %
Tumeurs	164	7,8 %	138	6,8 %	6,1 %	5,7 %
Maladies respiratoires	104	4,9 %	75	3,7 %	3,2 %	5,5 %

Source : CCMSA, RSI, CnamTS.

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

MORTALITÉ

Faits marquants

- ▶ Les taux de mortalité sont plus élevés dans la Drôme et l'Ardèche que ceux de la région et de la France métropolitaine, surtout chez les hommes ;
- ▶ Chez les 5-14 ans, les principales causes de décès sont les tumeurs et les accidents ; chez les 15-24 ans, les principales causes de décès sont les suicides et les accidents de la circulation.

Attention : Il est important de garder à l'esprit que les effectifs de décès étant très faibles dans ces deux départements, les statistiques doivent être interprétées avec prudence.

Des taux de mortalité des 5-24 ans élevés dans l'Ardèche et la Drôme, notamment chez les hommes

Sur la période 2013-2015, en moyenne chaque année, **17 décès sont enregistrés chez les Ardéchois de 5-24 ans**. Ces décès concernent majoritairement les 15-24 ans et les hommes.

Dans la Drôme, sur la même période, pour les 5-24 ans, sont dénombrés 32 décès dont une majorité chez les hommes. Chez les 5-14 ans, moins de 10 décès en moyenne sont observés sur la période.

Chez les hommes, les taux standardisés de mortalité des 5-24 ans sont 1,5 fois supérieurs dans la Drôme et l'Ardèche (42 pour 100 000 habitants dans les deux départements) aux taux observés au niveau régional (26 pour 100 000 habitants) ou national (27 pour 100 000 habitants).

Les taux standardisés de mortalité chez les hommes de 5-24 ans sont par ailleurs nettement supérieurs à ceux des femmes (12 et 17 pour 100 000 respectivement dans l'Ardèche et la Drôme et 12 en région ou France).

Effectifs et taux* standardisés de mortalité des 5-24 ans (2013-2015)

5-24 ans	Effectifs		Taux comparatifs	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Ardèche	13	< 10	42	12
Drôme	23	< 10	42	17
Région	255	110	26	12
France métrop.	2 138	930	27	12

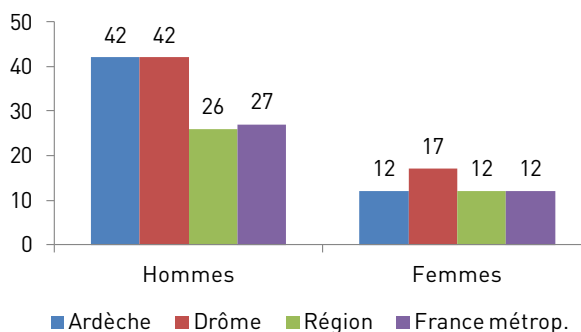
* Taux pour 100 000 habitants de 5-24 ans

Source : Inserm (CépiDC), Insee.

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Taux* standardisés de mortalité des 5 à 24 ans en 2013-2015

Taux pour 1 000 jeunes de 5 à 24 ans



* Taux pour 100 000 habitants de 5-24 ans

Sources : Inserm (CépiDC), Insee.

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Causes de décès

Chez les 5 - 14 ans

Une mortalité par tumeurs ou par accidents

Parmi les décès enregistrés chez les **5-14 ans** en Ardèche et dans la Drôme, deux types de causes sont majoritairement responsables des décès : les causes tumorales et les causes accidentelles. Concernant les accidents, il s'agit principalement d'accidents de la vie courante et d'accidents de la route.

Répartition des décès* chez les 5 -14 ans, par cause de mortalité, en 2013-2015

05-14 ans	Ardèche		Drôme		Région	France métrop.
	Effectifs	Part (%)	Effectifs	Part (%)	Part (%)	Part (%)
Toutes causes	< 10	100 %	< 10	100 %	100 %	100 %
Tumeurs	< 10	SS	< 10	SS	31,1 %	28,5 %
Maladies cardiovasculaires	< 10	SS	< 10	SS	3,8 %	4,5 %
Maladies neurologiques	< 10	SS	< 10	SS	11,1 %	9,5 %
Suicides	< 10	SS	< 10	SS	4,7 %	4,5 %
Accidents de la vie courante	< 10	SS	< 10	SS	9,4 %	10,4 %
Accident de la circulation	< 10	SS	< 10	SS	6,4 %	8,6 %

* Effectifs moyens annuels - SS : secret statistique

Source : Inserm (CépiDc)

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les effectifs de décès restent cependant très faibles et ne peuvent être communiqués puisque **inférieurs à 10** en moyenne sur les 3 années.

Chez les 15 - 24 ans

Une mortalité par suicide dans l'Ardèche, par accidents de la circulation dans la Drôme

Répartition des décès* chez les 15-24 ans, par cause de mortalité, en 2013-2015

15-24 ans	Ardèche		Drôme		Région	France métrop.
	Effectifs	Part (%)	Effectifs	Part (%)	Part (%)	Part (%)
Toutes causes	14	100 %	24	100 %	100,0 %	100,0 %
Tumeurs	< 10	SS	< 10	SS	11,2 %	10,9 %
Maladies cardiovasculaires	< 10	SS	< 10	SS	3,4 %	4,1 %
Maladies neurologiques	< 10	SS	< 10	SS	4,9 %	4,6 %
Suicides	< 10	SS	< 10	SS	12,6 %	16,1 %
Accidents de la vie courante	< 10	SS	< 10	SS	14,2 %	11,7 %
Accident de la circulation	< 10	SS	< 10	SS	25,7 %	25,2 %

* Effectifs moyens annuels

Source : Inserm (CépiDc)

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Sur la période 2013-2015, en moyenne chaque année, **14 Ardéchois et 24 Drômois, âgés de 15 à 24 ans, sont décédés.**

Pour cette classe d'âge, ce sont les morts violentes (accidents de la vie courante, accidents de la circulation et suicides) qui sont majoritairement responsables de décès (61 % en Ardèche et 60 % dans la Drôme contre 52 % en Auvergne-Rhône-Alpes et 53 % en France).

La part des décès par suicide parmi l'ensemble des décès chez les 15-24 ans est plus importante en Ardèche comparé à la part régionale ou nationale. Cela n'est pas observé pour la Drôme.

Dans la Drôme, ce sont les accidents de la circulation qui sont la première cause de décès des 15-24 ans : le taux relevé est nettement supérieur au taux régional (26 %) et national (25 %), ainsi qu'au taux ardéchois.

À côté des morts violentes, l'autre cause importante de décès chez les 15-24 ans, bien qu'inférieure aux taux régional et national (11 % pour les deux) a pour origine une tumeur.

VACCINATION

Faits marquants

- ▶ Depuis le 1^{er} janvier 2018, le nombre de vaccins obligatoires chez les nourrissons de 0 à 18 mois est passé de 3 à 11. Ce schéma à 11 vaccins était déjà recommandé et effectué pour 70 % des enfants, le but étant de couvrir les 30 % restants et d'augmenter la couverture vaccinale de toute la population ;
- ▶ La couverture du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite est proche des 95 % nécessaires à la limitation de leur diffusion au sein de la population. Cette couverture est néanmoins insuffisante pour les autres maladies infectieuses ;
- ▶ L'insuffisance de la couverture vaccinale pour la rougeole et le méningocoque C amène à leur recrudescence en Auvergne-Rhône-Alpes depuis 2017 ;
- ▶ Malgré quelques controverses, il est rappelé qu'il n'est pas retrouvé d'association entre la vaccination et des maladies telles que la sclérose en plaques et les troubles du spectre autistique ;
- ▶ La vaccination est possible grâce à de nombreux acteurs en mesure de réaliser les injections, avec l'expérimentation en 2018-2019 de la vaccination contre la grippe saisonnière par les pharmaciens avec extension à tous les pharmaciens en 2019-2020.

Définition

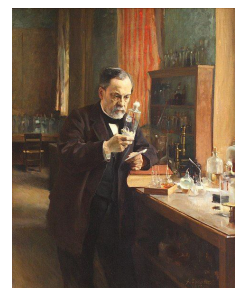
VACCIN [vaksɛ̃] nom masculin. Préparation d'origine microbienne introduite dans l'organisme afin de provoquer la formation d'anticorps (ou de cellules plus ou moins tueuses) contre le microbe en cause. La présence de ces anticorps (ou de ces cellules) crée une immunisation spécifique contre l'infection ou la toxine due à l'agent infectant correspondant.

Source : Larousse Médical

Histoire ^[1]

C'est lors du XIX^{ème} siècle avec Edward Jenner et Louis Pasteur que se développent des méthodes industrielles de vaccination. La vaccination, combinée à des politiques massives et mondiales, a permis d'éradiquer la variole dans les années 1980, sauvant ainsi chaque année plusieurs millions de vies.

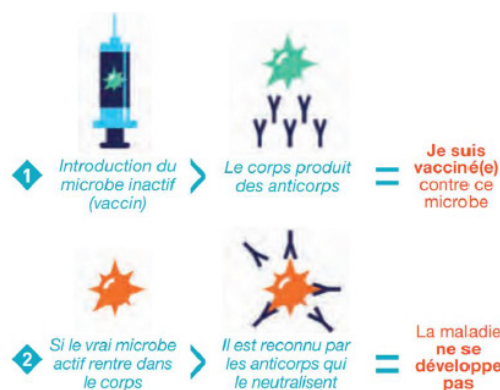
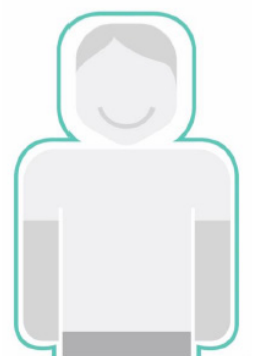
Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la couverture vaccinale d'une maladie donnée doit atteindre **95 %** pour freiner sa diffusion dans la population.



Source : Louis Pasteur par Albert Edelfelt

➔ Comment ça marche ? [2]

Les vaccins reposent sur le principe de l'**immunisation** avec l'exposition de l'organisme à des fragments d'un agent infectieux (bactérie ou virus). Cet agent infectieux est rendu inoffensif et permet de fabriquer des défenses immunitaires qui sont en mesure d'attaquer de façon spécifique, rapide et efficace ce même agent infectieux s'il venait à se présenter sous sa forme complète et virulente dans la nature.



Source : ARS Auvergne-Rhône-Alpes
<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/la-vaccination>

Deux types de vaccination existent :

- les **vaccins vivants atténués** procurant une protection proche de l'infection naturelle ;
- les **vaccins inertes** contenant tout ou partie d'un agent infectieux.

Depuis le 1^{er} janvier 2018 : de 3 à 11 vaccins obligatoires [3]

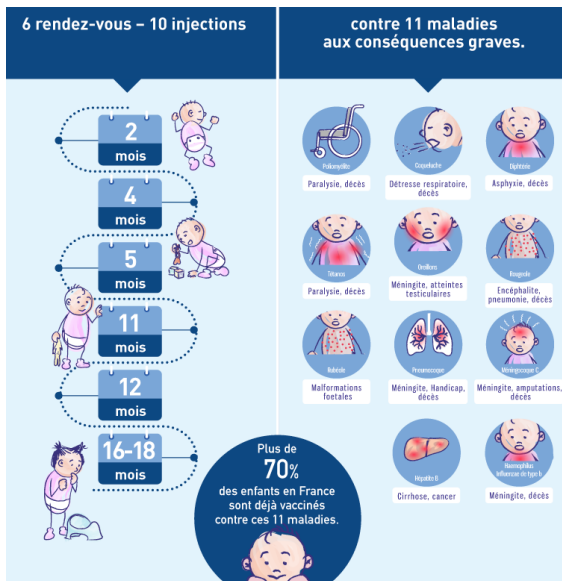
Introduits en premier dans le calendrier vaccinal au milieu du XX^{ème} siècle pour lutter contre ce qui était, à l'époque, considéré comme un fléau sanitaire, les trois vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) ont été rendus obligatoires par l'État pour garantir leur accès à toute une classe d'âge. Depuis les années 1960, 8 nouveaux vaccins ont été introduits dans le calendrier vaccinal : la coqueluche, *Hæmophilus influenzae* de type b, l'hépatite B, le pneumocoque, le méningocoque C, la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR). Ces 8 derniers vaccins n'ont pas été rendus obligatoires mais seulement recommandés car il était considéré, à l'époque, que la forte adhésion de la population et la démarche volontariste des médecins permettraient d'assurer une couverture vaccinale suffisante.

En France, aujourd'hui, la couverture vaccinale est élevée pour les vaccins obligatoires (diphtérie-tétanos-poliomyélite) et ceux dont l'administration est combinée à ces vaccins obligatoires (par exemple la coqueluche). Elle est insuffisante pour les vaccins qui n'étaient, jusqu'en 2018, que recommandés. Cela a pour conséquence l'apparition ponctuelle d'épidémies responsables d'infections graves avec hospitalisation, séquelles ou décès, tous évitables.

Pour tous les enfants **nés à partir du 1^{er} janvier 2018**, ce sont ces **11 vaccins** (3 vaccins déjà obligatoires et les 8 vaccins jusqu'alors recommandés) qui sont rendus obligatoires. Ce sont donc **10 injections** qui sont à réaliser en **6 rendez-vous entre 2 et 18 mois** (Cf. infographie ci-après). Avant le 1^{er} janvier 2018, 70 % des enfants recevaient déjà ces 11 vaccins. L'objectif de ce changement en 2018 est d'obtenir une couverture vaccinale suffisante auprès des 30 % d'enfants qui ne recevaient pas les vaccins recommandés.

Il est communément admis qu'une couverture vaccinale élevée permet de freiner la propagation de maladies infectieuses. Se faire vacciner est une mesure de santé publique. Se faire vacciner, c'est se protéger et protéger les individus les plus fragiles au sein de la population, notamment les nourrissons qui ne sont pas encore vaccinés et les personnes qui ont des contre-indications à certains vaccins (les personnes immunodéprimées dont les défenses immunitaires sont affaiblies, les femmes enceintes...).

Calendrier vaccinal 2019 simplifié [4]



Âge approprié	VACCINATIONS OBLIGATOIRES pour les nourrissons nés à partir du 1 ^{er} janvier 2019												
	1 mois	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-16 ans	14 ans	25 ans	45 ans	65 ans et +
BCG													
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite													Tous les 10 ans
Coqueluche													
Haemophilus Influenzae de type b (HIB)													
Hépatite B													
Pneumocoque													
Méningocoque C													
Rougeole-Oreillons-Rubéole													
Papillomavirus humain (HPV)													
Grippe													Tous les ans
Zona													

Source : Ministère des Solidarités et de la Santé, mars 2019

Source : Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018

Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche (DTPcoq) et *Haemophilus influenzae* de type b [5, 6]

La **diphtérie** est une maladie bactérienne qui se transmet par les gouttelettes de salive (projetées par exemple lors d'efforts de toux). Ses deux principaux symptômes sont une angine bruyante avec fièvre et les complications cardiologiques et neurologiques provoquées par les toxines bactériennes.

Le **tétanos** est une maladie infectieuse se transmettant *via* une bactérie tellurique (pouvant survivre longtemps dans le sol) qui pénètre dans une plaie. Cette bactérie sécrète des neurotoxines qui provoquent contractures musculaires, spasmes et convulsions.

La **poliomyélite** est une infection virale se transmettant par les matières fécales, soit par transmission directe, soit par transmission indirecte avec ingestion de produits souillés, le virus pouvant survivre plusieurs semaines à l'extérieur de l'organisme. La cible de ce virus est le système nerveux avec comme principale complication une paralysie musculaire pouvant toucher les muscles des membres, du tronc ou de la respiration avec pour conséquences des troubles respiratoires et de lourdes séquelles.

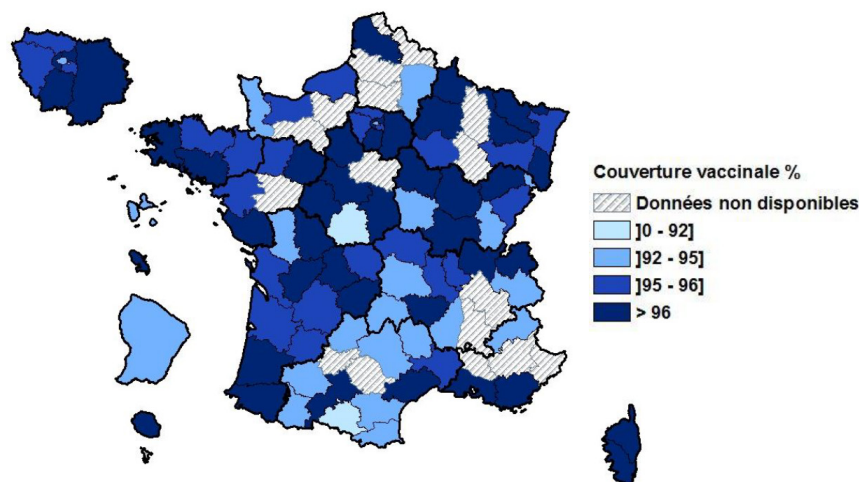
La **coqueluche** est une maladie bactérienne qui se transmet par gouttelettes projetées lors d'efforts de toux. Les principaux symptômes sont une toux chronique par quintes s'étalant sur plusieurs jours et plusieurs nuits, avec parfois des efforts de vomissements accompagnant la toux, surtout chez les nourrissons.

***Haemophilus influenzae* de type b** est une bactérie qui se transmet *via* la salive ou les sécrétions du nez et de la gorge. L'infection provoque principalement une diffusion de la bactérie dans le sang (bactériémie), une méningite purulente et une infection pulmonaire.



Bacille de Nicolaïer ou *Clostridium tetani*, bactérie responsable du tétanos.
Source : Larousse Médical

Couvertures vaccinales (%) départementales « rappel diphtérie, tétanos, poliomyélite » à l'âge de 24 mois, France, 2016



Source : Drees, Remontées des services de PMI (2015-2016). Certificat de santé du 24^{ème} mois. Exploitation : Santé publique France.

Couvertures vaccinales DTPcoq et *Hæmophilus influenzae* de type b dans l'Ardèche et la Drôme ; naissances en 2013 et 2014

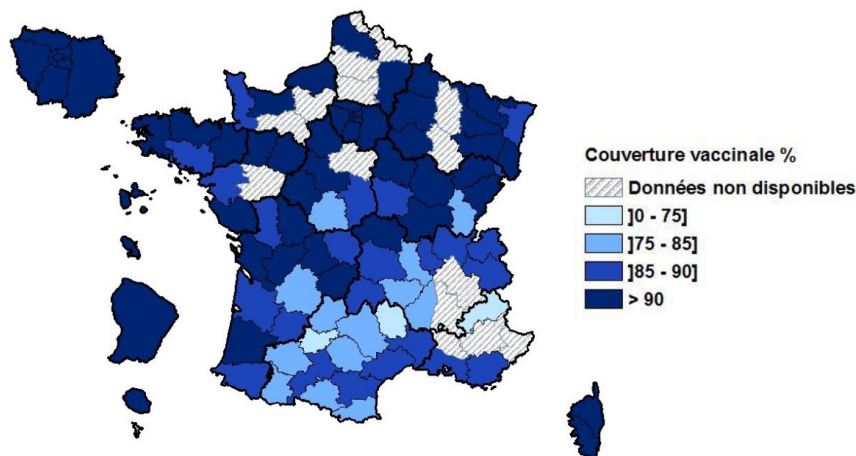
	Naissance	Ardèche	Drôme	Région	France entière
DTP	2013	93 %	98 %	ND	97 %
	2014	95 %	91 %	ND	96 %
Coqueluche	2013	93 %	ND	ND	96 %
	2014	95 %	ND	ND	96 %
<i>H. influenzae</i> b	2013	90 %	ND	ND	96 %
	2014	92 %	ND	ND	95 %

Source : Drees, Remontées des services de PMI (2015-2016). Certificat de santé du 24^{ème} mois. Drôme : carnets de santé présentés à l'école maternelle. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes. ND : données non disponibles.

La couverture vaccinale pour la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche sont très proches de l'objectif de vaccination de 95 % dans tous les départements de la région. Celle de l'infection à *Hæmophilus influenzae* de type b est légèrement inférieure aux autres maladies.

➔ Hépatite B (VHB) [5, 6]

Couvertures vaccinales (%) départementales « hépatite B, 3 doses » à l'âge de 24 mois, France, 2016



Source : Drees, Remontées des services de PMI (2014-2016). Certificat de santé du 24^{ème} mois. Exploitation : Santé publique France.

L'infection à **hépatite B** est une infection virale dont les principaux modes de transmission sont placentaire, sexuelle et sanguine. Ce virus provoque une inflammation du foie (hépatite) aiguë qui peut évoluer vers une hépatite chronique avec comme conséquences une cirrhose (fibrose cicatricielle du foie) ou un carcinome hépatocellulaire (cancer du foie).

Couverture vaccinale hépatite B dans l'Ardèche et la Drôme ; naissances en 2012, 2013 et 2014

	Naissance	Ardèche	Drôme	Région	France entière
Hépatite B	2012	ND	ND	ND	83 %
	2013	74 %	81 %	ND	88 %
	2014	76 %	77 %	ND	90 %

Source : Drees, Remontées des services de PMI (2015-2016). Certificat de santé du 24^{ème} mois. Drôme : carnets de santé présentés à l'école maternelle. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes. ND : données non disponibles.

Dans la région, la tendance est à l'augmentation de la couverture vaccinale d'année en année. Elle demeure néanmoins inférieure à la moyenne nationale et n'atteint pas l'objectif des 95 %.

➔ Pneumocoque [5, 6]

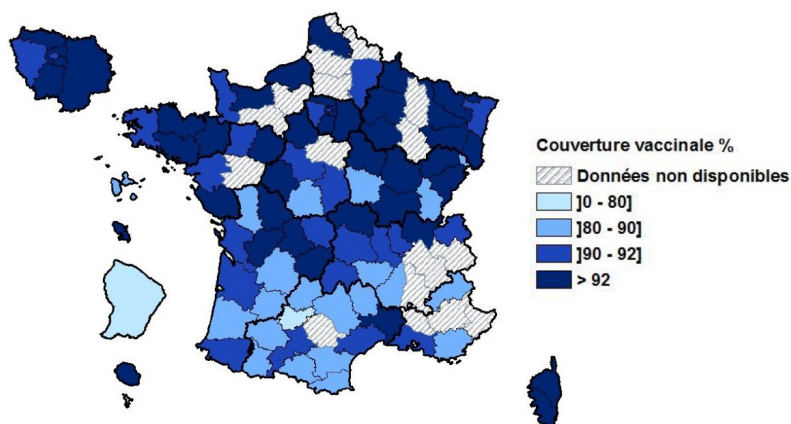
Le **pneumocoque** est une bactérie qui se transmet par voie aérienne. Les principales complications sont des atteintes de la sphère oto-rhino-laryngologique (un tiers des otites, sinusites), de l'appareil respiratoire (pneumonie) ou du système nerveux (méningite) avec diffusion de la bactérie dans le sang (bactériémie).

Couverture vaccinale pneumocoque dans l'Ardèche et la Drôme ; naissances en 2012, 2013 et 2014

	Naissance	Ardèche	Drôme	Région	France entière
Pneumocoque	2012	ND	ND	ND	89 %
	2013	87 %	90 %	ND	91 %
	2014	87 %	77 %	ND	92 %

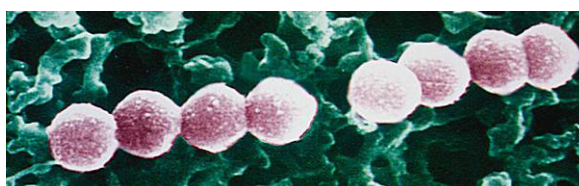
Source : Drees, Remontées des services de PMI (2015-2016). Certificat de santé du 24^{ème} mois. Drôme : carnets de santé présentés à l'école maternelle. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes. ND : données non disponibles.

Couvertures vaccinales (%) départementales « pneumocoque 3 doses » à l'âge de 24 mois, France, 2016



Source : Drees, Remontées des services de PMI (2014-2016). Certificat de santé du 24^{ème} mois. Exploitation : Santé publique France.

La couverture vaccinale contre le pneumocoque est inférieure à la moyenne nationale et n'atteint pas les 95 % nécessaires à l'arrêt de la propagation de cette bactérie.



Streptococcus pneumoniae ou pneumocoque
Source : Larousse Médical

➔ Rougeole, oreillons et rubéole (ROR) [5, 6, 7, 8]

La **rougeole** et la **rubéole** sont deux maladies virales qui se transmettent par voie aérienne. Les symptômes principaux sont une fièvre avec une éruption cutanée rouge. Les risques de l'infection au virus de la rougeole sont une atteinte du système pulmonaire ou nerveux ; ceux de l'infection au virus de la rubéole sont une atteinte du système nerveux mais surtout 90 % de transmission à travers le placenta avec des risques de malformations fœtales.

L'infection au virus des **oreillons** est permise par voie aérienne. Les principales atteintes sont une inflammation du testicule (orchite), du pancréas et du système nerveux. Ce sont les complications neurologiques fréquentes (bien qu'exceptionnellement graves) qui justifient la vaccination à grande échelle.

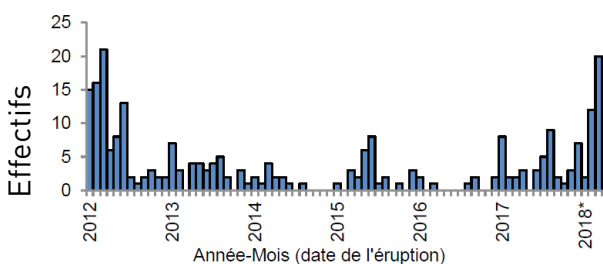
La couverture vaccinale est insuffisante pour couvrir un risque épidémiologique. Il est observé dans la région Auvergne-Rhône-Alpes une **recrudescence de cas de rougeole** depuis 2017 où 8 cas ont été dénombrés en 2016, 45 en 2017.

En 2018, il est dénombré 84 cas de rougeole. Parmi les 67 cas dont le statut vaccinal était connu, **82 % n'étaient pas vaccinés ou insuffisamment vaccinés.** La même année, il est dénombré 17 hospitalisations.

En 2019, sur le premier trimestre de l'année (entre le 1^{er} janvier et le 26 mars 2019) **104 cas de rougeole ont été recensés** (29 cas sur la même période en 2018), dont 5 cas dans la Drôme et 1 cas en Ardèche.

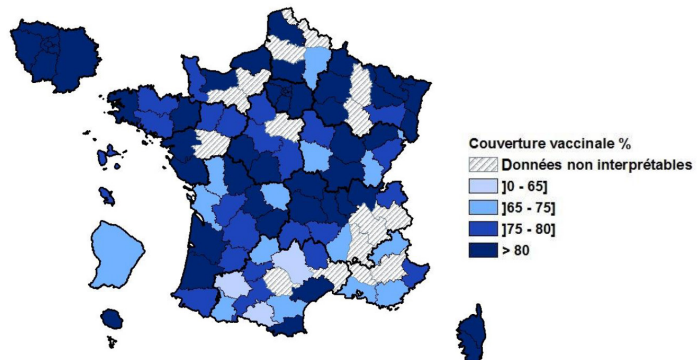
Atteindre une couverture vaccinale suffisante permettrait d'éviter la propagation de cette maladie et ses conséquences graves. Sur tous les cas de 2017, 6 concernaient des nourrissons de moins d'un an, c'est-à-dire des individus qui n'avaient pas encore l'âge d'être protégés par les deux doses de vaccin.

Nombre de cas déclarés de rougeole entre 2012 et 2018, Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Déclarations obligatoires.
Exploitation : Santé Publique France.

Couvertures vaccinales (%) départementales « rougeole, oreillons rubéole 2 doses », France, 2016



Source : Drees, Remontées des services de PMI (2014-2016). Certificat de santé du 24^{ème} mois. Exploitation : Santé publique France.

Couverture vaccinale ROR dans l'Ardèche et la Drôme ; naissances en 2012, 2013 et 2014

	Naissance		Ardèche	Drôme	Région	France entière
ROR	2012	1 dose	ND	ND	ND	91 %
		2 doses	ND	ND	ND	77 %
	2013	1 dose	86 %	ND	ND	90 %
		2 doses	71 %	ND	ND	79 %
	2014	1 dose	85 %	ND	ND	90 %
		2 doses	71 %	78 %	ND	80 %

Source : Drees, Remontées des services de PMI (2015-2016). Certificat de santé du 24^{ème} mois. Drôme : carnets de santé présentés à l'école maternelle. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes. ND : données non disponibles.

Éruption de rougeole



Source : Dermatology Information System

➔ Infection invasive à méningocoque C ^[5, 6]

Le **méningocoque** est une bactérie se transmettant par voie aérienne dans l'entourage direct. Parmi les douze groupes de méningocoque connus, les groupes B et C sont les deux principaux représentés en France. Les principaux symptômes de l'infection à méningocoque sont la méningite (maux de tête, nausées, vomissements) et la diffusion dans le sang de cette bactérie (bactériémie). Même en cas de prise en charge précoce, l'infection invasive à méningocoque peut provoquer le décès ou des séquelles importantes.

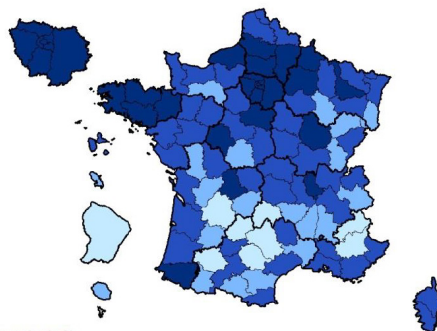
La couverture vaccinale augmente dans toutes les classes d'âge entre 2015 et 2017. Les taux de l'Ardèche et de la Drôme restent néanmoins inférieurs aux couvertures régionale et nationale.

Chaque année, 15 à 20 cas par an ont été déclarés aux autorités sanitaires entre 2015 et 2017 en Auvergne-Rhône-Alpes.

Entre 2011 et 2017, dans la région, 46 cas, dont 3 décès, ont été déclarés parmi les individus âgés de 1 à 24 ans (les personnes dans la cible de la vaccination mais n'ayant pas reçu les injections). **Ces décès auraient pu être évités.** De même, une très grande partie des 43 cas, dont 10 décès, survenus chez des personnes de moins de 1 an ou plus de 25 ans (hors de la cible de vaccination) auraient pu être évités si la couverture vaccinale des 1-24 ans avait été suffisamment élevée pour induire une immunité de groupe.

Couvertures vaccinales (%) départementales « méningocoque C », France, 2017

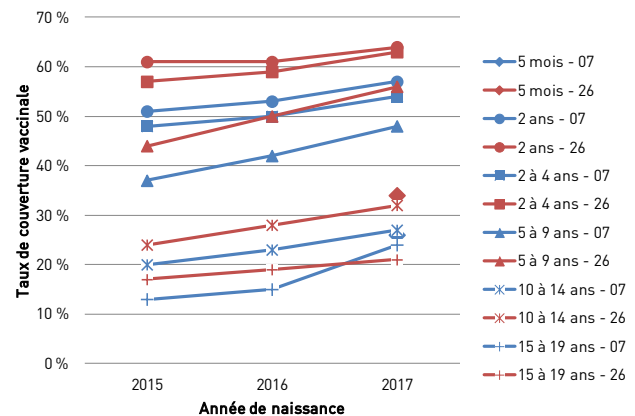
Enfants de 2 ans



Couverture vaccinale %

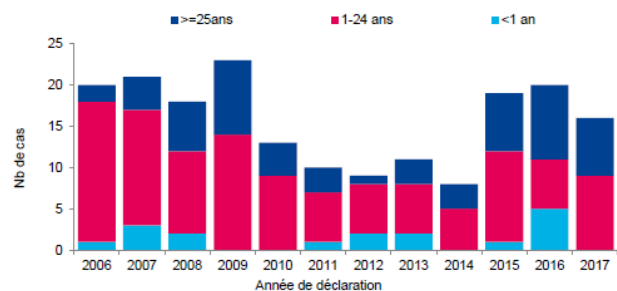
- Données non disponibles
- 10 - 55]
- 55 - 65]
- 65 - 75]
- > 75

Couvertures vaccinales contre le méningocoque C dans l'Ardèche et la Drôme ; naissances en 2015, 2016 et 2017



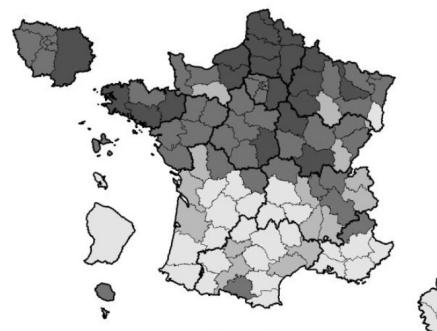
Source : Drees, Remontées des services de PMI (2015-2017) Certificat de santé du 24^{ème} mois. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Nombre de cas déclarés d'infections invasives à méningocoque C entre 2006 et 2017, Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Santé publique France - Déclarations obligatoires. Exploitation : Santé Publique France.

Jeunes de 15 à 19 ans



Couverture vaccinale %

- Données non disponibles
- 10 - 20]
- 20 - 25]
- 25 - 35]
- > 35

Source : SNDS-DCIR. Exploitation : Santé publique France. Mise à jour : 31/12/2017.

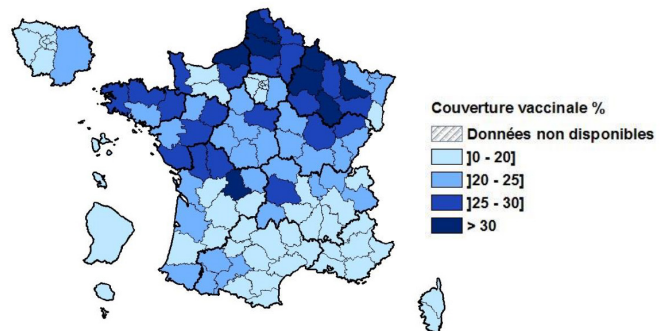
➔ Papillomavirus humain (HPV) [5, 6]

L'infection au **papillomavirus humain (HPV)** est une infection sexuellement transmissible (IST) : quelles que soient les pratiques sexuelles, la plupart des personnes se contaminent au début de la vie sexuelle. Le préservatif ne protège pas de la transmission de ce virus. Le HPV est responsable de lésions pré-cancéreuses pouvant dégénérer en cancer du pharynx, de l'anus et des organes génitaux (col de l'utérus, vagin, vulve, pénis). Le vaccin, qui protège contre 70 % des souches de virus responsables de ces lésions, est recommandé chez toutes les jeunes filles de 11 à 13 ans (2 doses à 6 mois d'intervalle) et, depuis quelques années, chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes de moins de 26 ans.

La Haute autorité de santé (HAS) s'est saisie de la question d'étendre la vaccination à tout le monde indifféremment du sexe, elle devrait rendre un avis en 2019.

La couverture vaccinale est très insuffisante tant au niveau de l'Ardèche et de la Drôme que de la région ou de la France.

Couvertures vaccinales (%) départementales HPV des filles « schéma complet à 2 doses à 16 ans », France ; naissance entre 1999 et 2001



Source : SNDS-DCIR. Exploitation : Santé publique France. Mise à jour : 31/12/2017.

Couverture vaccinale HPV (schéma complet à l'âge de 16 ans) chez les filles dans l'Ardèche et la Drôme ; naissances en 1999, 2000 et 2001

	Naissance	Ardèche	Drôme	Région	France entière
HPV	1999	11 %	11 %	12 %	13 %
	2000	13 %	15 %	18 %	20 %
	2001	16 %	17 %	20 %	21 %

Source : SNDS-DCIR. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes. Mise à jour : 31/12/2017

➔ Perception de la population [9]

La perception de la population vis-à-vis des vaccins, de leurs composants et d'éventuels effets indésirables varie selon la région et le type de vaccin. Le Baromètre santé 2016 de Santé publique France a montré, au niveau national, une légère augmentation de l'adhésion à la vaccination : 78 % en 2017 contre 75 % en 2016. La région Auvergne-Rhône-Alpes présente un taux de confiance comparable à la tendance nationale (77 %) alors même que sa couverture vaccinale est inférieure au niveau national.

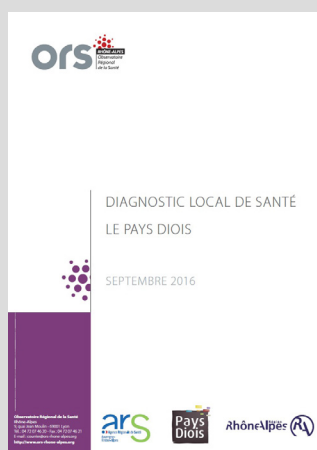
Controverses [1, 3, 6]

Depuis plusieurs décennies, de nombreuses controverses et débats au sujet de potentiels effets secondaires graves sont imputés à certains vaccins. Les sociétés savantes, avec l'aide de la compilation d'un très grand nombre d'études, en sont arrivés à plusieurs conclusions.

Dans l'état actuel des connaissances :

- **Il n'est pas retrouvé d'association statistiquement significative** entre le vaccin contre l'hépatite B et la sclérose en plaques ;
- Il n'est pas retrouvé d'association statistiquement significative entre le vaccin rougeole-oreillons-rubéole et les troubles du spectre autistique ;
- Les vaccins n'augmenteraient pas le risque de mort inattendue (subite) du nourrisson, ils en sont même un facteur protecteur (le risque est diminué chez les nourrissons vaccinés) ;
- Il ne serait pas retrouvé de lien causal entre le vaccin contre le papillomavirus et l'apparition de maladies auto-immunes telles que le syndrome de Guillain-Barré.

Extrait de « Diagnostic Local de Santé – Le Pays Diois » à propos de la couverture vaccinale des enfants en recul – ORS Rhône-Alpes – Septembre 2016 [10]



Source : ORS Rhône-Alpes

“ Si ce phénomène existe partout en France, [...] il semble particulièrement accentué sur le Pays Diois. Les professionnels de l'Éducation nationale soulignent ainsi la progression du nombre de demandes dérogatoires à l'obligation de vaccination, d'année en année. Certains parents sont globalement opposés à la vaccination, estimant que les risques engendrés par la vaccination sont supérieurs aux bénéfices escomptés et qu'un système immunitaire stimulé naturellement est suffisamment efficace. D'autres déplorent la rupture de stock de PENTAVAC® (vaccin qui concerne simultanément la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et [*Hæmophilus*] influenza) depuis plusieurs années, ce qui oblige les médecins à prescrire un vaccin qui concerne ces cinq pathologies avec, en sus, l'hépatite B [...]. Ce refus de la vaccination est directement en lien avec une résurgence de la rougeole dans le Pays Diois, particulièrement forte semble-t-il à l'échelle de Rhône-Alpes [...] Certains habitants interrogés considèrent que la rougeole fait partie des maladies infantiles « normales » qu'il est souhaitable de contracter pendant l'enfance pour être immunisé [...]. Deux enfants ont d'ailleurs été hospitalisés lors de la dernière épidémie de rougeole sur le Pays Diois, qui ont fort heureusement guéri sans encombre. Il n'en demeure pas moins que plusieurs professionnels de santé interviewés redoutent un « retour en arrière » en matière d'état de santé de la population, du fait du développement d'une certaine culture « anti-vaccins », cohérente avec des attentes en termes de « médecines douces » [...]. Rougeole, mais aussi coqueluche sont ainsi de retour alors que la mémoire des complications rares, mais graves, qui peuvent être liées à ces pathologies s'est peut-être perdue... ”

➔ Qui vaccine dans l'Ardèche et la Drôme ? [2, 11]

- **Médecin traitant** ainsi que tout médecin libéral ou hospitalier ;
- **Infirmier(e)** (sur prescription médicale) ;
- **Médecine du travail** ;
- **Centres de vaccination** publics (voir ci-contre) ;
- Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (**Cegidd**) ; Centres de planification et d'éducation familiale (**CPEF**) ;
- **Pharmacien** pour la vaccination contre la grippe (indiquée en cas de pathologie chronique, notamment les affections respiratoires dont l'asthme) ;
- Centre santé jeunes de Valence (**Cf. la fiche « Structures d'accompagnement et de soin »**) ;
- **Tempo-Oppelia** (hépatites).

Centres de vaccination publics

Ardèche

Centre hospitalier d'Annonay (avec vaccinations internationales)
Rue du Bon Pasteur – 07100 Anonay

Cegidd de Privas - CH des Vals d'Archèche
2 rue Pasteur – 07007 Privas

Centres médico-sociaux (CMS) – Voir carte Vaccinations possibles sur rendez-vous

Drôme

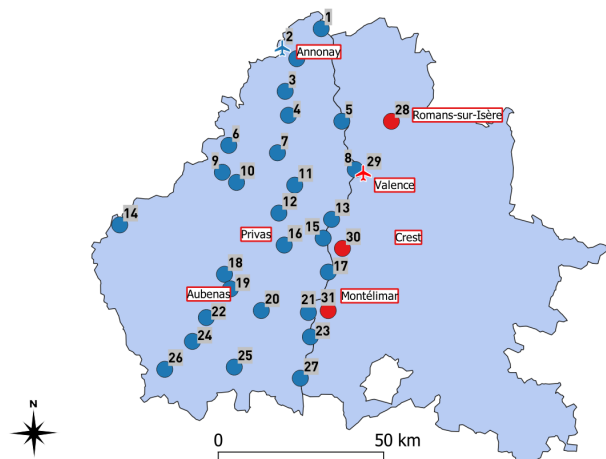
Ville de Valence – Direction Santé Publique (avec vaccinations internationales)
4 rue du Clos Gaillard – 26000 Valence

Espace santé Romans
42 rue Palestro – 26100 Romans-sur-Isère

Centre médico-social (CMS) de Livron-Loriol
Rue Étienne Martin – 26270 Loriol

Centre médico-social (CMS) Espoulette
33 avenue d'Espoulette – 26200 Montélimar

Centres de vaccination publics de l'Ardèche et la Drôme, 2019



● Vaccinations classiques

✈ Vaccinations classiques avec vaccinations internationales

Sources : Conseils départementaux de l'Ardèche et la Drôme, liste vérifiée en avril 2019.

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Ardèche	
Ville	
1 Serrières	CMS
2 Annonay	CH ✈ / CMS
3 Satillieu	CMS
4 Saint-Félicien	CMS
5 Tournon-sur-Rhône	CMS
6 Saint-Agrève	CMS
7 Lamastre	CMS
8 Guilhaud-Granges	CMS
9 Saint-Martin-de-Valamas	CMS
10 Le Cheylard	CMS
11 Vernoux-en-Vivarais	CMS
12 Saint-Sauveur-de-Montagut	CMS
13 La-Voulte-sur-Rhône	CMS
14 Coucouron	CMS
15 Le Pouzin	CMS
16 Privas	CMS / Cegidd
17 Cruas	CMS
18 Vals-les-Bains	CMS
19 Aubenas	CMS
20 Villeneuve-de-Berg	CMS
21 Le Teil	CMS
22 Largentière	CMS
23 Viviers	CMS
24 Joyeuse	CMS
25 Vallon-Pont-d'Arc	CMS
26 Les Vans	CMS
27 Bourg-Saint-Andéol	CMS

Drôme	
Ville	
28 Romans-sur-Isère	Espace santé
29 Valence	DSP ✈
30 Loriol	CMS Livron-Loriol
31 Montélimar	CMS Espoulette

CH : Centre hospitalier ; CMS : Centre médico-social
DSP : Direction de la Santé Publique (ville de Valence)

✈ : Vaccinations classiques avec vaccinations internationales

Vacci-quiz [1]

Question 1 – Combien de personnes un malade de la rougeole peut-il à lui seul contaminer ?

A – Aucune / B – 15 à 20 / C – 150 à 200

Question 2 – Les filles vaccinées contre le HPV doivent-elles faire, malgré tout, un dépistage régulier du cancer du col de l'utérus à l'âge adulte ?

A – Oui / B – Non

Question 3 – Combien de décès sont dus à l'infection à hépatite B chaque année en France ?

A – 15 / B – 150 / C – 1 500

Pour en savoir plus

www.vaccination-info-service.fr

Généralités sur la vaccination ; informations sur chaque vaccin

www.mesvaccins.net

- Information et actualités sur la vaccination ;
- Enregistrer son carnet vaccinal et celui de sa famille avec rappels ;
- Recommandations vaccinales de voyage.

www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/la-vaccination

Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes

www.solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination

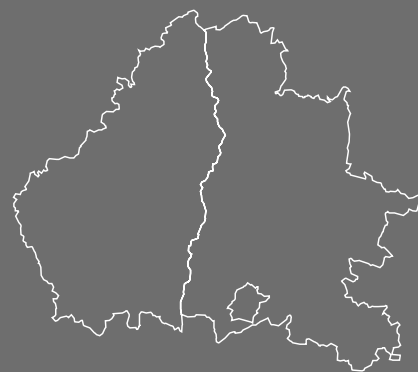
Ministère des Solidarités et de la Santé

Références

- [1] Ministère en charge de la Santé, Santé publique France. Vaccination Info Service [en ligne] <http://www.vaccination-info-service.fr>
- [2] ARS Auvergne-Rhône-Alpes [en ligne] <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr>
- [3] Ministère des Solidarités et de la Santé. Dossier de presse « 11 vaccinations indispensables, obligatoires au 1^{er} janvier 2018 ». Janvier 2018
- [4] Ministère de la Santé. 2019, calendrier simplifié des vaccinations. Mars 2019.
- [5] Santé publique France – Cellule Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin de santé publique Auvergne-Rhône-Alpes : Vaccination. Avril 2018
- [6] Collège des Universitaires des Maladies Infectieuses et Tropicales. ECN Pilly 2018 5^{ème} édition. 2017.
- [7] Santé publique France – Cellule Auvergne-Rhône-Alpes. Surveillance épidémiologique de la rougeole en France métropolitaine et en Auvergne-Rhône-Alpes. 2018
- [8] Santé publique France - Cellule Auvergne-Rhône-Alpes. Surveillance épidémiologique en région - Point de situation au 29 mars 2019. Mars 2019.
- [9] Santé publique France. Adhésion à la vaccination en France : résultats du Baromètre santé 2016. 2017.
- [10] Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes. Diagnostic Local de Santé – Le Pays Diois. 2016
- [11] Mes-Vaccins [en ligne] <http://www.mesvaccins.net>

Réponses : 1B - 2A - 3C

PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES



[13] Surcharge pondérale – Nutrition	97
[14] Troubles de la vision	103
[15] Vie affective et sexuelle	107
[16] Santé mentale	123
Comportements et usages	
[17] Substances psychoactives : tabac, alcool, cannabis, autres	133
[18] Technologies de l'information et de la communication (TIC)	149
[19] Troubles du comportement alimentaire (TCA)	157
[20] Accidents de la circulation – Accidents de la vie courante	161

SURCHARGE PONDÉRALE NUTRITION

Faits marquants

- ▶ Dans l'académie de Grenoble en 2015-2016, la part d'enfants en surcharge pondérale à l'âge de 6 ans était de 5 % pour les élèves des établissements REP (réseau d'éducation prioritaire) et de 2 % pour les élèves dans des établissements non-REP ;
- ▶ La part d'enfants avec une surcharge pondérale dans l'Ardèche et la Drôme en 2014-2015 varie de 2 à 6 % selon le département et l'âge au moment du bilan scolaire.

Contexte ^[1]

Le surpoids et l'obésité peuvent être expliqués par des **facteurs de risque génétiques, médicaux et environnementaux**, notamment la corpulence des parents, le niveau socio-économique des parents, l'activité physique, les événements de vie, certaines pathologies du système endocrinien (hormonal), la prise de certains traitements médicamenteux et l'évolution de la prise de poids lors des six premières années. Certaines surcharges pondérales peuvent être en lien avec des troubles du comportement alimentaire (**cf. fiche « Troubles du comportement alimentaire »**)

La surcharge pondérale de l'enfant a des **répercussions sur la santé de l'adulte en devenir** : hypertension artérielle, anomalies du métabolisme du glucose et des lipides, troubles orthopédiques, syndrome d'apnée du sommeil...

La prise en charge de la surcharge pondérale de l'enfant est globale et pluridisciplinaire. Elle n'implique pas toujours des soins médicaux et une surveillance permanente du poids. Elle nécessite surtout un **accompagnement psychosocial** avec une **lutte contre la stigmatisation** dont ces enfants sont la cible dans tous les domaines de leur vie sociale, notamment scolaire. Un soutien doit être apporté aux jeunes et leurs familles **sans culpabilisation**.

La surcharge pondérale souligne aussi la nécessité de la promotion d'une **alimentation saine et équilibrée** (en tenant compte des considérations sociales) avec une **activité physique régulière**. Cette promotion de la santé doit se faire à une échelle individuelle (avec des conseils personnalisés) et collectives (messages de santé publique, réglementations de la publicité des produits alimentaires, surveillance des teneurs en gras, sucre et sel des aliments...)

Définitions ^[1]

Indice de masse corporelle (IMC) ou indice de Quetelet

$$\text{Indice de masse corporelle (IMC)} = \frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m)}^2}$$

Définitions (suite) [1]

Enfant

- **Obésité** : IMC dépassant la courbe de croissance équivalente à un IMC 30 à 18 ans ;
- **Surpoids** : IMC supérieur à 97 % des individus du même âge ;
- **Référence** : IMC compris entre 3 % et 97 % des individus du même âge ;
- **Maigreur** : IMC inférieur à 3 % des individus du même âge.

Adulte

- **Obésité** : IMC supérieur à 30 ;
- **Surpoids** : IMC supérieur à 25 ;
- **Référence** : IMC compris entre 18,5 et 25 ;
- **Maigreur** : IMC inférieur à 18,5.

Projet régional de santé 2018-2028 [2]



Source : ARS
Auvergne-Rhône-
Alpes

Dans le **Projet régional de santé (PRS) 2018-2028**, l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes consacre une partie sur la prévention du surpoids et de l'obésité en trois points :

- Inciter les acteurs à prendre en compte les enjeux de la **réduction des inégalités sociales de santé** dans la prévention du surpoids et de l'obésité avec la **promotion d'une alimentation équilibrée** et une **activité physique pérenne** ;
- Promouvoir les actions locales de **prévention** pour intervenir **à la fois auprès des enfants, de leurs parents et de l'environnement** ;
- **Dépister précocement les problèmes de surpoids** et promouvoir une **prise en charge pluridisciplinaire** de l'enfant.

Contexte national

Enquête ESTEBAN 2014-2016 [3]

L'**Étude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition (ESTEBAN)** est une étude nationale associant la surveillance de l'environnement, de la nutrition et de certaines maladies chroniques auprès d'un échantillon d'enfants et d'adolescents. Entre 2014 et 2016, 2 503 adultes et 1 104 enfants de France métropolitaine ont été inclus. Les informations sont récoltées à l'aide de questionnaires, examens médicaux et prélèvements biologiques.

En France, 13 % des enfants âgés de 6 à 17 ans sont en surpoids et 4 % sont obèses. Ces pourcentages restent stables entre 2006 et 2015. La prévalence de la maigreur a augmenté dans le même intervalle de temps, passant de 8 à 13 % aujourd'hui, voire 19 % chez les filles. Il persiste une supériorité des taux de surpoids et d'obésité chez les enfants dont les personnes de référence des ménages sont les moins diplômés.

Chez les **adultes de 18 à 74 ans en France**, une personne sur deux est concernée par le **surpoids ou l'obésité (54 % des hommes et 44 % des femmes)**. Ainsi, **32 % des adultes sont en surpoids et 17 % sont obèses**. Il persiste une supériorité des taux de surpoids et d'obésité chez les personnes les moins diplômées, cette différence est plus marquée chez les femmes que chez les hommes.

Bilans systématiques en âge scolaire [4]

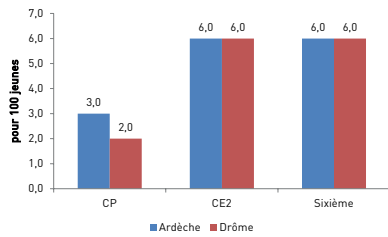
	6 ans Médecin	12 ans Infirmier
Entretien parental sur les conditions de vie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Analyse des antécédents médicaux de l'enfant	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vérification des vaccinations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Taille, poids et IMC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Examen clinique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dépistage auditif	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dépistage visuel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dépistage langage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Examen bucco-dentaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bilan du langage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bilan du développement psychomoteur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Tous les enfants scolarisés doivent passer deux examens de santé dans le cadre de la médecine scolaire, le premier dans la **sixième année** (avec un médecin) et le deuxième dans la **douzième année** (avec un infirmier). Lors de ces deux examens, la **taille**, le **poids** et l'**IMC** sont consignés dans le carnet de santé.

Source : Ministère de l'Éducation nationale.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

→ Ardèche et Drôme

Part des enfants présentant une surcharge pondérale selon l'âge, 2014-2015



Source : Académie de Grenoble, 2019

En 2015-2016, le bilan de santé des enfants de 6 ans scolarisés dans l'académie de Grenoble retrouvait une surcharge pondérale chez **5 % des élèves dans les établissements appartenant au REP** (réseau d'éducation prioritaire) et **2 % des élèves dans les établissements non-REP**.

La proportion d'enfants avec une surcharge pondérale est comparable entre la Drôme et l'Ardèche, elle varie de 2 à 6 % selon le département et la classe. Ces chiffres sont semblables aux pourcentages de l'académie.

→ Agir

Recommandations pour les enfants et les adolescents ^[6]

Recommandations

Fruits et légumes

Au moins 5 par jour

Féculents

À chaque repas selon l'appétit

Produits laitiers

3 à 4 fois par jour

Viande, œuf, poisson

1 à 2 fois par jour en alternant

Matières grasses

Avec modération et variété

Produits sucrés et salés

À limiter

Eau

À volonté pendant et entre les repas

Activité physique

Équivalent d'au moins 1 h de marche rapide par jour

Organisation des repas

Petit déjeuner

1 produit céréalier

1 fruit

1 produit laitier

Déjeuner

1 portion de légumes

Viande, poisson ou œuf

Féculents

1 produit laitier

1 fruit

Eau à volonté

Goûter

2 à choisir parmi un fruit, 1 produit laitier ou 1 produit céréalier

Repas du soir

Idem que le déjeuner

Recommandations pour les adultes – Janvier 2019 ^[7]

Augmenter

Fruits et légumes

Au moins 5 fois par jour

Légumes secs

Au moins 2 fois par semaine

Fruits à coque

Noisettes, noix de cajou, amandes, noix

Activité physique

30 minutes par jour

Fait maison

Si possible

Aller vers

Féculents complets (fibres)

Au moins 1 fois par jour

Poissons

2 fois par semaine dont un poisson gras (sardine, maquereau, hareng, saumon)

Huiles de colza, noix, olive

Tous les jours, petite quantité

Produits laitiers

2 fois par jour

Aliments de saison

Avec production locale

Aliments bio

Réduire

Alcool

2 verres par jour, 10 par semaine

Boissons sucrées, aliments gras, sucrés, salés, ultra-transformés

Charcuterie

150 g par semaine

Viande

500 g par semaine

Temps passé assis

Marcher toutes les 2 h



Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Auvergne-Rhône-Alpes : des actions de promotion de la santé en Ardèche et dans la Drôme [8]

Source : Ireps Auvergne-Rhône-Alpes

Ardèche : Promouvoir la santé par la nutrition auprès des habitants du Quartier Nouvel Horizon à Privas

Objectifs

- Créer des espaces d'information, d'écoute et de rencontres avec les jeunes pour mieux répondre à leurs attentes et pouvoir les orienter vers les services existants ;
- Renforcer la coordination entre les acteurs et les dispositifs de santé ;
- Optimiser les actions de promotion et de prévention de la santé ;
- Contribuer aux questionnements des jeunes concernant les déterminants de leur santé.

Contenu du projet

- Ateliers cuisine avec des parents volontaires ;
- Animations de séance d'éducation nutritionnelle ;
- Création d'un jeu de reconnaissance des marques pour constater l'influence que ces marques ont sur le goût, les préférences et l'attitude face aux repères nutritionnels ;

Perspectives sur le territoire

- Co-animation avec les référents du Programme de Réussite Éducative.

Drôme : Projet « Croqu'le goût » à destination des jeunes enfants de la Communauté de communes Portes de DrômArdèche

Objectifs du projet

- Sensibiliser l'enfant à l'utilisation de ses 5 sens par la découverte des aliments ;
- Aider l'enfant à verbaliser son ressenti ;
- Harmoniser les pratiques des professionnels dans l'ensemble des structures d'accueil du jeune enfant de la Communauté de communes.

Contenu du projet

- Sensibilisation : Souligner la corrélation entre le goût et les autres sens ;
- Réappropriation : Ce travail implique des étapes à respecter et un vocabulaire précis pour aider les participants à verbaliser leurs ressentis. Les équipes ont partagé l'intérêt de mettre en place un projet de découverte sensorielle qui a toute sa place dans le développement du jeune enfant ;
- Mobilisation des parents : Inviter les parents à prendre part au projet en amenant à tour de rôle les aliments. Chaque parent se positionne volontairement sur une date et apporte l'aliment correspondant pour le jour J. Dégustation sensorielle : consacrer un premier mois à l'amer et l'acide, un mois au salé et un mois au sucré.

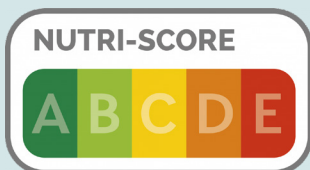
Impacts

- Une dynamique territoriale avec une co-construction du projet avec l'ensemble des structures ;
- Une sensibilisation complète à l'intérêt du développement des 5 sens chez le jeune enfant au niveau des professionnels, des enfants et des parents ;
- Une confortation du rôle du professionnel dans la mise en œuvre d'actions en promotion de la santé ;
- Des habitudes de vie modifiées pour certains où l'on prend davantage le temps de cuisiner et de manger en pleine conscience.

Perspectives sur le territoire

- Les professionnels aimeraient favoriser la participation uniforme des parents en proposant des temps de dégustations sensorielles à destination des enfants et de leurs parents.

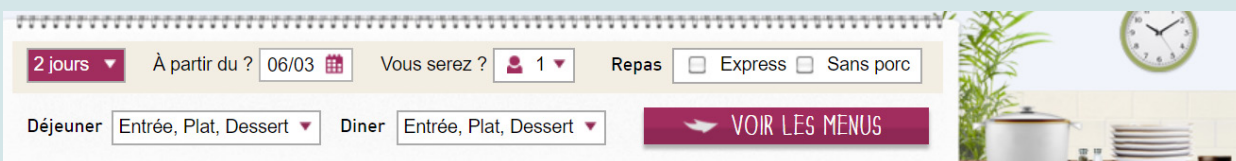
Nutri-Score [7]



Source : Santé publique France

Le **Nutri-Score** a été instauré par la loi Santé de 2016 qui recommande la mise en place d'une information nutritionnelle claire, visible et facile à comprendre. La mention de ce score n'est actuellement pas obligatoire sur les emballages. Le Nutri-Score est un reflet de la **qualité nutritionnelle** globale des produits en tenant compte de la teneur en nutriments. Il permet au consommateur d'orienter ses choix vers des aliments d'une meilleure qualité nutritionnelle (catégorie A) plutôt que ceux qui ont une moins bonne qualité nutritionnelle (catégorie E), en comparant par exemple plusieurs modèles d'un même produit que le consommateur désire acheter.

La Fabrique à Menus [9]



Source : MangerBouger.fr

La **Fabrique à Menus** est un site Internet mis à disposition sur la plateforme MangerBouger.fr. Ce site propose des **menus équilibrés** en tenant compte entre autres du nombre de jours, de la composition des repas (entrée, plat, dessert) et de la présence ou non d'enfants afin de créer des plats adaptés. Le site Internet, en plus de composer ce menu personnalisé, fournit la liste de courses qui lui correspond. L'inscription sur ce site ouvre la possibilité d'enregistrer ses menus favoris et de recevoir une lettre d'information hebdomadaire.

Structures d'accompagnement : avec qui évoquer la surcharge pondérale et la nutrition ?

- Médecin traitant, médecin généraliste, médecin nutritionniste, diététicien ;
- PréO-RéPPOP, le Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique dans l'Ardèche et la Drôme (voir ci-après) ;
- Médecin scolaire, infirmier(e) scolaire ;
- Consultations prénatales et postnatales en PMI (Protection Maternelle et Infantile) pour les femmes enceintes.

EN FRANCE
1 adulte sur 2 est en surpoids
17% des enfants sont en surpoids

C'EST UN RISQUE
de DIABETE
d'ARTHROSE
de MALADIE CARDIOVASCULAIRE
de REPLI sur SOI
de DEPRESSION

préc
Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique
n° non surtaxé 09 62 26 75 68
contact@preoreppop.fr
www.preoreppop.fr

C'est un **ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL** qui s'articule autour...

d'une prise en charge

médecin diététicien psychologue

et dateliers

activités physiques conseil en image atelier cuisine aspect médicaux diététique

Source : PréO-RéPPOP

PréO-RéPPOP, le Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique dans l'Ardèche et la Drôme – www.preoreppop.fr [10]

PréO-RéPPOP est un réseau de prévention et de prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique. Grâce à un maillage de professionnels libéraux formés sur la Drôme et l'Ardèche et une cellule de coordination, les enfants en surpoids ou obèses ainsi que leur entourage peuvent bénéficier :

- d'une coordination des différents acteurs pour optimiser leurs interventions ;
- de consultations médicales, diététiques et psychologiques de proximité prises en charge par le réseau ;
- d'un accompagnement à distance régulier suite à une rencontre avec l'équipe de la cellule de coordination ;
- de séances d'activité physique adaptée régulières tout au long de l'année scolaire ;
- d'un accompagnement en thérapie familiale si nécessaire.

Le programme d'**éducation thérapeutique** comprend les ateliers suivants :

- Aspects médicaux : aborder par exemple le rôle du sommeil, de la sédentarité et de la parentalité ;
- Diététique : Apprendre entre autres les bases de la diététique, acquérir les compétences pour lire les étiquettes alimentaires ;
- Cuisine : apprendre à prendre plaisir à cuisiner et à manger ;
- Activité physique adaptée pour prendre goût à bouger ;
- Conseillère en image : apprivoiser son corps et prendre confiance en soi ;
- Psychologique : pour canaliser ses émotions.

PréO développe en parallèle des actions de prévention et propose pour les professionnels intéressés des sessions de formation sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique.

En **2018**, PréO a eu une **file active de 433 enfants**.

Pour en savoir plus

Ressource locale

preoreppop.fr

Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique dans l'Ardèche et la Drôme

Ressources nationales

Mangerbouger.fr

Programme National Nutrition Santé et la Fabrique à Menus (Ministère en charge de la Santé et Santé publique France)

Invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Esteban

Étude ESTEBAN (Santé publique France)

Références

[1] Collège des Enseignants de Nutrition (CEN). Nutrition 2^{ème} édition. Septembre 2015.

[2] ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Auvergne-Rhône-Alpes : le Projet régional de santé 2018-2028. Juin 2018.

[3] Université Paris 13 et Santé publique France. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN 2014-2016). Juin 2017.

[4] Ministère de l'Éducation nationale. Arrêté n° MENE1517115A du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation. Novembre 2015.

[5] Académie de Grenoble. Troubles de la vision et surcharge pondérale dans l'académie de Grenoble [6] Ministère en charge de la Santé et Inpes. Recommandations du PNNS pour les enfants et adolescents.

[7] Santé publique France. Recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité pour les adultes. Janvier 2019.

[8] Ireps Auvergne-Rhône-Alpes. Projets nutrition axe enfants/adolescents

[9] MangerBouger.fr – La Fabrique à Menus [en ligne] <http://www.mangerbouger.fr/Manger-Mieux/Vos-outils/Fabrique-a-menus>

[10] PréO-RéPPOP – Présentation de PréO

TROUBLES DE LA VISION

Faits marquants

- ▶ La part d'enfants avec des troubles de la vision dans l'Ardèche et la Drôme en 2014-2015 varie de 7 à 11 % au moment du bilan scolaire ;
- ▶ La part de jeunes ayant reçu un remboursement des corrections visuelles en 2017 sont comparables dans l'Ardèche, la Drôme et la région Auvergne-Rhône-Alpes.

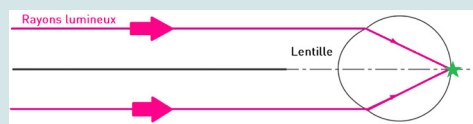
Contexte

Les **troubles visuels** touchent une part importante des enfants et adolescents. Ceux-ci ont un impact sur les **acquisitions** et des **conséquences scolaires**, ce qui justifie leur **dépistage** le plus précocément possible, avec des examens adaptés à chaque âge de la vie, dès la naissance.

📖 Troubles de la vision [1]

Lorsque les rayons lumineux pénètrent dans l'œil, ils sont déviés par tout un système de **lentilles convergentes** dont les principaux composants sont la **cornée** et le **cristallin**. Ces rayons convergent au niveau d'un écran qui se trouve au fond de l'œil, la **rétine**, où le signal lumineux est converti en signal nerveux, l'information visuelle est alors transmise au cerveau.

Trajet normal des rayons lumineux vers la rétine

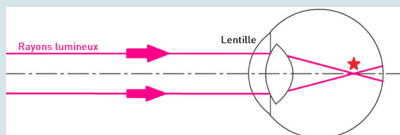


Source : Collège des ophtalmologistes universitaires de France.

La **myopie** est une pathologie dans laquelle la convergence des rayons est trop importante ou la longueur de l'œil est trop importante pour une telle convergence. Les rayons lumineux se réunissent trop près, l'image se forme avant la rétine : on voit flou.

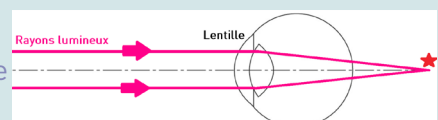
L'**hypermétropie** (ou hyperopie) est une pathologie dans laquelle la convergence des rayons n'est pas assez importante ou la longueur de l'œil n'est pas assez importante pour une telle convergence. Les rayons lumineux se réunissent trop loin, l'image se forme en arrière de la rétine : on voit flou.

Myopie



Source : Collège des ophtalmologistes universitaires de France.

Hypermétropie



Source : Collège des ophtalmologistes universitaires de France.

L'**astigmatisme** est une pathologie dans laquelle une partie de la cornée (qui remplit son rôle de lentille) n'est pas parfaitement sphérique, ce qui fait que les rayons lumineux ne convergent pas tous au même endroit. Par exemple, un point est perçu comme deux lignes perpendiculaires : on voit flou.

Contexte national [1, 2]

Près de 4 français sur 10 (**39 %**) sont **myopes**, près d'un Français sur 10 (**9 %**) est **hypermétrope** et **15 %** de la population est **astigmat**.

Bilans systématiques en âge scolaire [3]

	6 ans Médecin	12 ans Infirmier
Entretien parental sur les conditions de vie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Analyse des antécédents médicaux de l'enfant	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vérification des vaccinations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Taille, poids et IMC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Examen clinique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dépistage auditif	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dépistage visuel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dépistage langage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Examen bucco-dentaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bilan du langage	<input checked="" type="checkbox"/>	
Bilan du développement psychomoteur	<input checked="" type="checkbox"/>	

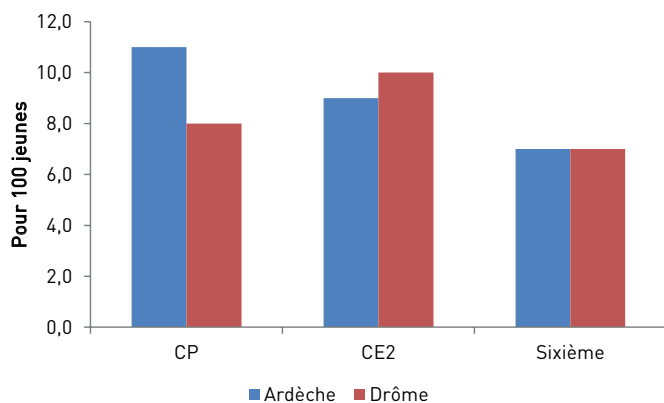
Source : Ministère de l'Éducation nationale
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Tous les enfants scolarisés doivent passer deux examens de santé dans le cadre de la médecine scolaire, le premier dans la **sixième année** (avec un médecin) et le deuxième dans la **douzième année** (avec un infirmier). Lors de ces deux examens, un **examen visuel** est réalisé et consigné dans le carnet de santé.

Académie de Grenoble, Drôme, Ardèche [4]

En 2015-2016, le bilan de santé des enfants de 6 ans scolarisés dans l'académie de Grenoble retrouvait les troubles de la vue chez **15 % des élèves dans les établissements appartenant au REP (réseau d'éducation prioritaire)** et **11 % des élèves dans les établissements non-REP**. On estime à plus de 4 300 le nombre d'élèves de l'académie de Grenoble porteurs de troubles de la vision.

Part des enfants présentant des troubles de la vision lors du bilan scolaire selon l'âge, 2014-2015



Source : Académie de Grenoble, 2019

Le bilan des CP retrouve une différence avec un pourcentage d'enfants plus atteints de troubles de la vision en Ardèche (11 %) que dans la Drôme (8 %).

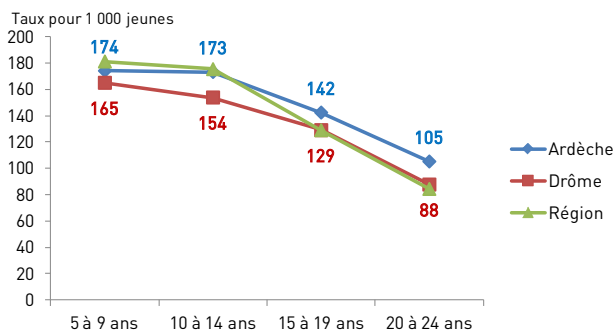
Le bilan des CE2 retrouve des pourcentages comparables entre l'Ardèche (9 %) et la Drôme (10 %)

Le bilan des Sixièmes retrouve des pourcentages identiques de troubles de la vision à 7 % tant dans l'Ardèche que dans la Drôme.

Remboursement des corrections visuelles dans l'Ardèche et la Drôme

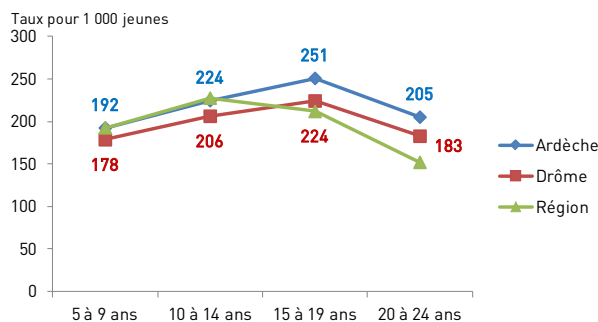
Attention : Les données fournies ci-dessous prennent en compte les effectifs de jeunes qui ont bénéficié d'au moins un remboursement d'une nouvelle correction visuelle durant l'année civile 2017. Dans la très grande majorité des cas, cela concerne une paire de lunettes, les indications de remboursement par la Sécurité sociale des lentilles de contact sont rares et limitées. Ces données ne concernent pas les effectifs de toutes les personnes qui sont atteintes de troubles de la vision en 2017, ni celles des personnes qui ont porté des lunettes en 2017.

Taux de patients ayant bénéficié d'au moins un remboursement pour correction visuelle pour 1 000 garçons selon l'âge, 2017



Sources : Cnam (SNIIRAM-DCIRS), Insee.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Taux de patients ayant bénéficié d'au moins un remboursement pour correction visuelle pour 1 000 filles selon l'âge, 2017



Sources : Cnam (SNIIRAM-DCIRS), Insee.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Dans l'Ardèche, la Drôme et la région, les remboursements de corrections visuelles concernent environ 1,3 femme pour 1 homme. Pour toutes les catégories d'âge et pour les deux sexes, le taux de remboursement des jeunes Ardéchois est légèrement au-dessus de celui des Drômois mais cette différence n'est pas significative (sauf pour les femmes de 15 à 19 ans). Les deux départements présentent également des taux de remboursement comparables à ceux de la région.

Structures d'accompagnement : avec qui évoquer ses troubles visuels ? ^[5]

Professionnels de la vue

Ophtalmologiste

- Médecin spécialiste des yeux et de la vision ;
- Accessible directement sans passer par le médecin traitant ;
- Principal prescripteur des lunettes et des lentilles ;
- Le délai d'obtention d'un rendez-vous chez l'ophtalmologiste est très dépendant selon le département avec des délais atteignant plusieurs mois dans l'Ardèche et la Drôme. Il est important de rappeler la faible densité d'ophtalmologistes, particulièrement en Ardèche où ils sont 16 spécialistes pour tout le département ;
- Recours à un ophtalmologiste : cf. Fiche « **Recours aux soins** ».

Validité des prescriptions médicales

- Lunettes : 1 an si âgé de moins de 16 ans, 5 ans si âgé de 16 à 42 ans ;
- Lentilles : 1 an si âgé de moins de 16 ans, 3 ans si âgé de 16 à 42 ans.

Opticien

- Délivre les lunettes et lentilles prescrites par le médecin ;
- Peut renouveler les lunettes sous certaines conditions après réalisation d'un contrôle de la vue.

Orthoptiste

- Sur prescription médicale, réalise des dépistages, des explorations de la vision, des actes de rééducation et de réadaptation de la fonction visuelle ;
- Ne peut prescrire les lunettes ou les lentilles.

Autres professionnels

Médecin traitant, médecin scolaire, infirmier(e) scolaire

Dès 2020 : « 100 % santé » avec reste à charge nul ^[6]

À partir du 1^{er} janvier 2020, le dispositif « 100 % santé » est mis en place. Il garantit une prise en charge des frais d'optique par l'**Assurance maladie** et les **complémentaires santé** sous certaines conditions.

Catégorie A - Équipement complet « 100 % santé » (verres et monture)

Verres (amincissement selon le trouble de la vision, anti-rayures et anti-reflets) avec une monture de valeur inférieure à 30 €, l'ensemble est pris en charge à 100 % : **le reste à charge est nul (le patient ne paye rien)**. Chaque opticien devra proposer pour cette gamme 17 montures pour les adultes et 10 montures pour les enfants, dans des coloris différents. Cette catégorie est une des principales nouveautés apportées par la réforme.

Catégorie B - Verres « 100 % santé » et autre monture à prix libre

Verres pris en charge à 100 % et monture prise en charge avec un tarif selon le contrat établi avec la complémentaire santé souscrite avec un maximum de 100 €, le reste est à charge du patient. Par exemple, si un patient veut le « 100 % santé » uniquement sur ses verres et que la monture qu'il préfère est à un prix libre de 145 €, le supplément de 45 € sera à sa charge.

➔ Prévention : usage des écrans

Cf. Fiche « **Technologies de l'information et de la communication** »



Source : Alif Caesar Rizqi Pratama

Références

- [1] Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France. Réfraction et anomalies de la réfraction. 2017.
- [2] Haute autorité de santé. Troubles de la réfraction : délivrance des verres correcteurs par les opticiens dans le cadre d'un renouvellement - Argumentaire scientifique. Mars 2011.
- [3] Ministère de l'Éducation nationale. Arrêté n° MENE1517115A du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation. Novembre 2015.
- [4] Académie de Grenoble. Troubles de la vision et surcharge pondérale dans l'académie de Grenoble
- [5] Assurance Maladie. Lunettes et lentilles : quelle prise en charge ? [en ligne] <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/optique-audition/lunettes-lentilles>
- [6] Ministère des Solidarités et de la Santé. 100 % santé - Des soins pour tous, 100 % pris en charge. Juin 2018.

VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

Faits marquants

- ▶ *L'éducation à la vie affective et sexuelle adaptée à chaque âge de la vie représente un enjeu central dans l'épanouissement des jeunes. L'académie de Grenoble met en place des formations à destination des professionnels à mission éducative susceptibles d'intervenir dans le domaine de l'éducation sexuelle ;*
- ▶ *La Stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) 2017-2030 du Ministère des Solidarités et de la Santé prévoit entre autres la promotion en santé sexuelle dans une démarche positive et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH ;*
- ▶ *L'âge moyen au premier rapport sexuel est compris entre 17 et 18 ans pour les garçons comme pour les filles au niveau national ;*
- ▶ *Concernant les infections sexuellement transmissibles, les hommes (plus particulièrement les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) et les personnes nées à l'étranger représentent la majorité des nouvelles infections au VIH diagnostiquées en 2017 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes représentent la plupart des infections à gonocoque et syphilis diagnostiquées en 2017 ;*
- ▶ *Concernant les contraceptifs oraux, le recours (taux pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans) est plus élevé dans l'Ardèche (153) que dans la Drôme (135) ou dans la région (115). Cette tendance est retrouvée chez les femmes de 20 à 24 ans de l'Ardèche (265), la Drôme (236) et de la région (185). La part des femmes sous microprogestatifs varie entre 4 et 12 % selon la catégorie d'âge et la localité, le reste étant une majorité de femmes sous œstro-progestatifs ;*
- ▶ *Concernant les interruptions volontaires de grossesse (IVG), il y a plus d'IVG pratiquées dans l'Ardèche (17,2 IVG pour 1 000 femmes en âge de procréer) que dans la Drôme (13,3), les deux étant au-dessus de la moyenne régionale (12,9). La proportion de mineures dans les IVG est presque deux fois plus importante dans la Drôme (4,9 %) que dans l'Ardèche (2,6 %). Les proportions régionale (3,4 %) et nationale (3,9 %) sont comparables.*

Contexte ^[1]

L'enfance est le moment de la découverte et de l'apprentissage du respect de l'autre. L'adolescence est, pour beaucoup de jeunes garçons ou de jeunes filles, le début des **premières relations amoureuses et des premiers rapports sexuels**.

L'éveil aux sentiments et à la vie sexuelle est une réalité que la société peine à reconnaître et à évoquer de façon saine et équilibrée. Cet éveil est un moment d'interrogations sur le rapport entretenu avec son propre corps et avec celui des autres, tout particulièrement chez les enfants et les adolescents.

Il peut être vécu de façon positive, épanouie avec des partenaires choisis si l'environnement s'y prête ; il peut aussi dans certaines circonstances être abordé uniquement sur un versant restrictif et moralisateur, voire vécu comme une source de mal-être et de violences.

La vie affective et sexuelle touche des domaines très différents, que ce soit l'**égalité entre les femmes et les hommes**, la **vie de couple**, la **législation** (les discriminations fondées sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, le harcèlement sexuel, les agressions sexuelles, le viol...), la **santé** (prévention contre les infections sexuellement transmissibles, contraception, santé mentale) ou la **famille**. Étant donné que ces sujets concernent tout le monde, il est important que, dès le plus jeune âge, des **informations claires, vérifiées, en dehors de tout jugement moralisateur et adaptées à la situation**, soient délivrées par les acteurs du domaine sanitaire, social, scolaire, associatif... C'est tout l'enjeu de l'**éducation à la vie affective et sexuelle**.

Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 ^[2]



Source : Ministère des Solidarités et de la Santé

La **Stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) 2017-2030** est un dispositif mis en place par le Ministère des Solidarités et de la Santé, en 2017, dans le but d'améliorer la santé sexuelle et reproductive. Elle insiste principalement sur l'autonomie, la satisfaction, la sécurité et la prise en compte des inégalités dans l'accès universel à la santé sexuelle.

Cette stratégie comporte 95 propositions rassemblées en 6 axes :

1. Investir dans la **promotion en santé sexuelle**, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive ;
2. Améliorer le parcours de santé en matière d'**infections sexuellement transmissibles (IST)** ;
3. Améliorer la **santé reproductive** (contraception, prévention des grossesses non désirées, interruption volontaire de grossesse, prévention de l'infertilité) ;
4. Répondre aux **besoins spécifiques des populations les plus vulnérables** ;
5. **Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation** en santé sexuelle ;
6. Prendre en compte les **spécificités de l'outre-mer** pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle.

Vie sexuelle et affective, premières fois, vie de couple ^[3, 4, 5]



Source : Valentin Antonucci

Au collège, **86 % des élèves** interrogés dans l'enquête HBSC 2014 déclaraient **avoir déjà été amoureux**. Dans cette même enquête, la proportion de garçons qui sont déjà sortis avec quelqu'un passe de 61 % en sixième à 83 % en troisième ; dans le même temps ce pourcentage passe de 58 % en sixième à 75 % en troisième chez les filles.

L'**âge au premier rapport sexuel** s'est stabilisé depuis le début du XXI^{ème} siècle, il est pour les filles et les garçons **entre 17 et 18 ans** avec une différence d'environ 6 mois entre les filles (17 ans et demi) et les garçons (17 ans). Concernant le premier rapport sexuel, le Baromètre Santé 2016 de Santé publique France indique que **10 % des femmes ont accepté ce premier rapport bien qu'il n'était pas vraiment souhaité et 1,7 % ont été forcées**. Ces pourcentages sont respectivement de 6,6 % (accepté mais pas vraiment souhaité) et 0,3 % (forcé) chez les hommes. Plus de 90 % des hommes et des femmes ont utilisé un moyen de contraception lors de cette première fois (un préservatif dans plus de 85 % des cas).

Proportion de personnes se déclarant en couple selon l'âge en 2015

	Drôme	Ardèche	Région	France
15 à 19 ans	1,8 %	1,8 %	1,9 %	2,1 %
20 à 24 ans	26,8 %	28,0 %	23,9 %	23 %

Source : Insee, RP 2015.

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Entre 15 et 19 ans, la proportion de personnes se déclarant comme vivant en couple varie peu entre la Drôme, l'Ardèche, la région et la France. Entre 20 et 24 ans, il y a une proportion plus importante de personnes en couple dans l'Ardèche et la Drôme, comparativement aux niveaux de la région et de la France.

Santé sexuelle - Organisation mondiale de la santé (OMS) [4]

« La **santé sexuelle** est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. »

Infections sexuellement transmissibles (IST) [7]

Il existe différents types d'infections sexuellement transmissibles avec des risques de transmission très différents selon les pratiques sexuelles. Sans en établir une liste exhaustive, les agents infectieux peuvent être des bactéries (*Chlamydiae*, gonocoque, syphilis, mycoplasme), des virus (hépatite B, virus d'immunodéficience humaine ou VIH, papillomavirus, herpès) ou des parasites (*Trichomonas*, poux de pubis communément appelé « morpion »). Le préservatif, externe ou interne, est le seul moyen de se protéger contre la quasi-totalité de ces infections.

Quiz [1, 3, 6]

Question 1 – Quel est l'âge moyen du premier baiser chez les jeunes ?

A – Avant 14 ans / **B** – Entre 14 et 17 ans / **C** – Après 17 ans

Question 2 – D'après le Baromètre Santé 2016, quelle proportion de femmes entre 20 et 24 ans déclare avoir déjà rencontré un(e) partenaire sexuel(le) grâce à Internet ?

A – 1 femme sur 8 / **B** – 1 femme sur 4 / **C** – 1 femme sur 2

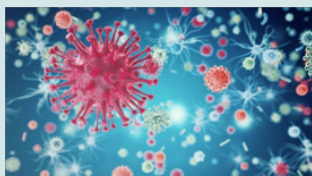
Question 3 – En quelle année la loi Neuwirth donnant accès à la contraception a-t-elle été votée ?

A – 1947 / **B** – 1957 / **C** – 1967

Réponses : 1A - 2A - 3C

Virus d'immunodéficience humaine (VIH)

Qu'est-ce que le VIH ?



Source : BBC.com

Le VIH, découvert en 1983 par une équipe de chercheurs français, appartient à la famille des rétrovirus, une famille de virus ayant la capacité d'intégrer une partie de son génome dans celui de la cellule qu'il infecte. Une des principales cibles de ce virus est le lymphocyte T CD4+ (ou lymphocyte T4), c'est-à-dire le globule blanc chef d'orchestre de la réaction spécialisée du système immunitaire à un agent infectieux.

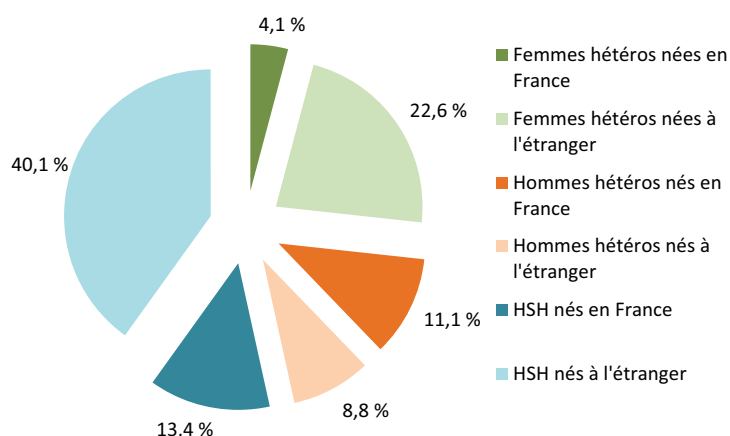
Si la quantité de lymphocytes T4 n'est plus suffisante pour assurer les défenses immunitaires, mêmes les plus élémentaires, le patient est alors considéré comme étant au stade sida (syndrome d'immunodéficience acquise) et exposé à des maladies opportunistes (habituellement peu ou pas pathogènes mais qui le sont en cas de système immunitaire défaillant) et certaines formes de cancer.

Comment se transmet le VIH ?

Tout liquide contaminant qui passe par toute porte d'entrée peut être responsable de l'infection à VIH, quelle que soit le couple liquide contaminant / porte d'entrée. Les liquides contaminants sont le sperme, le liquide pré-séminal, les sécrétions vaginales, le sang et le lait maternel. Les portes d'entrée sont les muqueuses de la face (bouche, yeux, nez), les muqueuses génitales (gland, prépuce, vulve, vagin), la muqueuse anale et les plaies ouvertes. Le virus peut également se transmettre de la mère à l'enfant pendant la grossesse si aucun traitement n'est pris.

En Auvergne-Rhône-Alpes en 2017, près de 600 000 sérologies VIH et près de 6 000 Tests rapides à orientation diagnostique (TROD) ont été effectués en Auvergne-Rhône-Alpes. Dans la même période, près de 10 000 auto-tests ont été vendus dans les pharmacies de la région. Le nombre de nouvelles contaminations au VIH est estimé à 488 en 2016, soit un taux de 61 par million d'habitants. Ce taux est stable depuis 2003 et comparable à celui de la France métropolitaine (Île-de-France exclue) qui est à 55 par million d'habitants. En 2017, 32 % des diagnostics sont réalisés au stade précoce (primo-infection ou concentration de lymphocytes T4 supérieure à 500 par mL) et 26 % au stade avancé (concentration de lymphocytes T4 inférieurs à 200 par mL, stade du syndrome d'immunodéficience acquise ou sida).

Profil des nouvelles contaminations au VIH, en 2017, en Auvergne-Rhône-Alpes



HSH : Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Source : Santé publique France, Cellule Auvergne-Rhône-Alpes décembre 2018 (sur la base de 70 % des données récoltées en 2017).
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Trois caractéristiques se démarquent nettement dans les nouvelles contaminations en Auvergne-Rhône-Alpes en 2017 (sur la base de 70 % des données récoltées) :

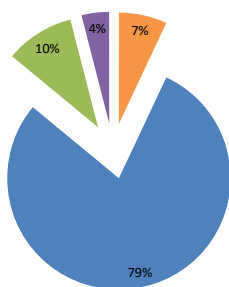
- Être un homme (73,3 %) ;
- Être né à l'étranger (71,4 %) ;
- Parmi les hommes, avoir des relations sexuelles avec des hommes (73 %) ;

Gonocoque et syphilis [7, 8]

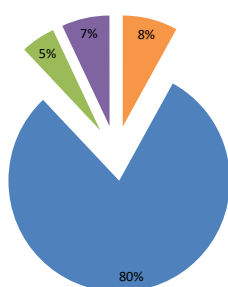
Ces deux bactéries se transmettent par voie sexuelle. Un réseau de surveillance, RésIST, a été mis en place par Santé publique France. Il comprend des médecins volontaires (libéraux, hospitaliers, centres de dépistage...) pour la surveillance des épidémies de syphilis et de gonococcie. Ce dispositif est relié à des réseaux de laboratoires en charge de la surveillance des bactéries responsables de ces deux maladies infectieuses avec une évaluation des résistances aux antibiotiques des souches circulant dans la population. Il complète le dispositif du réseau Sentinelles qui surveille d'autres affections ou maladies infectieuses telles que le syndrome grippal, la varicelle ou la coqueluche.

Profil des infections au gonocoque et à la syphilis, en Auvergne-Rhône-Alpes, en 2017

Gonocoque



Syphilis



■ Hommes hétéros ■ Hommes HSH ■ Femmes hétéros ■ Non renseigné

HSH : Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes. Source : Réseau RésIST – Santé Publique France, Cellule Auvergne-Rhône-Alpes (décembre 2018). Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les infections à gonocoque et syphilis concernent en majorité les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Cette tendance régionale est similaire au constat fait au niveau national.

Contraception [9]

Il existe plusieurs types de contraception, tous plus ou moins adaptés à la situation de chaque personne. Sont présentés ici quelques moyens de contraception (liste non exhaustive).



Source : American Academy of Family Physicians

Moyens de contraception hormonaux

- **Pilule** (œstro-progestatives ou microprogestatives) ;
- **Implant** dans le bras (qui diffuse des progestérones pendant 2 à 3 ans) ;
- **Dispositif intra-utérin (DIU) aux progestatifs** (aussi appelé à tort « stérilet » car il ne rend pas stérile). Rappelons que le dispositif intra-utérin peut être posé chez les femmes qui ont déjà eu une grossesse, comme chez celles qui n'en ont jamais eu ;
- **Anneau vaginal** (œstro-progestatifs) ;
- Application d'un **patch** œstro-progestatif sur la peau une fois par semaine ;
- **Injections** de progestatifs à rythmes réguliers (s'il y a peu d'autres options de contraception envisageables).

Moyens de contraception non hormonaux

- **Préservatif (externe ou interne) ;**
- **Dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre ;**
- **Cape et spermicides** à insérer dans le vagin.

Techniques chirurgicales de contraception définitives

- **Ligature des trompes** de Fallope (fermeture des trompes reliant l'utérus aux ovaires) ;
- **Vasectomie** (ligature empêchant l'émission de spermatozoïdes).

Méthodes naturelles

Elles ne garantissent pas une efficacité suffisante pour éviter une grossesse.

- Méthode Ogino (abstinence périodique), méthode dite « des températures » (pour surveiller l'ovulation), retrait (*coitus interruptus*), inhibition de l'ovulation par l'allaitement.

Contraception d'urgence (couramment appelée « pilule du lendemain ») : En cas de prise de risque sexuelle avec risque de grossesse, comprimé à prendre dans les heures qui suivent la prise de risque (le plus tôt possible). Les infirmeries scolaires sont habilitées à délivrer la contraception d'urgence.

Toute personne qui souhaite démarrer ou modifier une contraception est vivement invitée à **consulter un médecin ou une sage-femme** pour trouver la solution la plus adaptée.

Détails sur quelques moyens de contraception [9]

Contraceptif	Efficacité pratique [%]	Efficacité théorique [%]	Protection VIH / IST	Pas de pose par un prof. de santé	Pas de manipulation pendant le rapport	Pas d'hormone	Fréquence	Prix (€) Rembours. [%]	Gratuit en pharmacie (mineures) et en CPEF (sans condition d'âge)	Professionnels de santé	Délivrance
IMPLANT	99,9	99,9			<input checked="" type="checkbox"/>		Tous les 2 à 3 ans	105,32 € 65%	<input checked="" type="checkbox"/>	Médecin ou sage-femme (prescription, pose et retrait)	Pharmacie
STÉRILISATION MASCULINE	99,8	99,9			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	À vie	Variable 80%		Chirurgien (intervention)	Délai de réflexion de 4 mois et consentement écrit
DIU (« STÉRILET ») HORMONAL	99,8	99,8			<input checked="" type="checkbox"/>		Tous les 5 ans	101 à 112 € 65%	<input checked="" type="checkbox"/>	Médecin ou sage-femme (prescription, pose et retrait)	Pharmacie
STÉRILISATION FÉMININE	99,5	99,5			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	À vie	Variable 80%		Chirurgien (intervention)	Délai de réflexion de 4 mois et consentement écrit
DIU (« STÉRILET ») CUIVRE	99,2	99,4			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tous les 4 à 10 ans	30,50 € 65%	<input checked="" type="checkbox"/>	Médecin ou sage-femme (prescription, pose et retrait)	Pharmacie
INJECTIONS	94,0	99,7			<input checked="" type="checkbox"/>		Tous les 3 mois	3,40 € 65%		Médecin ou sage-femme (prescription)	Pharmacie
ANNEAU VAGINAL	92,0	99,7		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Tous les mois	16 € (non remboursé)		Médecin ou sage-femme (prescription)	Pharmacie
PATCH	91,0	99,7		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Toutes les semaines	13 € (non remboursé)		Médecin ou sage-femme (prescription)	Pharmacie
PILULE	91,0	99,7		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Tous les jours	1,28 à 1,60 € 65%	<input checked="" type="checkbox"/>	Médecin ou sage-femme (prescription)	Pharmacie
DIAPHRAGME	88,0	94,0		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	À chaque rapport	61 € (non remboursé)		Médecin ou sage-femme (prescription et apprentissage)	Pharmacie
PRÉSERVATIF EXTERNE	85,0	98,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	À chaque rapport	0,54 € (2 marques remboursées)		Médecin ou sage-femme (2 marques sur prescription)	Pharmacie, grande surface, distributeurs, Web. Gratuits : CeGIDD, CPEF, assos...
CAPE CERVICALE	84,0	91,0		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	À chaque rapport	61 € (peu remboursé)		Médecin ou sage-femme (prescription et apprentissage)	Pharmacie
PRÉSERVATIF INTERNE	79,0	95,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	À chaque rapport	8,30 € (non remboursé)		Sans ordonnance	Pharmacie, grande surface, distributeurs, Web. Gratuits : CeGIDD, CPEF, assos...
RETRAIT	78,0	96,0		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	À chaque rapport	Gratuit		Sans ordonnance	/
ABSTINENCE PÉRIODIQUE	75,0	95,0		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	À chaque rapport	Gratuit		Sans ordonnance	/
SPERMICIDES	71,0	82,0		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	À chaque rapport	5 à 20 € (non remboursé)		Sans ordonnance	Pharmacie

Source : ChoisirSaContraception.fr
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La contraception dans l'Ardèche et la Drôme

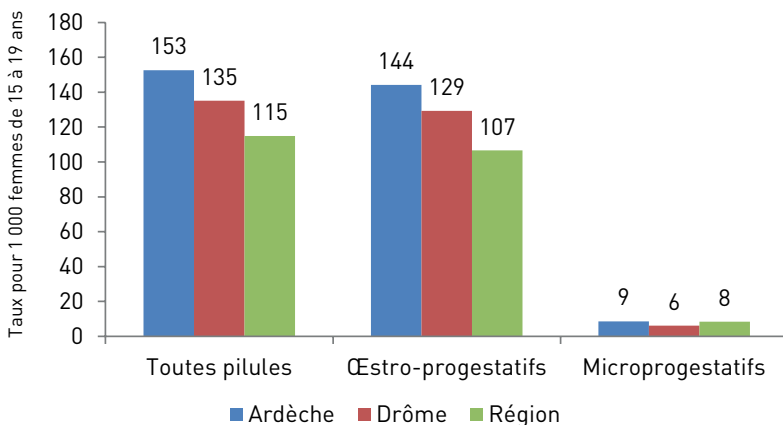
Chez les femmes de **15 à 24 ans**, **20 % des Drômoises** et **18 % des Ardéchoises** ont un contraceptif oral régulier remboursé par la Sécurité sociale en 2017. Ces chiffres sont supérieurs au taux régional (**15 %**).

Il existe deux types de contraception orale régulière, les **œstro-progestatifs** et les **microprogestatifs**. Plusieurs éléments guident le choix des femmes et du prescripteur vers l'un ou l'autre type de contraceptif oral, notamment les contre-indications, le rythme de prise (tous les jours ou 3 semaines sur 4), le souhait ou non de supprimer les règles.

Les remboursements des autres types de contraceptifs (dispositif intra-utérin, implant, injection, contraception d'urgence) et ceux des femmes de 10 à 14 ans sont négligeables. Aussi, seules les données concernant les femmes de 15 à 24 ans sous contraception orale régulière (œstro-progestatifs et microprogestatifs) seront présentées.

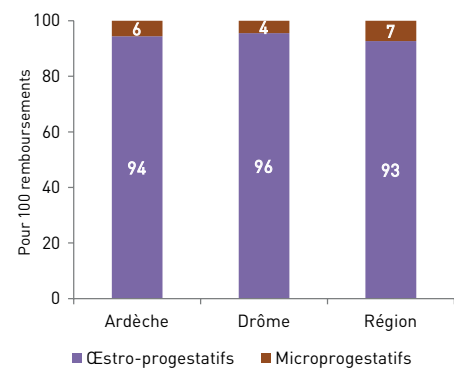
Seules les femmes qui ont été remboursées (au moins 3 délivrances) d'un traitement uniquement œstro-progestatif ou uniquement microprogestatif sont prises en compte dans les données qui suivent, celles qui ont reçu un remboursement pour des contraceptifs des deux types ne sont pas prises en compte (0,01 % des effectifs totaux).

Taux de femmes de 15 à 19 ans ayant reçu un remboursement pour une contraception régulière en 2017 (taux pour 1 000 femmes, au moins 3 délivrances)



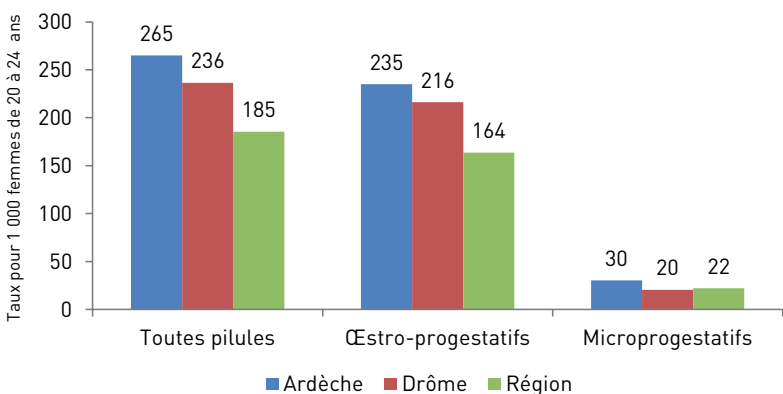
Source : Cnam (SNIIRAM-DCIRS), Insee.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Proportion des progestatifs et des microprogestatifs dans le remboursement des contraceptifs chez les 15-19 ans, 2017



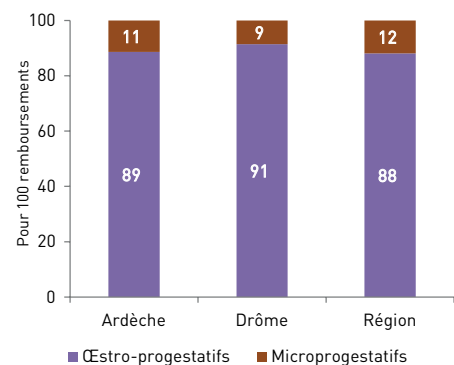
Source : Cnam (SNIIRAM-DCIRS), Insee.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Taux de femmes de 20 à 24 ans ayant reçu un remboursement pour une contraception régulière en 2017 (taux pour 1 000 femmes, au moins 3 délivrances)



Source : Cnam (SNIIRAM-DCIRS), Insee.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Proportion des progestatifs et des microprogestatifs dans le remboursement des contraceptifs chez les 20-24 ans, 2017



Source : Cnam (SNIIRAM-DCIRS), Insee.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Chez les 15-19 ans, comme chez les 20-24 ans, le taux de patientes remboursées pour contraception orale est le plus élevé dans l'Ardèche que dans la Drôme ou la région. La part des microprogestatifs varie peu entre l'Ardèche, la Drôme et la région, quel que soit l'âge. La part des microprogestatifs est multipliée par 2 entre les 15-19 ans et les 20-24 ans.

Interruption volontaire de grossesse (IVG) [6, 10, 11]

Cadre législatif

L'interruption volontaire de grossesse a été permise par la loi portée par la ministre de la Santé, Simone Veil et votée par le Parlement en 1974. Cette procédure a été réformée à plusieurs reprises au cours des décennies. Voici les grandes lignes actuelles du dispositif :

- Jusqu'à la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse (**14^{ème} semaine d'aménorrhée**, c'est-à-dire après le premier jour des dernières règles) ;
- La décision de pratiquer ou non l'IVG ne peut être prise que par la femme concernée elle-même. Il en est de même pour les modalités, médicamenteuses ou chirurgicales, en tenant compte de chaque situation (notamment le stade de la grossesse). Pas de délai de réflexion imposé entre la décision et l'acte (suppression de ce délai en 2016) ;
- Ni condition, ni justificatif à apporter (suppression de la notion de « détresse » en 2014) ;
- Ouvert à **toutes les femmes sans condition d'âge** (les mineures peuvent avoir recours à l'IVG sans autorisation parentale si elles sont accompagnées d'une personne majeure) ;
- **Anonymat possible** sans condition d'âge. Actes **pris en charge à 100 %**.

Où trouver un accompagnement pour une IVG ?

Les **Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF)** sont habilités à pratiquer les IVG. Pour en savoir plus sur l'offre dans l'Ardèche et la Drôme, se référer à la fiche « **Structures d'accompagnement et de soin** ».

Il existe un **numéro vert national anonyme et gratuit**, le **0800 08 11 11**, qui répond aux questions sur la contraception, la sexualité et l'IVG (du lundi au samedi de 9h à 20h)

IVG dans l'Ardèche et la Drôme, 2017

	Ardèche	Drôme	Région	France
Nombre d'IVG pour 1 000 femmes (15-49 ans)	17,2	13,3	12,9	14,8
Pourcentage de mineures dans les IVG	2,6 %	4,9 %	3,4 %	3,9 %
Ratio IVG / naissances vivantes	0,38	0,25	0,25	0,28
IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée	3,7 %	4,8 %	4,5 %	5,2 %

Source : ATIH, DREES. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

L'Ardèche et la Drôme ont deux profils différents en ce qui concerne les IVG : dans l'Ardèche, il y a plus d'IVG pour 1 000 femmes (avec un ratio IVG/naissances plus élevé), un nombre moins important de mineures, mais une proportion d'IVG tardives (faites dans les deux dernières semaines du délai légal) moins importante. Dans La Drôme, près de 5 % des IVG concernent de jeunes mineures, proportion supérieure à celle relevée en région ou en France.

Dans une étude menée en 2012 et 2013 dans le centre hospitalier de Romans-sur-Isère^[11], il est retrouvé comme principaux facteurs de grossesse non désirée une absence de contraception (50 à 60 %), un oubli de pilule (18 à 28 %) ou un échec de préservatif (11 à 15 %). L'arrêt de la pilule concernait de façon significative les femmes de moins de 25 ans. La principale cause exprimée de cet arrêt était la survenue d'effets indésirables liés à la contraception hormonale : métrorragies (saignements vaginaux en dehors de la période des règles), mastodynies (douleurs et sensation de lourdeur des seins), mycoses vaginales, céphalées (maux de tête), prise de poids, acné, nausées... L'hypothèse du contexte de défiance vis-à-vis des contraceptions hormonales, notamment celles de dernière génération, pourrait également être mise en avant.

Projet de parentalité et infertilité [12, 13]

Les différentes possibilités offertes par la santé reproductive doivent permettre à toute personne de **choisir si elle désire avoir des enfants et à quel moment de sa vie**. La santé reproductive implique la nécessité d'accompagner une personne qui désire démarrer un projet de parentalité en créant des conditions favorables à la procréation, à la grossesse et au début de la vie du nourrisson.

Ces différentes conditions rassemblent, entre autres :

- Une mise à jour des vaccinations contre les infections infantiles ;
- Des conseils sur l'alimentation et la consommation de toxiques (tabac, alcool, cannabis) ;
- L'équilibration des affections chroniques (pour éviter une décompensation lors de la grossesse) et la prise en compte des médicaments compatibles ou non avec une grossesse ;
- Une évaluation du contexte social avec la recherche de facteurs de vulnérabilité ou de précarité.

L'infertilité se définit comme l'absence de grossesse après 12 mois de tentatives après l'arrêt de tout moyen contraceptif et avec des rapports sexuels réguliers. Bien que ces chiffres soient difficiles à évaluer, on estime que 15 à 20 % des couples sont infertiles en France. Plusieurs études suggèrent une possible augmentation de l'infertilité dans la population au cours de ces dernières décennies, notamment pour des causes masculines, mais il existe à ce sujet d'importantes disparités géographiques.

Elle est influencée par plusieurs facteurs :

- Chez la femme : âge, poids, consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis, certaines pathologies telles que l'**endométri**ose (voir encadré ci-après), une infection des trompes, des troubles de l'ovulation ou des troubles hormonaux ;
- Chez l'homme : qualité des spermatozoïdes, pathologie testiculaire, toxiques (tabac, alcool, cannabis, toxiques professionnels) ;
- Chez le couple : troubles de la sexualité (douleurs lors des rapports sexuels, troubles de l'érection).

C'est généralement au bout d'un an que les investigations peuvent être faites pour rechercher une cause à cette infertilité et, si c'est indiqué, démarrer une éventuelle procédure de **procréation médicalement assistée (PMA)**.

Endométri

L'**endométri**ose est un phénomène qui se définit par la présence de tissus de l'endomètre en dehors de la cavité utérine. L'endomètre est la couche interne de l'utérus dont un des rôles principaux est l'accueil d'un embryon en cas de grossesse. Ce tissu endométrial peut migrer hors de l'utérus et, via la cavité péritonéale, toucher des organes du pelvis tels que les ovaires, la vessie et le rectum.

La présence de ce tissu endométrial hors de l'utérus peut passer inaperçue. On parle d'**endométri**ose maladie quand celle-ci est **responsable de douleurs et/ou d'infertilité**. L'endométri

ose peut provoquer des **règles irrégulières et douloureuses**, des **douleurs pelviennes chroniques** (douleurs dans la partie inférieure du ventre), des **troubles urinaires**, des **troubles du transit intestinal** ainsi que des **douleurs lors des rapports sexuels**. Ces symptômes apparaissent particulièrement pendant la période des règles.

Le pourcentage de femmes concernées par l'endométri

ose est difficile à estimer (certains études parlent d'une femme sur dix), néanmoins on sait qu'il est élevé chez celles qui ont des douleurs pelviennes chroniques, parfois jusqu'à 40 %.

➔ Prévention contre les IST [7, 16]

« Contre le VIH, un éventail de possibilités » (AIDES) – 6 outils



Source : Association AIDES

Prévention de la contamination par le VIH

[1] Préservatif : Interne ou externe, il protège du VIH et de la plupart des autres IST. Plus de 14 millions de préservatifs ont été vendus en Auvergne-Rhône-Alpes en 2017, cela représente 13 % des ventes de la France métropolitaine. Depuis fin 2018, certains modèles de préservatifs peuvent être remboursés sur prescription médicale.

[2] Réduction des risques : Par exemple avec l'utilisation de matériel stérile lors de la consommation de substances psychoactives (seringues stériles, pailles stériles...)

En cas de prise de risque ponctuelle ou régulière avec exposition potentielle au VIH

[3] Traitement post-exposition (TPE) : Peut être obtenu en allant aux urgences générales le plus tôt possible après une prise de risque ponctuelle, 48 heures maximum après.

[4] Prophylaxie pré-exposition (PrEP) : Pour les groupes les plus exposés qui prennent régulièrement des risques sexuels. Il existe deux schémas de prise : la prise quotidienne (un comprimé par jour) ou la prise ponctuelle (pour les jours de prise de risque sexuelle). Cette prophylaxie est prise en charge par la Sécurité sociale. Au dernier décompte du premier semestre 2018, plus de 800 personnes bénéficiaient de la PrEP en Auvergne-Rhône-Alpes, dont 300 initiations et 500 renouvellements. Ces nombres sont en constante augmentation. Dans l'Ardèche et la Drôme, **les Cegidd du CH de Valence et du CH Ardèche Méridionale d'Aubenas proposent la PrEP.**

En cas d'infection au VIH : dépistage à temps et traitement efficace

[5] Dépistage : La prise de sang avec sérologie VIH (gratuite en Cegidd), le test rapide d'orientation diagnostique (TROD) et l'auto-test (vendu en pharmacie) sont les seuls moyens de connaître son statut sérologique.

[6] Traitement (TASP, *Treatment As Prevention*) : Une personne dépistée et traitée à temps avec une charge virale indétectable dans le sang ne transmet pas le VIH à ses partenaires sexuels. Une femme enceinte traitée a un risque de transmission au fœtus proche de zéro.

Prévention contre les IST par la vaccination selon la cible [17]

Tout le monde

Hépatite B : Vaccin obligatoire à l'âge de 2 mois, 4 mois et 11 mois. Rattrapage possible si facteur de risque d'exposition.

Femmes

Papillomavirus : Recommandé entre 11 et 14 ans, deux doses à 6 mois d'intervalle.

Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ; autres populations avec d'importantes prévalences aux IST

Hépatite A : Vaccin recommandé, deux injections à 6 mois d'intervalle ;
Papillomavirus : Vaccin recommandé avant 26 ans, 3 injections avec un schéma 0 / 2 / 6 mois.

Détail sur une campagne de prévention : « Connais ton statut » (2018) [17]

Tous les ans a lieu le 1^{er} décembre la Journée mondiale de lutte contre le sida. Le thème retenu en 2018 était « Connais ton statut », une campagne incitant les individus à se faire dépister régulièrement pour connaître son statut sérologique (séronégatif ou séropositif) afin d'avoir accès à un traitement le plus tôt possible.

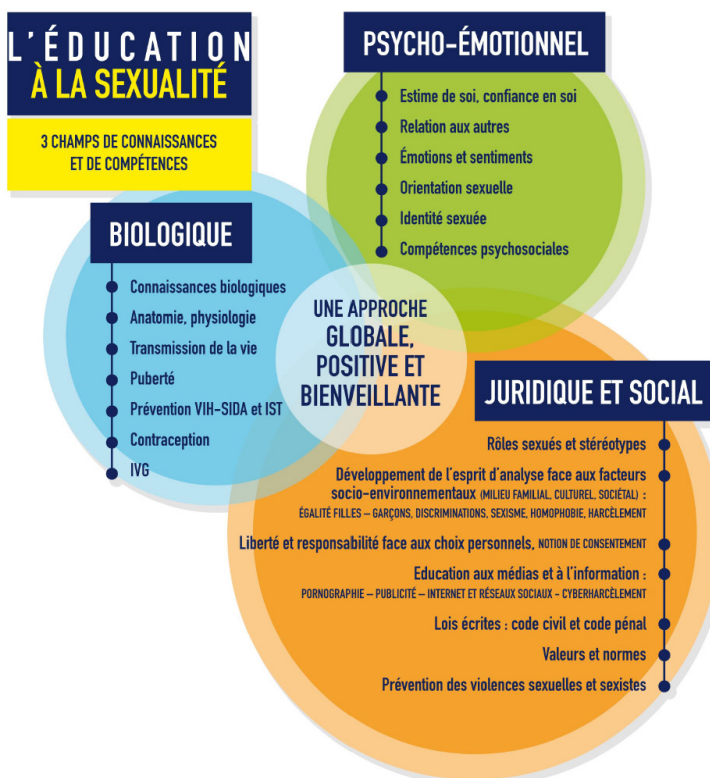
Être diagnostiqué le plus tôt possible est bénéfique tant pour la personne dépistée (qui évite les risques d'une découverte du VIH à un stade avancé) que pour ses partenaires.

➔ Éducation à la vie affective et sexuelle [1, 18, 19, 20, 21, 22]

📖 Définition de l'éducation complète à la sexualité – Unesco 2018 [18]

« L'**éducation complète à la sexualité** est un processus intégré aux programmes scolaires, reposant sur l'enseignement et l'apprentissage des aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à doter les enfants et les jeunes des connaissances, compétences, attitudes et valeurs leur permettant de jouir de leur droit à la santé, au bien-être et à la dignité ; de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses ; d'examiner de quelle manière leurs choix affectent leur propre bien-être et celui des autres ; et de comprendre et d'assurer la protection de leurs droits tout au long de leur vie. »

Une approche biologique, psycho-émotionnelle, juridique et sociale



Source : Ministère de l'Éducation nationale

À l'**école primaire**, l'éducation repose principalement sur l'égalité entre les femmes et les hommes, le respect de son corps et de celui des autres avec le consentement, l'intime, le respect de la vie privée, le droit à la sécurité et la protection, la prévention des violences sexistes et sexuelles et des notions biologiques (morphologie, reproduction).

Au **collège** et au **lycée**, les notions abordées sont la liberté, les nouvelles technologies de l'information et de la communication, le cyberharcèlement, l'impact des stéréotypes et des rôles sexués, l'égalité entre les hommes et les femmes, la contraception, la prévention des grossesses non désirées, la protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), l'orientation sexuelle et l'identité de genre.

Cette éducation doit **provenir des jeunes eux-mêmes**, de leurs valeurs et représentations personnelles, afin de **déconstruire les a priori et la désinformation** dont ils peuvent être parfois la cible. Elle doit éviter l'écueil du modèle normatif (en imposant un type de sexualité présumée être la « norme »), moralisateur et centré sur la reproduction.

L'éducation à la sexualité est une des missions de l'Éducation nationale. Elle est inscrite dans le Code de l'éducation depuis juillet 2001 dont voici l'article L. 312-16 : « Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'**au moins trois séances annuelles** ».

Le texte réglementaire le plus récent est la circulaire n° 2018-111 du 12 septembre 2018 relative à l'éducation à la sexualité. Elle remplace la précédente version qui datait de 2003. Ce texte définit l'éducation à la sexualité comme étant **interdisciplinaire**, c'est-à-dire à l'intersection de trois champs (biologie, psycho-émotionnel et juridique-social) avec la recherche de **ressources mixtes** comprenant à la fois des **personnes formées au sein de l'établissement scolaire** et des **personnes extérieures** pouvant apporter de l'information et du soutien.

Donner les ressources et outils à un groupe social donné (ici, les jeunes) permet aux jeunes de participer plus activement dans la vie citoyenne et ainsi s'approprier la maîtrise de leur propre vie : cela renvoie à l'**empowerment** (autonomisation), une démarche qui a fait ses preuves dans de nombreux autres domaines, notamment celui de la promotion de la santé (voir *La Santé en Action* n°446 de Santé publique France et son dossier complet « Empowerment des jeunes » – décembre 2018).

L'académie de Grenoble motrice dans l'éducation à la sexualité [1, 20, 23]

Historique

L'académie de Grenoble est, depuis plusieurs décennies, en pointe de l'éducation à la sexualité, que ce soit par exemple son programme de prévention contre le VIH en 1986, sa campagne contre les abus « Mon corps c'est mon corps » en 1988 ou la formation régulière de ses personnels (enseignants, personnels médico-sociaux, adultes de l'équipe éducative) depuis la rentrée 1995-1996.

Formations inter-institutionnelles

Les académies de Lyon et Grenoble ont mis en place une série de formations inter-institutionnelles délocalisées sur le territoire de ces académies. Elles s'adressent à tous les professionnels ayant une mission éducative et qui mènent des interventions en éducation à la sexualité, qu'elles soient de l'Éducation nationale ou non (planification familiale, Protection judiciaire de la jeunesse, collectivités territoriales, etc.). Le niveau 1 de cette formation instaure un socle commun de connaissances et d'outils à ce sujet et le niveau 2 permet d'approfondir ses connaissances dans une dimension spécifique de la sexualité (situation de handicap, interculturalité, jeunes en difficulté).

Année scolaire 2017-2018 - Académie de Grenoble

- **22 formations** ont été dispensées à destination de **441 personnes** (+29 % par rapport à l'année scolaire 2016-2017) dans l'académie de Grenoble, le quart des personnes recevant la formation travaillaient dans l'Ardèche ou la Drôme (**13 dans la Drôme et 88 dans l'Ardèche**) ;
- La majorité d'entre eux étaient **agents de l'Éducation nationale (80 %)**, notamment des **enseignants (58 %)** de sciences de la vie et de la terre (SVT), français et langues ;
- Une demande de plus en plus importante sur l'égalité filles-garçons, l'éducation à la sexualité et les violences sexuelles ;
- Une évaluation faite après le stage révèle une satisfaction des participants, avec une formation de qualité, riche, intéressante et complète.

➔ Avec qui évoquer les questions de la vie affective et sexuelle ?

Se référer à la fiche « Structures d'accompagnement et de soin »



Source : Toa Heftiba

- Avec les **professionnels de santé** : médecins, pharmaciens, infirmiers, sage-femmes, psychologues...
- Dans le cadre scolaire : **infirmier scolaire** ;
- **Centre santé jeunes (CSJ) de Valence** (726 actes de planification en 2018) ;
- **Maison des Adolescents Drôme-Ardèche** ;
- **Centre de planification et d'éducation familiale** ;
- **Cegidd** (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic).

Pass'Région Auvergne-Rhône-Alpes [28]



Qu'est-ce que le Pass'Région ?

C'est un dispositif de la région qui ouvre entre autres la possibilité de commander des coupons Dépistage-Prévention avec des consultations gratuites et anonymes chez un médecin ou une sage-femme sur la sexualité, les IST et la grossesse.

Source : Région
Auvergne-Rhône-
Alpes

Pour plus d'informations

Se référer à la fiche « **Structures d'accompagnement et de soin** ».

➔ Orientation sexuelle et identité de genre [3, 24]

Au niveau national, le Baromètre Santé 2016 montre quelques différences chez les hommes et les femmes. Ainsi, 8 % des femmes se déclarent attirées par d'autres femmes et 5,6 % ont déjà eu des relations sexuelles avec des femmes. Pour les hommes, 4,9 % se déclarent attirés par les hommes et 4,2 % ont déjà eu, au cours de leur vie, des relations sexuelles avec des hommes. Il existe très peu de données ou d'études concernant l'identité de genre et les personnes trans (dont l'identité de genre réellement vécue ne correspond pas à celle attribuée à la naissance), tant au niveau régional que national.

D'après l'Insee (résultats publiés en février 2019), 30 mariages de personnes de même sexe ont été célébrés en 2017 parmi les couples domiciliés en Ardèche, soit 2,8 % des mariages. Dans la Drôme, les 54 mariages de personnes de même sexe de l'année 2017 représentent également 2,8 % des mariages. Ces pourcentages sont comparables à ceux de la région Auvergne-Rhône-Alpes (2,9 %) et de la France entière (3,1 %).

Dans une étude nationale faite en 2018, 75 % des personnes LGBTI (lesbiennes, gays, bi, trans et intersexes) sondées ont mal vécu leurs années collège, 9 % des personnes sondées en ont parlé aux adultes présents dans l'établissement scolaire.

Ces questions et leurs liens avec la santé sont pourtant essentiels. Dans cette même étude, on y apprend que 44 % des hommes gays/bi, 52 % des femmes lesbiennes/bi et 72 % des personnes trans ont vécu un malaise dans leur parcours de soins du fait de leur orientation sexuelle ou leur identité de genre.

➔ Quelques actions locales

Ville de Romans-sur-Isère – Sexo Forum [25]



Source : Ville de Romans-sur-Isère

Le **Sexo Forum** est un rendez-vous annuel organisé par l'espace santé du Centre communal d'action sociale (CCAS) de la ville de Romans-sur-Isère. Ce forum est un **lieu d'information, d'échange et de partage** autour des préoccupations des jeunes collégiens, lycéens et jeunes de structure spécialisée souffrant de troubles psychiques. L'action, qui se déroule sur une semaine, est **animée par des professionnels de santé** (sage-femmes, psychologues, médecins) et des acteurs associatifs locaux tels que le Mouvement du planning familial, l'Anpaa (association nationale de prévention en alcoologie et addictologie), ACC26 (Agir contre le cancer), L'Inform'LG26 (association LGBT drômoise de prévention santé et de lutte contre les discriminations) ainsi que l'équipe de prévention des éducatrices et éducateurs spécialisés de la sauvegarde de l'enfance.

Les thèmes abordés en 2019 étaient l'anatomie, les infections sexuellement transmissibles, la contraception, le dépistage, les discriminations et les conduites addictives.

Contact Drôme-Ardèche (www.asso-contact.org/asso/26-07) [26]

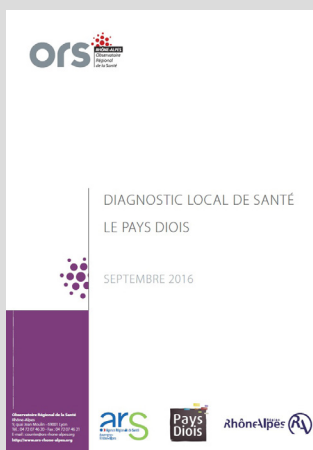


Source : Association Contact

Contact est une fédération nationale créée en 1993 qui instaure le **dialogue entre les jeunes LGBTI et leurs proches**. L'association locale **Contact Drôme-Ardèche** exerce ses activités depuis 2004. Aujourd'hui l'association tient des Groupes d'Écoute et de Parole, participe à la ligne d'écoute nationale et organise un Café Contact Famille LGBT tous les premiers samedis du mois. Contact Drôme-Ardèche est domicilié à la Maison de la Vie Associative de Valence et bénéficie des **agréments nationaux « Éducation nationale » et « Jeunesse et Éducation populaire »**, elle peut à ce titre faire des interventions dans les établissements scolaires de l'Ardèche et de la Drôme.

En 2018, l'association est intervenue dans 2 lycées (Tain-L'Hermitage et Romans-sur-Isère) et a tenu un stand lors d'un tournoi sportif (Montélimar). Ces actions ont concerné près de 300 jeunes. Les principales thématiques abordées sont le genre, l'identité sexuelle et l'acceptation de soi et des autres. Les moyens utilisés étaient des supports vidéos avec des débats autour des questions soulevées par ces vidéos.

Extrait de « Diagnostic Local de Santé – Le Pays Diois » à propos de la sexualité et de la contraception chez les jeunes – ORS Rhône-Alpes – Septembre 2016 [27]



Source : ORS Rhône-Alpes

“

« Un élément de vigilance [...] tendrait à montrer que les femmes ont plus de difficultés à utiliser les moyens de contraception [...] Par ailleurs, les jeunes filles qui refusent la contraception hormonale, sont parfois en demande de moyens de contraceptions plus « naturels », notamment sur les conseils de leurs mères. Or les moyens mécaniques (notamment le préservatif masculin ou féminin [...]) nécessitent aussi de respecter certaines règles d'utilisation pour être efficaces. Mais ce taux peut aussi signifier que les femmes du territoire ont un bon accès à l'IVG, notamment du fait de la présence d'une activité d'orthogénie à l'hôpital de Die [...].

Les jeunes étant particulièrement concentrés sur Die (du fait de la présence de la Cité scolaire), et Die étant une ville de petite taille, un certain contrôle social peut facilement se mettre en place parmi les jeunes, contrôle qui décourage peut-être certains de franchir la porte du CPEF [de Die]. Celui-ci se trouve dans un endroit relativement discret et facilement accessible (à proximité de la cathédrale), qui ne semble pas, *a priori*, exposé aux regards. Pourtant, certains professionnels s'interrogent sur les craintes qui peuvent exister chez une partie des jeunes, scolarisés ou non, qui redoutent peut-être d'être vus en entrant ou en sortant du CPEF... [...] Rappelons que les CPEF ne sont pas sectorisés, et que si de pareilles craintes et attentes sont mises à jour, il est tout à fait possible pour les jeunes d'avoir recours au CPEF de Crest, où les risques de « rencontres » avec des jeunes du Pays Diois sont peut-être un peu moins forts.

Par ailleurs, le fait que les classes de collégiens n'effectuent plus de « visite » du CPEF depuis quelques années (faute d'accompagnateur de l'Éducation nationale qui puisse se libérer pour accompagner ces visites) semble également avoir un lien avec la sous- fréquentation du CPEF. »

”

Pour en savoir plus

Ressource régionale

Jeunes.auvergnerrhonealpes.fr
Pass' Région Auvergne-Rhône-Alpes

Ressources nationales

ivg.gouv.fr

Site d'information sur l'IVG
(Ministère en charge de la Santé)

Onsexprime.fr

Site sur la sexualité des jeunes
(Santé publique France et ministère en charge de la santé)

Choisirsacontraception.fr

Site d'information sur les différents types de contraception (Ministère en charge de la Santé et Santé publique France)

Info-IST.fr

Site d'information sur les IST
(Ministère en charge de la Santé, Santé publique France, Sida info service, Hépatites info service)

Eduscol.education.fr/pid23366/education-a-la-sexualite.html

Ressources pédagogiques d'éducation à la sexualité
(Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse)

Filsantejeunes.com

Portail-sante-jeunes.fr

Informations sur divers aspects de la santé et du bien-être des jeunes, ces sites traitent notamment de la vie affective et sexuelle (Ministère en charge de la Santé, Santé publique France, École des Parents et des Éducateurs d'Île-de-France)

<http://www.lekiosque.org/le-kiosque/item/268-tomber-la-culotte>

Brochure d'information sur la vie sexuelle à destination des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (Le Kiosque, Sida info Service)

Sexosafe.fr

Site d'information sur la vie sexuelle à destination des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (Santé publique France)

Références

- [1] Haut Conseil à l'Égalité (HCE) entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Juin 2016
- [2] Ministère des Solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle : agenda 2017-2030. Mars 2017
- [3] Santé Publique France. Baromètre Santé 2016 : Genre et sexualité – D'une décennie à l'autre. 2018
- [4] Organisation mondiale de la Santé. Santé sexuelle [en ligne] https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
- [5] Santé Publique France. La santé des collégiens en France (2014) : Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) – Santé mentale et bien-être. Décembre 2016.
- [6] Ministère des Solidarités et de la Santé. IVG.GOUV.FR, toute l'information sur l'interruption volontaire de grossesse [en ligne] <https://ivg.gouv.fr/>
- [7] Santé publique France – Cellule Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin de santé publique – Décembre 2018 : Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles. Décembre 2018
- [8] Santé Publique France. Comment surveiller les IST ? [en ligne] <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles/Comment-surveiller-les-IST>
- [9] Santé Publique France. ChoisirSaContraception.fr [en ligne] <http://www.choisirsacontraception.fr>
- [10] Ministère des Solidarités et de la Santé. Data.Drees [en ligne] <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>
- [11] Sauzet A. L'IVG : Conséquence d'un échec ou d'une absence de contraception ? Étude descriptive des interruptions volontaires de grossesse et de leurs facteurs favorisants, réalisées en 2012 et 2013 à l'hôpital de Romans-sur-Isère [Thèse d'exercice de médecine générale]. Lyon : Université Lyon 1. Mai 2014
- [12] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Gynécologie 3^{ème} édition. 2015
- [13] Inserm et Agence de biomédecine. Les troubles de la fertilité : état des connaissances et pistes pour la recherche. Janvier 2013.
- [14] Haute autorité de santé (HAS) et Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandation de bonne pratique – Prise en charge de l'endométriose. 2017.
- [15] Inserm. Endométriose, une maladie gynécologique fréquente mais mal encore connue [en ligne] <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/endometriose>
- [16] Association AIDES. Prévention diversifiée, les outils [en ligne] <https://www.aides.org/les-outils-de-prevention-vih-sida>
- [17] Ministère des Solidarités et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2019. Mars 2019.
- [18] Unesco. Pourquoi l'éducation complète à la sexualité est importante [en ligne] <https://fr.unesco.org/news/pourquoi-leducation-complete-sexualite-est-importante>
- [19] Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. Éducation à la sexualité [en ligne] <http://eduscol.education.fr/pid23366/education-a-la-sexualite.html>
- [20] Ministère de l'Éducation nationale. Circulaire n° 2018-111 du 12 septembre 2018 relative à l'éducation à la sexualité
- [21] Académie de Grenoble. L'éducation à la sexualité dans l'académie de Grenoble [en ligne] http://www.ac-grenoble.fr/disciplines/svt/file/ancien_site/SITE/prof/EAS/EAS-sommaire.htm
- [22] Santé Publique France. La Santé en Action n°446 – Dossier : Empowerment des jeunes. Décembre 2018.
- [23] Académie de Grenoble. Éducation à la sexualité : bilan 2017/2018
- [24] Association LCD. Colloque international Santé LGBTI. Janvier 2018
- [25] Ville de Romans-sur-Isère. Sexo Forum 2019
- [26] Association Contact Drôme-Ardèche. Compte rendu des activités 2018
- [27] Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes. Diagnostic Local de Santé – Le Pays Diois. Septembre 2016
- [28] Région Auvergne-Rhône-Alpes. Pass' Région [en ligne] <http://jeunes.auvergnerrhonealpes.fr>

SANTÉ MENTALE

Faits marquants

- ▶ Les taux d'ALD pour troubles psychiatriques sont plus hauts dans l'Ardèche et la Drôme qu'au niveau national, surtout chez les 5-14 ans ;
- ▶ Il n'existe pas de nette différence entre l'Ardèche, la Drôme, la région et la France métropolitaine concernant le nombre de patients hospitalisés et le nombre de séjours hospitaliers pour 1 000 personnes pour un motif psychiatrique ;
- ▶ Pour les personnes concernées par les psychotropes, le type de médicament varie selon l'âge. Dans la Drôme, le taux de garçons de 5-14 ans remboursés pour des psychostimulants (4,5 pour 1 000) est comparable à celui de la région (4,5 pour 1 000) et supérieur à celle de l'Ardèche (3,2 pour 1 000) ; le taux de remboursement d'antidépresseur des femmes de 15 à 19 ans de l'Ardèche (6,1 pour 1 000) et de la Drôme (6,3 pour 1 000) est moindre que celui de la région (8,4 pour 1 000) ; le taux de remboursement d'antipsychotiques (neuroleptiques) est supérieur chez les hommes et les femmes de 15 à 24 ans de l'Ardèche et la Drôme à la moyenne régionale ;
- ▶ Le suicide est la deuxième cause de décès chez les 15-24 ans après les accidents de la circulation. Il y a peu de décès par suicide chez les 15-24 ans, ce qui ne permet pas de calcul de taux de mortalité au niveau départemental. Le taux de mortalité par suicide des 15-24 ans pour la période 2013-2015 est moindre au niveau régional (3,8 pour 100 000) qu'au niveau national (5,1 pour 100 000) ;
- ▶ Les taux d'hospitalisation en MCO 2015-2017 des 10-24 ans pour 100 000 personnes pour tentative de suicide de l'Ardèche (164) et de la Drôme (192) sont supérieurs à ceux de la région Auvergne-Rhône-Alpes (148). Il diminue dans les deux départements ces dernières années.

La **santé mentale** est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « **un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté** ». La psychiatrie, une des composantes ayant pour objet la santé mentale, peut avoir affaire à des troubles divers tels que les troubles du neurodéveloppement (troubles du spectre autistique, troubles déficits de l'attention, troubles du développement intellectuel...), les troubles psychotiques (schizophrénie...), les troubles de l'humeur (dépression, bipolarité), les troubles anxieux ou les addictions.

Ces pathologies sont parfois difficiles à déceler avec des retards diagnostiques pouvant durer plusieurs années (10 ans de retard diagnostique moyen pour les troubles bipolaires⁽¹⁾) avec les conséquences que cela peut avoir sur tous les aspects de la vie des personnes concernées, que ce soit la santé, la vie sociale, la famille ou le cursus scolaire et professionnel.

Les principaux facteurs de risque des troubles psychiatriques sont les phénomènes de vie, les antécédents psychiatriques familiaux, la consommation de substances psychoactives et l'altération du développement durant la vie anténatale, l'enfance et l'adolescence.

Contexte national et régional [1, 2, 3]

Les troubles mentaux concernent environ **20 % des personnes vivant en France** (12 millions d'individus), ce chiffre est portée à 30 % si l'on se réfère à la prévalence vie entière. Les troubles les plus fréquents sont les **troubles anxieux**, les **troubles de l'humeur** et les **addictions**. Ceux-ci représentent le quart des motifs de consultation en médecine générale.

Globalement, l'enquête HBSC 2014^[3] met en lumière des jeunes qui se sentent plutôt en **bonne santé** (88 % des collégiens) et qui ont une **perception positive de leur vie** (82 % des collégiens), avec des chiffres plus favorables chez les garçons que chez les filles. Cependant, selon plusieurs études publiées entre 2009 et 2014, entre 15 et 17 % des jeunes de 16 à 25 ans connaissent un épisode dépressif caractérisé, 12 % des étudiants déclarent avoir eu des idées suicidaires et 10 % présentent des symptômes anxieux.

La notion de mal-être est difficile à caractériser, surtout à un âge où la « crise d'adolescence » brouille les repères. Les signes précoces du mal-être qui doivent nous alerter peuvent être variés : retrait social, changements brutaux et profonds, conduites addictives, troubles du sommeil, troubles alimentaires, décrochage scolaire, violences subies ou infligées, idées tristes, troubles du comportement alimentaire...

Projet régional de santé 2018-2028 [4]



Source : ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Le **Projet régional de santé (PRS) 2018-2028** de l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes comprend un volet sur la santé mentale en trois points :

- Améliorer la réponse aux situations de détresse psychologique ;
- Accompagner les acteurs dans l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) ;
- Consolider les conseils locaux de santé mentale (CLSM).

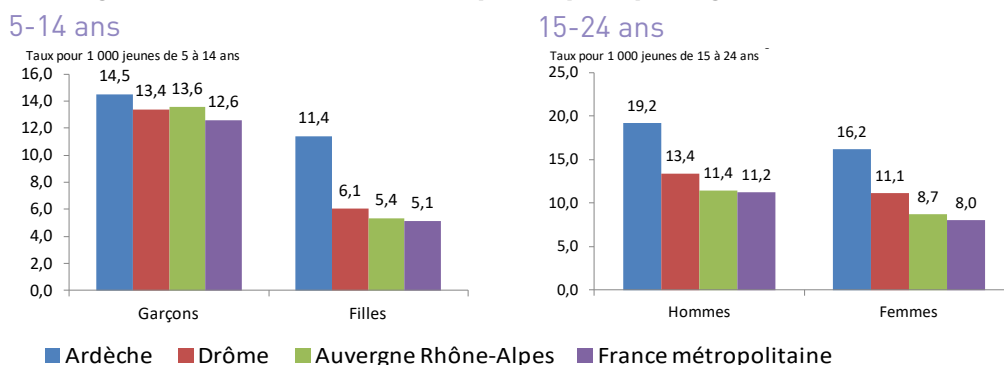
Tous les publics sont concernés, chez les 5-24 ans ce plan concerne tant le jeune enfant (dépistage précoce des troubles du neurodéveloppement, des troubles du comportement et des « dys ») que le jeune (réduction des comportements à risque, des consommations de substances et du risque suicidaire) ou l'adulte (stabiliser les troubles psychiques, retour à l'emploi et à une vie sociale).

Structures d'accompagnement en santé mentale

Cf. Fiche « Structures d'accompagnement et de soin », rubrique « Santé mentale »

Affections longue durée (ALD) psychiatriques^[5]

Taux de prévalence pour 1 000 jeunes de l'ALD « Affections psychiatriques de longue durée », 2016 – Taux spécifiques par âge



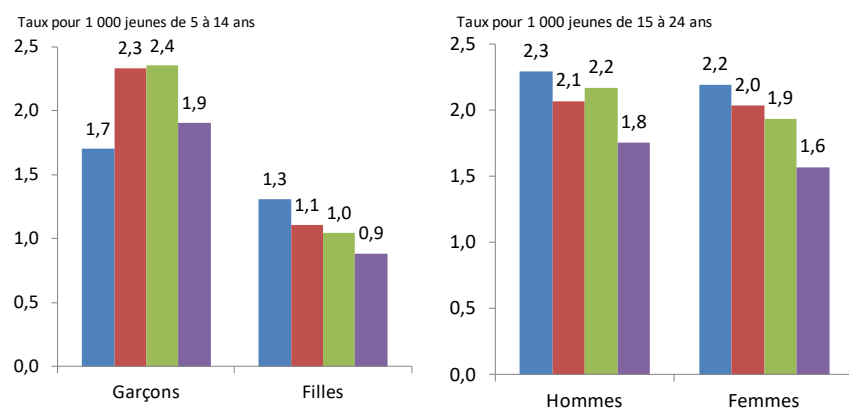
Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Chez les 5-24 ans, en Ardèche, 455 reconnaissances en ALD pour « **Affections psychiatriques de longue durée** » chez les femmes et 592 chez les hommes ont été enregistrées en 2016. Ces reconnaissances s'élevaient, dans la Drôme, à 471 chez les femmes et 818 chez les hommes. Les troubles donnant accès à cette ALD sont notamment les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles de l'humeur (dont la dépression et la bipolarité), les déficiences intellectuelles, les troubles graves du développement de l'enfance, les troubles du comportement alimentaire et les addictions graves.

Chez les 5-14 ans, il est noté une nette différence entre les filles et les garçons avec une prédominance des ALD chez les garçons, tant dans l'Ardèche que dans la Drôme. Chez les garçons, les prévalences ardéchoise et drômoise sont comparables à celles de la région ou de la France métropolitaine alors que chez les filles, la prévalence est nettement plus importante dans l'Ardèche qu'ailleurs.

Chez les 15-24 ans, la différence initiale entre les hommes et les femmes s'estompe mais il est noté des taux plus hauts dans la Drôme, voire nettement plus haut dans l'Ardèche, que le niveau régional ou national.

Taux d'incidence pour 1 000 jeunes de l'ALD « Affections psychiatriques de longue durée », 2016 – Taux spécifiques par âge



5-14 ans

15-24 ans

■ Ardèche ■ Drôme ■ Auvergne Rhône-Alpes ■ France métropolitaine

Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

niveau régional. L'Ardèche, la Drôme et la région ont des taux comparables mais supérieurs à celui de la France métropolitaine (à l'exception des jeunes hommes ardéchois).

Cette différence entre les hommes et les femmes s'estompe dans la catégorie des 15-24 ans, avec des taux d'incidence départementaux comparables aux taux régionaux mais supérieurs aux taux nationaux.

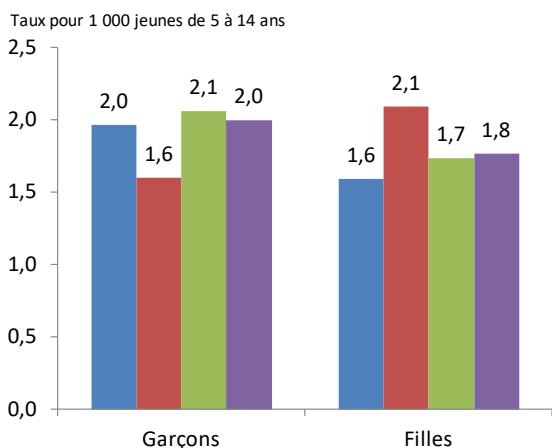
➔ Hospitalisation en MCO

Entre 2015 et 2017, 206 patients âgés de 5 à 24 ans et domiciliés en Ardèche ont été hospitalisés en MCO en moyenne par an pour trouble psychiatrique, correspondant à 247 séjours. Dans la Drôme, ils sont 313 dans ce cas, correspondant à 370 séjours.

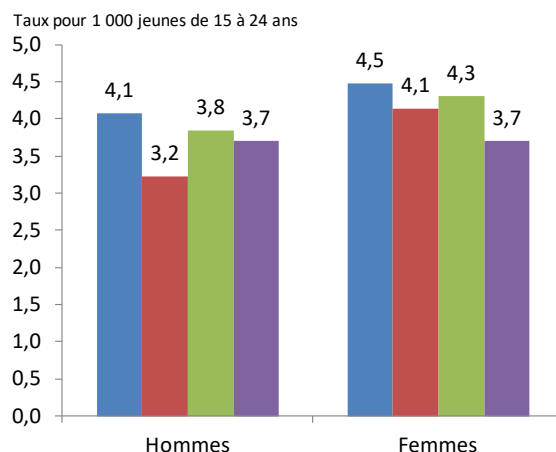
En 2016, 57 nouvelles admissions chez les femmes et 70 chez les hommes âgés de 5 à 24 ans pour « Affections psychiatriques de longue durée » ont été dénombrées. Dans la Drôme, il est relevé 86 nouvelles admissions chez les femmes et 135 chez les hommes.

Ce taux d'incidence est nettement asymétrique dans la catégorie des 5-14 ans : il est plus élevé chez les garçons que chez les filles, cette différence pouvant parfois aller du simple au double comme dans la Drôme ou au

Nombre de patients hospitalisés pour motif psychiatrique par an pour 1 000 jeunes, 2015-2017



5-14 ans



15-24 ans

■ Ardèche ■ Drôme ■ Auvergne Rhône-Alpes ■ France métropolitaine

Sources : PMSI-MCO, Insee. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

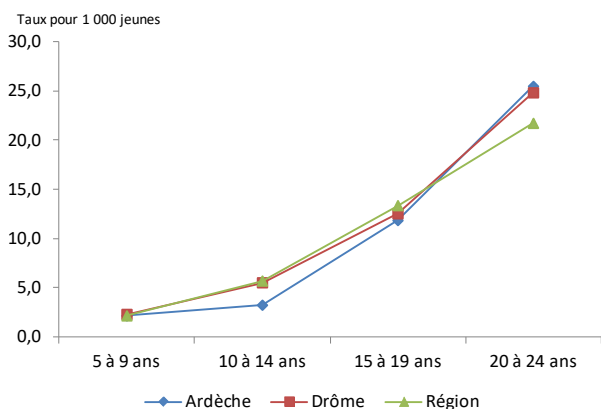
Le nombre de séjours hospitaliers et de patients hospitalisés pour 100 000 jeunes varie peu selon le sexe tant chez les 5-14 ans que chez les 15-24 ans : les taux de l'Ardèche, de la Drôme, de la région et de la France métropolitaine sont relativement proches.

➔ Recours aux psychiatres libéraux

Cf. Fiche « Recours aux soins »

➔ Remboursement de psychotropes ^[1]

Remboursement des psychotropes (au moins 3 délivrances) : taux pour 1 000 jeunes selon l'âge, 2017



Sources : Cnam (SNIIRAM-DCIRS), Insee.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Dans cette fiche ne figurent que les taux de remboursement des psychotropes prescrits, il n'est pas tenu compte des mésusages de psychotropes et des consommations hors prescription médicale de façon plus générale.

Parmi les 5-24 ans, près de 650 Ardéchois et plus de 1 200 Drômois ont été remboursés d'un traitement psychotrope (au moins 3 délivrances) en 2017.

Entre 5 et 14 ans, il n'est pas retrouvé de différence significative de remboursement de psychotropes entre les deux départements et la région.

Les taux de l'Ardèche et de la Drôme se détachent du taux régional à partir de 20 ans.

Psychotropes

Les psychotropes sont une famille très hétérogène de médicaments qui ont pour principales indications les troubles neurologiques et psychiques. En voici une liste non exhaustive :

Antidépresseurs

Cette classe de médicaments est principalement indiquée dans les troubles de l'humeur (**dépression**), les **troubles anxieux** et les **douleurs neuropathiques** (qui ont pour origine un dysfonctionnement du système nerveux). Elle interagit avec plusieurs neurotransmetteurs (messagers chimiques de la transmission neuronale) tels que la sérotonine, la dopamine et la noradrénaline. Leur efficacité dans la diminution de la symptomatologie dépressive et des décès par suicide est largement démontrée mais ce médicament met plusieurs semaines, voire plusieurs mois, à agir.

Antipsychotiques (neuroleptiques)

Cette classe de médicaments est principalement indiquée dans les **troubles psychotiques** (dont la **schizophrénie**), la bipolarité et certains troubles du comportement. Les antipsychotiques interagissent principalement avec le neurotransmetteur dopamine.

Anxiolytiques (sédatifs)

Cette classe de médicaments est principalement indiquée dans le traitement de courte durée des **troubles anxieux intenses et invalidants** ainsi que la **prévention du sevrage à l'arrêt de l'alcool**. Ils peuvent appartenir à la famille des benzodiazépines ou non.

Hypnotiques (somnifères)

Cette classe de médicaments est principalement indiquée dans le traitement de courte durée des troubles du sommeil (**insomnies**). Les hypnotiques présentent des mécanismes d'action qui sont proches des anxiolytiques benzodiazépines.

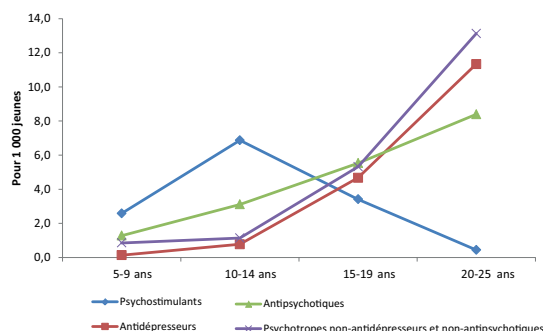
Thymorégulateurs (régulateurs de l'humeur)

Cette classe de médicaments est principalement indiquée dans le traitement des **troubles bipolaires** (nommés auparavant les « syndromes maniaco-dépressifs »). Ils peuvent être à base de lithium, d'antipsychotique ou d'anti-épileptique. Ils sont efficaces tant sur les symptômes maniaques que sur les symptômes dépressifs.

Psychostimulants

Cette classe de médicaments est un dérivé lointain de la classe des amphétamines. Ses deux principales indications sont le **trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA±H)** avec le traitement au méthylphénidate dont le nom commercial le plus connu est la RITALINE®) et la **narcolepsie** (trouble neurologique avec somnolences irrésistibles durant la journée et endormissements intempestifs). Cette classe de médicaments, une fois le bon diagnostic posé et le bon dosage trouvé, produit des résultats rapides et efficaces (80 %) dans le traitement du TDAH.

Taux de remboursement des psychotropes (au moins 3 délivrances), pour 1 000 jeunes, selon l'âge et le type de psychotropes (hommes et femmes de l'Ardèche et de la Drôme), 2017



Sources : Cnam (SNIIRAM-DCIRS), Insee.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

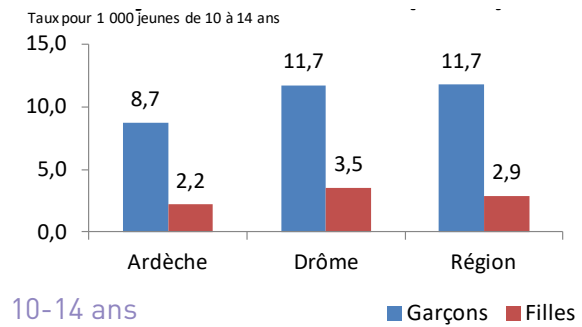
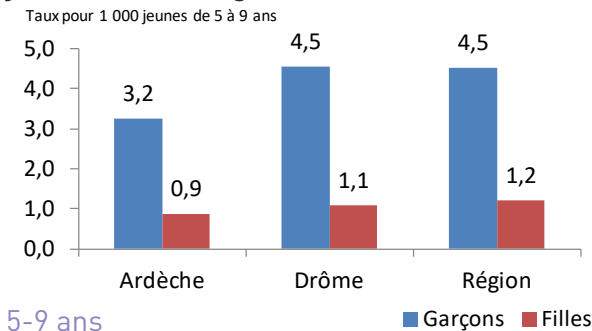
Un type de psychotrope différent selon l'âge

Chez les 5-14 ans, les principaux troubles retrouvés sont les troubles déficits de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA±H) dont le traitement peut être un psychostimulant.

Chez les 15-24 ans, l'adolescence et le début de la vie adulte sont une période de grands changements dans le mode de fonctionnement psychique. Cette période connaît un tarissement des TDA±H mais l'apparition des troubles de l'humeur (dépression, bipolarité) et psychotiques (schizophrénie).

Entre 5 et 14 ans

Remboursement des psychostimulants (au moins 3 délivrances) : taux pour 1 000 jeunes selon l'âge, 2017

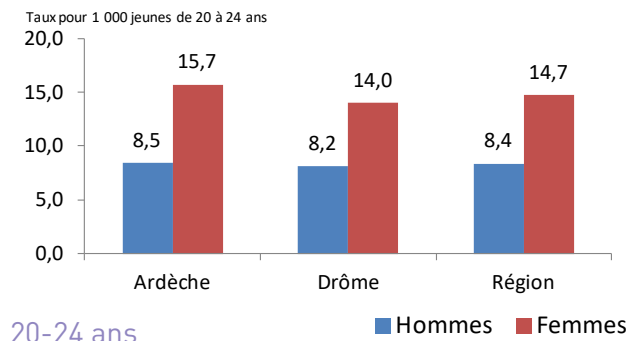
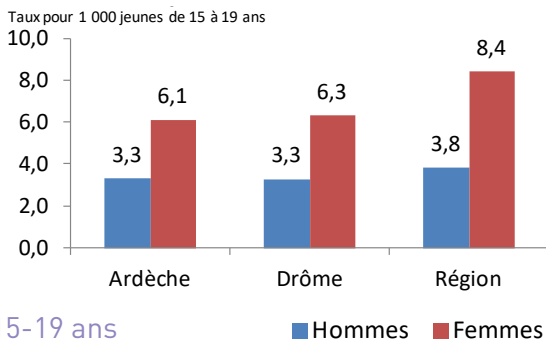


Sources : Cnam (SNIIRAM-DCIRS), Insee. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Les données départementales sont compatibles avec ce qui est déjà connu de la littérature : il y a 3 à 4 garçons traités pour un TDA±H pour 1 fille. Chez les 5-9 ans comme chez les 10-14 ans, quel que soit le sexe, il y a un remboursement de psychostimulants comparable dans la Drôme et la région mais ces deux territoires ont des taux de remboursement supérieurs à l'Ardèche.

Entre 15 et 24 ans

Remboursement des antidépresseurs (au moins 3 délivrances) : taux pour 1 000 jeunes selon l'âge, 2017



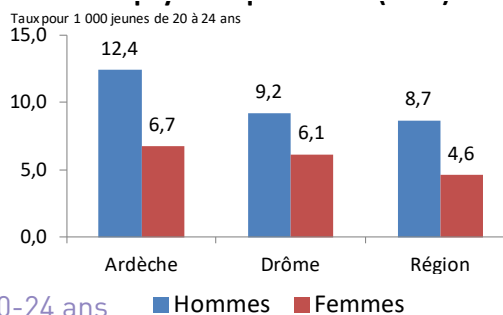
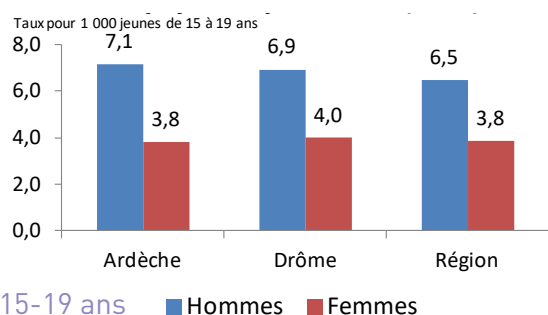
Sources : Cnam (SNIIRAM-DCIRS), Insee. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Les données départementales sont compatibles avec ce qui est déjà connu de la littérature : les femmes prennent 1,5 à 2 fois plus d'antidépresseurs que les hommes.

Chez les 15-19 ans, alors que pour les hommes les taux départementaux et régionaux sont comparables, il y a une nette différence chez les femmes avec un remboursement moindre d'antidépresseurs dans l'Ardèche et la Drôme qu'au niveau de la région.

Les 20-24 ans ont des taux départementaux comparables de remboursement d'antidépresseurs, tant chez les hommes que chez les femmes, à l'exception près d'un taux de remboursement d'antidépresseurs chez les femmes ardéchoises légèrement supérieur aux taux de la Drôme et de la région.

Remboursement des antipsychotiques (au moins 3 délivrances) : taux pour 1 000 jeunes selon l'âge, 2017

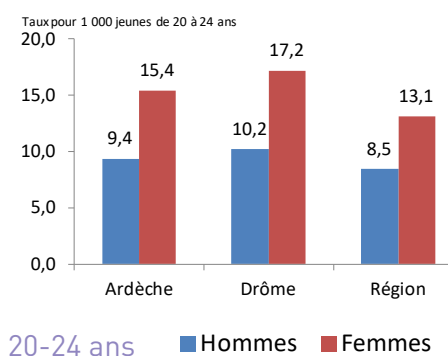
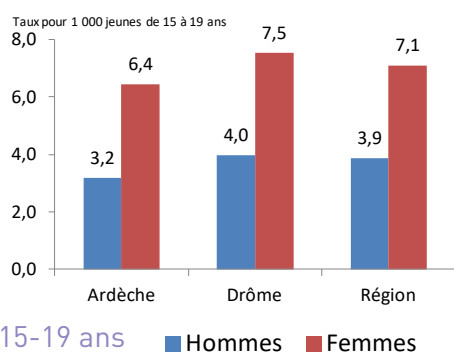


Sources : Cnam (SNIIRAM-DCIRS), Insee.

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Ces données montrent que les hommes ont un remboursement 1,5 à 2 fois plus important d'antipsychotiques que les femmes. Tant chez les 15-19 ans que chez les 20-24 ans, les taux de remboursement d'antipsychotiques sont comparables dans l'Ardèche, la Drôme et la région Auvergne-Rhône-Alpes, à l'exception des hommes âgés de 20 à 24 ans de l'Ardèche qui ont des taux plus élevés (12,4 pour 1 000 jeunes contre 8,7 en région).

Remboursement des autres psychotropes (non-antidépresseurs et non-psychotiques, au moins 3 délivrances) : taux pour 1 000 jeunes selon l'âge, 2017



Sources : Cnam (SNIIRAM-DCIRS), Insee.

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La catégorie des autres psychotropes (hors antidépresseurs et antipsychotiques) comprend par exemple les anxiolytiques (sédatifs), les thymorégulateurs (régulateurs de l'humeur) ou les hypnotiques (somnifères).

Parmi les jeunes de 15 à 19 ans, le remboursement de ces autres psychotropes sont inférieurs chez les Ardéchois par rapport à la Drôme ou à l'Auvergne-Rhône-Alpes. Parmi les 20-24 ans, tant chez les hommes que chez les femmes, un remboursement plus important dans la Drôme et, dans une moindre mesure, en Ardèche est observé par rapport aux taux régionaux.

Quiz / Idées reçues sur la santé mentale [6]

Question 1 - Quel pourcentage des personnes suivies en psychiatrie le sont en ville sans aucune hospitalisation ?

A - 50 % / B - 60 % / C - 80 %

Question 2 - Quel est le taux d'emploi des personnes avec un trouble dépressif ou anxieux ?

A - 40 à 50 % / B - 60 à 70 % / C - 80 à 90 %

Question 3 - La schizophrénie est synonyme du dédoublement de personnalité : vrai ou faux ?

A - Vrai / B - Faux

Question 1 : C (la plupart des personnes souffrant de troubles psychiques ne sont pas hospitalisées)
Question 2 : B (soit 10 à 15 % de moins que les personnes sans trouble psychique)
Question 3 : B (la schizophrénie est un trouble psychotique, à ne pas confondre avec un trouble dissociatif de l'identité aussi appelé personnalité multiple)

↳ Suicides et tentatives de suicide

Contexte national et régional ^[1, 7, 8]

Chaque année, près de 9 000 personnes décèdent par suicide en France. Le **taux de mortalité par suicide** en France était de **15,5 pour 100 000 jeunes** en 2013 avec de fortes différences selon le sexe : ce taux est de 7,3 chez les femmes et 25,4 chez les hommes. Le principal *modus operandi* est la pendaison ou l'arme à feu chez les hommes et l'intoxication médicamenteuse volontaire et la pendaison chez les femmes. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la circulation. Malgré une baisse de 26 % du taux de suicide entre 2003 et 2014, constatée dans toutes les régions françaises, la France présente, au sein des pays européens, un des taux de suicide les plus élevés derrière les pays de l'Est, la Finlande et la Belgique.

Quand un profil psychologique *a posteriori* est établi (« autopsie psychologique »), il est constaté que **90 % des personnes avaient au moins un trouble psychiatrique au moment du passage à l'acte**, ce qui renforce l'idée du rôle essentiel de la prévention, du diagnostic précoce et du traitement adéquat des troubles psychiques.

Chaque année, 80 000 à 90 000 hospitalisations en MCO ont pour motif la tentative de suicide en France. Les **tentatives de suicide** concernent **5,5 %** des individus sur la vie entière avec une forte différence entre les femmes (7,6 %) et les hommes (3,2 %) : elles concernent 4 femmes pour 1 homme environ. Les tentatives de suicides ne sont jamais à banaliser et nécessitent un suivi rapproché : en effet une tentative de suicide expose à un risque de décès par suicide dans les 12 mois à 1 %, soit un risque multiplié par 50 par rapport à la population générale ; une personne qui a fait au moins une tentative de suicide a un risque de 10 % de décès par suicide sur la vie entière.

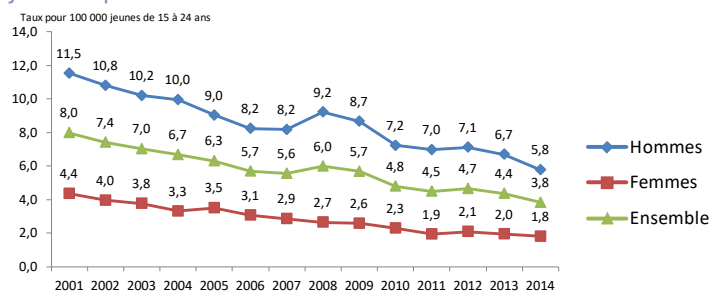
En Auvergne-Rhône-Alpes, l'observation s'organise autour de l'**Observatoire régional du suicide**, dispositif créé en 2012 et co-piloté par l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes, la Cellule Auvergne-Rhône-Alpes de Santé Publique France, l'Observatoire régional de la santé (ORS) Auvergne-Rhône-Alpes et les référents psychiatres sur la surveillance des suicides et tentatives de suicide. Cet observatoire a pour but de décrire le plus finement possible le contexte régional afin de maintenir un continuum entre observation, surveillance et prévention.

Décès par suicide

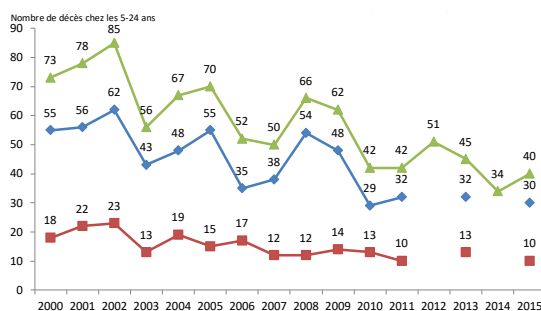
Le nombre de décès par suicide chez les jeunes de moins de 25 ans est très faible dans la Drôme et en Ardèche, avec des effectifs annuels inférieurs à 10 chaque année dans chacun de ces départements pris isolément, ce qui ne permet pas le calcul des taux de mortalité. Entre 2000 et 2015, 127 décès par suicide ont été dénombrés chez les 5-24 ans pour les 2 départements. Ne seront commentées ici que les données de la région et la France métropolitaine.

Évolution de la mortalité par suicide entre 2000 et 2015, Auvergne-Rhône-Alpes

Taux* spécifiques de mortalité pour 100 000 jeunes par suicide chez les 15-24 ans



Effectifs** : décès par suicide des 5-24 ans



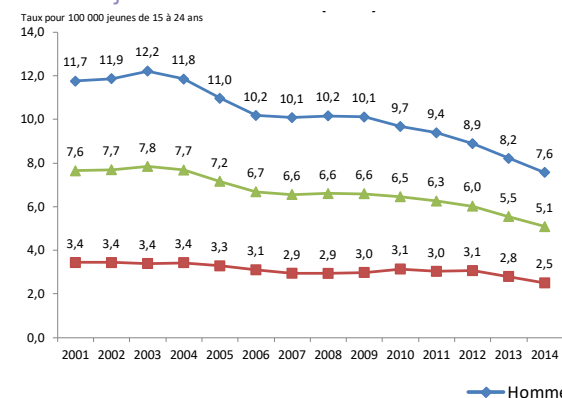
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2015, Insee (estimation de population). Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

*Taux lissés sur 3 ans avec affichage de l'année centrale. Étant donné que le décès par suicide ne concerne quasi-exclusivement que les 15 ans et plus, il a été décidé de calculer les taux pour la catégorie d'âge 15-24 ans.

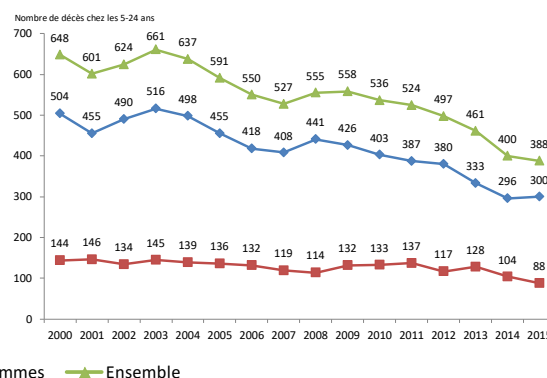
** Effectifs : À partir de 2012 certains effectifs féminins sont inférieurs à 10, le détail par sexe est soumis au secret statistique.

Évolution de la mortalité par suicide entre 2000 et 2015, France métropolitaine

Taux* spécifiques de mortalité par suicide pour 100 000 jeunes de 15 à 24 ans



Effectifs : décès par suicide des 5-24 ans



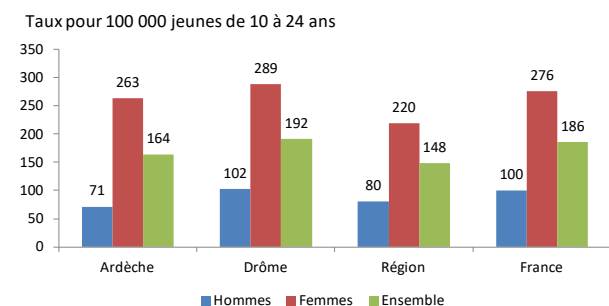
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2015, Insee (estimation de population). Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

*Taux lissés sur 3 ans avec affichage de l'année centrale. Étant donné que le décès par suicide ne concerne quasi-exclusivement que les 15 ans et plus, il a été décidé de calculer les taux pour la catégorie d'âge 15-24 ans.

Les tendances régionale et nationale sont cohérentes avec ce qui est déjà connu de la littérature au sujet des décès par suicide : ils sont le fait d'environ **3 hommes pour une femme**. Les taux et le nombre de décès par suicide diminuent dans l'ensemble de la population des 15-24 ans, principalement du fait de la nette diminution chez les hommes, les femmes restant à des mortalités stables depuis le début des années 2000 au niveau national. Le taux de suicide est plus bas en Auvergne-Rhône-Alpes qu'au niveau de la France métropolitaine, tant chez les hommes que chez les femmes.

Hospitalisations en MCO pour tentative de suicide

Taux spécifiques d'hospitalisation en MCO pour 100 000 jeunes : tentative de suicide des 10-24 ans (2015-2017)



Sources : PMSI-MCO, Insee (estimation de population). Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

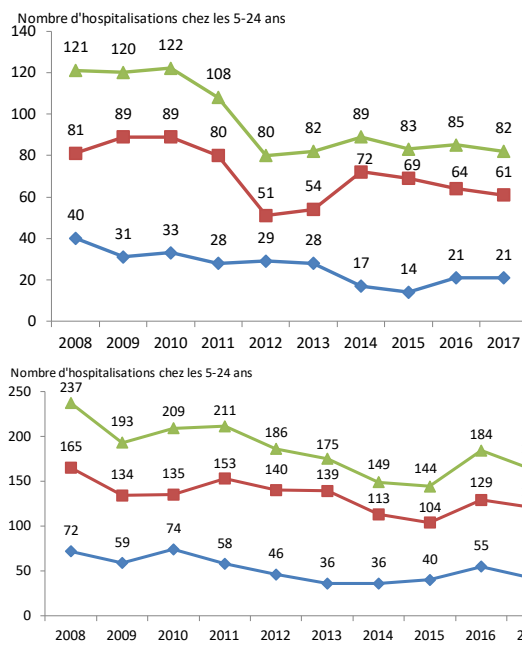
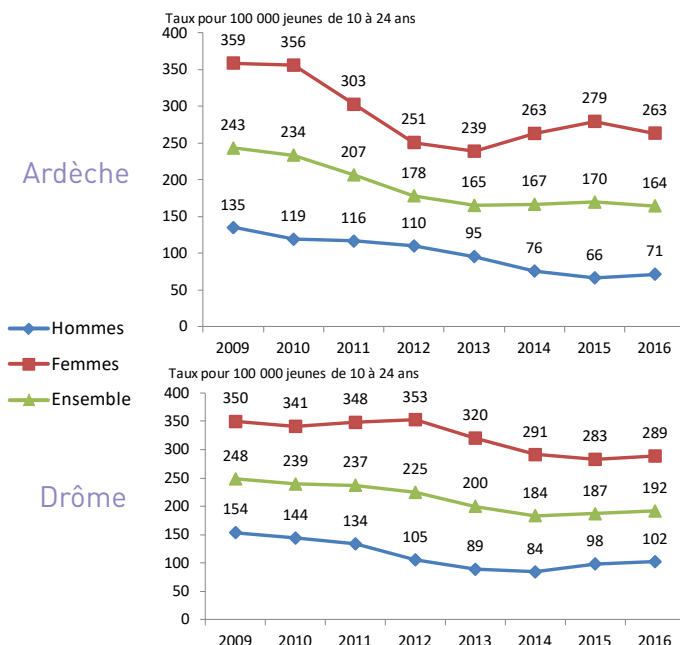
Les taux départementaux, régionaux et nationaux confirment ce qui est déjà connu au sujet des tentatives de suicide : ils sont le fait de **2 à 3 femmes pour un homme**.

Les hommes et les femmes de l'Ardèche et de la Drôme ont des taux d'hospitalisation en MCO globalement supérieurs aux taux régionaux mais avec des chiffres comparables à ceux constatés pour la France métropolitaine (avec comme exception les hommes de l'Ardèche qui ont des taux plus bas que la Drôme, la région et la France).

Évolution des hospitalisations en MCO pour tentative de suicide entre 2008 et 2017

Taux* bruts spécifiques d'hospitalisation en MCO pour 100 000 jeunes : tentative de suicide des 10-24 ans

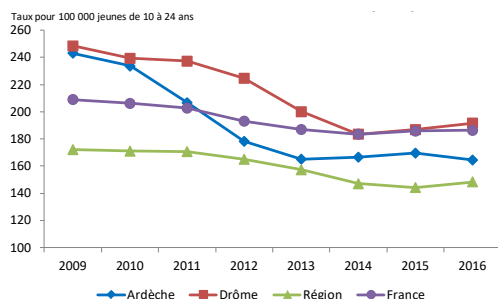
Effectifs : nombre d'hospitalisations en MCO des 5-24 ans pour tentative de suicide



Sources : PMSI-MCO, Insee (estimation de population). Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes. *Taux lissés sur 3 ans avec affichage de l'année centrale. Étant donné que les tentatives de suicide ne concernent quasi-exclusivement que les 10 ans et plus, il a été décidé de calculer les taux pour la catégorie d'âge 10-24 ans.

Taux* spécifiques d'hospitalisation en MCO pour 100 000 jeunes de 10-24 ans : tentative de suicide en Ardèche, Drôme, Auvergne-Rhône-Alpes, France

Chaque année, depuis 2012, **plus de 80 séjours** dans l'Ardèche et **de 140 à 200 séjours** dans la Drôme concernaient une tentative de suicide chez les 5-24 ans. Sur une échelle de temps plus longue, depuis 2009, il est observé une légère diminution du taux d'hospitalisation dans les deux départements avec une stabilisation des taux et effectifs depuis 2013-2014. Il est aussi noté une augmentation ponctuelle du nombre d'hospitalisations dans la Drôme en 2016 avec une hausse de 27 % par rapport à l'année précédente.



Sources : PMSI-MCO, Insee (estimation de population). Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes. *Taux lissés sur 3 ans avec affichage de l'année centrale. Étant donné que les tentatives de suicide ne concernent quasi-exclusivement que les 10 ans et plus, il a été décidé de calculer les taux pour la catégorie d'âge 10-24 ans.

Cette tendance à la diminution des taux d'hospitalisation est comparable avec ce même phénomène retrouvé tant au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes qu'en France métropolitaine.

Références

- [1] CNUP, AESP, CUNEA. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. 2017
- [2] Moro MR, Brison JL. Mission Bien-Être et Santé des Jeunes. Novembre 2016
- [3] Santé Publique France. La santé des collégiens en France (2014) : Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) – Santé mentale et bien-être. Décembre 2016.
- [4] ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Auvergne-Rhône-Alpes : Le Projet régional de santé 2018-2028. Juin 2018
- [5] CNAM, MSA, RSI. Critères médicaux : Admission et prolongation d'une affection longue durée exonérante du ticket modérateur. 2016.
- [6] Association PsyCom. Mythes et réalités : la santé mentale [en ligne] <http://www.psycom.org/Comment-agir/Mythes-et-Realites/La-sante-mentale-en-general>
- [7] Santé Publique France et Drees. État de santé de la population en France (2017)
- [8] ORS Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes : Bulletin n°5. 2019

Pour en savoir plus

www.psycom.org
Organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale

www.who.int/topics/mental_health/fr
Organisation mondiale de la santé - Santé mentale

SUBSTANCES PSYCHOACTIVES : TABAC, ALCOOL, CANNABIS, AUTRES

🕒 *Faits marquants*

- ▶ Concernant le tabac, les jeunes d'Auvergne-Rhône-Alpes de 17 ans déclarent une expérimentation (63 %) et un usage quotidien (27 %) plus importants que ceux de la France métropolitaine. Ces chiffres sont en baisse par rapport à 2014 ;
- ▶ Les effectifs de remboursement de traitements substitutifs à la nicotine chez les moins de 25 ans sont faibles (moins de 30 personnes en 2017 en Auvergne-Rhône-Alpes) ;
- ▶ Concernant l'alcool, les jeunes de 17 ans d'Auvergne-Rhône-Alpes déclarent une expérimentation (87 %) et des alcoolisations ponctuelles importantes (18 %) plus importantes que celles de la France métropolitaine. L'usage régulier (8 %) est moins important au niveau régional qu'au niveau national. Ces chiffres sont en baisse par rapport à 2014 ;
- ▶ Les hospitalisations en MCO pour intoxication éthylique aiguë concerne 2 à 3 hommes pour une femme de moins de 25 ans. Les taux de patients hospitalisés de l'Ardèche, la Drôme et la région sont inférieurs aux taux nationaux ;
- ▶ Concernant le cannabis, les jeunes de 17 ans d'Auvergne-Rhône-Alpes déclarent une expérimentation (42 %) et un usage régulier (8 %) plus importants que ceux de la France métropolitaine. L'expérimentation est en baisse par rapport à 2014 ;
- ▶ Concernant les substances psychoactives illégales autres que le cannabis, les jeunes de 17 ans d'Auvergne-Rhône-Alpes déclarent une expérimentation (7,2 %) comparable à celle de la France métropolitaine. Elle n'a pas évolué depuis 2014 ;
- ▶ Le remboursement des traitements substitutifs aux opiacés (taux pour 10 000 jeunes) chez les 20-24 ans est plus élevé dans l'Ardèche (14) que dans la Drôme (7).

➔ **Conduites addictives chez les jeunes** ^[1]

L'**adolescence** et la jeunesse de façon générale correspondent à une étape de **transformations multiples** : physiques (puberté et début de la vie sexuelle et reproductive), scolaires (changement d'établissement avec l'entrée au lycée ou dans l'enseignement supérieur), professionnelles (début de la vie active ou d'une période de chômage), familiales (départ du domicile familial, début de la vie affective, premier enfant...). Cette période s'accompagne de changements au niveau du rapport à soi et à l'autre dans lesquels on retrouve une affirmation de la personnalité, de possibles transgressions et des prises d'initiatives s'accompagnant plus ou moins de risques. C'est à ce moment qu'arrivent les **expérimentations** de substances psychoactives qui peuvent amorcer un **usage régulier**.

Les implications de l'usage de substances psychoactives sont multiples : la santé (avec l'intoxication aiguë ou chronique, les prises de risque), la justice (délit d'usage de stupéfiants, violences), le social (usages souvent liés au contexte socio-économique), le travail (risques en cas de consommation de certains psychoactifs au travail) et la famille.

L'approche préventive et curative, bien que complexe et pluridisciplinaire, se doit d'être le plus possible centrée sur l'utilisateur, en tenant compte de son environnement tout entier. **Elle doit se garder de toute culpabilisation et considération morale** car, avant même la réduction ou l'arrêt des consommations, la priorité reste la **réduction des risques et des dommages**.

➔ Classification des substances psychoactives

Une substance psychoactive est une substance modifiant le fonctionnement du cerveau et le psychisme. Le classement ci-dessous (Pelicier et Thuillier, 1991), choisi par la communauté scientifique, s'est fait en fonction des effets de la substance sur le fonctionnement du cerveau, ce qui permet de bien comprendre comment elle agit. C'est par ailleurs ce qui est le plus proche de l'observation clinique.

Dépresseurs	Stimulants	Perturbateurs
Diminuent l'activité du cerveau, relaxation, sédation	Facilitent la dépense d'énergie, stimulent l'appétit	Dépresseurs et perturbateurs alternativement et simultanément. Agissent sur les perceptions et les émotions
Alcool Opiacés (opium, morphine, codéine, méthadone, buprénorphine) Tranquillisants et hypnotiques (benzodiazépines et apparentés, barbituriques) Solvants (colle, essence...) Anesthésiants (éther, GHB, kétamine...) Antipsychotiques, anti-histaminiques	Nicotine Caféine, théine Cocaïne (crack) Amphétaminiques (ecstasy, méthylphénidate) Antidépresseurs Cathinones, khat Poppers	Cannabis Hallucinogènes (LSD, champignons, datura...) Protoxyde d'azote Cannabinoides de synthèse

Source : Tempo-Oppelia, Pelicier et Thuillier (1991). Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Définitions [4, 5]

Depuis 2013 avec la parution de la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5), l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) ne parle plus d'usage à risque, d'usage nocif ou de dépendance. On parle désormais de **trouble lié à l'usage de substance** avec 11 critères. Le nombre de critères détermine si le trouble est léger, modéré ou sévère.

Trouble lié à l'usage de substance - 11 critères

1. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;
2. Désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage de substance ;
3. Beaucoup de temps passé à obtenir la substance, en faire l'usage ou se remettre de ses effets ;
4. Envie intense de consommer la substance (*craving*) ;
5. Usage répété avec incapacité de remplir les obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison ;
6. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux causés ou exacerbés par les effets de la substance ;
7. Activités habituelles abandonnées ou réduites à cause de l'usage de substance ;
8. Usage répété dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
9. Poursuite de l'usage de substance malgré un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance ;
10. Tolérance (« accoutumance ») aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
11. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation de la substance psychoactive.

Il est important de comprendre que **les troubles liés à l'usage de substance ne sont pas qu'une affaire de quantité de substance absorbée ou de fréquence de son usage**. Il faut prendre en compte les **conséquences de cette consommation et l'impact sur la santé et la vie quotidienne**. À dose et fréquence de consommation égales, certaines personnes présenteront ce trouble alors que d'autres ne le présenteront pas.

→ Contexte national et régional

Enquête ESCAPAD 2017 ^[2, 3]

L'étude **ESCAPAD (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense)**, menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), analyse tous les 3 ans, *via* des questionnaires distribués lors des Journées de Défense et de la Citoyenneté (JDC), les consommations déclarées de substances. En mars 2017, ce sont les questionnaires de 39 115 jeunes de 17 ans qui ont été analysés sur toute la France métropolitaine, dont 4 739 jeunes d'Auvergne-Rhône-Alpes. Les analyses ont pu être réalisées au niveau de la région mais les effectifs de l'Ardèche (291) et de la Drôme (272) sont insuffisants pour mener une analyse statistique robuste au niveau départemental.

Enquête ESCAPAD 2017 : usages ^[2]

Tabac

- Usage quotidien : au moins 10 usages dans les 30 derniers jours précédant l'enquête ;
- Usage intensif : plus de 10 cigarettes par jour.

Alcool

- Usage régulier : au moins 10 usages dans les 30 derniers jours précédant l'enquête ;
- Alcoolisation ponctuelle importante (API) : au moins 5 verres en une seule occasion ;
- API répétée : au moins 3 fois dans le mois précédant l'enquête ;
- API régulière : au moins 10 fois dans le mois précédant l'enquête.

Cannabis

- Usage régulier : au moins 10 usages dans les 30 derniers jours précédant l'enquête.

Quiz – Vrai ou faux ?

Question 1 – À quantité équivalente d'alcool pur ingérée, le vin est le moins nocif des alcools.

VRAI ou **FAUX** ?

Question 2 – Après avoir consommé du cannabis, toute trace du principe actif est éliminé en quelques heures.

VRAI ou **FAUX** ?

Question 3 – Il n'y a aucun risque immédiat à la consommation de cocaïne une seule fois.

VRAI ou **FAUX** ?

Réponses :
1 – FAUX : À quantité équivalente d'alcool, il n'y a pas de différence de nocivité, quel que soit le type d'alcool.
2 – FAUX : Bien que les effets soient immédiats (quelques secondes à quelques minutes) et ne durent que quelques heures, les tests salivaires et urinaux sont positifs pendant plusieurs semaines.
3 – FAUX : Il existe des risques dès la première consommation, notamment cardiaques avec accélération ou irrégularité du rythme cardiaque, syndrome coronarien aigu ou arrêt cardiaque. Ces affections peuvent survenir même chez les jeunes sans antécédent cardiovasculaire.

Perception de l'expérimentation des substances psychoactives^[6]

L'étude qualitative ARAMIS 2014-2017 (Attitudes, représentations, aspirations et motivations lors de l'initiation aux substances psychoactives) menée par l'OFDT met en avant plusieurs notions sur le rapport qu'entretiennent les jeunes avec les substances psychoactives :

Expérimentation

- Facteurs associés à l'expérimentation : la classe, le lieu, l'entourage et son vécu ;
- Effets psychoactifs guettés et recherchés mais aussi craints et redoutés ; ces effets sont démystifiés une fois l'expérimentation faite ;
- Curiosité de tester ses limites, peur de vivre des choses moins excitantes que ses pairs, « en profiter tant qu'on est jeune » ;
- Alcool : double initiation, en famille puis entre amis dans un cadre festif ;
- Tabac : impression négative mais rite de passage, « mauvais moment à passer » ;
- Cannabis : expérience positive, enthousiasme, goût préféré au tabac.

Aspect social des usages

- Renforcement d'un lien avec un groupe social pour ne pas risquer l'éviction ;
- Chez ceux qui n'ont expérimenté aucun produit : revendication de cette démarche volontaire ;
- Omniprésence du tabac et de l'alcool dans l'entourage et la fiction (série, films...) ;
- Consommation influencée par l'historique familial : décès, cancers, dépendance...
- Dénormalisation du tabac mais persistance du déni des risques liés à l'alcool ;
- Cannabis perçu presque comme aussi accessible que le tabac mais moins addictif et moins nocif (voire vision naturelle ou « bio » du produit).

Projet régional de santé 2018-2028^[7]



Source : ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Dans son **Projet régional de santé (PRS) 2018-2028**, l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes propose un volet sur la réduction des comportements à risque en trois points :

- Renforcer les facteurs de protection (notamment avec la prévention et les compétences psychosociales) et le dépistage précoce du mal-être des jeunes et des parents ;
- Optimiser le repérage et le dépistage précoce, en améliorant l'accès aux Centres médico-psychologiques (CMP) et en positionnant les Maisons des adolescents (MDA) comme des lieux de ressources pour les jeunes ;
- Améliorer la prévention, la réduction des risques et des dommages, l'orientation et la prise en charge des jeunes ayant des conduites addictives et à risque.

➔ Avec qui parler de son usage de substances ?^[4]

Cf. Fiche « Structures d'accompagnement et de soin », rubrique « Addictions »

Ambulatoires

- Médecins, sage-femmes, infirmiers, dentistes, kinésithérapeutes ;
- CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) avec ou sans CJC (Consultation jeunes consommateurs), CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues).

Hospitalières

- Hospitalisations traditionnelles, consultations hospitalières d'addictologie ;
- ELSA (Équipes de liaison de soins addictologiques) pour les personnes hospitalisées dans d'autres services que dans un service de psychiatrie ou d'addictologie ;
- Soins de suite et réadaptation (SSR) addictologiques.

Par téléphone

Appellez
tabac info service
39 89*

Source : Tabac-Info-Service.fr

☎ 0 980 980 930 de 8h à 2h, appel non surtaxé
ALCOOL INFO SERVICE.FR

Source : Alcool-Info-Service.fr

☎ 0 800 23 13 13 de 8h à 2h, appel gratuit depuis un poste fixe

DROGUES INFO SERVICE.FR

Source : Drogues-Info-Service.fr

→ Tabac [4, 8, 9, 10]

Le tabac peut être fumé (cigarette, cigare, pipe, narguilé ou chicha...) ou, plus rarement, pris par voie orale (chiqué) ou nasale.

La cigarette contient plus de 7 000 composés dont **69 cancérigènes** (notamment des goudrons). La nicotine, bien que non cancérigène, est la principale responsable de la dépendance au tabac.

Les lois votées depuis le début du XXI^{ème} siècle vont dans le sens de l'**augmentation du prix** du tabac, de l'**interdiction de sa consommation dans certains lieux de l'espace public** (lieux accueillant du public, lieux de travail, établissements de santé, établissements accueillant des mineurs, transports en commun) et de la **modification de la présentation des paquets** (messages de santé publique, images, paquet neutre). Ces mesures sont corrélées à une **diminution**

de la vente de cigarettes en France. L'année 2017 a connu une diminution d'un million de fumeurs en France, notamment chez les 18-24 ans et les 55-64 ans.

On pourrait penser que la diminution des ventes de cigarettes en France se fait au profit du tabac à rouler et des paquets achetés à l'étranger. L'augmentation du prix du paquet de tabac à rouler le rend moins attractif économiquement, ce qui explique la diminution de sa vente en 2017 et 2018. Il n'est pas non plus observé de progression des achats transfrontaliers de tabac chez nos plus proches voisins.

À propos du narguilé (ou chicha) : contrairement à ce que beaucoup de jeunes pensent, le passage de la fumée dans l'eau n'a aucun rôle filtrant ou purificateur. Le monoxyde de carbone présent dans la fumée de la chicha est en quantité 7 fois supérieure à celui présent dans la fumée d'une cigarette. Enfin, la combustion étant incomplète, la fumée de la chicha est beaucoup plus irritante pour les voies respiratoires que celle de la cigarette.

Consommation de tabac et utilisation de cigarette électronique chez les jeunes de 17 ans en France [11, 2]

Concernant le **tabac**, la France est dans le premier tiers européen de la consommation chez les moins de 16 ans. **À l'âge de 17 ans, près de 6 jeunes sur 10 (59 %) ont déjà expérimenté le tabac**. C'est 10 points de moins par rapport à la précédente enquête ESCAPAD datant de 2014.

Concernant le **narguilé (ou chicha)**, près de la moitié (50 %) déclarent en avoir déjà fumé. Cela représente une diminution de près de 15 points par rapport à 2014. Avoir expérimenté la chicha sans avoir fumé de cigarette concerne 8 % des adolescents.

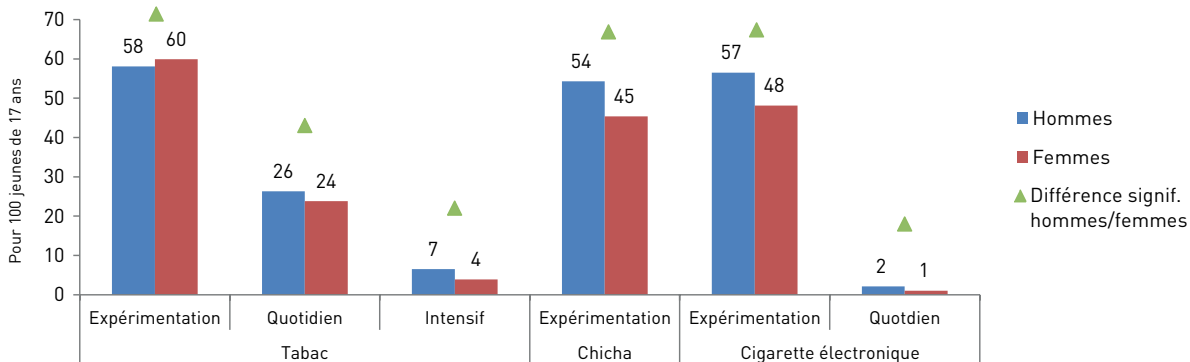
Concernant la **cigarette électronique**, plus de la moitié des adolescents (52 %) l'ont déjà expérimentée, ce qui représente un faible recul (1 point) par rapport à 2014. Son expérimentation est en moyenne réalisée un an plus tard que la cigarette traditionnelle. Seuls 4 % d'entre eux ont déjà expérimenté la cigarette électronique mais pas la cigarette traditionnelle.

Tabac : effets potentiels sur la santé

Leurs survenue dépend de la quantité de substance consommée, de la durée de consommation et de la sensibilité de chacun. Ils peuvent survenir après une consommation à long terme.

- Cancers (poumon, œsophage, vessie, bouche, pharynx, larynx, pancréas, rein) ;
- Pathologies respiratoires chroniques ;
- Hypertension artérielle et autres maladies cardiovasculaires ;
- Coloration brune et déchaussement des dents ;
- Troubles de l'érection ;
- Diminution de la fécondité, retard de croissance intra-utérin, fausse couche spontanée ;
- Tabagisme passif chez l'enfant (asthme, otite, bronchite) ;

Usage de tabac et de cigarette électronique chez les jeunes de 17 ans (enquête ESCAPAD 2017), France métropolitaine



Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.
Différence significative : seuil 5 %

Plusieurs facteurs influencent l'**usage quotidien de tabac** en 2017 :

- Le **sexe** : les hommes consomment plus que les femmes, et expérimentent plus ;
- La **situation scolaire** : les apprentis sont exposés à un risque de consommation quotidienne multiplié par 3,1 (OR* : *odds ratio* ou rapport de cote significativement différent de 1 au risque 5 %) ; les adolescents sortis du système scolaire ont un risque multiplié par 4,4 (OR*) ;
- Le **type de famille** : les jeunes issus de familles recomposées et monoparentales ont un risque multiplié par 1,5 à 2 (OR*) ;
- La **zone d'habitation** : les jeunes des zones d'agglomérations peu peuplées et de zones rurales ont un risque plus élevé que les jeunes des grandes agglomérations (200 000 habitants et plus).

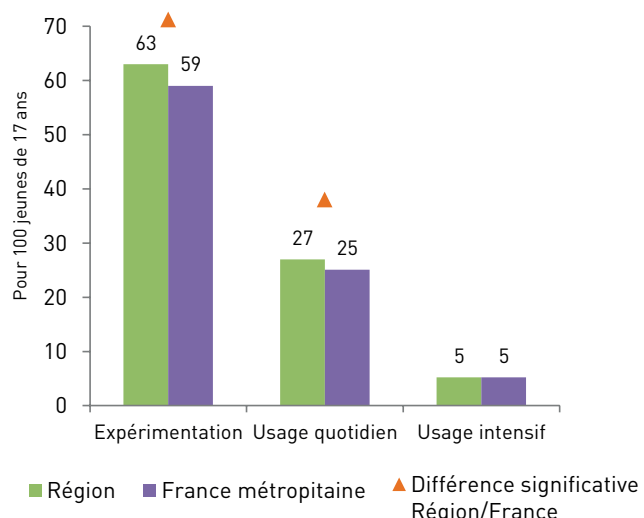
Plus du quart des adolescents ne connaît pas l'âge légal d'achat de tabac chez un buraliste. Parmi les adolescents ayant acheté au moins une fois du tabac chez le buraliste dans les 12 derniers mois, **68,4 % n'ont pas eu à justifier de leur identité** et 28,6 % que « rarement » ou « parfois ».

Consommation de tabac chez les jeunes de 17 ans en Auvergne-Rhône-Alpes^[12]

Chez les jeunes, il existe une expérimentation et un usage quotidien de tabac plus important en Auvergne-Rhône-Alpes (près de 2 jeunes sur 3 à l'âge de 17 ans) qu'au niveau national.

Il n'existe pas de différence d'usage intensif entre la région et la France métropolitaine.

Tous les usages sont en baisse dans la région depuis l'enquête de 2014, que ce soit l'expérimentation (-9 points), l'usage quotidien (-6 points) et l'usage intensif (-2 points).



Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.
Différence significative : seuil 5 %

Conseils [4, 13, 14, 15]

Cf. Fiche « Structures d'accompagnement et de soin », rubrique « Addictions »

Traitements médicamenteux

Traitement nicotinique de substitution (TNS)

- À appliquer sur la peau pendant 16 à 24 heures : timbres ou patchs ;
- Formes orales : gomme à mâcher, comprimés, pastilles, inhalateur.

Comment obtenir un traitement nicotinique de substitution ?

- Médecins (y compris les médecins du travail), sage-femmes (y compris l'entourage des femmes enceintes et des jeunes enfants), infirmiers, dentistes, kinésithérapeutes. Prescription ouverte aux personnes de 15 ans et plus ;
- Remboursement à 65 % par la Sécurité sociale, le reste par les complémentaires santé. Pas de reste à charge à payer en cas de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c).

Autres médicaments

Sur prescription médicale ; suivi attentif nécessaire au vu des effets indésirables (troubles du sommeil, nausées, maux de tête, symptômes psychiatriques).

- Varénicline (remboursé) ;
- Bupropion (non remboursé).

Autres traitements

- Entretiens motivationnels (stimuler la conduite du changement) ;
- Psychothérapie, thérapie cognitivo-comportementale (psychologue).

Cigarette électronique – Avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) de février 2016 :

- Un des outils de diminution/arrêt de la consommation de tabac (réduction des risques et des dommages) ;
- Peut être utilisée en complément des traitements de substitution nicotinique ;
- Non recommandée chez la femme enceinte et chez le non-fumeur ;
- Pas de preuve formelle d'innocuité de la cigarette électronique. Cependant les éventuels risques du vapotage sont à comparer à ceux du maintien de la consommation de tabac ;
- Peut être une voie d'entrée dans la consommation tabagique, surtout chez les jeunes.

Formation des professionnels de santé à la prescription dans la Drôme [16]

Mise en place en 2017 et reconduite en 2018, cette formation est proposée aux **infirmiers** et **sages-femmes** afin de les accompagner dans leur droit de prescription des **traitements nicotiques de substitution (TNS)** ainsi que dans l'incitation et l'accompagnement de leurs patients à l'arrêt du tabac. Financée par la Caisse nationale d'Assurance maladie dans le cadre de l'appel à projet Mois sans tabac, elle est animée par les professionnels du **Collectif tabac** sous forme d'ateliers thématiques (l'entretien motivationnel, les différents traitements de substitution, le dosage et la prescription des TNS). En 2017 et 2018, 93 professionnels du département ont bénéficié de cette formation avec un impact sur leur usage du droit de prescription des TNS.

À partir de 2019, la Caisse primaire d'Assurance maladie de la Drôme privilégie les actions en faveur des **publics prioritaires** : jeunes, femmes enceintes, personnes précaires...

Les effectifs de remboursement des traitements substitutifs nicotiques (au moins 3 délivrances) en 2017 chez les personnes de moins de 25 ans sont faibles. Ils sont inférieurs à 10 dans l'Ardèche et la Drôme et inférieurs à 30 dans la région, ce qui ne permet pas de calculer des taux de remboursement fiables. La quasi-totalité (98,9 %) des personnes qui ont été remboursées d'un traitement substitutif à la nicotine en Auvergne-Rhône-Alpes en 2017 ont 25 ans et plus.

Moi(s) sans tabac ^[17]



Source : Tabac-info-service

Le **Moi(s) sans tabac** est une initiative lancée par le ministère en charge de la Santé, l'Assurance maladie et Santé publique France, dont la première édition s'est tenue en 2016. Elle invite les fumeurs à **diminuer ou arrêter la consommation de tabac tous en même temps durant le mois de novembre de chaque année**, avec un dispositif renforcé d'**assistance téléphonique (39 89)**, une campagne de communication

et une application. C'est un mois durant lequel des manifestations sont organisées partout en France sur le thème de l'arrêt du tabac : actions, ateliers, manifestations. Les personnes inscrites à ce programme peuvent recevoir un kit d'aide à l'arrêt du tabac (brochure, agenda de 30 jours avec un conseil par jour).

Au mois de **novembre 2018**, ce sont 242 579 personnes qui se sont inscrites au programme (+54 % par rapport à 2017), 85 750 téléchargements de l'application et 21 500 appels au numéro de téléphone 39 89. Dans la région **Auvergne-Rhône-Alpes, 28 792 personnes** se sont inscrites au programme, soit 12 % du nombre total d'inscrits en France.

L'**application de Tabac-Info-Service** propose toute l'année de l'accompagnement en ligne, des conseils de tabacologues, des astuces, des mini-jeux, des vidéos et soutien et un suivi des bénéfices de l'arrêt du tabac (en termes sanitaire et financier).

Tabagisme : mobilisation des acteurs drômois ^[16]



**Le tabac,
parlons-en**

Source : Caisse primaire d'Assurance maladie de la Drôme

Les acteurs de la prévention (Ligue contre le cancer, Ireps, Anpa, PMI, Tempo-Oppelia...) et les professionnels de santé drômois (tabacologues hospitaliers ou libéraux) sont réunis depuis plusieurs années au sein du **Collectif drômois de prévention et soin du tabagisme**. Co-animé par le service Prévention de la Caisse primaire d'Assurance maladie de la Drôme (Cpam 26) et l'Ireps, ce dernier vise à coordonner la prévention et la prise en charge du tabagisme sur le département en tenant compte des spécificités du tabagisme et d'une approche globale des addictions.

Plus spécifiquement, cette instance permet :

- d'assurer un rôle de veille sur les évolutions du tabagisme, sa prévention et sa prise en charge ;
- de favoriser un travail en réseau par des rencontres régulières entre partenaires et institutions pour optimiser notamment l'articulation entre la prévention et le soin en tabacologie ;
- de s'informer, échanger et s'interroger collectivement sur les comportements tabagiques, les choix politiques en matière de prévention et d'accès au soin, les législations, les approches et outils de prévention, les avancées thérapeutiques ;
- de développer des actions communes d'information, de formation et d'accès au soin.

Dès le lancement du Moi(s) sans tabac, les professionnels du département ont donc été en mesure de travailler de concert pour relayer la campagne nationale par des actions locales de proximité vers des publics prioritaires (ateliers avec les Missions locales, le diaconat protestant, les foyers de jeunes travailleurs, le Planning familial) et les professionnels de santé.

Alcool [4]

Quels que soient le type et la concentration d'alcool, il existe des risques dès le premier verre. Il n'existe pas d'alcool dont les effets sont plus bénéfiques que d'autres sur la santé étant donné qu'est pris en compte le nombre de grammes d'alcool pur (éthanol) ingérés.

Pour donner une idée, s'appelle dose-standard un verre contenant 10 grammes d'alcool pur (1,25 cL d'alcool pur) soit :

- un ballon (10 cL) de vin à 12°
- une demi-pinte (25 cL) de bière à 5°
- une coupe de champagne (10 cL) à 12°
- un verre de whisky (2,5 cL) à 40°

Les lois votées depuis le début du XXI^{ème} siècle vont dans le sens de l'**augmentation du prix** de l'alcool, de la **limitation de sa publicité**, de la **modification de la présentation des contenants** (messages de santé publique, pictogramme pour les femmes enceintes) et de mesures renforcées de sécurité routière (alcoolémie autorisée au volant à 0,5 g/L, abaissée à 0,2 g/L pour les conducteurs avec permis probatoire).

Alcool : effets potentiels sur la santé

Leur survenue dépend de la quantité de substance consommée, de la durée de consommation et de la sensibilité de chacun. Ils peuvent survenir après une consommation à long terme.

- Syndrome de sevrage ;
- Dépression, troubles anxieux ;
- Troubles du transit ;
- Cancer (œsophage, pharynx, foie, côlon, rectum, sein) ;
- Atteintes du foie : accumulation de graisses (stéatose hépatique), inflammation (hépatite alcoolique aiguë), fibrose (cirrhose hépatique), vulnérabilité aux hépatites virales ;
- Atteintes de l'œsophage et du pancréas ;
- Troubles cognitifs ;
- Troubles sensitifs, moteurs et de l'équilibre ;
- Épilepsie ;
- Maladies cardiovasculaires ;
- En cas d'usage d'alcool pendant la grossesse : syndrome d'alcoolisation fœtale.

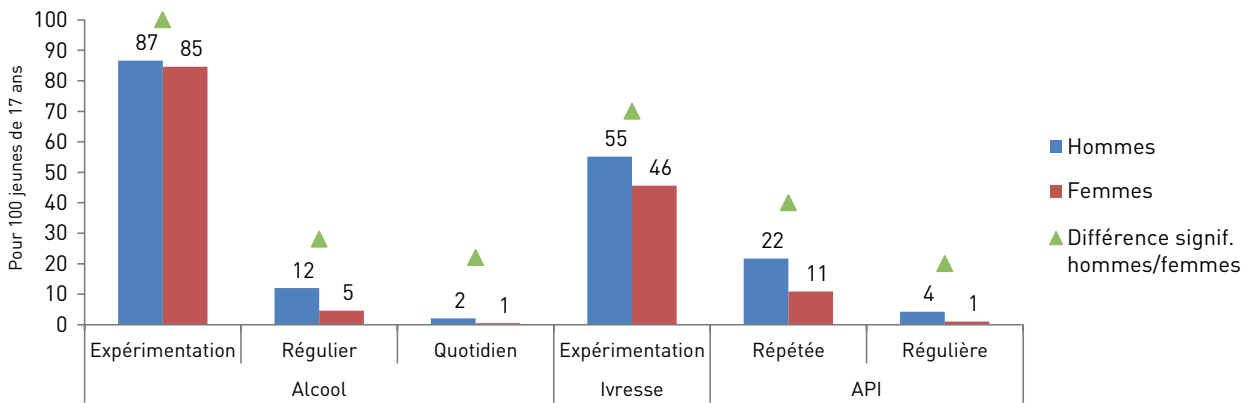
Consommation d'alcool chez les jeunes de 17 ans en France [2]

Concernant la **consommation d'alcool**, les adolescents sont près de 9 sur 10 à atteindre l'âge de 17 ans en ayant déjà consommé de l'alcool, soit un léger recul (-3,6 points) depuis 2014. Les hommes (12 %) ont une consommation régulière plus importante que les femmes (5 %) ; c'est aussi le cas pour les consommations quotidiennes (2 % chez les hommes contre 1 % chez les femmes).

Concernant l'**ivresse**, plus d'un homme sur deux (55 %) l'a déjà expérimentée à 17 ans alors que c'est le cas de moins d'une femme sur deux (46 %).

Concernant l'**alcoolisation ponctuelle importante (API) ou binge drinking** qui se définit par la prise de 5 verres ou plus durant le même événement, ce type de consommation concerne de façon plus fréquente les hommes que les femmes, tant dans les API répétées (22 % des hommes contre 11 % des femmes) que dans les API régulières (4 % des hommes contre 1 % des femmes).

Parmi les jeunes qui ont déjà expérimenté des API, la consommation se déroulait à 90,5 % durant le week-end, 90,1 % l'ont déjà fait avec des amis et près du tiers (29,8 %) l'ont déjà fait en présence de leur famille. Les principales consommations sont alors la bière et les spiritueux (les boissons dites « hard », à forte teneur en alcool telles que le whisky, le rhum, la vodka, la tequila, l'eau-de-vie, la liqueur...).



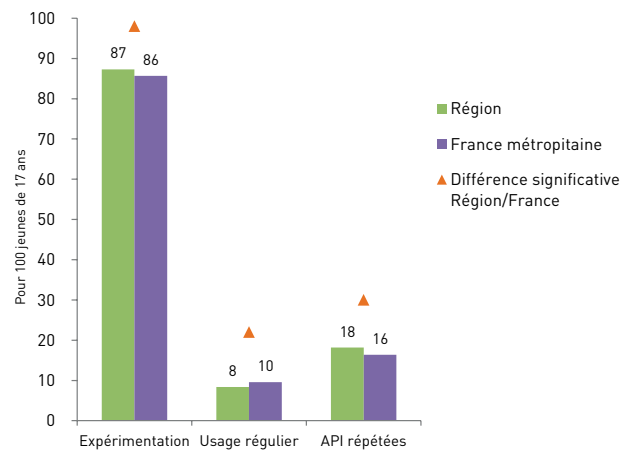
Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.
Différence significative : seuil 5 %

L'usage régulier d'alcool dépend de la **situation scolaire** de l'élève : elle est de 7,5 % chez les lycéens, 18,4 % chez les apprentis et 12,6 % chez les jeunes sortis du système scolaire.

Consommation d'alcool chez les jeunes de 17 ans en Auvergne-Rhône-Alpes ^[12]

Bien que significatives, les différences entre la région Auvergne-Rhône-Alpes et la France métropolitaine sont peu importantes : l'expérimentation y est plus importante en Auvergne-Rhône-Alpes (87 %) qu'en France métropolitaine (86 %). C'est aussi le cas pour les alcoolisations ponctuelles importantes répétées (18 % en régional contre 16 % en national). L'usage régulier est moindre dans la région (8 %) qu'au niveau du pays (10 %).

Tous les usages sont en baisse dans la région depuis l'enquête de 2014, que ce soit l'expérimentation (-3 points), l'usage régulier (-5 points) ou les API répétées (-7 points).



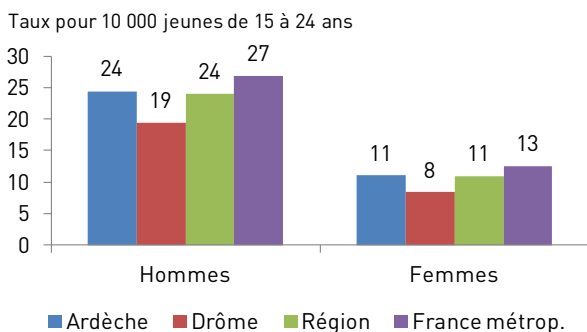
Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.
Différence significative : seuil 5 %

Taux annuel de patients de 15 à 24 ans hospitalisés en MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) pour intoxication éthylique aiguë pour 10 000 patients, 2016-2018

Entre 2016 et 2018, environ **60 Ardéchois** et **80 Drômois de moins de 25 ans** ont été **hospitalisés** pour intoxication éthylique aiguë chaque année.

Les hospitalisations en MCO (court séjour en médecine, chirurgie ou obstétrique) pour intoxication éthylique aiguë concerne **2 à 3 hommes pour 1 femme** dans la catégorie des 15-24 ans. Chaque patient concerné effectue en moyenne 1 à 1,2 séjour hospitalier par an.

Chez les hommes, comme chez les femmes, les taux de la Drôme sont inférieurs à ceux de la région ou de la France métropolitaine. L'Ardèche bénéficie de taux comparables à la région.



Sources : Cnam (SNIIRAM DCIRS), Insee.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Conseils [4, 18, 19, 20]

Cf. Fiche « Structures d'accompagnement et de soin », rubrique « Addictions »

Retarder l'âge de l'expérimentation

Faire goûter l'alcool aux enfants, même « pour goûter » est associé à un plus grand risque de consommations régulières ou d'API à l'adolescence et à l'âge adulte.

Usage régulier, alcoolisations ponctuelles importantes : réduction des risques et des dommages

Il n'existe pas de seuil de consommation d'alcool en-dessous duquel il n'y a aucun risque, celui-ci commence dès le premier verre. Néanmoins, un avis d'experts^[18] de Santé publique France et de l'Institut national du cancer (Inca), rendu en mai 2017, recommande aux usagers d'alcool de ne pas dépasser les 2 verres standards par jour et les 10 verres standards par semaine (chez les hommes comme chez les femmes), d'où la campagne de réduction des risques et des dommages lancé au printemps 2019 par Santé Publique France et le ministère en charge de la Santé : « Pour votre santé, l'alcool c'est maximum deux verres par jour et pas tous les jours ».

Dépendance

Il est conseillé de consulter un médecin et de ne pas tenter d'arrêter net la consommation d'alcool car il y a un fort risque de signes de sevrage. Le médecin, après avoir évalué la consommation d'alcool, peut proposer une diminution progressive voire un arrêt de la consommation d'alcool, avec une éventuelle couverture médicamenteuse (benzodiazépines).

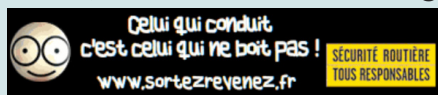
Prévention routière

- Ne pas laisser repartir de soirée quelqu'un qui a consommé de l'alcool, lui proposer de l'héberger sur place ;
- Souffler dans un éthylotest (présent obligatoirement dans le véhicule) avant de reprendre le volant et ne pas conduire s'il est positif. Celui-ci devient positif avec une alcoolémie estimée à 0,5 g/L, attention au seuil de 0,2 g/L en cas de permis probatoire.

Consommation d'alcool déconseillée dans les situations suivantes

- Conception, grossesse et allaitement ;
- Enfance, adolescence, toute période de croissance ;
- Pratique de sports (risques de chutes et de blessures) ;
- Consommation de médicaments (risque d'interactions médicamenteuses) ;
- Certaines affections aiguës ou chroniques (demander conseil à son médecin) ;
- Lieu de travail, lieu de formation, apprentissage.

Sam, le conducteur désigné



Source : Prévention routière

Au début de la soirée, est appelé **SAM (« Sans Accident Mortel »)** le capitaine de soirée désigné, qui s'engage à ne pas consommer d'alcool, afin de ramener tout le monde en voiture chez soi sain et sauf. Cette campagne a été lancée par la Prévention routière lors des fêtes de fin d'année en 2005.

➔ Cannabis [4, 21, 22, 23]

Le cannabis est une substance psychoactive issue d'une plante se présentant sous trois formes : l'herbe, la résine et l'huile (plus rare). Sa principale molécule active est le delta-9-tétrahydrocannabinol (Δ^9 THC ou plus simplement THC). Le **THC** agit sur des zones cérébrales où il peut modifier la réponse neuronale au même titre que les neurotransmetteurs (messagers chimiques du système nerveux).

Ce produit est classé parmi les stupéfiants. Son usage, sa vente et sa présentation sous un jour favorable sont interdits par le Code de la santé publique et le Code pénal.

Le **CBD** (cannabidiol) est un autre principe actif issu de cette même plante qui n'a pas les effets euphorisants du THC. Il est principalement utilisé sous forme de liquide pour cigarette électronique, cosmétiques ou gélules. Les produits contenant du CBD ont un statut juridique qui n'ont à ce jour (début 2019) pas encore de contours précis du fait de divergences dans l'interprétation des textes [23].

Cannabis : effets potentiels sur la santé

Leurs survenue dépend de la quantité de substance consommée, de la durée de consommation et de la sensibilité de chacun. Ils peuvent survenir après une consommation à long terme.

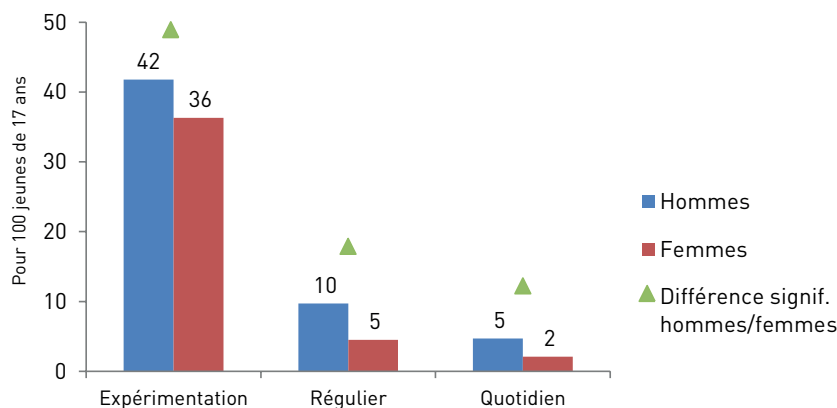
- Perte de motivation avec baisse des performances, notamment scolaires ;
- Sevrage avec irritabilité, anxiété, troubles du sommeil ;
- Perturbation de la conscience et de la cognition ;
- Induction de troubles psychotiques (schizophrénie) chez des personnes déjà à risque ;
- Effets sur la santé si consommation concomitante de tabac.

Consommation de cannabis chez les jeunes de 17 ans en France [2]

Concernant l'**expérimentation**, près de 4 jeunes sur 10 (**40 %**) atteignent l'âge de 17 ans en ayant déjà consommé du cannabis. Cette consommation est en net recul dans les deux sexes avec un baisse de 9 points par rapport à 2014. Les hommes (42 %) sont plus nombreux à avoir déjà consommé du cannabis (les femmes sont à 36 %). L'âge d'initiation au cannabis est situé entre 15 ans et 15 ans et demi dans les deux sexes. Lorsque ces jeunes sont interrogés sur le type de cannabis fumé lors de la dernière consommation, ils sont deux tiers (67 %) à l'avoir consommé sous forme d'herbe et près d'un tiers (32 %) sous forme de résine.

Concernant l'**usage régulier**, il concerne surtout des hommes dont le pourcentage (10 %) est deux fois plus important que chez les femmes (5 %).

Concernant l'**usage quotidien**, il est le fait de **4%** des jeunes de 17 ans, avec une consommation plus importante chez les hommes (5 %) que chez les femmes (2 %).



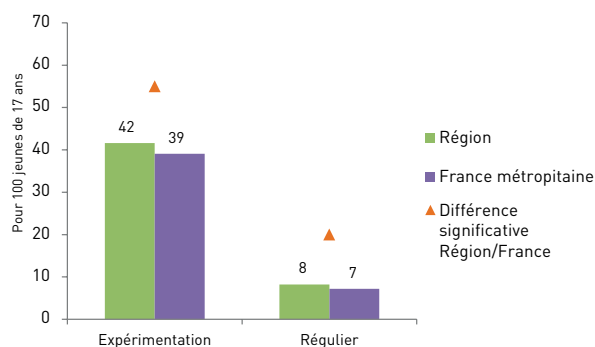
Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes. Différence significative : seuil 5 %.

Plusieurs facteurs influencent l'**usage régulier de cannabis**, notamment le **sexe** mais aussi la **situation scolaire** : l'usage régulier concerne 6 % des lycéens, 14 % des apprentis et 21 % des jeunes sortis du système scolaire.

Consommation de cannabis chez les jeunes de 17 ans en Auvergne-Rhône-Alpes ^[12]

En Auvergne-Rhône-Alpes, la proportion de jeunes ayant **expérimenté (42 %)** et ayant un **usage régulier (8 %)** de cannabis est plus forte qu'en France métropolitaine.

Le taux d'expérimentation perd 9 points entre 2014 et 2017 alors que l'évolution de l'usage régulier n'est pas significative.



Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.
Différence significative : seuil 5 %.

Conseils ^[4]

Cf. Fiche « Structures d'accompagnement et de soin », rubrique « Addictions »

- Prise en charge globale, sans urgence ;
- Psychothérapies : thérapies cognitivo-comportementales, entretiens motivationnels, thérapies familiales ;
- Parfois, prise en charge médicamenteuse des symptômes d'intoxication aiguë ou de sevrage.

Exemples d'autres substances psychoactives ^[4, 21]

Les effets potentiels sur la santé présentés dépendent de la quantité de substance consommée, de la durée de consommation et de la sensibilité de chacun.

Cocaïne / crack

Extrait des feuilles de coca ; poudre, cailloux, galettes, crack, freebase ou fumée.

Effets potentiels : symptomatologie maniaque suivie de « descente », anxiété, paranoïa, maladies cardiovasculaires, troubles neurologiques, atteinte du fœtus en cas de grossesse.

Amphétamines et MDMA (ecstasy)

Amphétamine, méthamphétamine ou MDMA/ecstasy (méthylènedioxyamphétamine) dérivé de l'amphétamine. Poudre, cristaux, comprimés ou gélules (MDMA).

Effets potentiels : augmentation de la température, trouble du sommeil, anxiété, troubles psychotiques, perte de poids, affaiblissement immunitaire, maladies cardiovasculaires, défaillance du foie.

Opiacés

Naturels (opium), semi-naturels (héroïne) ou synthétiques (codéine, méthadone, oxycodone, fentanyl).

Effets potentiels : défaillance respiratoire, sevrage, amaigrissement, sevrage du nouveau-né en cas de grossesse.

Nouveaux produits de synthèse (NPS)

Cannabinoïdes de synthèse, cathinones de synthèse (dérivés du khat, un arbuste africain) et méthoxétamine.

Effets potentiels : troubles du sommeil, hallucinations, maladies cardiovasculaires, convulsions, confusion, défaillance d'organe (rein, foie, poumons).

GHB (acide gammahydroxybutyrique), GBL (gammabutyrolactone) et BD (1,4-butanediol)

GHB : Poudre blanche ou liquide incolore et inodore. Substance connue du grand public sous le nom de « drogue du violeur ».

GBL/BD : Se transforment en GHB une fois dans l'organisme.

Effets potentiels : euphorie, désinhibition, altération de la conscience et la mémoire, maladies cardiovasculaires.

Kétamine

Poudre, liquide, comprimé ou gélule ; utilisé en anesthésiant en médecine humaine et animale
Effets potentiels : « trous noirs », troubles de l'humeur, coma, défaillance pulmonaire.

Champignons hallucinogènes

Issus de champignons, principaux composés actifs : psilocybine et psilocyne.

Morceaux frais ou séchés ; poudre. Le LSD (diéthylamide de l'acide lysergique) est un produit de synthèse fabriqué à partir d'un champignon.

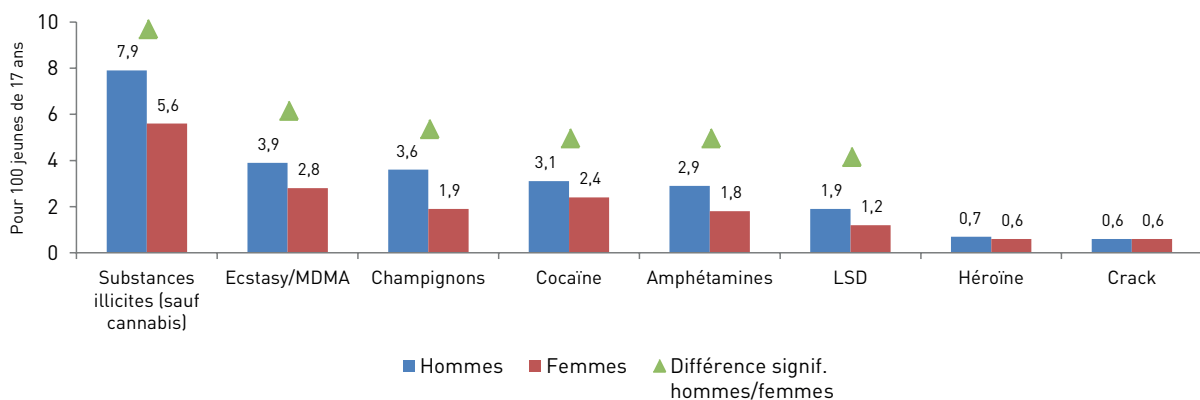
Effets potentiels : hallucinations, agitation, maladies cardiovasculaires, défaillance pulmonaire.

Tous les produits cités ci-dessus sont classés parmi les stupéfiants. L'usage, la vente et la présentation sous un jour favorable sont interdits par le Code de la santé publique et le Code pénal.

Sont aussi à prendre en compte les médicaments psychotropes détournés de leur usage : antidouleurs, antidépresseurs, benzodiazépines (tranquillisants), psychostimulants, hypnotiques (sommifères)...

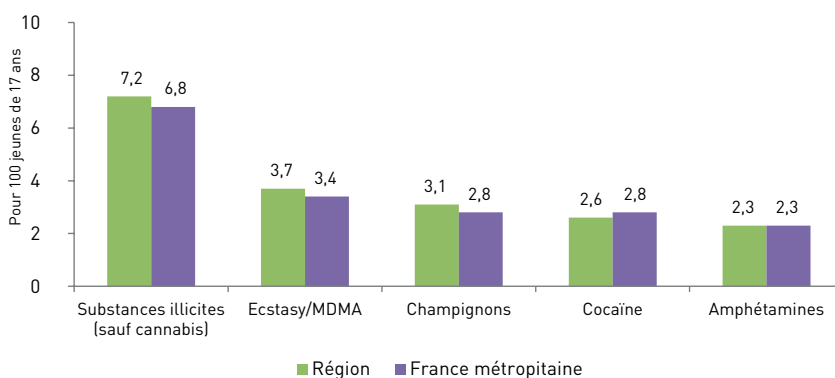
Consommation chez les jeunes de 17 ans en France [2]

En 2017, **7 % des adolescents de 17 ans** ont déjà consommé une substance illicite autre que le cannabis. Ce pourcentage est en recul de 2 points par rapport à 2014. Les hommes ont une expérimentation significativement plus élevée d'ecstasy/MDMA, de champignons hallucinogènes, de cocaïne, d'amphétamines et de LSD. Il n'existe pas de différence nette de consommation d'héroïne ou de crack entre les hommes et les femmes.



Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.
Différence significative : seuil 5 %.

Consommation chez les jeunes de 17 ans en Auvergne-Rhône-Alpes [12]



Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Il n'existe pas de différence significative entre l'expérimentation des substances illicites autres que le cannabis des jeunes de la région et celle des jeunes de la France métropolitaine. Il n'y a pas d'évolution significative de ce pourcentage depuis l'enquête de 2014.

Conseils ^[4]

Cf. Fiche « Structures d'accompagnement et de soin », rubrique « Addictions »

Réduction des risques et des dommages (au cœur de la prise en charge)

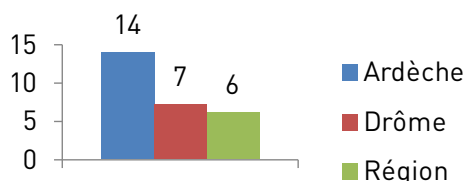
- Réduction des conséquences des consommations : matériel stérile (seringues, pailles, etc.), déconseiller les mélanges, surveiller les doses consommées, dépister les complications ;
- Salle de consommation à moindre risque : pas de salle dans l'Ardèche ou la Drôme.

Accompagnement

- Ambulatoire ou hospitalier ; Suivi au long cours, pluridisciplinaire, sanitaire et social ;
- Traitement symptomatique des intoxications aiguës et du sevrage ;
- Pour les opiacés : traitement substitutif aux opiacés.

Taux de remboursement des traitements substitutifs aux opiacés (au moins 3 délivrances) pour 10 000 jeunes de 20 à 24 ans, 2017 (hommes et femmes)

Taux pour 10 000 jeunes de 20 à 24 ans



Sources : Cnam (SNIIRAM DCIRS), Insee.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En 2017, le remboursement était plus élevé dans l'Ardèche. Les remboursements de la Drôme et de la région ne diffèrent pas. À l'échelle de la région, le remboursement concerne **2 hommes pour 1 femme**.

Actions de prévention-formation de l'Anpaa 07 et l'Anpaa 26 ^[24]

Le pôle prévention-formation de l'Anpaa a pour mission d'accompagner les professionnels, les jeunes et leurs parents sur la question des conduites addictives.

- Prévenir les risques, réduction des risques et des dommages ;
- Formation des professionnels ;
- Accompagnement méthodologique ;
- Sensibilisation, « aller vers » ;
- Éducation et promotion de la santé, développement des compétences psychosociales.

Anpaa 07

En 2018, l'Anpaa 07 a accompagné 48 structures accueillant des jeunes (établissements scolaires, Missions locales, MJC, Sessad, Itep...) pour la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé et de prévention des conduites addictives avec ou sans produits, sur l'ensemble du département.

- 1 808 jeunes / 196 interventions ;
- 241 professionnels, dont 66 ont bénéficié de sensibilisation ou de sensibilisation en addictologie.

Ces actions ont pu être réalisées grâce au soutien financier de l'ARS, la Mildeca, ARCHE Agglo et le Conseil départemental de l'Ardèche.

Anpaa 26

En 2018, l'Anpaa 26 a accompagné 43 structures accueillant des jeunes (établissements scolaires, Missions locales, MJC, Sessad, Itep...) pour la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé et de prévention des conduites addictives avec ou sans produits, sur l'ensemble du département.

- 1 932 jeunes / 171 interventions ; 135 parents / 10 interventions ;
- 351 professionnels, dont 82 ont bénéficié de sensibilisation en addictologie lors de 10 interventions.

L'Anpaa 26 a dispensé 3 formations en direction de 80 professionnels encadrant les jeunes, issus de 43 structures différentes.

Ces actions ont pu être réalisées grâce au soutien financiers de l'ARS, la Mildeca, la Caf, le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) et les municipalités de Pierrelatte et Montélimar.

Modalités d'intervention en prévention avec Tempo-Oppelia [25]

Dans le cadre de sa fonction ressource, Tempo-Oppelia intervient sur le département de la Drôme auprès de partenaires (Missions locales, associations...) en demande d'une montée en connaissances et en compétences de leurs équipes sur la thématique des conduites addictives. Tempo-Oppelia organise des **sessions d'information, d'éducation, de communication et de sensibilisation des professionnels**. Cette fonction ressource s'appuie sur l'expertise développée par les professionnels de l'établissement depuis de nombreuses années, sur un certain nombre de valeurs et de concepts opérant dans le champ des addictions (la personne et son pouvoir d'agir, la promotion de la santé, la réduction des risques, l'intervention précoce, la transdisciplinarité), mais aussi sur les savoirs expérimentiels des publics accompagnés.

En parallèle, l'équipe d'**intervention précoce** intervient auprès des établissements et structures partenaires (établissements scolaires...) dans ce même objectif, et permet la mise en place d'un **environnement favorable à la santé**.

Les professionnelles de Tempo-Oppelia ont ainsi rencontré en 2018, en interventions collectives :

- 983 jeunes. Dans ce cadre, les professionnelles sont particulièrement vigilantes à favoriser l'échange et le dialogue avec les jeunes, dans une double optique de conforter et de développer leurs compétences psychosociales (estime de soi, regard critique, positionnement dans un groupe...);
- 428 professionnels, au sein des structures partenaires;
- 127 interventions, soit 222 heures.

Pour en savoir plus

Ressources locales

Anpaa.asso.fr
Oppelia.fr/structure/tempo

Ressources nationales

Tabac-Info-Service.fr
Alcool-Info-Service.fr
Drogues-Info-Service.fr
OFDT.fr
Mildeca.gouv.fr

Références

- [1] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Jeunes et addictions. Décembre 2016.
- [2] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Enquête ESCAPAD 2017.
- [3] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Effectifs départementaux ESCAPAD 2017.
- [4] CNUP, AESP, CUNEA. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. 2017.
- [5] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). 2013
- [6] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence. Décembre 2017.
- [7] ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Auvergne-Rhône-Alpes : le Projet régional de santé 2018-2028. Juin 2018.
- [8] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Tabagisme et arrêt du tabac en 2017. Mars 2018.
- [9] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Tableau de bord - Tabac - Décembre 2018.
- [10] Santé publique France. Baisse du tabagisme en France : un million de fumeurs quotidiens de moins entre 2016 et 2017. Un succès pour la santé publique. Mai 2018.
- [11] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Les comportements tabagiques à la fin de l'adolescence - Enquête ESCAPAD 2017. Février 2018.
- [12] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Les drogues à 17 ans : analyse régionale - Enquête ESCAPAD 2017. Septembre 2018.
- [13] Collège des enseignants en pneumologie. Édition 2018 du Référentiel du Collège des Enseignants de Pneumologie pour la préparation des ECN. 2018.
- [14] Assurance maladie. Arrêt du tabac : quelle prise en charge pour les substituts nicotiques ? [en ligne] <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiniques>
- [15] Haut Conseil de la santé publique. Bénéfices-risques de la cigarette électronique pour la population générale. Février 2016.
- [16] Cpm de la Drôme. Présentation de l'organisation et des actions drômoises en matière de prévention et d'aide à l'arrêt du tabac.
- [17] Tabac info service. Le Moi(s) sans tabac [en ligne] <https://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr>
- [18] Santé publique France et Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Mai 2017.
- [19] Assurance maladie. L'alcool : définition et repères de consommation [en ligne] <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/alcool-sante/definition-reperes-consommation>
- [20] Alcool-info-service. Pour votre santé, l'alcool c'est maximum deux verres par jour et pas tous les jours [en ligne] <http://www.alcool-info-service.fr/Actualites/2-verres-par-jour-pas-tous-les-jours>
- [21] Drogues-info-service. [en ligne] <http://www.drogues-info-service.fr>
- [22] Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca). Cannabidiol (CBD) : le point sur la législation [en ligne] <https://www.drogues.gouv.fr/actualites/cannabidiol-cbd-point-legislation>
- [23] Bisiou Y. Cannabidiol (CBD) et « cannabis ultra-light » : quel statut en droit français ? Dalloz 2018.
- [24] Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie. Les actions de prévention-formation de l'Anpaa 07 et de l'Anpaa 26.
- [25] Tempo-Oppelia. Diagnostic Santé des jeunes.

TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (TIC)

Faits marquants

- ▶ Les 7-12 ans passent en moyenne 6h10 par semaine sur Internet. Ils sont 24 % à posséder un téléphone intelligent (smartphone) ; les 13-19 ans passent en moyenne 15h11 par semaine sur Internet. Ils sont 84 % à posséder un téléphone intelligent (smartphone) ;
- ▶ 59 % des adolescents sont équipés de tablettes ; 91 à 95 % des 10-24 ans jouent à des jeux vidéo ; 98 % des adolescents ont accès à une connexion Internet, 85 % l'utilisent tous les jours ;
- ▶ Le temps de visionnage quotidien de la télévision en 2018 est de 1h39 pour les 4-14 ans et de 1h56 pour les 15-34 ans ;
- ▶ 38,3 % des enfants d'Auvergne-Rhône-Alpes visionnent la télévision plus d'une heure par jour durant les jours où il y a école (enquête 2012-2013 de l'Éducation nationale), chiffre inférieur au pourcentage national (42,9 %) ;
- ▶ Le temps de sommeil diminue de plus d'une demi-heure en cas d'utilisation des écrans avant d'aller se coucher ;
- ▶ La cyberviolence concerne un quart des collégiens et un cinquième des lycéens.

Définition

TIC (*technologies de l'information et de la communication*), **nom féminin pluriel**. Ensemble des techniques et des équipements informatiques permettant de communiquer à distance par voie électronique.

Source : Larousse

Les technologies de l'information et de la communication recouvrent un champ très large de pratiques qui concernent notamment le **téléphone portable**, intelligent (*smartphone*) ou non, les **tablettes numériques**, les **ordinateurs** et les **consoles de jeux**. Si celles-ci permettent un accès mondialisé à la connaissance du bout des doigts et sont un moyen de communiquer avec une personne quel que soit son endroit sur le globe, elles sont aussi responsables de phénomènes émergents aux risques sanitaires peu connus tels que l'addiction aux écrans, le cyberharcèlement et les troubles du sommeil.

La diffusion de masse de ces technologies étant très récente (depuis le début du XXI^{ème} siècle), il y a encore aujourd'hui peu de recul sur les impacts qu'elles peuvent avoir sur la santé, notamment la santé des jeunes.

Contexte national [1, 2, 3, 4, 5, 6]

Les **technologies de l'information et de la communication** sont omniprésentes dans la vie quotidienne, notamment des enfants et adolescents. Cette tendance augmente et survient de plus en plus tôt au cours de la vie, chaque année.

Concernant la **connexion à Internet** en 2017, les 7-12 ans passent en moyenne 6h10 par semaine connectés, soit une progression de 45 minutes par rapport à 2015. Les 13-19 ans y passent 15h11 par semaine, soit une progression de 1h30 par rapport à 2015.

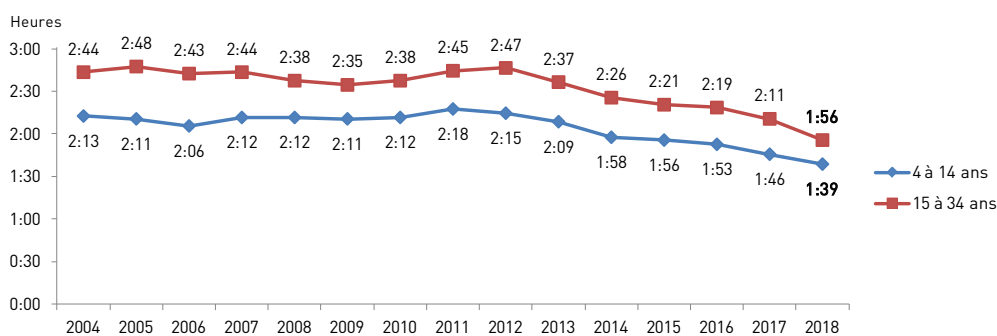
Concernant les **ordiphones ou téléphones intelligents (smartphones)** en 2018, 24 % des 7-12 ans et 84 % des 13-19 ans en sont équipés. Concernant les **tablettes numériques** en 2017, 59 % des adolescents en sont équipés. Les principales utilisations des ordiphones ou des tablettes par les 7-12 ans sont les jeux alors que celles des 13-19 ans sont plus variées : réseaux sociaux, messagerie, vidéos... Les 3 **réseaux sociaux** les plus utilisés sont YouTube (visionnage de vidéos), Facebook (publication de messages, photos et activités) et SnapChat (envoi de photos éphémères).

Concernant les **jeux vidéo**, le pourcentage de jeunes qui jouent varie entre 91 et 95 % selon la classe d'âge chez les 10-24 ans. Le jeu vidéo est le bien culturel le plus vendu avec un chiffre d'affaires de 4,3 milliards d'euros en 2017. Les jeux les plus achetés en 2017 sont des jeux d'action, des jeux de tir et enfin des jeux de rôle (*Role Playing Game* ou RPG).

Concernant la **télévision**, les chiffres 2018 de l'institut Médiamétrie font état d'un temps de visionnage quotidien de **1h39 pour les 4-14 ans** et de **1h56 pour les 15-34 ans**. Les durées de visionnage sont en baisse depuis plusieurs années, les 4-14 ans sont passés sous la barre des 2h00 par jour en 2014 alors que les 15-34 ans sont passés en dessous de la barre des 2h00 par jour en 2017. En 15 ans, les 4-14 ans regardent 34 minutes de moins la télévision par jour et les 15-34 ans la regardent 48 minutes de moins.

Un étude du ministère de l'Éducation nationale menée en 2012-2013 auprès d'enfants en grande section de maternelle et publiée en 2017 montre que 38,3 % des enfants d'Auvergne-Rhône-Alpes visionnent la télévision plus d'une heure par jour durant les jours où il y a école. Ce chiffre est inférieur au pourcentage national qui est de 42,9 %.

Durée d'écoute par individu (temps de visionnage quotidien de la télévision) entre 2004 et 2018 selon l'âge, France



Source : Médiamétrie. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

À l'ère où **la quasi-totalité des adolescents ont accès aux technologies de l'information et de la communication** (98 % ont une connexion Internet à domicile, 85 % se connectent tous les jours), **les principales différences entre les jeunes reposent désormais sur l'utilisation qui en est faite**. L'éducation au numérique et l'accompagnement des jeunes avec leurs écrans sont des éléments essentiels. Sans cet accompagnement, les jeunes sont plus vulnérables aux problématiques soulevées par le contexte actuel telles que le manque de hiérarchisation de l'information, les fausses informations, les images inappropriées à leur âge et le manque de protection des données personnelles.

Par ailleurs, la **fracture numérique** ne concerne pas uniquement les personnes âgées. Bien que les jeunes demandent assez peu souvent de l'aide, il est nécessaire de les accompagner dans leur utilisation des TIC, notamment dans les démarches administratives.

➔ Problématiques posées par les TIC

Troubles du sommeil [7, 8, 9]

D'après une étude^[7] publiée en 2018 par l'Institut national du sommeil et de la vigilance (INSV) en partenariat avec la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN), les 15-24 ans dorment en moyenne **7h17 (couchés à 23h20) en semaine** et **8h27 (couchés à 00h49) le week-end**. Une autre étude^[9] publiée en mars 2019 par Santé publique France retrouve des temps de sommeil comparables chez les 18-24 ans, avec un temps de sommeil de **7h02 la semaine** et **8h19 le week-end**.

Alors qu'un lycéen devrait dormir 8 à 10 heures par nuit et un étudiant ou jeune actif 7 à 9 heures, ils sont **88 % à déclarer manquer de sommeil**. Parmi ces jeunes qui déclarent manquer de sommeil, **99 % en ressentent les effets sur la vie quotidienne** : fatigue, manque d'attention, irritabilité, somnolence...

La multiplication des écrans a un impact direct sur le sommeil et ce, dès le plus jeune âge. Dans cette même étude de l'INSV, les jeunes sont **83 % à aller se coucher non par pour dormir mais pour aller consulter un écran**, parfois pendant plus d'une heure (**moyenne 1h08**). Leur **temps de sommeil est inférieur de plus d'une demi-heure** par rapport aux jeunes qui n'utilisent pas d'écran avant d'aller dormir.

Plusieurs études mettent en avant la luminosité des écrans, en particulier la lumière bleue, qui agit directement sur la région du cerveau en charge de la régulation du sommeil en **empêchant la fabrication de la mélatonine**, l'hormone du sommeil.

L'INSV donne trois conseils pour un usage des écrans permettant un bon sommeil chez les 15-24 ans :

1. ne pas aller se coucher pour y pratiquer une activité prolongée ;
2. **ne pas utiliser d'écran au moins 1 heure avant l'heure du coucher** (télévision non comprise car vue de plus loin) ;
3. couvre-feu digital toute la nuit.

Trouble du jeu vidéo [10, 11, 12, 13]

La reconnaissance du trouble du jeu vidéo (*gaming disorder*) par la nomenclature internationale est récente. Elle est réalisée par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) depuis 2013 avec la parution de la cinquième édition de leur Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5) et est reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 2018 avec la parution de la onzième édition de la Classification internationale des maladies (CIM-11). Ces troubles sont considérés comme des addictions sans produit ou addictions comportementales.

Trouble du jeu vidéo [10, 11]

- Perte de contrôle sur l'utilisation et la place accordée à ces jeux au détriment des activités habituelles, de la vie familiale, sociale, professionnelle ou scolaire ;
- Poursuite de l'utilisation malgré les conséquences négatives (résultats scolaires en baisse, dégradation des relations sociales, sanctions professionnelles...) ;
- Comme les addictions liées à un produit, des symptômes de sevrage peuvent se retrouver à l'arrêt du jeu (avec état de manque) ou encore une tolérance (nécessité de passer plus de temps à jouer pour satisfaire le même niveau de besoin).

Les symptômes sont variés d'un individu à l'autre et ne sont pas toujours corrélés au temps d'utilisation.

L'addiction aux jeux vidéo dépend du type de jeu. L'arrivée d'Internet et l'évolution des technologies dans le monde du jeu vidéo ont amené un type de jeu sophistiqué aux règles complexes que sont les **jeux en ligne massivement multijoueurs** (dont les jeux de rôle en ligne massivement multijoueurs ou MMORPG), des jeux dans lesquels le joueur évolue dans un **monde virtuel ouvert et persistant**, c'est-à-dire qui continue à évoluer même en l'absence du joueur qui peut avoir le sentiment d'être pénalisé si celui-ci ne passe pas le nombre d'heures de jeu suffisant dans une journée.

La seule enquête sur le mésusage des écrans réalisée en France est le **Programme d'étude sur les liens et l'impact des écrans sur l'adolescent scolarisé (PELLEAS)** réalisée pendant l'année scolaire 2013-2014 par la consultation jeunes consommateurs (CJC) du Centre Pierre-Nicole de la Croix-Rouge française en partenariat avec l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Cette enquête a été réalisée sur un échantillon de plus de 2 000 collégiens et lycéens de la région Île-de-France.

Les résultats révèlent que **88 % des collégiens et 85 % des lycéens jouent à un jeu vidéo au moins une fois par semaine**. Le seuil de **l'usage problématique** est franchi pour **14 % des joueurs quotidiens**. En comparant les jeunes présentant un usage problématique avec les autres jeunes, il est retrouvé certaines caractéristiques plus fréquemment chez les joueurs problématiques : redoublement, faible encadrement parental, jeu seul ou en ligne avec d'autres joueurs et symptomatologie dépressive.

Des chiffres de l'Institut fédératif des addictions comportementales (IFAC) font état d'un pourcentage de 5 % des jeunes de 17 ans qui joueraient 5 à 10 heures par jour. En raison de cet usage des écrans, 23 % de ces jeunes déclarent avoir rencontré, au cours de l'année écoulée, un problème avec leurs parents, 5 % avec leurs amis et 26 % à l'école ou au travail.

Prévention et jeux vidéo ^[14]



Source : Institut fédératif des addictions comportementales (IFAC)

L'**Institut fédératif des addictions comportementales (IFAC)** est un centre de référence sur les addictions sans produit ou addictions comportementales (jeux de hasard et d'argent, jeux vidéos, achats compulsifs, addictions sexuelles...). Cette structure est rattachée au centre hospitalo-universitaire de Nantes. Il édite un **guide à destination des parents** pour maîtriser l'usage des jeux vidéo à domicile.

Les principaux conseils prodigués sont :

- installer l'ordinateur ou la console de jeu dans un lieu de passage ;
- déterminer un temps de jeu ;
- évaluer le contenu du jeu vidéo grâce au pictogramme PEGI (*Pan European Game Information*) pour savoir s'il est adapté à l'âge ;
- Installer un logiciel de contrôle parental.

Cyberviolence et cyberharcèlement ^[15, 16, 17]

D'après la définition du ministère de l'Éducation nationale, les **cyberviolences** regroupent les propos diffamatoires, discriminatoires, humiliants, agressifs, les incitations à la haine, la divulgation d'informations ou d'images personnelles, la propagation de rumeurs, le piratage de compte et l'usurpation d'identité.

Le **cyberharcèlement** est la répétition d'une ou plusieurs formes de cyberviolence dans la durée.

Pour ces jeunes, ces formes de violences et de harcèlement sont similaires aux situations de violences et harcèlement scolaires classiques qui existaient déjà avant l'arrivée des technologies de l'information et de la communication : ils peuvent être le fait d'une ou plusieurs personnes à l'encontre d'une ou plusieurs victimes isolées et sans défense.

Ce qui change avec les nouvelles technologies, ce sont les possibilités de **dissémination rapide et large** de l'information, **de jour comme de nuit**, même lorsque les jeunes sont à leur domicile, loin de l'enceinte de l'école. **L'anonymat favorise un sentiment d'impunité** et peut rendre difficile l'identification de l'auteur de ces méfaits.

En France, au collège, les cas de cyberviolence concernent **un quart des élèves** (26 % des filles et 24 % des garçons) au cours de l'année 2017. Les filles (8 %) sont plus touchées que les garçons (6 %) par le cyberharcèlement. **Au lycée, 20 % des filles et 16 % des garçons** ont été confrontés à de la cyberviolence au cours de l'année 2018.

Agir contre les cyberviolences et le cyberharcèlement ^[15, 18]



Source : Ministère de l'Éducation nationale

Le ministère de l'Éducation nationale a édité un guide de **prévention des cyberviolences en milieu scolaire**. Ce guide, en 10 fiches, dresse un état des lieux de l'utilisation par les jeunes des technologies de l'information et de la communication, définit les termes de cyberviolence et de cyberharcèlement, rappelle le **cadre légal** et propose des solutions pour **prévenir ces violences** et **agir en cas de cyberviolence avérée**.

La **gendarmerie de la Drôme** est équipée d'une **cyberpatrouille** rattachée à la cellule d'investigations criminelles et numériques de la Drôme (CICN 26). Cette unité intervient lors d'enquêtes judiciaires pour exploiter les appareils et traque les crimes et délits sur Internet (notamment les réseaux sociaux).

Quiz : Connaissez-vous les acronymes de jeux vidéo suivants ?

Question 1 – Que désigne le terme « LAN » ?

- A – Un mode de jeu dans lequel plusieurs joueurs peuvent jouer sur le même réseau local
- B – Le jeu pour téléphone le plus téléchargé de l'année 2018
- C – Un terme dérivé de l'anglais exprimant son désaccord lors d'une conversation en groupe

Question 2 – Dans quel catégorie de jeux peut-on retrouver la sous-catégorie « FPS » ?

- A – Les jeux de rôle
- B – Les jeux de course
- C – Les jeux de tir

Question 3 – Que désigne le terme « PNJ » ?

- A – Un type de port sur lequel brancher une manette
- B – Un type de personnage géré par le jeu lui-même sans intervention du joueur
- C – Un type de pépite qui se récolte dans un célèbre jeu de gestion de ressources minières

Réponses :
 1A. LAN signifie Local Area Network, soit réseau local. Tous les joueurs se réunissent dans un même lieu physique et connectent leurs appareils électroniques (la plupart du temps un ordinateur) pour jouer sur le même réseau en circuit clos, sans connexion à Internet.
 2C. FPS signifie First Person Shooter, soit tir à la première personne. Il s'agit d'un type de jeu de tir dans lequel le joueur voit la scène avec le même point de vue que les yeux du personnage.
 3B. PNJ signifie Personnage Non Joueur. Il joue un rôle dans le jeu mais n'est pas contrôlé par un joueur humain.

Éducation

Exemples d'actions

Éducation au numérique à Privas – Mutualité française Auvergne-Rhône-Alpes^[19]



Source : Mutualité française Auvergne-Rhône-Alpes

La Mutualité française organise régulièrement des Rencontres santé sur des thématiques variées telles que la nutrition, la santé des aidants ou l'usage des écrans. En février 2018, la Mutualité française Auvergne-Rhône-Alpes a organisé des interventions en classe et une conférence dans un lycée de Privas sur le thème du numérique et de la parentalité. Ces événements, animés par un psychologue clinicien, ont mis en avant des sujets tels que le mésusage des écrans, le cyberharcèlement, les images inappropriées et la protection des données face aux géants d'Internet.

Union départementale des associations familiales de la Drôme (Udaf 26) – Pôle ressources « Parentalité-Numérique »^[20]



Source : Udaf 26

La Caisse d'allocations familiales de la Drôme (Caf 26) a confié à l'Udaf 26 l'animation d'un **Pôle ressources « Parentalité et Numérique »** mobilisant les différents acteurs du département dans ce domaine. Les ressources mutualisées par ce Pôle à destination des partenaires et des familles peuvent prendre différentes formes : supports, vidéos, contacts d'intervenants... En novembre 2018, **une soixantaine d'initiatives** étaient répertoriées sur le territoire drômois. Les thématiques sont variées : **éducation aux médias**, maîtrise de son **identité numérique**, prévention du **mésusage des écrans**, accompagnement dans les démarches en ligne... Un **catalogue** de toutes ces actions est disponible sur le site de l'Udaf 26 (www.udaf26.fr/-Pole-Ressource-Parentalite-Numerique-)

Union nationale des associations familiales (Unaf) : Mon enfant et les écrans (www.mon-enfant-et-les-ecrans.fr)

L'Union nationale des associations familiales (Unaf) met à disposition sur un site Internet dédié des **conseils, ressources et astuces pour les parents et les professionnels** qui les accompagnent sur les écrans. Ce site permet d'accompagner et de **guider les familles sans les culpabiliser**.



Source : Unaf

La Famille Tout-Écran ^[21]



Source : Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf)

« La Famille Tout-Écran » est une série lancée par la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) et le Centre pour l'éducation aux médias et à l'information (Clemi). Cette série en 15 épisodes est diffusée depuis novembre 2018, à la fois en ligne et sur les chaînes du groupe France Télévisions. Cette série s'inspire du guide pratique du même nom édité en 2016 par la Clemi. Dans cette série, cinq notions sont abordées : le temps passé sur les écrans, la distinction entre l'info et l'intox, les réseaux sociaux, les contenus inappropriés et le rôle des adultes.

Prévention et écrans ^[22, 23, 24]

Règle **3-6-9-12** de Serge Tisseron, psychiatre

- 3** : Éviter les écrans avant **3 ans** ;
- 6** : Pas de console de jeu avant **6 ans** ;
- 9** : Pas d'Internet avant **9 ans** ;
- 12** : Pas d'Internet seul avant **12 ans**.

Règle des **4 pas** de Sabine Duflo, psychologue

- Pas** d'écran dans la chambre de l'enfant ;
- Pas** d'écran le matin ;
- Pas** d'écran pendant les repas ;
- Pas** d'écran avant de se coucher.

Les 5 messages de la Société française de pédiatrie

1. Comprendre le développement des écrans sans les diaboliser ;
2. Des écrans dans les espaces de vie collective, mais pas dans les chambres ;
3. Des temps sans aucun écran ;
4. Oser et accompagner la parentalité pour les écrans ;
5. Veiller à prévenir l'isolement social.



Source : Tim Gouw

➔ Trouble du jeu vidéo : accompagnement

Suivi possible par les associations **Anpaa 07**, **Anpaa 26** et **Tempo-Oppelia** (Cf. fiche « Structures d'accompagnement et de soin »).

🔗 Pour en savoir plus

Ressource locale

Udaf26.fr/-Pole-Ressource-Parentalite-Numerique-

Union des associations familiales de la Drôme – Pôle ressources « Parentalité-Numérique »

Ressources nationales

Mon-enfant-et-les-ecrans.fr

Conseils, ressources et astuces pour les parents et les professionnels qui les accompagnent sur les écrans (Union nationale des associations familiales)

LeBonUsageDesEcrans.fr

Le bon usage des écrans (Institut d'Éducation Médicale et de Prévention)

Caf.fr/allocataires/actualites/2018/la-famille-tout-ecran-decouvrez-la-serie

La Famille Tout-Écran (Caisse nationale des allocations familiales)

IFAC-addictions.fr

Institut fédératif des addictions comportementales (centre hospitalo-universitaire de Nantes)

PEGI.info/fr

Pan European Game Information : pictogramme sur l'âge ou le contenu pour prendre des décisions éclairées lors de l'achat de jeux vidéo

Pédago-jeux

Information des parents sur le jeu vidéo (Union nationale des associations familiales)

📄 Références

- [1] Ipsos. Junior Connect' 2017 – Les jeunes ont toujours une vie derrière les écrans ! [en ligne] <http://www.ipsos.com/fr-fr/junior-connect-2017-les-jeunes-ont-toujours-une-vie-derriere-les-ecrans>
- [2] Ipsos. Junior Connect' 2018 – Jeunes et médias : une consommation toujours dynamique et diversifiée ! [en ligne] <http://www.ipsos.com/fr-fr/junior-connect-2018-jeunes-et-medias-une-consommation-toujours-dynamique-et-diversifiee>
- [3] Syndicat des éditeurs de logiciels de loisirs. L'essentiel du jeu vidéo : chiffres 2017 du marché du jeu vidéo. Février 2018.
- [4] Jehel S. Comment s'informent les adolescents des milieux populaires ? 2016.
- [5] Médiamétrie. Médiamats annuels 2005-2018
- [6] Ministère de l'Éducation nationale. Géographie de l'école 2017 – n° 12. Avril 2017.
- [7] Institut National du Sommeil et de la Vigilance (INSV). Résultats de l'enquête 2018 INSV / MGEN : Le Sommeil des 15-24 ans. Décembre 2018.
- [8] Institut National du Sommeil et de la Vigilance (INSV). Le sommeil des jeunes : 15-25 ans. Mars 2018.
- [9] Santé publique France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire – Le temps de sommeil en France. Mars 2019.
- [10] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). 2013
- [11] Organisation mondiale de la santé. Classification Internationale des Maladies, 11^{ème} version (CIM-11). 2018.
- [12] Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Écrans et jeux vidéo à l'adolescence. Décembre 2014.
- [13] Institut Fédératif des Addictions Comportementales (IFAC). Accro au jeu vidéo ? [en ligne] <http://www.ifac-addictions.fr/accro-au-jeu-video.html>
- [14] Institut Fédératif des Addictions Comportementales (IFAC). Les règles du jeu : information et prévention sur l'usage des jeux vidéo à la maison. Avril 2013.
- [15] Ministère de l'Éducation nationale. Guide de prévention des cyberviolences en milieu scolaire. Novembre 2016.
- [16] Ministère de l'Éducation nationale. Note d'information : 94 % des collégiens déclarent se sentir bien dans leur collège. Décembre 2017.
- [17] Ministère de l'Éducation nationale. Note d'information : Résultats de l'enquête de climat scolaire et victimation auprès des lycéens pour l'année scolaire 2017-2018. Décembre 2018.
- [18] La Dauphiné Libéré. Ces gendarmes qui mènent des cyberpatrouilles. Mars 2019.
- [19] Mutualité française Auvergne-Rhône-Alpes. Numérique et parentalité : comment accompagner nos enfants aux pratiques numériques ?
- [20] Union départementale des associations familiales de la Drôme (Udaf 26). Pôle ressources « Parentalité-Numérique » [en ligne] <http://www.udaf26.fr/-Pole-Ressources-Parentalite-Numerique->
- [21] Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf). La Famille Tout-Écran, pour un usage maîtrisé du numérique en famille. 2018.
- [22] Tisseron S. Apprivoiser les écrans et grandir [en ligne] <http://www.3-6-9-12.org/>
- [23] Duflo S. Mon enfant face aux écrans : 4 pas pour mieux grandir [en ligne] <http://www.sabineduflo.fr>
- [24] Société française de pédiatrie (SFP). L'enfant et les écrans : les recommandations du Groupe de pédiatrie générale (Société française de pédiatrie) à destination des pédiatres et des familles. 2018

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (TCA)

Faits marquants

- ▶ Les hospitalisations en MCO pour trouble du comportement alimentaire concernent 7 fois plus de femmes que d'hommes ;
- ▶ Concernant le nombre annuel de patientes hospitalisées en MCO pour 10 000 femmes entre 15 et 24 ans, les Drômoises (12) ont un taux plus élevé et les Ardéchoises (9) un taux moins élevé que celui de la région (10). Ces taux sont tous plus élevés que celui de la France métropolitaine (8) ;
- ▶ Il est dénombré 1,2 à 1,4 séjour en hospitalisation MCO par femme et par an dans la Drôme, l'Ardèche et la région contre 3,0 séjours en France métropolitaine.

Contexte ^[1]

Les **troubles du comportement alimentaire** sont des pathologies psychiatriques en rapport avec les prises alimentaires. Ces troubles sont à mi-chemin entre la psychiatrie et la médecine non-psychiatrique du fait de leurs conséquences. Cela est particulièrement vrai pour l'anorexie mentale, avec des complications qui sont à la fois psychiatriques (troubles de l'humeur, image erronée de son propre corps, décès par suicide, tentative de suicide) mais aussi non-psychiatriques (carences nutritives, atteinte des muscles et des os, décès par défaillance d'organe).

Dans un contexte dans lequel les adolescents (et surtout les adolescentes) sont influencés par l'**image du corps normé supposé « parfait »** et le **culte de la minceur** renvoyé par la société (groupes sociaux, publicités, médias, réseaux sociaux...), ces troubles se prennent en charge de façon **systemique** avec l'aide des familles et un support psychothérapique, nutritionnel, voire médicamenteux si besoin.

Définitions ^[1, 2]

Anorexie mentale (*anorexia nervosa*)

- Restriction des apports alimentaires par rapport aux besoins ;
- Peur intense de prendre du poids et de devenir « gros » malgré la maigreur ;
- Altération de la perception de son poids ou de son corps (dysmorphophobie), faible estime de soi, manque de reconnaissance de la gravité de la maigreur ;
- Deux types : restrictif (régime, jeûne et/ou exercice physique) ou hyperphagique/purgatif (recours à des vomissements provoqués et/ou des comportements purgatifs).

Boulimie (*boulimia nervosa*)

- Absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne en peu de temps avec perte de contrôle sur ces prises alimentaires ;
- Comportements visant à éviter la prise de poids (vomissements, médicaments, jeûne, exercice physique excessif) ;
- Estime de soi perturbée par la forme du corps et du poids.

Accès hyperphagiques (*binge-eating disorder*)

- Accès d'alimentation excessive avec perte de contrôle ;
- Prises alimentaires rapides, parfois en dehors de toute sensation physique de faim, jusqu'à éprouver une sensation de distension abdominale ;
- Détresse (dégoût, déprime) en lien avec ces accès d'alimentation excessive ;
- Pas de comportement compensatoire pour éviter la prise de poids.

Autres troubles du comportement alimentaires (rares)

- Pica (jeune enfant) : Ingestion répétée de substances non nutritives (plâtre, plomb, sable, cailloux, cheveux, papier, plastique...) ;
- Mérycisme ou « ruminant » (nourrisson) : Régurgitations répétées de nourriture (aliments remastiqués, avalés de nouveau ou recrachés) ;
- Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments : manque d'intérêt pour l'alimentation, évitement fondé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture (odeur, vue, goût) sans perturbation de l'image du corps (donc pas d'anorexie mentale).

Ces affections ne sont pas exclusives, il arrive que certaines personnes connaissent des épisodes de boulimie et d'anorexie par exemple.

À cela peut s'ajouter l'**orthorexie** qui n'est pas considérée comme une maladie mais plutôt comme une habitude de consommation. C'est la recherche d'aliments dit « sains » aux dépens du goût et du plaisir avec des règles alimentaires strictes. Ce contrôle permanent des prises alimentaires peut se transformer en obsession et conduire à une malnutrition ou un isolement social.

Contexte national ^[1, 3]

L'**anorexie mentale** touche **0,9 à 1,5 % des femmes** et **0,2 à 0,3 % des hommes** au cours de leur vie. Elle touche surtout des femmes (8 femmes pour 1 homme), adolescentes (près de 9 cas sur 10 commencent entre 15 et 25 ans), mannequins, danseurs et sportifs. C'est une pathologie dont les conséquences sont fréquemment graves. Il s'agit du trouble psychique qui engendre le plus de mortalité avec un taux de près de 10 % de mortalité sur un suivi de 10 ans.

La **boulimie** touche **1,5 % des femmes** et **0,5 % des hommes** au cours de leur vie. Elle touche surtout les femmes (3 femmes pour 1 homme) entre 10 et 19 ans, principalement dans les milieux urbains (2,5 fois plus que dans les milieux ruraux). Le diagnostic de boulimie est difficile étant donné que les patients souffrant de boulimie consultent peu leur médecin. Ils sont près de 9 sur 10 à ne pas être prêts à en parler à un médecin généraliste.

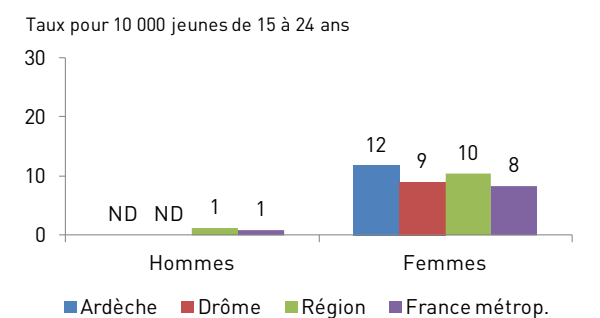
L'accès hyperphagique touche **3 à 5 % des individus** au cours de leur vie. Il touche surtout des femmes (2 femmes pour 1 homme). Certaines études suggèrent que 30 à 50 % des personnes obèses présenteraient ce trouble. Ce sont des personnes qui consultent peu pour leur trouble alimentaire mais plus pour leur surcharge pondérale et leurs conséquences.

La **pica**, le **mérycisme** et la **restriction** sont des troubles du comportement alimentaire **plus rares** qui touchent les enfants, principalement avec des troubles neurodéveloppementaux ou psychiques.

➔ Troubles du comportement alimentaire dans l'Ardèche et la Drôme

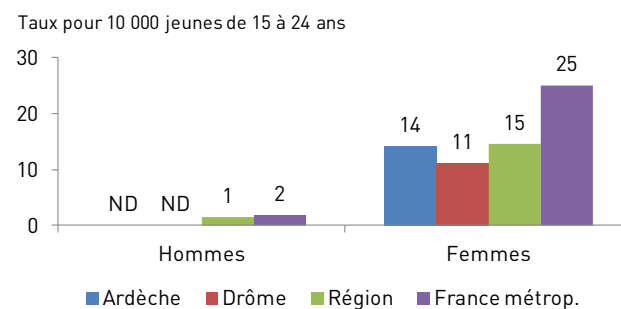
Entre 2016 et 2018, environ **20 femmes ardéchoises** et **40 femmes drômoises de 5 à 24 ans** ont été **hospitalisées chaque année** pour trouble du comportement alimentaire. Les effectifs annuels de tous les hommes et des femmes de moins de 15 ans, inférieurs à 10 par an dans les deux départements, sont soumis au secret statistique.

Taux annuel de patients de 15 à 24 ans hospitalisés en MCO pour trouble du comportement alimentaire pour 10 000 jeunes, 2016-2018



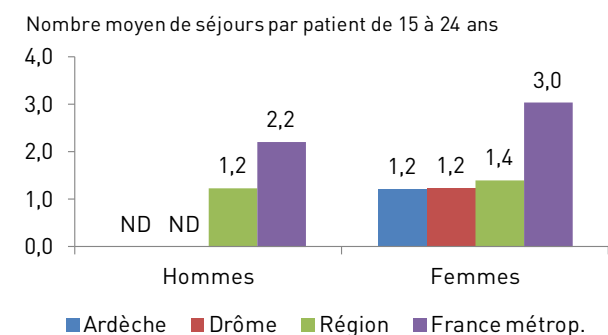
Sources : PMSI, Insee. ND : Données non disponibles
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Taux annuel de séjours en hospitalisation en MCO des 15-24 ans pour trouble du comportement alimentaire pour 10 000 jeunes, 2016-2018



Sources : PMSI, Insee. ND : Données non disponibles
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Nombre moyen de séjours par an et par patient en hospitalisation MCO pour troubles du comportement alimentaire, 2016-2018



Sources : PMSI, Insee. ND : Données non disponibles.
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

Il n'y a pas d'information sur le diagnostic précis du trouble du comportement alimentaire. Néanmoins, de façon générale, le principal motif d'hospitalisation pour trouble du comportement alimentaire est l'anorexie mentale.

Les **femmes** sont **7 fois plus nombreuses** et représentent **8 à 10 fois plus de séjours en hospitalisation MCO** pour troubles du comportement alimentaire, tant au niveau régional qu'au niveau national.

Le taux de patients et de séjours sont comparables entre la région et la France pour les hommes.

Concernant le nombre annuel de patientes hospitalisées en MCO pour 10 000 femmes entre 15 et 24 ans, les Drômoises (12) ont un taux plus élevé et les Ardéchoises (9) un taux moins élevé que ceux de la région (10). Ces taux sont tous plus élevés que ceux de la France métropolitaine (8).

La différence se fait au niveau du nombre de séjours chez les femmes : alors qu'est relevé **1 à 1,5 séjour par femme et par an dans la Drôme, l'Ardèche et la région**, ce nombre passe à **3 séjours par femme et par an au niveau de la France métropolitaine**. Il n'y a pas d'information sur les structures autres que MCO qui accueillent les TCA, sur la durée des séjours d'hospitalisation, ni sur les taux des autres régions qui pourraient faire monter le taux moyen national, c'est pourquoi il n'est pas possible de faire des conclusions quant à cette importante différence.

➔ Accompagnement

Avec qui évoquer ses troubles du comportement alimentaire ?

- **Médecin traitant**, médecin généraliste, psychiatre, pédopsychiatre ;
- Médecin scolaire, infirmier(e) scolaire ;
- Centres hospitaliers psychiatriques ; Centres médico-psychologiques (CMP)
- Centre santé jeune (CSJ) de Valence ;
- Anpaa et Tempo-Oppelia (**Cf. Fiche « Structures d'accompagnement et de soin »**) ;
- Centre référence sur les troubles du comportement alimentaire Loire-Drôme-Ardèche : CHU de Saint-Étienne, site de l'Hôpital Nord.

Signes évocateurs d'anorexie ^[4]

Enfants

- Anomalies de la courbe de croissance ;
- Nausées ou douleurs abdominales répétées.

Adolescents

- Problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie évoqué ;
- Retard de la puberté ;
- Absence d'apparition ou disparition des règles ;
- Hyperactivité physique ;
- Hyperinvestissement dans des activités intellectuelles.

Adultes

- Perte de poids supérieure à 15 % ;
- IMC* inférieur à 18,5 ;
- Refus de prendre du poids malgré un IMC faible ;
- Disparition des règles ;
- Troubles de la libido et de l'érection ;
- Infertilité ;
- Hyperactivité physique ;
- Hyperinvestissement dans des activités intellectuelles.

*Rappel sur le calcul de l'Indice de masse corporelle (IMC) :
$$\frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m)}^2}$$

🔗 Pour en savoir plus

Chu-st-etienne.fr/ActiviteSoins/CtreReference/TCA/Accueil.asp

Centre de référence Loire-Drôme-Ardèche des troubles du comportement alimentaire (CHU de Saint-Étienne)

<http://www.psycom.org/Troubles-psychiques/Troubles-des-comportements-alimentaires-TCA>

Organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale ; ressources sur les troubles du comportement alimentaire

Cf. Fiche « Surcharge pondérale et nutrition »

📖 Références

- [1] CNUP, AESP, CUNEA. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. 2017
- [2] Waysfled B, Association française des diététiciens-nutritionnistes (AFDN). Dossier de presse des 53^{èmes} Journées d'Études de l'AFDN. Lorsque la recherche du régime idéal conduit à des comportements pathologiques : prévenir l'orthorexie. Mai 2015.
- [3] Haute autorité de santé. Anorexie mentale : prise en charge. Juin 2010.
- [4] Haute autorité de santé. Synthèse des recommandations de bonne pratique – Anorexie mentale : prise en charge. Juin 2010

ACCIDENTS DE LA CIRCULATION ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE

Faits marquants

- ▶ Le nombre de blessés hospitalisés et de morts sur les routes de France est en constante baisse depuis le début des années 2000 ;
- ▶ Malgré une diminution nette des tués et des blessés graves sur les routes dans l'Ardèche et la Drôme ces dernières années, les jeunes de 18 à 24 ans restent particulièrement exposés aux accidents de la circulation graves et mortels ;
- ▶ Les taux de mortalité des accidents de la circulation des 18-24 ans sont supérieurs dans l'Ardèche (150 pour 1 million) et la Drôme (206 pour 1 million) à ceux de la région (114 pour 1 million) ou du pays (119 pour 1 million) ;
- ▶ Les décès par accident de la vie courante chez les 6-24 ans représentent un faible effectif dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme. Ces accidents sont surtout le fait de personnes de 65 ans et plus ;
- ▶ Concernant les noyades, 126 personnes (tous âges confondus) ont été concernées en Auvergne-Rhône-Alpes entre juin et août 2018 ; parmi elles, 26 sont décédées.

ACCIDENTS DE LA CIRCULATION ^[1]

Définitions ^[1]

Accident corporel

Accident corporel : accident survenant sur une voie ouverte à la circulation publique touchant au moins une personne avec implication d'au moins un véhicule.

Catégories d'accidents corporels

Accident mortel : au moins une personne tuée ;

Accident grave : au moins une personne tuée ou un blessé hospitalisé ;

Accident léger : personne ni tuée, ni blessée, ni hospitalisée.

Victimes ou indemnes

Usagers indemnes : usagers vivants et ne nécessitant aucun soin médical ;

Victimes : usagers non indemnes.

Victimes

Blessés : personnes non décédées, dont l'état nécessite des soins médicaux ;

Personnes tuées : personnes tuées sur le coup ou 30 jours après.

Blessés

Blessés légers : pas d'hospitalisation ou moins de 24 h d'hospitalisation ;

Blessés hospitalisés : plus de 24 h d'hospitalisation.

Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière

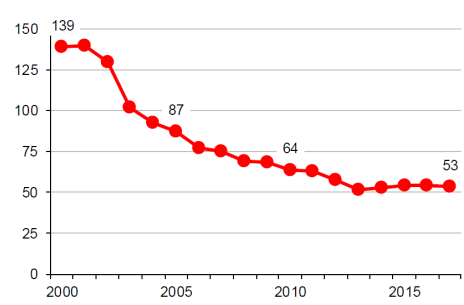
Contexte national [2]

En France, le nombre d'accidents corporels s'élève en 2018 à 55 800 (-4,8 % par rapport à 2017) faisant 3 259 morts (-5,5 % par rapport à 2017) et 69 434 blessés (-5,4 % par rapport à 2017). La tendance est à une nette diminution lors de ces 15 dernières années, le nombre de personnes tuées passant de 139 (2000) à 53 (2017) personnes tuées par million d'habitants.

D'après le bilan 2017 de l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR)^[1], la **vitesse** et l'**alcool** sont les premières causes d'accident mortel. L'**absence de port de la ceinture** est encore fréquente et représente 22 % des personnes tuées. Les **deux-roues motorisés** représentent 22,8 % des morts et 30,7 % des hospitalisations alors qu'ils ne représentent que 1,9 % du trafic. Les hommes représentent 77,4 % des tués. La plupart des personnes tuées le sont sur les **routes hors agglomération** (62,5 %).

La législation a beaucoup évolué ces dernières années, avec pour objectif la diminution du nombre d'accidents et de morts sur les routes : expérimentation de la vitesse limitée à 80 km/h sur les routes secondaires depuis 2018, alcoolémie portée à 0,2 g/L pour les conducteurs novices depuis 2015, interdiction de porter des écouteurs ou des oreillettes depuis 2015, contrôle automatique de la vitesse avec les « radars fixes » depuis 2003...

Évolution du nombre annuel de personnes tuées par million d'habitants – France métropolitaine



Source : ONISR. Exploitation : ONISR.



Source : Roulex_45

Comportements à risque Facteurs de risque [3, 4]

Alcoolémie 0,5 g/L

Accident × 2

Alcool et cannabis

Accident mortel × 14

Téléphone au volant

Accident × 3



Source : rawpixel

☑ Sécuri-quiz [5]

Question 1 - Quelle est la distance totale de freinage sur sol sec d'un véhicule roulant en ville à la vitesse de 50 km/h ?

A - 16 m **B** - 26 m **C** - 36 m

Question 2 - À partir de quelle vitesse une personne non attachée avec sa ceinture de sécurité peut-elle décéder d'un accident ?

A - 20 km/h **B** - 40 km/h **C** - 60 km/h

Question 3 - Boire une consommation diluée donne une alcoolémie plus basse qu'une consommation avec la même quantité d'alcool mais pur : vrai ou faux ?

A - Vrai / **B** - Faux

Réponses : 1B - 2A - 3B

➔ Méthodologie

Procédure de collecte des données d'accidents de la circulation [1]

Tout accident avec prise en charge par les forces de l'ordre (police et gendarmerie) fait l'objet d'une fiche BAAC (Bulletin d'analyse des accidents corporels) décrivant la situation de l'accident, les véhicules et usagers impliqués. Ces fiches sont transmises au Cerema Sud-Ouest (Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement) et aux Observatoires départementaux de la sécurité routière (ODSR) qui assurent chacun un niveau de vérification. Le fichier national est validé par l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR) qui travaille en toute indépendance. Dans le cadre de l'ouverture des données numériques, les informations qui n'ont pas de caractère confidentiel sont accessibles sur le site OpenData du Gouvernement (<https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/base-de-donnees-accidents-corporels-de-la-circulation>)

Extrait d'un bulletin d'analyse d'accident corporel de la circulation (BAAC) vierge

1 - CARACTERISTIQUES											
LUMIERE			LOCALISATION			INTERSECTION		CONDITION ATMOSPHERIQUE		TYPE DE COLLISION	
Plein jour - 1 Crépuscule ou aube Nuit sans éclairage public - 3 Nuit avec éclairage public non allumé - 4 allumé - 5			Hors agglomération - 1 En agglomération - 2			1 - Hors intersection En intersection ou à proximité immédiate 2 - En X 3 - En T 4 - En Y 5 - A plus de 4 branches 6 - Giratoire 7 - Place 8 - Passage à niveau 9 - Autre		Normale - 1 Pluie légère - 2 Pluie forte - 3 Neige - grêle - 4 Brouillard - Fumée - 5 Vent fort - tempête - 6 Temps éblouissant - 7 Temps couvert - 8 Autre - 9		Accident impliquant : - deux véhicules 1 - Frontale 2 - Par l'arrière 3 - Par le côté - trois véhicules et plus 4 - En chaîne 5 - Collisions multiples 6 - Autre collision 7 - Sans collision	
DATE		HEURE		CODE INSEE LIEU ACCIDENT							
jour	mois	an	heure	minute	Departement	Commune					
18	20	22	25	27	29	30	33	36	37	38	39
2 - LIEUX											
CATEGORIE		REGIME DE CIRCULATION			Nombre total de voies de circulation		TRACE EN PLAN		ETAT SURFACE		
1 - Autoroute 2 - Route nationale 3 - Route départementale 4 - Voie communale		ROUTE : A sens unique - 1 Bidirectionnelle - 2 A chaussées séparées - 3 Avec voies d'affectation variable - 4			1 - Piste cyclable 2 - Bande cyclable 3 - Voie réservée		(sens du 1er véhicule décrit) Partie rectiligne - 1 En courbe à gauche - 2 En courbe à droite - 3 En S - 4		1 - Normale 2 - Mouillée 3 - Flaques 4 - Inondée 5 - Enneigée		

Source : ONISR

Précisions sur les données de mortalité par accident de la circulation

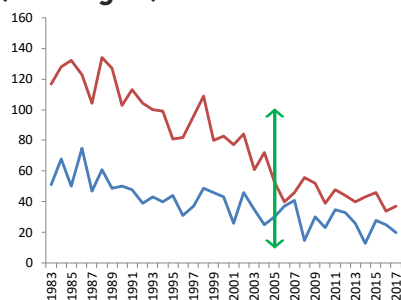
Les chiffres fournis par l'**Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR)** concernent les **accidents survenus sur le territoire** des départements de l'Ardèche et de la Drôme sans tenir compte du lieu de domiciliation des usagers impliqués (qui peut être dans l'Ardèche, la Drôme ou en dehors de ces deux départements).

Les chiffres fournis par le **Centre d'épidémiologie sur les causes de décès (CépiDc)** concernent les décès de toutes les **personnes domiciliées dans les départements** de l'Ardèche ou la Drôme sans tenir compte du lieu où est survenu l'accident (qui peut être dans l'Ardèche, la Drôme ou en dehors de ces deux départements).

➔ Accidents de la circulation dans l'Ardèche et la Drôme

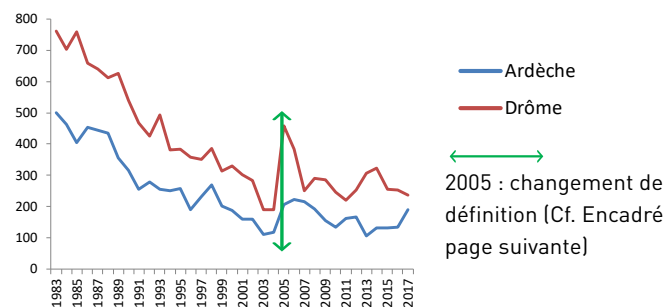
La Drôme et l'Ardèche suivent la tendance nationale de baisse du nombre de tués et de blessés graves depuis plusieurs décennies.

Évolution du nombre de victimes dans les accidents de la circulation entre 1983 et 2017 (tous âges)



Tués

Source : ONISR. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes



Blessés graves

2005 : changement de définition (Cf. Encadré page suivante)

Concernant les jeunes, le taux de mortalité 2013-2017 des 18-24 ans est presque le double de celui de la population générale dans l'Ardèche et presque le triple dans la Drôme. Il n'est pas retrouvé de différence dans l'implication des conducteurs novices (obtention du permis il y a moins de 2 ans) dans la part des tués dans l'Ardèche et la Drôme si l'on compare ces pourcentages aux chiffres régionaux et nationaux.

Les taux de mortalité des 18-24 ans de l'Ardèche et de la Drôme sont supérieurs aux taux de la région et de France.

Les petits effectifs annuels de décès des 5-24 ans ne permettent pas une analyse plus en détail de cette classe d'âge dans l'Ardèche et la Drôme.

Changement de définition

Depuis le 1^{er} janvier 2005, les définitions de « tué » et de « blessé grave » ont changé :

- Tué : décès immédiat ou dans les 30 jours suivant l'accident (6 jours auparavant)
- Blessé grave : hospitalisé plus de 24h (6 jours auparavant)

Quelques données sur la mortalité par accident de la circulation dans l'Ardèche et la Drôme

Décès avec accident survenu sur le territoire concerné (ONISR)	Ardèche	Drôme	Région	France
Taux de mortalité (tous âges) pour 1 million (2013-2017)	68	75	53	54
Taux de mortalité des 18-24 ans pour 1 million (2013-2017)	150	206	114	119
Part des tués avec conducteur novice < 2 ans (2013-2017)	21 %	24 %	22 %	22 %
Effectif annuel moyen de décès des 6-24 ans (2016-2017)	< 10	18	93	736
Part de la mortalité (tous âges) avec conducteur à plus de 0,5 g/L d'alcoolémie (2013-2017)	25 %	25 %	30 %	29 %
Part de la mortalité (tous âges) avec conducteur positif aux stupéfiants (2013-2017)	35 %	16 %	22 %	22 %

Décès avec individus domiciliés sur le territoire concerné (CépiDc)	Ardèche	Drôme	Région	France
Effectif annuel moyen de décès des 5-24 ans (2011-2015)	< 10	10	91	749

Sources : ONISR, Inserm CépiDc.

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE

Définition

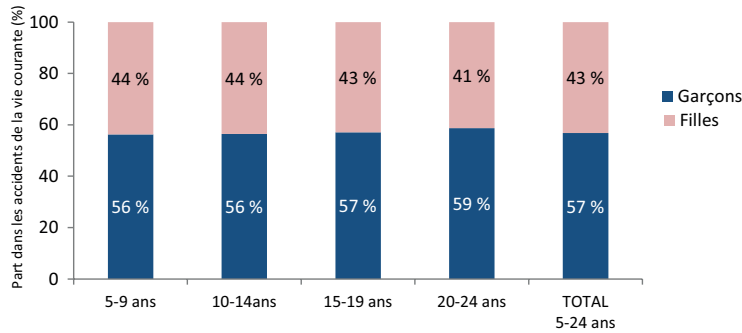
Les **accidents de la vie courante (AcVC)** sont définis comme les « traumatismes non intentionnels » survenant dans un cadre domestique (à la maison ou dans ses abords immédiats) ou à l'extérieur (dans un magasin, sur un trottoir...), dans un cadre scolaire, lors d'une pratique sportive... Cette définition exclut les accidents de la circulation et les accidents du travail.

Source : Santé publique France

Contexte national – Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC) ^[6]

Cette enquête permanente a été mise en place en 1986. Elle repose sur l'enregistrement exhaustif et permanent des recours aux urgences pour accident de la vie courante, avec des données concernant la personne accidentée, sa prise en charge et les caractéristiques de l'accident dans quelques hôpitaux volontaires. Cette collecte fait régulièrement l'objet d'analyses. Pour la dernière enquête sur les données de 2017, ce sont 11 centres hospitaliers qui ont participé, 10 en métropole et 1 à La Réunion (aucun de ces hôpitaux ne se trouvent en Ardèche ou dans la Drôme). En 2017, les 5-24 ans représentent 42 % des accidents de la vie courante tous âges confondus. Parmi ces 5-24 ans, et quelle que soit la classe d'âge, il est retrouvé 55 à 60 % de garçons.

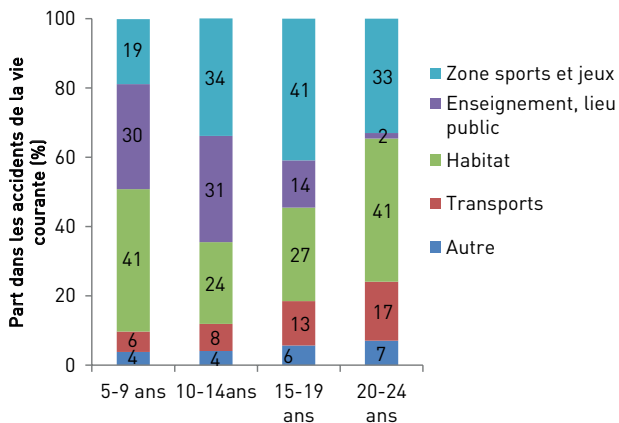
Répartition garçons/filles des accidents de la vie courante en 2017



Source : Santé publique France – Enquête EPAC 2017
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

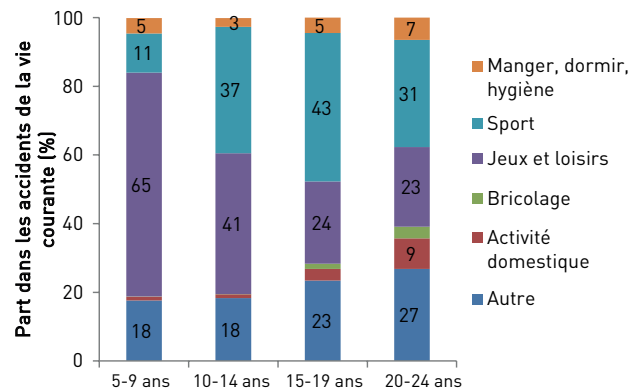
Les accidents de la vie courante chez les 5-24 ans en France en 2017 : circonstances de l'accident et lésions

Lieu de survenue de l'accident



Source : Santé publique France – Enquête EPAC 2017

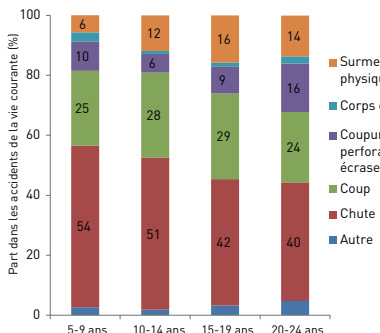
Activité au moment de l'accident



Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

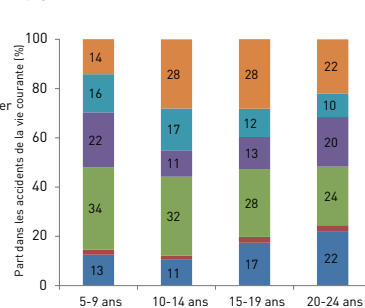
Les accidents de la vie courante surviennent principalement dans l'**habitat** (surtout chez les 5-9 ans et les 20-24 ans, ce type d'accident est plus couramment dénommé **accident domestique**), dans le **cadre scolaire** (surtout chez les élèves de 5 à 14 ans) et dans une **zone de sport et de jeux**. Les jeux (surtout chez les 5-9 ans) et les sports (surtout chez les 15-19 ans) sont les principales activités pratiquées par les jeunes au moment de l'accident.

Mécanisme de la lésion

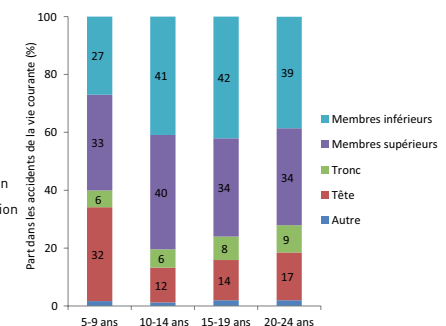


Source : Santé publique France – Enquête EPAC 2017

Type de lésion



Partie du corps touchée



Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les lésions sont principalement des **coups** et des **chutes** qui provoquent **entorses**, **plaies** et **contusions**. Les **membres supérieurs et inférieurs** sont les parties du corps les plus lésées, avec une tendance plus importante à subir une lésion de la **tête** pour les jeunes de 5 à 9 ans.



Source : Caroline Hernandez

↳ Accidents de la vie courante dans l'Ardèche et la Drôme

Les faibles effectifs de la mortalité par accident de la vie courante dans la classe d'âge des 5-24 ans ne permettent pas de faire des conclusions. Les enfants et adolescents sont moins concernés par les accidents de la vie courante. Dans l'Ardèche (79,3 %), comme dans la Drôme (79,5 %), près de 80 % des décès par accident de la vie courante concernent des personnes de 65 ans et plus.

Mortalité par accident de la vie courante (toutes causes)

	Ardèche	Drôme	Région	France
Effectif annuel moyen de décès - Tous âges (2011-2015)	129	192	2 667	21 594
Effectif annuel moyen de décès - 5 à 24 ans (2011-2015)	< 10	< 10	49	368

Source : Inserm CépiDc. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

↳ Noyades [7]

Prévention contre la noyade

- Apprendre à nager ou réapprendre à nager ;
- Ne pas quitter des yeux les enfants qui pratiquent la baignade ;
- Choisir des zones de baignade surveillées ;
- Ne pas se baigner si un trouble physique est ressenti ;
- Ne pas surestimer son niveau de natation.

Selon l'enquête NOYADES 2018, 126 noyades accidentelles ont eu lieu lors de la saison juin/juillet/août 2018 dont 26 mortelles en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Au niveau national, 19 % des noyades accidentelles, suivies de décès, concernaient des jeunes de 6 à 24 ans.

🔗 Pour en savoir plus

Accident de la circulation

Securite-routiere.gouv.fr

Site sur la sécurité routière et l'Organisme national interministériel de la sécurité routière (ministère de l'Intérieur)

Preventionroutiere.asso.fr

Association Prévention Routière : « Agir ensemble pour changer les comportements sur la route »

Accidents de la vie courante

Inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/accidents/index.asp

Accidents de la vie courante : définition et contexte français (Santé publique France)

📄 Références

- [1] Observatoire national interministériel de la sécurité routière. La sécurité routière en France : Bilan de l'accidentalité de l'année 2017. 2018.
- [2] Ministère de l'Intérieur et ONISR. Baromètre du mois de décembre 2018. Janvier 2019.
- [3] Association Prévention Routière. Alcool, risque et facteur d'accident [en ligne] <https://www.preventionroutiere.asso.fr/2016/03/31/alcool-risque-et-facteur-daccident>
- [4] Association Attitude Prévention. Les risques du téléphone au volant : savoir les prévenir ! [en ligne] <https://www.attitude-prevention.fr/risque-telephone-au-volant.html>
- [5] Association Prévention Routière. Alcool, vitesse, téléphone : comment réduire les risques au volant ? Juillet 2015.
- [6] Santé publique France. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante : Résultats 2017. Août 2018.
- [7] Santé publique France. Enquête NOYADES 2018 – Résultats intermédiaires pour la période du 01/06 au 30/08/2018. Septembre 2018.



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Site de Lyon

9 quai Jean Moulin

69001 Lyon

☎ 04 72 07 46 20

Site de Clermont-Ferrand

58 allée du Pont de Sarre

63000 Clermont-Ferrand

☎ 04 73 98 75 50

contact@ors-auvergne-rhone-alpes.org

www.ors-auvergne-rhone-alpes.org