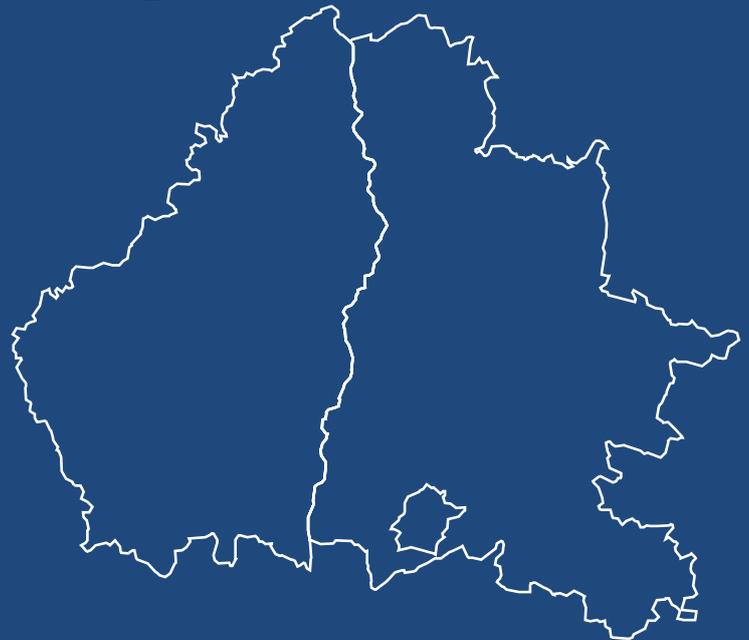


avec la participation
des partenaires de
Santé Publique
de la Drôme et de l'Ardèche

Indicateurs de prévention dans les départements de la **Drôme** et de **l'Ardèche**



Avril 2013

Ce Tableau de Bord dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche a été réalisé par l'**Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes**, à la demande et avec le soutien :

du **Comité d'Hygiène Sociale de la Drôme**



du **Conseil Général de l'Ardèche**

du **Conseil Général de la Drôme**

(Direction Départementale du Développement Social et de la Santé)



de la **Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Ardèche**

de la **Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Drôme**



de l'**Agence régionale de santé Rhône-Alpes**
et des **Délégations territoriales de l'Ardèche et de la Drôme**

de la **Mutualité Française Rhône-Alpes**



Réalisation du travail

Pauline BOLAMPERTI

Martine DRENEAU

Philippe PEPIN

Abdoul SONKO

Mise en page

Valérie GONON

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

Martine Chalayer et Catherine Arnoux (Conseil général de la Drôme), Ina Maldeikiene (Conseil général de l'Ardèche), Roger Léron et Véronique Raffin (CHS), Nadine Villechenoux (CPAM de la Drôme), Bernadette Barberino (CPAM de l'Ardèche), Joëlle Puzin (ARS, DT de la Drôme), Roxane Schoreels et Brigitte Chirouze (ARS, DT Drôme et Ardèche), Alexis Lanoote et Aurélia Plénet (Mutualité Française Rhône-Alpes, Drôme et Ardèche), Guillaume Murand (IREPS Ardèche), Laurent Lizé (IREPS Drôme), Sarita Dabbo et Sophie Gallavardin (ANPAA 26), Philippe Mehaye (Ligue contre le Cancer), Sylvaine Boige-Faure et Emeline Drevetton (Ville de Valence), Jean-Michel Bouchon (AST Drôme Collines), Luc Gabrielle

Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes

ERSP - 9 quai Jean Moulin - 69001 LYON

Tél : 04.72.07.46.20 - Fax : 04.72.07.46.21

E-mail : courrier@ors-rhone-alpes.org - Site web : www.ors-rhone-alpes.org



SOMMAIRE	5
SYNTHÈSE	7
PRÉVENTION EN PÉRINATALITÉ (MÈRE ET NOURISSON)	13
1. Indicateurs de prévention en périnatalité.	14
1.1. Prévention prénatale	14
1.2. Prévention chez le nourrisson	17
2. Offre de prévention en périnatalité.	19
2.1. Professionnels de santé (libéraux et salariés)	19
2.2. Maternités et réseaux de périnatalité	19
2.3. Services de PMI	20
2.4. Autres acteurs en périnatalité	21
PRÉVENTION CHEZ L'ENFANT (1-14 ANS)	23
1. Indicateurs de prévention chez l'enfant.	24
1.1. Vaccinations	25
1.2. Dépistages chez l'enfant	28
2. Offre de prévention chez l'enfant.	31
2.1. Professionnels de santé	32
2.2. Services de PMI	32
2.3. Personnel de santé scolaire	33
2.4. Structures d'accueil de l'enfant de moins de 6 ans	33
2.5. Autres acteurs de prévention auprès de l'enfant	34
PRÉVENTION CHEZ L'ADOLESCENT ET LE JEUNE ADULTE (15-25 ANS)	35
1. Indicateurs de prévention chez l'adolescent et le jeune adulte.	36
1.1. Consommation de produits psycho-actifs	36
1.2. Comportements sexuels, risques et prévention	38
1.3. Vaccinations	40
1.4. Surcharge pondérale, hygiène de vie	43
1.5. Accidents de la circulation	44
1.6. Mal-être, idées suicidaires	44



2. Offre de prévention et accès aux soins chez l'adolescent et le jeune adulte.	45
2.1. Professionnels de santé libéraux	45
2.2. Centres de planification et d'éducation familiale et centres IVG	46
2.3. Dispositifs dédiés aux jeunes	46
2.4. Personnels de l'Education nationale	47
2.5. Autres acteurs de prévention auprès des jeunes	48

PRÉVENTION EN POPULATION GÉNÉRALE 49

1. Indicateurs de prévention en population générale	50
1.1. Consommation de produits psychoactifs, sevrage et réduction des risques	50
1.2. Contraception et grossesses non désirées	54
1.3. Prévention et dépistage des maladies infectieuses	55
1.4. Surcharge pondérale, hygiène de vie	57
1.5. Accidents de la circulation et facteurs de risque	58
1.6. Dépistages des cancers	59
1.7. Santé au travail	62
2. Offre de prévention en population générale	64
2.1. Professionnels de santé	64
2.2. Acteurs de la santé au travail	64
2.3. Organismes de prévention	65

PRÉVENTION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES 67

1. Indicateurs de prévention chez les personnes âgées	68
1.1. Prévention des chutes accidentelles	68
1.2. Vaccination antigrippale	68
1.3. Prévention des problèmes liés à la nutrition	69
1.4. Dépression et suicide	70
1.5. Dépistages	71
2. Offre de prévention chez les personnes âgées	73
2.1. Professionnels de santé et personnel des structures médico-sociales	73
2.2. Services en direction des personnes âgées	74
2.3. Autres actions en prévention	75

ANNEXES 77

1. Acronymes, sigles et abréviations	77
2. Calendrier des vaccinations 2013.	79
3. Cartographie des cantons de l'Ardèche et de la Drôme	81





Contexte, méthode, principaux constats

Les principaux partenaires de la santé publique dans la Drôme et dans l'Ardèche, impliqués comme commanditaires et/ou membres du comité de suivi du « Tableau de bord sur la santé de la Drôme et de l'Ardèche », ont fait le choix de consacrer le premier des trois dossiers thématiques (programmés entre deux mises à jour du Tableau de bord) aux indicateurs de prévention dans ces deux départements.

Ce choix se justifie par la mise en œuvre à partir de 2012 du Schéma régional de prévention et des programmes territoriaux de santé, notamment celui du Territoire Sud, dans le cadre du Projet Régional de Santé Rhône-Alpes 2012-2017. Dans le domaine de la prévention, l'observation des comportements et non plus seulement celle des pathologies, bien que capitale en termes de planification et d'évaluation des programmes de prévention, reste délicate faute souvent d'instruments de recueil adaptés ou d'éléments de comparabilité entre zones géographiques. Ce dossier sur les indicateurs de prévention en Drôme et Ardèche est largement exploratoire, comme l'avait été le dossier thématique de 2009 sur les indicateurs de santé mentale¹. Son objectif est d'exploiter les indicateurs disponibles, mais également, avec l'appui de l'ensemble des partenaires, de repérer de nouveaux indicateurs qui pourraient permettre d'observer l'adhésion de la population aux recommandations sur les bonnes pratiques en santé. Cette démarche en Drôme et Ardèche pourrait être reproduite dans un second temps à un niveau régional.

Ce dossier privilégie une approche par population, en correspondance avec l'approche retenue le plus souvent dans la mise en œuvre des programmes et actions de prévention, même si la plupart des thématiques abordées sont transversales aux différentes populations. En effet, toute action de prévention s'adresse à une population définie comme un public cible, et cette définition conditionne à la fois le contenu de l'intervention et ses modalités. Sont ainsi analysés dans ce document les indicateurs de prévention : en périnatalité (chez la mère et le nourrisson), chez l'enfant, chez l'adolescent et le jeune adulte, en population générale, et chez les personnes âgées. Chaque chapitre présente pour la population concernée : en introduction, quelques indicateurs de santé de cadrage et les enjeux de la prévention dans cette tranche d'âge, en première partie, les indicateurs de prévention repérés, et en seconde partie l'offre en matière de prévention dans l'Ardèche et la Drôme. En l'absence de données départementales sur certaines thématiques, et afin d'éclairer les acteurs de la prévention, ont été mentionnés quelques résultats d'enquêtes réalisées à un niveau national ou régional.

La prévention en périnatalité

Les indicateurs de prévention en périnatalité reposent essentiellement sur l'exploitation des certificats de santé du 8ème jour (CS8), réalisés en maternité et saisis par les Conseils généraux. Le recueil annuel des données, le taux élevé de retour des CS8, ainsi que des taux de réponse supérieurs à 80% pour la plupart des items, rendent cette source d'information particulièrement intéressante pour l'observation en continu, à un niveau départemental voire infra-départemental. L'Enquête nationale périnatale 2010, ainsi que d'autres enquêtes nationales ou régionales, permettent par ailleurs de caractériser plus finement certains comportements.

Les très jeunes mères et celles en situation de précarité apparaissent clairement comme les populations à cibler en matière de prévention périnatale. La plupart des indicateurs disponibles mettent en évidence des comportements moins favorables à la santé périnatale chez les plus jeunes mères et chez celles en situation de précarité. Les mères âgées de moins de 20 ans sont en effet plus nombreuses à déclarer tardivement leur grossesse (donc à bénéficier d'un moins bon suivi), et moins nombreuses à suivre une préparation à la naissance ou à allaiter leur enfant à la naissance.

Deux recommandations semblent par ailleurs peu suivies ou méconnues d'une grande partie des femmes enceintes :

- **La supplémentation individuelle systématique d'acide folique (vitamine B) avant et en début de**

¹ Indicateurs de santé mentale dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche. ORS Rhône-Alpes, 2009



grossesse, recommandée en prévention de certaines malformations congénitales graves, n'est réalisée que chez 40% des femmes enceintes, et de façon adéquate (avant la grossesse et au cours du 1er mois de grossesse) que chez 24% des femmes enceintes.

- **L'entretien prénatal précoce (EPP), dit entretien du 4ème mois de grossesse**, préconisé par le Plan Périnatalité 2005-2007, semble encore assez peu pratiqué. Cet examen de prévention devrait être systématiquement proposé par les professionnels sociaux et sanitaires à toutes les femmes enceintes, notamment «les plus vulnérables ou isolées». En 2010, selon l'Enquête périnatale, seules 21% des femmes déclaraient avoir eu un EPP, mais cet entretien n'est peut-être pas bien identifié par les femmes interrogées. La promotion de l'EPP est réalisée en Drôme et Ardèche par les réseaux de périnatalité Aurore et Eléna, sans qu'il soit encore possible de dénombrer avec précision les EPP réalisés dans ces deux départements. Les EPP sont principalement réalisés par des sages-femmes (libérales, hospitalières ou de PMI).

Les consommations de tabac mais surtout d'alcool pendant la grossesse sont largement sous-estimées dans les CS8, et la prise en charge des conduites addictives chez les femmes enceintes constitue une action priorisée dans le cadre du programme 2012-2017 du Territoire de santé Sud.

La prévention chez l'enfant

Les indicateurs de prévention chez l'enfant sont peu nombreux et reposent sur des sources d'information moins exhaustives que le CS8 : le CS24 (certificat de santé du 24ème mois) dont le taux de couverture est inférieur à 40%, le bilan de santé d'école maternelle à l'âge de 3-4 ans réalisé par la PMI, le bilan de santé scolaire à l'âge de 6 ans (pas de données disponibles en dehors de l'enquête triennale de santé scolaire)... Quelques enquêtes permettent de compléter cette information au niveau des enfants des classes de CM2 ou de 6ème, avec des données notamment sur l'académie de Grenoble, la région Rhône-Alpes, voire la grande région Rhône-Alpes-Auvergne.

La couverture vaccinale des enfants, estimée à partir des sources disponibles, ne semble pas suffisante pour prévenir de manière efficace les maladies infectieuses concernées. Si au moins 95% des enfants de 2 ans ont reçu les 3 doses initiales de vaccin DTPolio (diphtérie/tétanos/polio), coqueluche, et *Hémophilus influenzae* de type b, le rappel nécessaire à l'âge de 16-18 mois n'est pas toujours effectué et ce sont environ 10% des enfants qui ne bénéficieraient pas d'une couverture vaccinale complète pour ces vaccins. La vaccination contre l'hépatite B, bénéficiant d'un nouveau vaccin hexavalent depuis 2008, repart à la hausse ces dernières années. L'épidémie récente de rougeole (entre 2009 et 2011) a montré une insuffisance de vaccination ROR (rougeole/oreillons/rubéole), déjà constatée dans les CS24 de 2010, et mise en évidence par une enquête de l'Education nationale chez les collégiens en classes de 6ème : les zones à forte incidence de cas de rougeole, nombreuses en Drôme et Ardèche, correspondent bien à des zones à faible couverture vaccinale contre la rougeole.

Les dépistages chez l'enfant, qu'il s'agisse de dépister des troubles physiques ou psychiques, doivent permettre une intervention précoce des professionnels de santé en direction des enfants concernés, mais également en direction des parents et du milieu éducatif. Les indicateurs, du fait de la non-exhaustivité des sources d'information, ne permettent pas d'estimer la part des enfants ne bénéficiant pas des dépistages prévus aux différents âges, et encore moins de vérifier si les orientations vers un professionnel de santé pour un bilan, adressées aux parents à l'issue d'un dépistage, sont réellement suivies d'effet. L'efficacité des dépistages mis en place par les services de PMI et la santé scolaire dépend en effet non seulement de l'exhaustivité du dépistage mais également de l'adhésion des parents aux recommandations des professionnels.

Cette adhésion est par exemple mesurable dans le **programme de prévention bucco-dentaire « M'T dents »** de l'Assurance maladie, qui propose un examen bucco-dentaire (EBD) gratuit, sans avance de frais, aux âges de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Cet examen gratuit a été réalisé en 2011 par 52% des enfants de 6 ans en Ardèche, contre 44% dans la Drôme et 45% dans la région Rhône-Alpes, et les taux de réalisation de l'EBD ne font que diminuer au fil des âges pour atteindre 33% à l'âge de 18 ans en Ardèche, contre 27% dans la Drôme et 29% dans la région. Or les indicateurs de santé-buccodentaire chez l'enfant, s'ils semblent progressivement s'améliorer, montrent encore que plus de 5% des enfants de 6 ans présentent au moins deux dents cariées non soignées, avec une prévalence bien plus élevée chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadres.

Cette forte disparité sociale se retrouve au niveau **du surpoids et de l'obésité** chez le jeune enfant, et si globalement la prévalence du surpoids se stabilise ces dernières années, les écarts entre catégories socioprofessionnelles continuent de se creuser.



La prévention chez l'adolescent et le jeune adulte

Chez l'adolescent et le jeune adulte, entre 15 et 25 ans, les indicateurs de prévention permettent d'appréhender l'évolution des comportements, tant en matière de conduites à risque que de conduites préventives. Les données disponibles sont souvent issues d'enquêtes (ESCAPAD de l'OFDT, Baromètre santé de l'INPES, Education nationale), qui ne sont pas toujours exploitables à un niveau départemental. Certaines données sont néanmoins disponibles à un niveau départemental, voire infra-départemental : les données de consommations de soins de l'assurance maladie (vaccin anti-rougeole, vaccin HPV, pilule du lendemain, examen bucco-dentaire...), celles de recours aux soins (IVG, tentatives de suicide hospitalisées), ou encore celles de la Sécurité routière en matière d'accidents.

Les consommations de produits psycho-actifs sont particulièrement analysées chez les jeunes et font l'objet de nombreuses actions de prévention, dans la mesure où ces consommations peuvent avoir des conséquences graves à court terme (accidents liés à l'alcool par exemple) ou à plus long terme (dépendance au tabac). Les indicateurs de l'enquête ESCAPAD montrent entre 2008 et 2011 une nouvelle hausse du tabagisme quotidien à l'âge de 17 ans (après plusieurs années de baisse), ainsi qu'une augmentation des ivresses répétées (au moins 3 ivresses dans l'année). L'alcoolisation ponctuelle importante (au moins 5 verres en une occasion dans le mois) a particulièrement augmenté chez les jeunes Rhônalpins de 17 ans (59% en 2011, contre 53% en 2008).

En matière de comportements sexuels, les indicateurs confirment la persistance de risques bien présents chez les jeunes, risque d'une part de grossesses non désirées, dans un contexte général de recours élevé à la contraception mais aussi de contraception d'urgence encore insuffisamment connue, et risque d'autre part d'infections sexuellement transmissibles (IST), ces dernières survenant majoritairement chez les jeunes hommes, plus fréquemment en situation de multipartenariat sexuel.

Si les taux de couverture vaccinale des jeunes sont assez mal connus, leur estimation au niveau national montre toutefois une insuffisance de vaccination pour l'ensemble des vaccins : DTPolio, coqueluche, hépatite B et ROR. Plus localement, l'enquête de l'Education nationale en classes de seconde a mis en évidence en 2010-2011 une couverture vaccinale contre la rougeole plus faible dans l'Ardèche et la Drôme que dans l'ensemble de l'Académie de Grenoble. Les remboursements de vaccins anti-rougeole constituent par ailleurs un indicateur intéressant pour suivre les effets des recommandations vaccinales chez les jeunes ; ces données montrent l'impact positif des campagnes d'incitation à la vaccination rougeole des personnes nées après 1980, campagnes qui se sont déroulées lors des épisodes épidémiques de rougeole de 2010 et 2011. La vaccination HPV, remboursée depuis 2007 aux jeunes filles entre 14 et 23 ans, vient renforcer la prévention du cancer du col de l'utérus.

La prévention chez les jeunes concerne également **l'hygiène de vie** en général, la santé bucco-dentaire (moins d'un tiers des jeunes de 15 ans et de 18 ans adhèrent au programme « M'T dents » de l'Assurance maladie), le sommeil souvent problématique, les accidents de la route (risque multiplié par 2,3 chez les 18-24 ans par rapport à la population générale), le mal-être et les conduites suicidaires (sur la période 2007-2010 les taux de tentatives de suicide hospitalisées chez les 15-24 ans sont particulièrement élevés dans l'Ardèche et la Drôme par rapport à l'ensemble de la région).

La prévention en population générale

Les indicateurs de prévention en population générale reposent sur des sources très diverses : les enquêtes sur les comportements de santé (rarement exploitables à un niveau infrarégional), les données des structures de dépistage ou des réseaux de surveillance épidémiologique (cancers du sein et colorectal, VIH/sida, hépatite B, IST...), les remboursements de l'assurance maladie (frottis, substituts nicotiques, forfaits IVG...), ou encore les données d'accidentologie (de la route et du travail).

L'évolution des consommations de tabac et d'alcool dans la région, analysée à partir du Baromètre santé de l'INPES, présente en Rhône-Alpes des tendances un peu moins marquées qu'au niveau national. Entre 2005 et 2010, l'augmentation de la part des fumeurs (occasionnels ou réguliers) dans la population est moins perceptible dans la région qu'en France, mais on retrouve une augmentation du tabagisme quotidien chez les personnes de 35 à 54 ans. En matière d'arrêt du tabac, objectif des actions de prévention auprès de la population adulte, les données du régime général de l'assurance maladie montrent un recours faible au remboursement du forfait pour l'achat de substituts nicotiques, recours de l'ordre de 6,5 pour 1 000 assurés de 15 à 75 ans en 2011-2012, dans l'Ardèche et la Drôme comme dans la région Rhône-Alpes.



Les modes de consommation d'alcool évoluent dans la région comme en France, avec une consommation quotidienne en baisse régulière mais une augmentation de la fréquence des ivresses quel que soit l'âge (l'augmentation des personnes ayant été ivres au moins une fois dans l'année est particulièrement sensible entre 2005 et 2010 dans la tranche d'âge des 26-34 ans).

Les indicateurs de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie (ventes de Stéribox®, de Subutex® et de Méthadone®) restent, dans l'Ardèche et la Drôme, à des niveaux supérieurs au niveau régional.

En matière de contraception, les comportements des Rhônalpines sont proches de ceux de l'ensemble des Françaises : environ 90% des femmes concernées par une grossesse imprévue déclarent en 2010 utiliser un moyen pour éviter une grossesse. Si ces informations ne sont pas disponibles à un niveau départemental, le recours à l'IVG (à l'hôpital ou en ville) est par contre connu à un niveau infra-départemental. Le taux de recours à l'IVG des Ardéchoises et des Drômoises est sensiblement le même que le taux régional, hormis chez les femmes de 20-24 ans pour lesquelles les taux départementaux sont légèrement plus élevés que le taux régional.

Peu d'informations sont disponibles sur le statut vaccinal de la population adulte, tant au niveau national que régional, et les données déjà anciennes (2002-2003) révèlent une insuffisance de couverture vaccinale pour l'ensemble des vaccins recommandés. La vaccination contre le tétanos, bien que la plus suivie, n'était à jour que chez deux personnes sur trois. La vaccination contre la coqueluche, conseillée depuis 2004 aux adultes susceptibles d'être en contact avec un nourrisson, semble encore peu suivie, un rappel de vaccination est désormais recommandé lors du rappel DTPolio de 25 ans.

En matière de comportements alimentaires également, les données d'enquêtes ne sont pas exploitables à un niveau départemental. L'enquête OBEPI montre, entre 1997 et 2012, une progression importante de l'obésité en population adulte, la région Rhône-Alpes étant un peu moins touchée (12,5% des personnes de 18 ans et plus en 2012) que la France (14,5%). Le rythme de progression de la prévalence de l'obésité s'est ralenti ces dernières années, mais les différences entre catégories socioprofessionnelles restent importantes, l'obésité concernant en 2012 environ 9% des cadres supérieurs mais 17% des ouvriers, agriculteurs, artisans et commerçants.

La participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal est communiquée tous les ans par les structures départementales de dépistage. Globalement inférieure aux objectifs annoncés pour une réduction de la mortalité, la participation à ces dépistages connaît peu d'évolution depuis trois ans. Sur les années 2011-2012, les taux de participation à ces deux dépistages sont légèrement plus faibles dans l'Ardèche et la Drôme que dans la région. D'importantes disparités cantonales sont toutefois relevées, avec des taux de participation plus élevés le long de la vallée du Rhône. Concernant le dépistage du cancer colorectal, les taux de participation sont un peu plus élevés chez les femmes que chez les hommes (4 points d'écart environ).

Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis ne fait pas l'objet d'un programme organisé, mais les recommandations de dépistage individuel (un frottis tous les 3 ans entre 25 et 65 ans) semblent suivies par environ la moitié des femmes concernées. En Rhône-Alpes, 47% des femmes de 25-65 ans assurées en 2011 au régime général d'assurance maladie ont bénéficié d'au moins un frottis entre 2010 et 2012 en Rhône-Alpes, contre 43% en Ardèche et 44% dans la Drôme.

Dans le domaine de la santé au travail, en dehors des données de l'assurance maladie sur les accidents et les maladies professionnelles, peu d'informations sont disponibles à un niveau départemental. Les enquêtes sur les conditions de travail et les expositions professionnelles, menées au niveau régional (Samotrace, Evrest, Sumer), participent à l'identification des populations les plus vulnérables, susceptibles d'actions de prévention ciblées. Les données des services de médecine du travail, encore très disparates, pourraient constituer une source précieuse d'informations utiles à la mise en œuvre de ces actions de prévention.

La prévention chez les personnes âgées

La prévention chez les personnes âgées vise à préserver le plus longtemps possible une bonne qualité de vie physique et psychique et à retarder la perte d'autonomie. Si certains indicateurs de prévention permettent de mesurer l'adhésion ou le recours des personnes âgées à des dispositifs mis en place (vaccination antigrippale, dépistage des cancers, consultations mémoire...), d'autres indicateurs peuvent se révéler utiles pour l'analyse des risques et la mise en place d'actions de prévention spécifiques (chutes, problèmes liés à la nutrition, tentatives de suicide...).

Si la couverture vaccinale globale des personnes âgées est aussi peu connue que celle des adultes, il est par contre possible d'appréhender la vaccination annuelle contre la grippe saisonnière chez les personnes de 65 ans et plus. Cette vaccination est en effet prise en charge à 100% par l'assurance maladie à partir de 65 ans. En 2010, parmi les 65 ans et plus, les Ardéchois et les Drômois sont respectivement 52,2% et 53,1% à s'être fait rembourser le vaccin contre la grippe, contre 51,5% en Rhône-Alpes. Les hommes se font davantage vacciner que les femmes, et les taux de vaccination augmentent avec l'avancée en âge.

Les dépistages organisés des cancers concernent les personnes jusqu'à l'âge de 74 ans. Alors que le taux de participation au dépistage du cancer du sein baisse d'environ 7 points entre les femmes de 65-69 ans et celles de 70-74 ans, celui de participation au dépistage du cancer colorectal augmente avec l'âge, il est maximal dans les deux dernières tranches d'âge concernées, les 65-69 ans et les 70-74 ans, tant chez les femmes que chez les hommes.

Le dépistage du cancer de la prostate, cancer le plus fréquent chez l'homme en termes d'incidence, fait l'objet de controverses et la Haute Autorité de Santé ne recommande actuellement pas le dépistage de ce cancer, ni en population générale ni pour une population à risque (population difficile à définir), pour des raisons à la fois d'efficacité du dépistage et de risques pour le patient (risques liés aux biopsies puis aux traitements).

Les consultations mémoire, au nombre de 3 dans la Drôme et de 2 dans l'Ardèche, sont spécialisées dans le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des symptômes apparentés. En 2011, ces centres ont accueilli 603 patients en Ardèche et 1 588 dans la Drôme. Environ 1/3 des consultations dans ces centres donnent lieu à un diagnostic de maladie d'Alzheimer, un peu moins au Centre de prévention du vieillissement de Valence, qui accueille en ville des personnes autonomes de plus de 65 ans.

La prévention des chutes fait partie des actions mises en place dans le cadre du « bien vieillir ». Si les taux d'hospitalisation pour fracture du col du fémur chez les 75 ans et plus sont équivalents en Ardèche et Drôme au taux régional, les taux par sexe révèlent des particularités : davantage d'hospitalisations pour ce motif sont constatées chez les femmes d'Ardèche et chez les hommes de la Drôme. A l'origine de nombreuses chutes, l'ostéoporose ne fait pas l'objet d'un dépistage en population générale. Son dépistage par ostéodensitométrie est réservé aux seules personnes à risque, notamment les personnes ayant un antécédent de fracture sans traumatisme majeur. Chez les femmes ménopausées et les personnes les plus âgées une éventuelle carence en calcium et/ou en vitamine D est corrigée par ajustement des apports alimentaires et/ou supplémentation médicamenteuse.

Plusieurs problèmes liés à la nutrition sont susceptibles d'actions de prévention ou de dépistage chez la personne âgée. Le diabète, qui concerne environ 15% des Ardéchois et des Drômois de 75 ans et plus, peut être en partie prévenu par une bonne hygiène de vie (alimentation, activité physique). Il doit par ailleurs être dépisté de façon précoce afin de prévenir les complications fréquentes et graves de la maladie. L'éducation thérapeutique des patients diabétiques occupe une place importante dans la prévention de ces complications. Dans ce cadre, le programme Sophia de l'assurance maladie propose depuis début 2013 un accompagnement gratuit et personnalisé aux patients diabétiques adultes (en ALD) de l'Ardèche et de la Drôme. Parmi les autres problèmes liés à la nutrition chez les personnes âgées, la dénutrition d'une part et le mauvais état buccodentaire d'autre part font partie des thématiques de prévention mises en œuvre par le Schéma régional de prévention et le programme de santé du Territoire Sud. Le repérage des situations de dénutrition est particulièrement important à enseigner aux aidants professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées.

Le repérage des troubles dépressifs, notamment chez les personnes âgées en situation de fragilité sociale, nécessite également la mise en place d'actions spécifiques de sensibilisation des acteurs médico-sociaux en contact avec les personnes âgées. Les taux de décès par suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus sont légèrement supérieurs dans l'Ardèche et la Drôme au taux régional (23,8 décès pour 100 000 habitants en Ardèche et Drôme contre 21,9 en Rhône-Alpes) et le taux de tentatives de suicide hospitalisées est également



plus élevé dans la Drôme chez les personnes de 65 ans et plus que dans la région (8,2 pour 10 000 habitants dans la Drôme, contre 5,8 en Ardèche et 6,7 dans la région).

Un travail d'observation à poursuivre

Ce travail sur les indicateurs de prévention dans l'Ardèche et la Drôme a permis, grâce à l'ensemble des partenaires impliqués, de recenser **l'ensemble des indicateurs mobilisables pour la mise en œuvre de programmes et d'actions de promotion de la santé** dans ces deux départements.

Si des zones d'ombre persistent dans certains domaines, souvent faute de recueil d'information adapté ou de moyens pour exploiter les données, l'intérêt de ce travail est d'avoir mis en lumière un grand nombre de données, souvent très éparpillées et peu mobilisées jusqu'à présent.

De nouvelles sources d'information ont été explorées, sur des sujets aussi divers que l'entretien prénatal précoce, la contraception d'urgence, le sevrage tabagique, la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus..., et les nouveaux indicateurs ainsi disponibles pourront être affinés et complétés dans de prochains travaux d'observation. Il est important de souligner que plusieurs recueils d'informations sont actuellement en cours de structuration ou de restructuration dans la région (réseaux de périnatalité, santé scolaire, santé au travail...) et que des travaux sont en cours sur certaines thématiques difficiles à appréhender comme la couverture vaccinale.

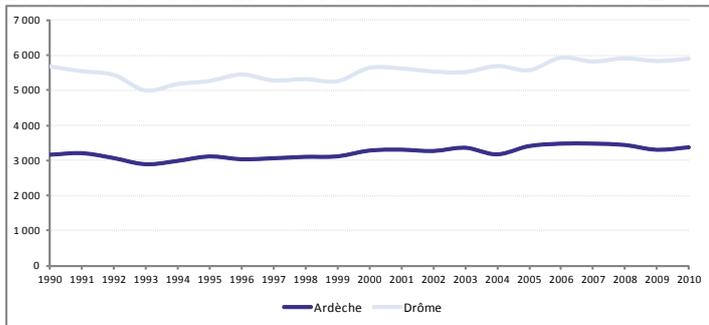
L'implication large des acteurs régionaux et locaux de santé publique dans une telle démarche d'observation en fait sa richesse, et cette implication s'avère indispensable tant pour recueillir des informations fiables et validées dans le domaine de la prévention que pour analyser les données et permettre à l'ensemble des acteurs de s'approprier les informations utiles dans leur pratique en promotion de la santé.





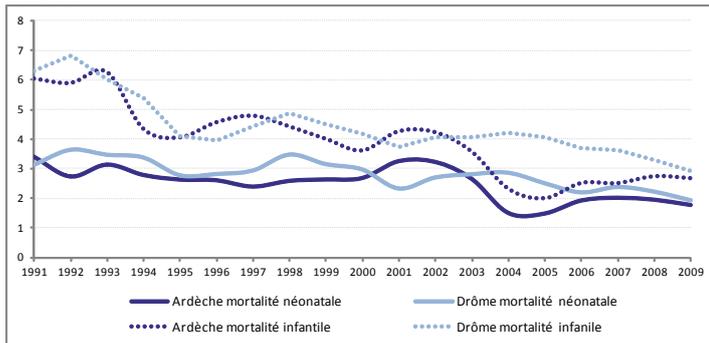
L'évolution de la santé périnatale se mesure à partir d'indicateurs de mortalité (mortalité néonatale, infantile et maternelle) et d'indicateurs liés à la naissance (comme la prématurité). Environ 3 400 enfants naissent chaque année en Ardèche et 5 900 dans la Drôme, dont 185 prématurés dans l'Ardèche et 393 dans la Drôme. Alors que les taux de mortalité infantile (avant 1 an) et de mortalité néonatale (avant 28 jours) se maintiennent dans les deux départements au niveau du taux régional, les taux de prématurés (6,5 en Ardèche et 6,8 dans la Drôme) sont supérieurs au taux observé dans la région Rhône-Alpes (6,1).

Évolution des naissances vivantes domiciliées de 1990 à 2010



Source : Insee (État civil)

Évolution du taux* de mortalité infantile et néonatale de 1990 à 2010



Source : Insee (État civil)

*Taux pour 1 000 naissances vivantes (taux lissés sur 3 ans)

Prématurés (effectif annuel et %) et petits poids de naissance (%) en 2009-2010

	Effectif annuel	Taux*	Part des poids inf à 2500g	Part des très petits poids (inf 800 g)
Ardèche	185	6,5	8,9%	0,6%
Drôme	393	6,8	7,9%	0,5%
Rhône-Alpes	5 009	6,1	7,7%	0,5%

Source : PMSI

*Taux pour 100 nouveaux-nés

S'appuyant largement sur les services de PMI (protection maternelle et infantile) créés en 1945, les plans successifs de périnatalité, du premier plan national (1971-1976) au plus récent (2005-2007)¹, ont tous mis l'accent sur la prévention de la prématurité et l'amélioration du suivi de la femme enceinte, l'objectif étant de réduire la mortalité infantile et maternelle, de prévenir les handicaps de l'enfant, d'assurer le meilleur accueil possible pour l'enfant. Si le dernier plan reprenait les objectifs fixés par la loi de santé publique de 2004 (réduction de la mortalité périnatale à 5,5 pour 1 000 naissances et de la mortalité maternelle à 5 pour 100 000), il soulignait la nécessité d'un accompagnement plus humain et plus proche de la femme enceinte, avec la mise en place d'un entretien au 4ème mois de grossesse et le développement des réseaux de périnatalité. Ce plan, partant d'un constat d'inégalités sociales de prévention et de santé périnatales, mettait également l'accent sur un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité.

En Rhône-Alpes, le Schéma régional de prévention² prévoit plusieurs actions dans le domaine de la périnatalité entre 2012 et 2017, avec pour priorités la prévention de la grande prématurité et le renforcement du dépistage précoce chez le jeune enfant. Trois actions seront priorisées au niveau du territoire de santé Sud³ : la diffusion d'information sur la grande prématurité auprès des professionnels de la périnatalité, la prise en charge des conduites addictives pendant la grossesse, ainsi qu'une meilleure couverture territoriale par les CAMPS (centres d'action médico-sociale précoce). Par ailleurs, dans l'ensemble des territoires de santé de la région, seront menées des actions d'une part pour la promotion de l'entretien prénatal du 4ème mois, et d'autre part pour le repérage précoce d'une surdité profonde ou sévère bilatérale chez le nouveau-né, au sein de chaque maternité.

¹ Plan « périnatalité » 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Ministère de la Santé, nov. 2004

² Schéma régional de prévention 2012-2017. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes 2012

³ Programme territorial. Territoire de santé Sud. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes 2012



1. Indicateurs de prévention en périnatalité

Les données proviennent essentiellement de deux sources d'information :

- les CS8 - certificats de santé du 8ème jour

Ce certificat est élaboré par un médecin à l'issue du 1er examen préventif obligatoire de l'enfant, dans les 8 jours qui suivent la naissance. Le Conseil général est chargé, dans chaque département, de recueillir l'ensemble des CS8 des enfants nés dans le département, de saisir et d'analyser les données pour permettre un suivi épidémiologique de la santé des enfants. Les fichiers des CS8 sont également transmis à la DREES, qui publie¹ une analyse départementale après apurement et pondération. Le CS8 a été modifié en janvier 2006 et en novembre 2010, quelques items ont changé entre les différentes versions. Pour interpréter les données, il faut tenir compte de l'exhaustivité du recueil (taux de réception des CS8) et du remplissage effectif de chaque item (taux de réponse à chaque question).

Les CS9 (certificats de santé du 9ème mois) et le CS24 (certificats de santé du 24ème mois) comportent également quelques items intéressant la périnatalité, notamment l'item sur la durée de l'allaitement maternel.

- l'Enquête nationale périnatale 2010

Cette enquête², financée par la DREES et réalisée par l'INSERM (U953), a été menée pendant la semaine du 15 au 21 mars 2010 auprès d'un échantillon représentatif de toutes les naissances françaises. C'est la 4ème édition de cette Enquête, après celles de 1995, 1998 et 2003. L'objectif est de recueillir des informations sur l'état de santé des enfants, la situation socioéconomique des femmes, les soins périnataux et les facteurs de risque. L'enquête de 2010 a eu lieu dans toutes les maternités de métropole et de trois départements d'outre-mer, elle a concerné 14 903 naissances, dont 14 761 naissances vivantes³.

¹ COLLET (M.), VILAIN (A.). *Les certificats de santé de l'enfant au 8ème jour (CS8) – Validité 2010. Document de travail, Série Sources et méthodes, n° 31, août 2012*

² BLONDEL (B.), KERMARREC (M.). *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM U953, DGS, DREES, mai 2011*

³ BLONDEL (B.), KERMARREC (M.). *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Ministère de Travail, de l'Emploi et de la Santé, INSERM U 953, mai 2011*

Les données des CS8, principales sources d'information utilisées dans ce chapitre, doivent être analysées en tenant compte de la non-exhaustivité du recueil. Sur les trois dernières années disponibles, à l'inverse de l'évolution constatée en Rhône-Alpes et en France l'exhaustivité du recueil est globalement en baisse dans les départements ardéchois et drômois.

Taux de réception des CS8 (en % des naissances domiciliées)

	2008	2009	2010
Ardèche	91	86	88
Drôme	96	93	89
Rhône-Alpes	90	91	91
France	77	77	85

Source : DREES

1.1. Prévention prénatale

1.1.1. Déclaration tardive de grossesse

L'item « Date de la 1ère consultation de grossesse » a remplacé en 2006, dans le nouveau modèle de CS8, l'ancien item « Nombre de consultations prénatales ». Ce dernier indicateur continue toutefois à être renseigné par l'Enquête périnatale, qui donne en 2010 un nombre moyen de 9,9 consultations prénatales par femme ; pour rappel, les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes sont fixés au nombre de sept : un examen dans le 1er trimestre de grossesse puis un examen mensuel (décret du 14 février 1992).

Plus la première consultation de grossesse est précoce, plus le suivi de la femme enceinte et la prévention

périnatale peuvent se mettre en place dans de bonnes conditions. Une déclaration tardive de la grossesse (au 2ème ou 3ème trimestre) témoigne le plus souvent de situations de précarité chez la femme enceinte. Les dernières Enquêtes périnatales montrent au niveau national une augmentation de ces déclarations tardives entre 2003 et 2010. Cette évolution serait liée à une dégradation de la situation sociale des femmes les plus vulnérables. L'Enquête périnatale de 2010 constate en effet un taux plus élevé de déclarations tardives de grossesse chez les femmes recevant des aides publiques (allocations chômage, RMI, API).

Dans l'Ardèche et la Drôme, selon les CS8, la part de déclarations tardives de grossesse (respectivement 2,4% et 2,0% en 2011) apparaît moins élevée qu'en France (3,2% en 2010). Les CS8 sous-estiment peut-être cet indicateur qui, selon l'Enquête périnatale, s'élèverait à 7,8% au niveau national en 2010.

Taux de déclaration tardive de grossesse (en %)

	2006	2008	2010	2011
Ardèche	2,0 (TR 51%)	2,6 (TR 95%)	2,1 (TR 95%)	2,4 (TR 95%)
Drôme	3,9 (TR 88%)	2,4 (TR 87%)	2,1 (TR 93%)	2,0 (TR 89%)
France (CS8)	5,3 (TR 30%)	3,4 (TR 78%)	3,2 (TR 81%)	

TR = taux de réponse

Sources : DREES et CG 07-26, CS8

Les déclarations tardives de grossesse se rencontrent plus fréquemment aux âges extrêmes de la mère à la

maternité, chez les moins de 20 ans et chez les 40 ans et plus. Cet indicateur présente également de fortes disparités selon le territoire, ceci étant probablement à mettre en lien avec des situations de précarité sociale ou économique.

1.1.2. L'entretien du 4ème mois de grossesse, mesure insuffisamment connue

Afin de « mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents », le Plan Périnatalité 2005-2007 a préconisé la mise en place d'un entretien individuel précoce (ou du 4ème mois) assuré soit en maternité soit en libéral dans le cadre d'un réseau périnatal. Cet examen de prévention n'est pas obligatoire, il doit être systématiquement proposé par les professionnels sociaux et sanitaires de proximité à toutes les femmes enceintes, notamment « les plus vulnérables ou isolées, qui souvent consultent et déclarent tardivement ou pas du tout leur grossesse ». En 2010, selon l'Enquête périnatale, 21,4% des femmes interrogées déclarent avoir eu cet entretien (30,7% chez les primipares et 14,3% chez les multipares), plus de la moitié de ces entretiens s'étant déroulés tardivement, plus tard que le 4ème mois.

Au niveau départemental, il n'existe pas de source d'information exhaustive sur cet entretien prénatal précoce (EPP). Les réseaux de périnatalité (*voir présentation ci-dessous, paragraphe 2.2*) recueillent le nombre d'EPP réalisés soit par les professionnels qu'ils ont formés (cas du réseau AURORE), soit par les établissements faisant partie du réseau (cas du réseau ELENA). Autre source d'information possible : l'EPP réalisé par une sage-femme libérale fait l'objet d'un remboursement (acte SF15) par l'assurance-maladie, remboursement repérable dans les données du régime général.

L'EPP se met progressivement en place sur le terrain, grâce à une formation assurée par les réseaux de périnatalité. Le réseau Aurore a assuré depuis 2006 sept sessions de formation à l'EPP, qui ont permis de former 45 professionnels dans la Drôme et 23 dans l'Ardèche : sages-femmes hospitalières (plus de la moitié de l'ensemble des professionnels formés), sages-femmes libérales, sages-femmes de PMI, et quelques gynécologues-obstétriciens et médecins de PMI. Le réseau ELENA, plus récent, n'assure pas pour le moment de formations à l'EPP.

En termes d'entretiens réalisés, en 2010-2011 le réseau AURORE a dénombré 769 EPP réalisés par des professionnels ardéchois formés à l'EPP et 576 par des professionnels drômois. Ces EPP ont tous été réalisés par des sages-femmes, soit hospitalières, soit libérales, soit de services de PMI.

Nombre annuel d'EPP réalisés par catégorie de professionnel sur la période 2010-2011

	Ardèche		Drôme	
	Effectif	Part (%)	Effectif	Part (%)
Sages femmes libérales	256	33	266	46
Sages femmes hospitalières	476	62	253	44
Sages femmes de PMI	38	5	57	10
Total	769	100	576	100

Source : réseau de périnatalité AURORE

Pour le nord de l'Ardèche, en 2011 le réseau ELENA a dénombré 93 EPP réalisés dans les établissements du réseau (Annonay et Saint-Agrève), mais ne comptabilise pas les EPP réalisés par les professionnels libéraux.

Concernant les EPP réalisés par des sages-femmes libérales, les données du régime général de l'assurance-maladie fournissent pour l'année 2010 des chiffres beaucoup plus élevés que ceux du réseau AURORE (différence de recueil). Le nombre d'EPP remboursés par le régime général en 2010 et réalisés par des sages-femmes libérales exerçant dans le périmètre du réseau en 2010 en Drôme et Ardèche, s'élèverait à 1514 (source ARS), contre 614 dénombrés par le réseau Aurore.

La Fédération française des réseaux de santé en périnatalité mène actuellement, en collaboration avec les réseaux volontaires, des actions afin d'améliorer l'accès des femmes enceintes à l'EPP. Dans ce cadre, une enquête par questionnaire « un jour donné » a été menée fin 2012 dans les maternités de ces réseaux, dont celles du réseau ELENA. Cette enquête apportera des éléments sur les problèmes psychosociaux rencontrés par la femme enceinte durant sa grossesse, sur l'information reçue par la femme enceinte (carnet de maternité, préparation à l'accouchement, EPP...), sur la prévalence de l'EPP et la satisfaction de la femme enceinte par rapport à l'EPP.

En matière d'information reçue par la femme enceinte, seulement 60% déclarent en 2010 (Enquête périnatale) avoir reçu un carnet de maternité, 32% ont été informées de l'existence d'un réseau de périnatalité, 58% ont reçu des conseils sur la rubéole et 11% des conseils sur la coqueluche. Dans l'Ardèche et la Drôme toutes les femmes ayant déclaré leur grossesse reçoivent un carnet de maternité adressé directement par le service de PMI.

1.1.3. Préparation à la naissance

Selon l'Enquête périnatale, une préparation à la naissance a été suivie en 2010 par 48 % des femmes enceintes. Selon les CS8, cette part est en 2010 respectivement de 60% en Ardèche, de 48% dans la Drôme et de 47% en France. Alors que le taux ardéchois figure parmi les plus élevés de la région Rhône-Alpes, le taux drômois est le plus bas de la région.



Part de femmes ayant suivi une préparation à la naissance (en %)

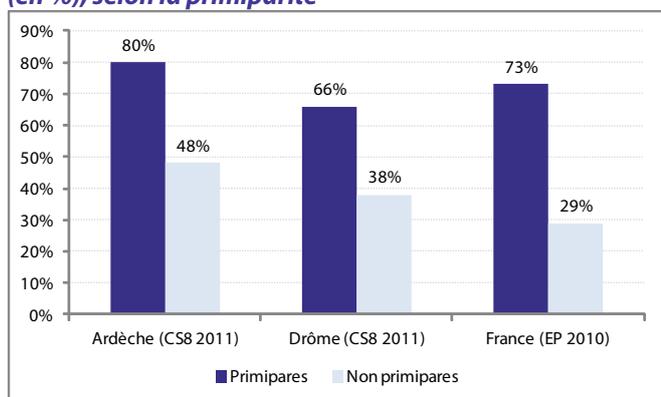
	2008	2009	2010	2011
Ardèche	61,0 (TR 82%)	60,0 (TR 78%)	60,0 (TR 83%)	62,0 (TR 84%)
Drôme	45,0 (TR 100%)	46,0 (TR 100%)	48,0 (TR 100%)	49,7 (TR 100%)
France (CS8)	46,0 (TR 75%)	47,0 (TR 75%)	47,0 (TR 76%)	

TR = taux de réponse

Sources : DREES et CG 07-26, CS8

La part de femmes ayant suivi une préparation à la naissance est toujours plus élevée chez les primipares que chez les multipares. Cette différence, bien que très marquée dans l'Ardèche et la Drôme, l'est moins dans ces départements qu'au niveau national.

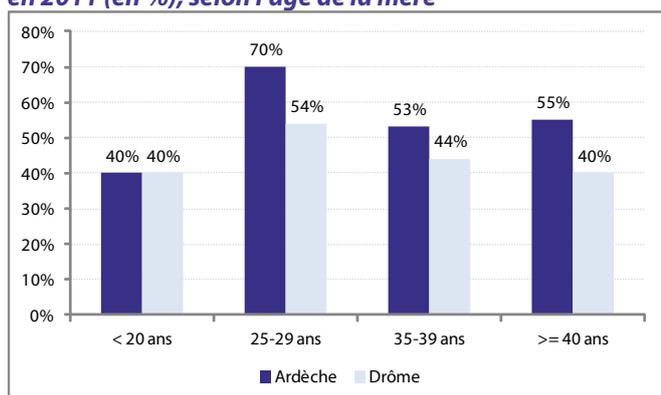
Part de femmes ayant suivi une préparation à la naissance (en %), selon la primiparité



Sources : DREES Enquête périnatale et CG 07-26, CS8

L'analyse selon l'âge de la mère montre, comme pour les déclarations tardives de grossesse, un moindre suivi d'une préparation à la naissance chez les femmes enceintes les plus jeunes. En Ardèche en 2011, cette part, de 40% chez les femmes de moins de 20 ans, culmine à 70% chez celles de 25 à 29 ans, puis baisse à nouveau après 35 ans : 53% chez les 35-39 ans et 55% chez les 40 ans et plus. Cette situation se retrouve dans la Drôme, mais de façon moins marquée. Alors que la baisse du taux après 35 ans est certainement liée à la moindre primiparité de ces femmes, le faible taux chez les femmes de moins de 20 ans est d'autant plus préoccupant qu'il s'agit souvent de primipares.

Part de femmes ayant suivi une préparation à la naissance en 2011 (en %), selon l'âge de la mère



Sources : CG 07-26, CS8

1.1.4. Dépistage pendant la grossesse

Le dépistage pendant la grossesse vise soit à repérer des anomalies chez le fœtus, soit à dépister une pathologie chez la mère et à prévenir les conséquences de cette pathologie chez l'enfant. Plusieurs types de dépistage sont mis en œuvre pendant la grossesse, certains sont obligatoires, d'autres recommandés.

Plusieurs échographies sont recommandées pour un bon suivi de la grossesse. Si celle du début de grossesse a essentiellement pour but de dater la grossesse, les suivantes sont fondamentales :

- à la fin du 1er trimestre pour dépister une grossesse multiple, d'éventuelles anomalies, et mesurer l'épaisseur de la clarté nucale (en lien avec un risque de trisomie 21)
- au 5ème mois notamment pour réaliser une étude morphologique, qui permet de dépister d'éventuelles malformations
- à la fin du 8ème mois pour vérifier les dimensions et la position du fœtus.

Un nombre d'échographies inférieur à trois montre un suivi insuffisant de la grossesse. Environ 2% des femmes enceintes ont eu moins de trois échographies en Ardèche et dans la Drôme en 2010, et 0,4% des femmes en Ardèche (0,6% dans la Drôme) n'ont eu aucune échographie durant leur grossesse.

La mesure de la clarté nucale, comme l'échographie morphologique, sont très largement pratiquées en Ardèche (respectivement 97,8% et 98,5%), elles le sont un peu moins dans la Drôme (88,8% et 90,5%). L'absence de mesure de la clarté nucale à des fins de dépistage de la trisomie 21 est souvent liée à une déclaration tardive de grossesse.

Suivi échographique durant la grossesse en 2010 (en %)

	Ardèche	Drôme	France (CS8)
Nb d'échographies	(TR 90%)	(TR 90%)	(TR 85%)
- 0	0,4	0,6	0,4
- 1 ou 2	2,0	1,9	3,0
Mesure de la clarté nucale	97,9 (TR 92%)	88,8 (TR 100%)	95,2 (TR 79%)
	98,5 (TR 92%)	90,5 (TR 100%)	97,3 (TR 81%)

TR = taux de réponse

Sources : DREES, CS8

Certaines malformations congénitales, comme l'anomalie de fermeture du tube neural (AFTN), peuvent faire l'objet d'une prévention avant et en début de grossesse. L'AFTN, dont font partie l'anencéphalie et la spina bifida, touche environ 1 naissance sur 1 000. Elle peut être en grande partie prévenue par une supplémentation individuelle systématique d'acide folique (vitamine B), recommandée dans la période autour de la conception (8 semaines avant et un mois après la conception). Les chiffres ne sont pas connus pour l'Ardèche et la Drôme, mais selon l'Enquête périnatale (2010) 40,3% des femmes ont pris de la vitamine B au cours de leur grossesse, et seulement 24%

déclarent en avoir pris avant la grossesse ou au cours du 1er mois (en conformité avec les recommandations).

Concernant les pathologies infectieuses, le dépistage est orienté sur le statut immunitaire de la mère vis-à-vis de la rubéole et de la toxoplasmose, du VIH et du virus de l'hépatite B. Le dépistage du VIH doit être obligatoirement proposé lors de la première consultation prénatale. Dans l'Enquête périnatale de 2010, 73% des femmes déclarent avoir eu ce dépistage durant la grossesse, et 8,5% des femmes déclarent qu'il ne leur a pas été proposé.

La recherche de l'antigène Hbs, obligatoire chez toutes les femmes enceintes au début du 6ème mois de grossesse, permet de prévenir le risque de transmission per et postnatale du virus de l'hépatite B. Selon les données des CS8 de 2010, cette recherche est réalisée chez 87% des femmes enceintes ardéchoises et chez 89% des femmes enceintes drômoises. Les enfants de mères séropositives (0,3% des femmes en Ardèche et 0,6% dans la Drôme, contre 0,7% au niveau national) feront l'objet d'une vaccination précoce contre l'hépatite B et/ou d'une injection d'immunoglobulines.

1.1.5. Comportement de santé pendant la grossesse

Certains comportements pendant la grossesse, notamment le tabagisme et l'alcoolisme, sont néfastes au développement du fœtus. L'exposition prénatale à l'alcool peut entraîner un ensemble de malformations (jusqu'au syndrome d'alcoolisation foetale) et des troubles du développement chez l'enfant à naître. Depuis 2006, le nouveau CS8 comporte des items sur la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse, mais ce n'est qu'à partir de 2008 que le taux de réponse à ces items autorise une analyse pour certains départements (le taux de réponse est de 87% en Ardèche et de 75% dans la Drôme en 2010).

Consommation de tabac

La part de femmes enceintes ayant continué à fumer durant leur grossesse s'élève à 14% chez les Ardéchoises en 2010 et à 16% chez les Drômoises. Cette part apparaît stable sur les trois dernières années. La plupart des fumeuses enceintes fumaient moins de 10 cigarettes par jour. L'Enquête périnatale de 2010 apporte des précisions sur le tabagisme avant et pendant la grossesse : 30% des femmes enceintes fumaient avant leur grossesse et 17% fumaient encore au 3ème trimestre de grossesse. Concernant l'arrêt du tabagisme, 6% des femmes ont arrêté de fumer en prévision de la grossesse, et parmi celles ayant arrêté pendant la grossesse 81% l'on fait au 1er trimestre, 9% au 2ème trimestre et 2 % au 3ème trimestre.

Consommation d'alcool

Les données des CS8 sur la consommation d'alcool sont peu exploitables en raison d'une sous-déclaration

manifeste. Seulement 0,5% des Ardéchoises et 0,7% des Drômoises déclarent avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse. En comparaison, 23% des Françaises ont déclaré, dans l'Enquête périnatale de 2010, avoir consommé de l'alcool au moins une fois pendant leur grossesse et 2,5% en avoir consommé trois verres ou plus en une occasion. Cette Enquête montre que la consommation d'alcool pendant la grossesse est plus fréquente parmi les femmes en situation sociale favorisée, les plus âgées et celles de parité élevée. Ces caractéristiques sociales sont très différentes de celles liées à la consommation de tabac pendant la grossesse, que l'on trouve plus souvent chez les femmes jeunes et de milieux socio-défavorisés.

1.2. Prévention chez le nourrisson

1.2.1. Dépistage néonatal

Le dépistage de certaines pathologies chez le nouveau-né favorise une prise en charge précoce de ces pathologies. Tous les nouveau-nés de France bénéficient du test de Guthrie (prélèvement de gouttes de sang au niveau du talon), qui permet le dépistage de la phénylcétonurie (depuis 1972), de l'hypothyroïdie congénitale (1978), de l'hyperplasie congénitale des surrénales (1995) et de la mucoviscidose (2002). Le dépistage de la drépanocytose n'est réalisé, depuis 2000, que chez les nouveau-nés dont les parents appartiennent à un groupe à risque pour cette maladie (origine géographique : DOM, Afrique subsaharienne, Maghreb...), soit 32% des nouveau-nés en Rhône-Alpes.

Les taux de prévalence de ces pathologies sont de :

- 1/24 000 enfants dépistés en France métropolitaine pour la phénylcétonurie
- 1/5 100 pour l'hypothyroïdie congénitale
- 1/685 pour la drépanocytose (dépistage ciblé), mais avec des disparités régionales importantes (1/1 456 en Rhône-Alpes)
- 1/3 500 pour l'hyperplasie congénitale des surrénales
- 1/4 600 pour la mucoviscidose.

A noter que la réduction de la mortalité par drépanocytose, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de cette pathologie, figurent parmi les objectifs de la loi de santé publique de 2004 (objectif 88).

Deux autres dépistages, ceux-ci non biologiques, sont pratiqués à la naissance. Ils portent d'une part sur la dysplasie congénitale de la hanche (manoeuvre d'Orlandi) et d'autre part sur la surdité. Un programme expérimental de dépistage néonatal de la surdité est actuellement en cours dans plusieurs régions en France. Ce dépistage doit permettre un diagnostic et une prise en charge précoces de l'enfant, l'efficacité des protocoles thérapeutiques dépendant étroitement



de la précocité de la prise en charge. Le Schéma régional de prévention 2012-2017 Rhône-Alpes prévoit l'amélioration, au sein de chaque maternité, du repérage de l'existence d'une surdité profonde ou sévère bilatérale chez le nouveau-né.

1.2.2. Vaccination précoce

Vaccination hépatite B

Suite à la recherche de l'antigène Hbs, obligatoire chez toutes les femmes enceintes et réalisée chez environ 9 femmes enceintes sur 10 en Drôme et Ardèche, les nouveau-nés de mère séropositive peuvent être vaccinés contre l'hépatite B et/ou recevoir une injection d'immunoglobulines. Les données du CS8 sont peu fiables sur ces deux items (vaccination et immunoglobulines) car ces items sont peu renseignés (taux de remplissage de 40 à 50%). Selon l'InVS, qui réalise une estimation de la part d'enfants vaccinés contre l'hépatite B avant l'âge de 8 jours à partir des données du CS8, environ 0,7% des nouveau-nés auraient été vaccinés en 2010 en Ardèche, contre 0,9% dans la Drôme et 0,8% en France.

Vaccination BCG

Selon le schéma vaccinal en vigueur (cf calendrier des vaccinations en annexe), la vaccination BCG n'est recommandée (une dose dès la naissance) que pour les enfants à risque élevé de tuberculose, c'est-à-dire ceux dont les parents sont originaires de pays à forte endémie tuberculeuse, ceux résidant en Ile-de-France, en Guyane et à Mayotte, ceux vivant dans des conditions socio-économiques défavorables (notamment dans un habitat précaire). Comme pour la vaccination contre l'hépatite B, l'InVS procède à une estimation de la part des enfants vaccinés par le BCG avant l'âge de 8 jours à partir des données des CS8. Selon cette estimation, la part des enfants vaccinés par le BCG serait en augmentation ces trois dernières années dans l'Ardèche et la Drôme. En Ardèche, cette part serait passée de 0,6% en 2008   1,7% en 2009 et   2,6% en 2010. Dans la Drôme, elle serait passée de 0,5% en 2008   5,1% en 2009 et   16,1% en 2010, cette progression étant liée à la mise en place d'un protocole et d'actions de sensibilisation en direction du personnel au centre hospitalier de Valence.

1.2.3. Allaitement maternel

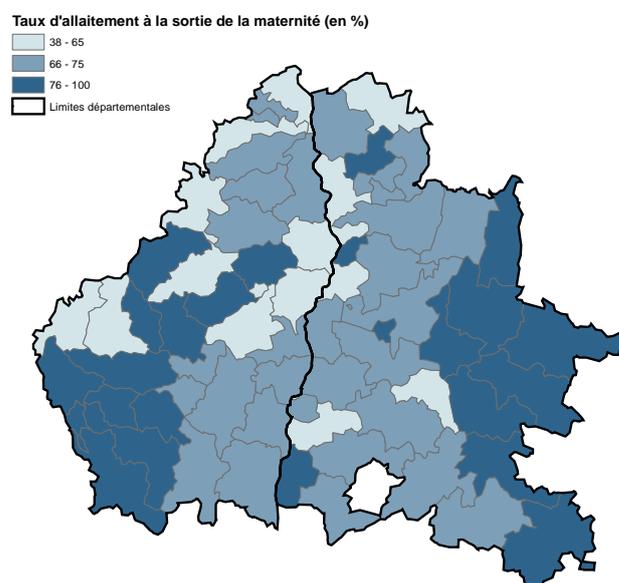
Les travaux sur l'allaitement maternel ont montré les bénéfices pour la santé que peuvent en attendre à la fois les nouveau-nés (prévention des allergies et de certains types d'infections) et les mères (effet protecteur sur le risque de cancer du sein). La promotion de l'allaitement maternel fait partie des objectifs du PNNS 2011-2015, Programme national nutrition santé, comme de ceux du Schéma régional de prévention Rhône-Alpes (spécifiquement pour les enfants prématurés).

Selon les CS8, les taux ardéchois et drômois d'allaitement maternel en maternité sont proches en 2010 de ceux observés au niveau national, respectivement : 67,7%, 69,9% et 67,9%, et proches également du taux relevé par l'Enquête nationale périnatale 2010 : 68,7%.

La part de nouveau-nés allaités au sein est fortement corrélée à l'âge de la mère. En 2011, en Ardèche comme dans la Drôme, cette part progresse régulièrement avec l'avancée en âge de la mère : de 60% chez les nouveau-nés de mères de moins de 20 ans en Ardèche (62% dans la Drôme), à 69% chez ceux de mères de 40 ans et plus (70% dans la Drôme).

Il existe également des disparités territoriales importantes au niveau de cet indicateur, avec un allaitement maternel plus développé notamment à l'est de la Drôme et à l'ouest de l'Ardèche.

Taux d'allaitement maternel à la maternité en 2011 (en %) (par canton)



Sources : CG 07-26, CS8

La durée de l'allaitement maternel fait partie des questions posées à la fois dans le CS9 et dans le CS24. Compte-tenu du taux de retour des certificats et du taux de réponse à cette question (autour de 50%), les données des CS sont jugées peu représentatives. Il est toutefois possible de rapprocher ces données des résultats d'une enquête menée en 2004/2006 dans la région Rhône-Alpes sur la durée de l'allaitement maternel et les facteurs qui influent sur le déroulement de l'allaitement¹.

Ces deux sources d'information, à 5 ans d'intervalle, confirment un taux d'allaitement de 50% environ à la maternité (donc plus faible que celui déclaré dans les CS8) et une baisse d'environ 10% du taux d'allaitement maternel entre la sortie de maternité et le 1er mois (ou les 6 premières semaines pour le CS24), puis une chute importante après 3 mois. La durée d'allaitement serait, selon l'enquête régionale, de 20 semaines en moyenne

¹ COMMUNAL (M.J.). Etude relative aux durées et aux facteurs qui influent sur le déroulement de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes en 2004/2006. DRASS Rhône-Alpes, 2008.

en Ardèche, contre 18 semaines dans la Drôme et dans la région.

Taux d'allaitement (en % des naissances) selon la durée

	À la naissance	1 mois** (ou 6 semaines)*	3 mois	6 mois	9 mois
Ardèche (2010)*	52	44	31	17	9
Ardèche (2004/2006)**	55	49	29	16	2
Drôme (2010)*	48	41	28	15	9
Drôme (2004/2006)**	54	44	31	11	8

Sources : *DREES, CS24 – 2010, ** enquête régionale 2004/2006

L'enquête régionale montre une relation positive entre les durées d'allaitement et plusieurs facteurs : avoir fait un projet d'allaitement avant la naissance, avoir suivi une préparation à la naissance, avoir déjà une expérience d'allaitement réussi. Les mères ayant une activité professionnelle étaient plus nombreuses à souhaiter des durées d'allaitement courtes.

L'étude Epifane, actuellement menée au niveau national par l'InVS auprès d'un échantillon aléatoire d'environ 3 000 nourrissons qui seront suivis pendant un an, va contribuer à mieux connaître les pratiques et la durée de l'allaitement maternel, l'utilisation des formules lactées et les modalités de diversification alimentaire durant la première année de vie. Les premiers résultats de cette étude², portant sur les données recueillies à la maternité et à 1 mois, montrent une baisse du taux d'allaitement maternel entre la maternité (69%) et 1 mois (54%), mais surtout une baisse particulièrement rapide de l'allaitement exclusif au sein qui passe de 60% (maternité) à 35% (à 1 mois). Dès la première semaine, plus de la moitié des enfants étaient allaités de façon mixte. Cette étude analyse par ailleurs les facteurs sociodémographiques liés à l'allaitement maternel, ce qui devrait permettre de cibler dans les actions de prévention les groupes à risque, notamment les jeunes mères et celles à faible niveau d'éducation.

2. Offre de prévention en périnatalité

La prévention réalisée en périnatalité, durant la grossesse et durant les premiers mois de l'enfant, fait appel à des intervenants très divers : des professionnels de santé, des psychologues, des conseillères conjugales, des éducateurs et acteurs de prévention... Ces personnes interviennent soit comme professionnels libéraux, soit comme salariés ou bénévoles d'organismes divers : maternités publiques et privées, conseils généraux (services de PMI, protection maternelle et infantile), municipalités, caisses d'assurance-maladie, mutuelles, associations...

2.1. Professionnels de santé (libéraux et salariés)

Selon l'Enquête périnatale de 2010, pour 67% des femmes l'ensemble de la surveillance a été assuré

² SALANAVE (B.) et al. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France, 2012

essentiellement par un gynécologue-obstétricien, pour 12% par une sage-femme, pour 5% par un médecin généraliste et pour 17% par plusieurs professionnels. Si la déclaration de grossesse est réalisée dans 70% des cas par un médecin libéral (généraliste ou gynécologue-obstétricien), ce qui confère à celui-ci un rôle important dans la mise en œuvre des dépistages du 1er trimestre, la surveillance médicale se déplace ensuite progressivement vers les professionnels des maternités et de la PMI.

En 2010, 21 gynéco-obstétriciens exercent en libéral (en totalité ou en partie) en Ardèche, et 25 dans la Drôme, ce qui place les deux départements, en termes de densité médicale, à des niveaux inférieurs à celui de la région : 23,8 gynéco-obstétriciens pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans dans la Drôme, contre 32,7 en Ardèche et 38,5 en Rhône-Alpes.

Effectifs et densité des gynéco-obstétriciens en 2010, selon le mode d'exercice

	Libéraux**		Salariés exclusifs***
	Effectif	Densité*	Effectif
Ardèche	21	32,7	4
Drôme	25	23,8	18
Rhône-Alpes	554	38,5	206

*Densité pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans

**Source : ARS (Assurance maladie)

***Source : ADELI (Statiss)

Avec des densités de sages-femmes équivalentes en Ardèche et en Drôme (respectivement 149 et 152 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans), ces deux départements se situent en 2012 à un niveau légèrement inférieur à celui de Rhône-Alpes (156), mais largement supérieur à celui de la France (130). Les sages-femmes exercent très majoritairement en maternité. Un peu plus d'un quart des sages-femmes pratiquent un exercice libéral en Ardèche et dans la Drôme, départements où ce mode d'exercice apparaît plus développé que dans l'ensemble de la région Rhône-Alpes (22%) et qu'en France (20%).

Effectifs et densité des sages-femmes en 2012, selon le mode d'exercice

	Libérales ou mixtes		Salariées hospitalières	Autres salariées	Total des sages-femmes	
	Effectif	% du total	Effectif	Effectif	Effectif	Densité*
Ardèche	24	25	66	5	95	149
Drôme	44	28	110	6	160	152
Rhône-Alpes	510	22	1 591	135	2 256	156
France métro.	3 751	20	13 484	1 374	18 609	130

*Densité pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans

Source : RPPS, 1er janvier 2012

2.2. Maternités et réseaux de périnatalité

Les maternités sont le lieu privilégié des actions de prévention en périnatalité, qu'il s'agisse d'actions pendant la grossesse ou après l'accouchement. L'Enquête périnatale de 2010 montre que l'entretien prénatal du 4ème mois est réalisé dans la moitié des cas par une sage-femme de maternité, et que nombre de conseils de prévention sont prodigués

lors des séances de préparation à l'accouchement ou lors des consultations prénatales à la maternité. Le rôle des professionnels des maternités est également déterminant dans la mise en œuvre des dépistages chez le nouveau-né et dans l'initiation de l'allaitement au sein.

Le département de l'Ardèche compte quatre maternités (deux de niveau 1, deux de niveau 2) et deux centres périnataux de proximité. La plupart de ces établissements font partie du réseau de périnatalité Aurore, à l'exception de ceux du nord de l'Ardèche (maternité du centre hospitalier d'Annonay et centre périnatal de Saint-Agrève) qui participent au réseau ELENA. Le département de la Drôme compte trois maternités (toutes de niveau 2) et deux centres périnataux de proximité. Ces établissements font tous partie du réseau de périnatalité Aurore.

Deux réseaux spécialisés dans le suivi des enfants prématurés (réseau ECL'AUR sur la zone géographique du réseau AURORE, et réseau SEVE sur celle du réseau ELENA) ont pour objectif d'assurer chez ces prématurés le dépistage des déficiences majeures ou modérées (ou même mineures), afin de les orienter pour une prise en charge précoce (notamment vers les CAMSP).

Le réseau de périnatalité Aurore couvre environ la moitié du territoire rhônalpin, dont la totalité de la Drôme et une grande partie de l'Ardèche. Ce réseau regroupe des maternités, des services de néonatalogie, des professionnels hospitaliers et libéraux, des services de PMI, des associations et des structures médico-sociales. La partie nord de l'Ardèche est couverte par le réseau ELENA (Loire et Nord-Ardèche).

Pour 3 259 accouchements enregistrés en Ardèche en 2011, les maternités du département disposent de 51,1 ETP (équivalents temps plein) de sages-femmes et de 10 ETP de gynéco-obstétriciens. Les maternités de la Drôme, pour 5 253 accouchements enregistrés en 2011, disposent de 39,4 ETP de sages-femmes et de 25,5 ETP de gynéco-obstétriciens. Il est important de noter que les maternités de chaque côté du Rhône accueillent des femmes venant des deux départements, c'est notamment le cas de la maternité de Guilherand-Granges en Ardèche, fréquentée majoritairement par des femmes drômoises.

Personnels intervenant dans les maternités d'Ardèche et de Drôme en 2011

	Sages-femmes		Gynéco-obstétriciens	
	Effectif	ETP*	Effectif	ETP*
Ardèche	64	51,1	13	10,0
Drôme	46	39,4	32	25,5

*ETP : équivalent temps plein

Source : SAE 2011 (SAE 2009 pour données du CH d'Annonay-Ardèche)

2.3. Services de PMI

Les services de PMI (protection maternelle et infantile), du fait de leurs missions, sont au cœur de toute politique de prévention dans le domaine de la périnatalité. Dépendant du Conseil général, le service de PMI est accessible à tous, il propose de façon gratuite des consultations médico-sociales dans des locaux de proximité ainsi que des visites à domicile. Son équipe pluridisciplinaire (médecins, sages-femmes, infirmières et puéricultrices, conseillères conjugales, psychologues) lui permet de mener des actions de prévention durant la grossesse, après l'accouchement et durant les six premières années de l'enfant. Le repérage des facteurs de risque médicaux, sociaux et psychologiques, favorise des interventions ciblées et des orientations vers les professionnels compétents.

Personnel de PMI en 2011, en ETP* réel

	Médecins	Sages-femmes	Infirmières, puéricultrices et aux de puériculture	Psychologues
Ardèche	3,9	4,0	25,5	0,5
Drôme	16,0	8,6	40,4	8,8

*ETP : équivalent temps plein

Source : Conseils généraux 07-26

Du fait parfois de difficultés de recrutement et de personnels à temps partiel qui occupent des postes budgétisés à temps plein, les ETP réels sont souvent différents des ETP budgétisés, avec un écart important au niveau des postes d'infirmières et de puéricultrices (71 ETP budgétisés dans la Drôme contre 40,4 ETP réels).

Durant leur grossesse, les femmes peuvent bénéficier de consultations prénatales, de visites à domicile et d'accompagnement psychologique par le service de PMI. Le carnet de maternité est par ailleurs diffusé à toutes les femmes par les Conseils Généraux.

En Ardèche, les sages-femmes de PMI ont réalisé 45 entretiens du 4ème mois (EPP) en 2011, elles ont également accompagné 88 femmes à la suite d'un EPP, EPP effectué soit en PMI soit par d'autres professionnels. Par ailleurs 85 femmes ont participé en Ardèche à des actions collectives de prévention organisées par la PMI (dont des séances de préparation à l'accouchement).

Dans la Drôme, les sages-femmes de PMI déclarent 671 entretiens précoces en 2011 et 321 femmes accompagnées. Ce sont par ailleurs 783 femmes enceintes qui ont bénéficié en 2011 d'une action individuelle ou collective de la part de la PMI drômoise.

Juste après l'accouchement, le personnel de PMI effectue des visites en maternité : 2 308 femmes ont été ainsi rencontrées dans les maternités drômoises en 2011, et 1 475 dans les maternités ardéchoises.

De retour au domicile, les mères et les enfants peuvent

faire l'objet de visites à domicile par le personnel de PMI, notamment les enfants signalés par la maternité comme nécessitant une attention particulière. 758 nourrissons ardéchois de moins d'un mois ont été ainsi vus à domicile en 2011 par le personnel de PMI. La PMI drômoise comptabilise de son côté 5 436 enfants ayant bénéficié en 2011 d'un acte de puériculture (en consultation ou à domicile).

Des entretiens en accompagnement parentalité sont également proposés par les psychologues de PMI : 101 entretiens de ce type ont été réalisés en Ardèche en 2011.

2.4. Autres acteurs en périnatalité

Parmi les nombreux acteurs intervenant dans le domaine de la périnatalité, on peut citer :

➤ les CPAM (Caisses primaires d'assurance maladie), qui diffusent un guide d'information à toutes leurs assurées enceintes, financent des ateliers collectifs et si nécessaire des aide-ménagères à domicile pendant la grossesse, conjointement à l'action des CAF et des Conseils généraux dans ce domaine. L'Assurance Maladie propose également un service (en cours de généralisation sur la France entière) d'accompagnement personnalisé lors du retour à domicile après l'accouchement : dans le cas d'un accouchement sans complication, deux visites à domicile (prises en charge à 100%) sont réalisées par une sage-femme libérale dans les douze jours qui suivent la naissance.

➤ les CPEF (centres de planification de l'éducation familiale) : information sur la contraception et la grossesse.

➤ les CAF (Caisses d'Allocations Familiales) : conjointement les Réseaux Parentalité - REAPP (réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents) dans l'Ardèche et la Drôme, réseaux financés par les Directions départementales de la cohésion sociale, les CAF, les Conseils généraux et la MSA. Dans la Drôme, un forum «Parentalité» sera co-organisé en septembre 2013 avec l'UDAF (Union départementale des Associations Familiales).

➤ les collectivités locales : la Ville de Valence adresse aux parents des guides de prévention aux différents âges de l'enfant (à la naissance, à 2 mois, à 3 mois, à un an), à l'occasion des rappels sur les vaccinations à réaliser aux différents âges (le service vaccinations de la Ville organise des séances de vaccinations et gère un fichier de suivi des vaccinations de la population valentinoise).

➤ les associations : soutien à l'allaitement maternel, accompagnement à l'accueil du nouveau-né, actions de soutien à la parentalité. Par exemple : Collectif Allaitement Drôme Ardèche (CADRAR), Réseau Galaure Allaitement (26), Réseau Naissance

Allaitement (07), Relais Naissance Petite enfance (26), Solidarilait Drôme Ardèche Allaiter 26-07.





Sur la période 2006-2009, l'hospitalisation a concerné par an environ 43 garçons de moins de 15 ans pour 1 000 en Ardèche (contre 41 dans la Drôme et Rhône-Alpes) et environ 36 filles de moins de 15 ans en Ardèche pour 1 000 (contre 35 dans la Drôme et 34 en Rhône-Alpes). Les principaux motifs d'hospitalisation sont les maladies respiratoires chez les moins de 10 ans, puis les maladies de l'appareil digestif et les lésions traumatiques chez les 10-14 ans.

Le recours aux professionnels libéraux, qui s'ajoute pour les enfants de moins de 6 ans au recours à la PMI, est en partie lié aux pratiques de la population et à l'offre de soins disponible. Les taux de recours aux pédiatres et aux orthophonistes en Ardèche et Drôme sont inférieurs aux taux régionaux.

Densités de professionnels de santé libéraux et taux de recours des moins de 15 ans à ces professionnels en 2010

		Ardèche	Drôme	Rhône-Alpes
Médecins généralistes	Taux*	88,3	87,2	84,6
	Densité**	9,3	9,6	9,9
Pédiatres	Taux*	14,6	15,6	22,8
	Densité***	2,1	2,0	2,4
Dentistes	Taux*	15,3	15,6	15,6
	Densité**	5,3	6,2	5,8
Orthophonistes	Taux*	8,0	9,2	9,6
	Densité**	2,2	3,3	3,5

* Taux bruts pour 100 jeunes de moins de 15 ans du régime général

** Densité pour 10 000 habitants

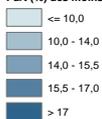
*** Densité pour 10 000 jeunes de moins de 15 ans

Sources : ARS (Assurance maladie, régime général), INSEE

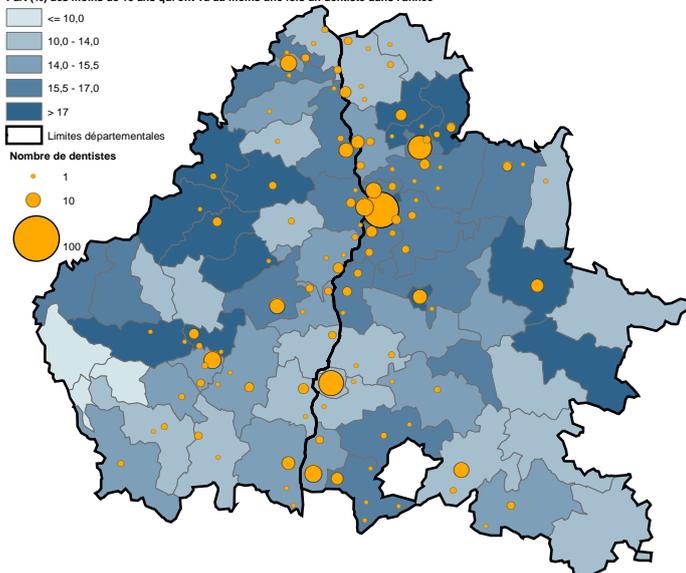
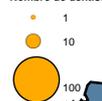
Exploitation ORS RA

Effectifs de dentistes et taux de recours des moins de 15 ans aux dentistes en 2010 (par canton)

Part (%) des moins de 15 ans qui ont vu au moins une fois un dentiste dans l'année



Limites départementales
Nombre de dentistes



Sources : ARS (Assurance maladie, régime général), INSEE

Exploitation ORS RA

Passée la première année de vie, pendant laquelle la mortalité et les hospitalisations sont fréquemment liées à des affections spécifiques de la période périnatale, les enfants de 1 à 15 ans représentent la tranche d'âge où les taux de mortalité et d'hospitalisation sont les plus bas. L'enjeu de la prévention à cet âge est d'une part de dépister des troubles susceptibles de nuire au bon développement de l'enfant, et d'autre part d'initier des comportements favorables à la santé de l'enfant mais aussi à celle du futur adulte.

En matière de dépistage, les examens de santé réalisés au 24ème mois, à 3-4 ans et à 5-6 ans, permettent de repérer certains troubles (vision, audition, langage, comportement...) ou affections (asthme, obésité, caries dentaires...), pour lesquels une prise en charge de l'enfant est vivement conseillée.

En matière de prévention, les programmes s'adressent à l'enfant mais aussi à ses parents, afin de les aider à instaurer une bonne hygiène de vie chez l'enfant (alimentation, activité physique, hygiène buccodentaire, sommeil...), à veiller à un suivi médical adapté, à prévenir les accidents de la vie courante et de la circulation, à favoriser le bien-être psychique de l'enfant, ou encore à prévenir ou retarder les consommations de produits psychoactifs.

Plusieurs objectifs de la loi de santé publique de 2004 concernent les enfants : la réduction de la mortalité par accidents de la vie courante, l'amélioration de la couverture vaccinale (notamment ROR et hépatite B), la diminution des caries dentaires, le meilleur repérage de l'asthme, la diminution de la prévalence du saturnisme infantile...

En Rhône-Alpes, le Schéma régional de prévention 2012-2017¹ reprend les objectifs nationaux en matière d'amélioration de la couverture vaccinale. Il priorise par ailleurs les actions de promotion de santé en direction des enfants de 0 à 6 ans, à la fois en matière de dépistage de certains troubles, de soutien à la parentalité, de développement des compétences psychosociales chez l'enfant, de prévention du surpoids et de l'obésité, ou encore d'environnement (habitat insalubre, exposition au plomb)...

¹ Schéma régional de prévention 2012-2017. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes 2012



1. Indicateurs de prévention chez l'enfant

Les données proviennent essentiellement des sources d'information suivantes :

- les CS9 et les CS24 - certificats de santé du 9ème mois et du 24ème mois

Ces certificats sont élaborés par un médecin à l'issue des 2ème et 3ème examens préventifs obligatoires de l'enfant, au 9ème mois et au 24ème mois. Le Conseil général est chargé, dans chaque département, de recueillir l'ensemble des CS9 et CS24 des enfants domiciliés dans le département, de saisir et d'analyser les données. Les fichiers sont également transmis à la DREES, qui publie¹ les chiffres départementaux après apurement et pondération. Le CS9 a été modifié en janvier 2006 et en juin 2009, le CS24 en janvier 2006. Pour interpréter les données, il faut tenir compte de l'exhaustivité du recueil (taux de couverture des CS) et du remplissage effectif de chaque item (taux de réponse à chaque question).

- les bilans de santé en école maternelle (BSEM)

Le BSEM est réalisé par les services de PMI des Conseils généraux auprès de l'ensemble des enfants âgés de 3 à 4 ans scolarisés en école maternelle. Il peut être effectué par une puéricultrice, un infirmier, une auxiliaire de puériculture ou un médecin. Il comprend des tests de dépistage d'éventuels déficits sensoriels ou de troubles de l'acquisition du langage ainsi que la surveillance du développement staturo-pondéral. Il peut être suivi d'un entretien avec les parents. Le professionnel de PMI oriente, le cas échéant, l'enfant vers les structures et les professionnels de santé spécialisés.

- Les bilans de santé scolaire

Un bilan médical obligatoire devrait avoir lieu durant la sixième année de l'enfant en grande section de maternelle ou CP. Ce bilan est réalisé par le médecin scolaire, en collaboration avec l'infirmière scolaire. Les dépistages réalisés lors de ce bilan doivent permettre de repérer des troubles susceptibles d'entraver la scolarité (troubles sensoriels, troubles du langage ou du comportement). Les résultats de ces bilans ne font pas l'objet de diffusion au niveau national. Des examens infirmiers de dépistage peuvent être ensuite proposés en classes de CM2 et de 5ème du collège. Un bilan d'orientation (avec examen médical) peut également être proposé en classe de 3ème du collège.

- L'enquête triennale de santé en milieu scolaire

Cette enquête est réalisée depuis 1999 alternativement en grande section de maternelle, en CM2 et en classe de 3ème. Elle est menée par la DREES du Ministère de la santé, la DGESCO et la DEPP du Ministère de l'Education nationale, avec le soutien de la DGS et de l'InVS. Collectée à l'occasion du bilan de santé obligatoire avant l'entrée à l'école élémentaire, seule l'enquête en grande section de maternelle présente un effectif suffisant pour être exploitée au niveau des académies. Les derniers chiffres disponibles au niveau académique sont ceux de l'enquête 2005-2006². La visite médicale a eu lieu dans l'établissement scolaire, en présence d'un parent dans 91% des cas. Sont ainsi repérés : la surcharge pondérale, les problèmes d'élocution et de vision, les allergies alimentaires, les caries dentaires... Des questions permettent d'appréhender certaines pratiques en matière d'alimentation, de sommeil, d'activité physique... Les résultats de l'enquête 2004-2005 auprès des enfants de CM2, avec un effectif plus faible, ne sont diffusés qu'au niveau des inter-régions (ZEAT), comme la ZEAT Centre-Est qui regroupe Rhône-Alpes et Auvergne.

¹ COLLET (M.), VILAIN (A.). Les certificats de santé de l'enfant au 9ème mois (CS9) – Validité 2010. Document de travail, Série Sources et méthodes, n° 32, août 2012

COLLET (M.), VILAIN (A.). Les certificats de santé de l'enfant au 24ème mois (CS24) – Validité 2010. Document de travail, Série Sources et méthodes, n° 33, août 2012

² DE SAINT POL (T.). La santé des enfants en grande section de maternelle. Ministère de l'Education nationale, Note d'information, n°11.18, décembre 2011.

Les données des CS9 et des CS24 doivent être analysées en tenant compte de la non-exhaustivité du recueil. Le taux de couverture des CS peut varier d'une année à l'autre, comme leur taux de traitement (en fonction des moyens logistiques disponibles) : dans la Drôme, le taux de traitement du CS9 a varié de 74% en 2008 à 23% en 2010, celui du CS24 de 51% en 2008 à 21% en 2010.

Taux* de traitement des CS9 et des CS24 en 2010

	CS9	CS24
Ardèche	46	38
Drôme	23	21
Rhône-Alpes	24	27
France	43	39

* (en % des enfants de 1 an pour les CS9 et de 2 ans pour les CS24)

Source : DREES

Le BSEM a été réalisé en 2011 chez 86% des enfants ardéchois de la tranche d'âge concernée (entre 3 et 4 ans) et chez 96% des enfants drômois. Les enfants examinés ne bénéficient pas tous de l'ensemble des dépistages, dans la Drôme un examen clinique est systématiquement effectué par un médecin pour chaque enfant.

Taux de couverture du BSEM en 2011

	Nb d'enfants de la tranche d'âge	Nb de bilans réalisés	Taux de couverture du BSEM
Ardèche	3 810	3 276	86%
Drôme	5 221	5 019	96%

Sources : CG 07 et 26, BSEM

L'enquête triennale de santé scolaire a été réalisée en 2005-2006 dans 3 459 écoles et auprès de 23 365 enfants en France, dont 983 dans l'académie de Grenoble. Les départements de l'Ardèche et de la Drôme font partie de l'académie de Grenoble, avec les départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie.

Nombre d'enfants enquêtés en grande section de maternelle en 2005-2006

	Garçons	Filles	Ensemble
Académie de Grenoble	492	491	983
Académie de Lyon	556	561	1 117
France	12 089	11 276	23 365

Source : Enquête triennale de santé scolaire

1.1. Vaccinations

Le HCSP (Haut Conseil de Santé Publique), à partir des travaux du Comité technique des vaccinations, publie chaque année le calendrier¹ vaccinal des vaccinations recommandées aux différents âges et pour certaines populations à risque. Le calendrier 2013 (cf annexe) va apporter quelques modifications à des fins de simplification.

Comme la plupart des vaccinations recommandées chez l'enfant doivent être réalisées avant l'âge de 2 ans, les données du CS24 sur la couverture vaccinale au 24ème mois sont particulièrement intéressantes. Bien que le taux de remplissage des questions sur la vaccination soit toujours proche de 100%, le faible taux de retour des CS24 constitue un biais important dans cette analyse. La DREES et l'InVS effectuent des corrections et des pondérations sur les fichiers de données brutes.

A noter à Valence l'existence d'un système informatisé de suivi vaccinal des enfants (jusqu'à 18 ans). Ce service de la Ville de Valence informe les parents par courrier du moment le plus opportun pour la vaccination suivante de leur enfant. Ce système permet d'estimer le taux de couverture vaccinale par tranche d'âge parmi les individus ayant déjà répondu au moins une fois (soit 3 423 individus en juillet 2011).

1.1.1. DTPolio (diphtérie, tétanos et poliomyélite)

Si les trois premières doses de vaccin DTPolio, qui sont recommandées entre le 2ème mois et le 4ème mois, sont administrées en 2010 à 96% des enfants en Ardèche et 99% dans la Drôme, le rappel du vaccin DTPolio n'est administré qu'à 91% des enfants en Ardèche et 89% dans la Drôme. Environ 10% des enfants examinés au 24ème mois ne bénéficient donc pas d'une couverture vaccinale complète.

¹ Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012 selon l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique. BEH, n° 14-15, 10/04/2012

Taux de vaccination DTPolio des enfants au 24ème mois (en % des enfants examinés) en 2010

	Au moins 1 dose	Au moins 2 doses	Au moins 3 doses	Rappel
Ardèche	97	96	96	91
Drôme	99	99	99	89
France	99	99	99	91

Source : DREES, CS24

En matière de couverture vaccinale DTCPolio (diphtérie tétanos coqueluche polio), la Ville de Valence estime en 2011, à partir de son fichier vaccinal, que 86% des 2-10 ans ont commencé la vaccination (64% ont reçu 3 doses), contre 90% des 10-20 ans (78% ont reçu 3 doses).

1.1.2. Coqueluche

La vaccination contre la coqueluche, qui suit le même schéma vaccinal que la vaccination DTPolio (une primo-vaccination comportant 3 doses, et un rappel entre 16 et 18 mois), connaît également une baisse sensible du taux de vaccination entre les 3 premières doses (95% en Ardèche et 98% dans la Drôme) et le rappel (91% en Ardèche et 88% dans la Drôme). Dans un contexte de persistance d'une incidence élevée de cas de coqueluche observée chez de très jeunes nourrissons, une couverture vaccinale incomplète contre la coqueluche peut être préjudiciable non seulement à l'enfant mal vacciné mais également aux jeunes nourrissons dont ce dernier est proche (fratrie).

Taux de vaccination Coqueluche des enfants au 24ème mois (en % des enfants examinés) en 2010

	Au moins 1 dose	Au moins 2 doses	Au moins 3 doses	Rappel
Ardèche	96	96	95	91
Drôme	99	99	98	88
France	99	98	98	91

Source : DREES, CS24

1.1.3. Hémophilus Influenzae de type b

La vaccination contre les infections invasives à *Hémophilus Influenzae* de type b est recommandée pour tous les enfants, en combinaison avec les vaccins DTPolio et coqueluche (même schéma vaccinal). Ses taux de primo-vaccination et de rappel, dans les deux départements comme en France, sont légèrement inférieurs à ceux des deux autres vaccinations. Entre 10 et 15% des enfants ne sont pas correctement vaccinés à l'âge de 24 mois. Cette vaccination, mise en place depuis une vingtaine d'années, a permis une chute spectaculaire des méningites, et dans une moindre mesure des pneumonies, chez le jeune enfant.

Taux de vaccination Hémophilus Influenzae des enfants au 24ème mois (en % des enfants examinés) en 2010

	Au moins 1 dose	Au moins 2 doses	Au moins 3 doses	Rappel
Ardèche	94	94	94	89
Drôme	98	97	97	86
France	98	98	97	89

Source : DREES, CS24



1.1.4. Hépatite B

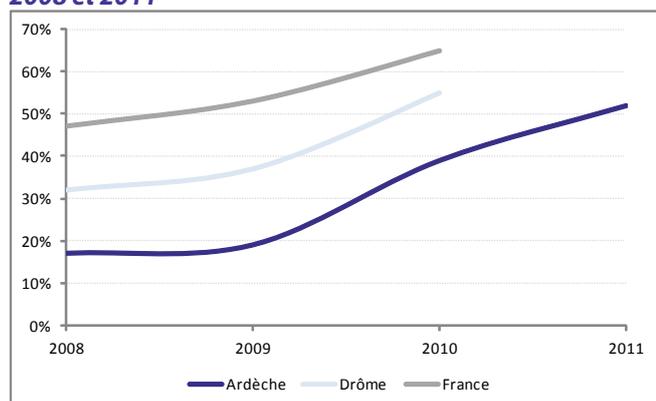
Le HCSP recommande que la vaccination contre l'hépatite B s'applique à tous les nourrissons. Si la mère de l'enfant est infectée par l'hépatite B, la vaccination débute dès le jour de la naissance, et pour tous les autres enfants à partir de 2 mois (une 1ère dose à 2 mois, une 2ème à 4 mois, et une 3ème entre 16 et 18 mois). Après la polémique de la fin des années 1990 autour de ce vaccin, la vaccination des nourrissons a connu un regain de confiance de la part des familles et des professionnels de santé, perceptible dans les CS24 à partir de 2004². Par ailleurs, un vaccin hexavalent (comprenant la vaccination contre l'hépatite B) est remboursé depuis mars 2008. Bien que les taux de vaccination complète soient encore peu élevés en 2010 (65% en France, et seulement 55% dans la Drôme et 39% en Ardèche), ces taux augmentent de façon continue ces dernières années. L'étude précédemment citée montrait que la vaccination était plus importante chez les enfants des mères les plus jeunes ainsi que chez ceux dont l'examen du 24ème mois avait été effectué en consultation PMI.

Taux de vaccination Hépatite B des enfants au 24ème mois (en % des enfants examinés) en 2010

	Au moins 1 dose	Au moins 2 doses	Au moins 3 doses
Ardèche	43	42	39
Drôme	61	60	55
France	71	70	65

Source : DREES, CS24

Evolution du taux de vaccination Hépatite B (3 doses) des enfants au 24ème mois (en % des enfants examinés) entre 2008 et 2011



Sources : DREES, CS24 ; CG 07 et 26

Chez les 3-4 ans la vaccination contre l'hépatite B apparaît beaucoup moins fréquente en 2011, mais il faut tenir compte du décalage de deux ans entre l'examen du 24ème mois et celui de l'école maternelle. Seulement 20% des enfants ardéchois de 3-4 ans ont reçu en 2011 les trois doses du vaccin, contre 34% d'enfants drômois. Cette situation reflète une situation proche de celle des enfants de 24 mois en 2009 (19% d'enfants vaccinés en Ardèche et 37% dans la Drôme),

² Couverture vaccinale hépatite B chez l'enfant estimée à partir des certificats de santé du 24ème mois, France, 2004-2007. BEHWeb, n° 1, 17/05/2010

ce qui signifierait une absence de rattrapage de cette vaccination après l'âge de 2 ans.

En matière de couverture vaccinale Hépatite B, la Ville de Valence estime en 2011, à partir de son fichier vaccinal, que 46,4% des 2-10 ans ont commencé la vaccination contre 28% des 10-20 ans.

1.1.5. ROR (rougeole/oreillons/rubéole)

L'épidémie de rougeole qui sévit en France depuis 2008 a touché particulièrement les enfants et les adolescents. La vaccination ROR est recommandée pour tous les enfants, avec une 1ère dose à 12 mois et une 2ème entre 13 et 24 mois. En cas de mode de garde collectif, il est recommandé d'avancer la 1ère dose à 9 mois, et la 2ème entre 12 et 15 mois. Pour interrompre la transmission de ces trois maladies, et notamment celle de la rougeole, le HCSP estime nécessaires à la fois une bonne couverture vaccinale ROR à 2 ans (soit : 95% pour la 1ère dose et 80% pour la 2ème dose) et un rattrapage pour les jeunes nés après 1980.

Bien que les taux de vaccination complète (2 doses) au 24ème mois progressent ces dernières années, ces taux restent très en-deçà des taux visés par le HCSP, ils sont en 2010 de 29% en Ardèche, contre 51% dans la Drôme et 61% en France. En Ardèche, selon les dernières données du Conseil général, le taux de vaccination ROR (2 doses) serait passé de 20% en 2008 à 57% en 2011.

Taux de vaccination ROR (rougeole/oreillons/rubéole) des enfants au 24ème mois (en % des enfants examinés) en 2010

	Au moins 1 dose	Au moins 2 doses
Ardèche	83	29
Drôme	83	51
France	89	61

Sources : DREES, CS24

À l'âge de 3-4 ans, environ 70% des enfants, en Ardèche comme dans la Drôme, ont reçu les deux doses du ROR en 2011. Ce chiffre montre, par rapport aux chiffres de couverture vaccinale à 24 mois, la présence d'un rattrapage important de cette vaccination chez les enfants entre 2 et 3-4 ans. Sans atteindre le taux de couverture vaccinale souhaité par le HCSP, soit 80% des enfants ayant reçu les deux doses de ROR, le taux d'enfants vaccinés à 3-4 ans s'en approche.

Taux de vaccination ROR à 3-4 ans (en % des enfants examinés) en 2011

	ROR (2 doses)
Ardèche	72
Drôme	70

Sources : CG 07 et 26, BSEM

En matière de couverture vaccinale ROR, la Ville de Valence estime en 2011, à partir de son fichier vaccinal, que 72% des 2-10 ans ont commencé la vaccination

(36% ont reçu une 2ème injection), contre 73% des 10-20 ans (44% ont reçu une 2ème injection).

Les services de santé scolaire ont réalisé durant l'année 2010-2011 une enquête nationale de couverture vaccinale rougeole auprès des élèves des classes de 6ème et de seconde. Concernant les élèves des classes de 6ème, les taux de couverture vaccinale rougeole (2 doses) constatés dans l'Ardèche et dans la Drôme sont inférieurs au taux de l'académie de Grenoble³. En Ardèche, la part d'élèves de 6ème non vaccinés (7,5%) est supérieure de deux points à celle de l'académie (5,4%), la Drôme occupant une position intermédiaire (6,7%).

Taux de couverture vaccinale rougeole en classe de 6ème, en 2010-2011

	Nombre d'élèves dans les établissements participant	Taux* de participation (en %)	Couverture vaccinale 2 doses (en %)	Non vaccinés (en %)
Ardèche	3 629	83,5	80,8	7,5
Drôme	4 426	84,9	83,1	6,7
Académie de Grenoble	33 060	87,7	84,8	5,4

* Taux de participation des élèves (en %), rapporté au nombre d'élèves des établissements participant à l'enquête

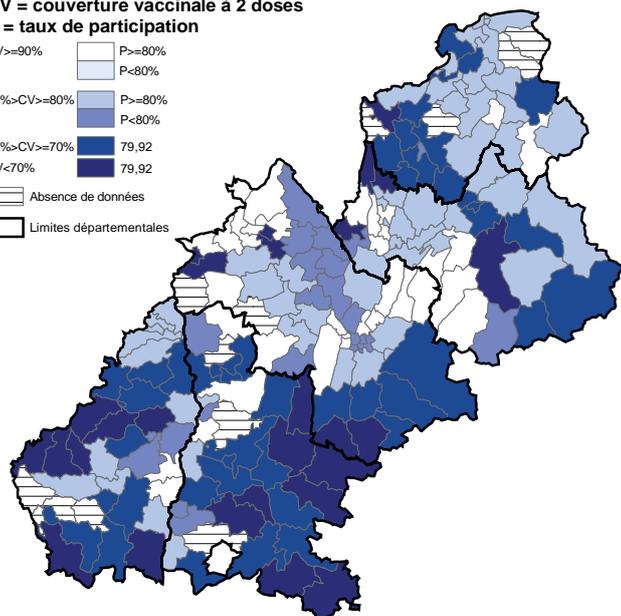
Source : Rectorat de Grenoble

La carte cantonale de couverture vaccinale rougeole en classe de 6ème, qui montre des taux faibles de couverture (inférieurs à 79%) dans de nombreux cantons ardéchois et drômois, est à mettre en parallèle avec les zones de forte incidence de rougeole lors de l'épidémie 2010-2011.⁴

Couverture vaccinale rougeole des élèves de 6ème, dans l'Académie de Grenoble en 2010-2011 (par canton)

CV = couverture vaccinale à 2 doses
P = taux de participation

CV >= 90% P >= 80%
CV >= 80% P < 80%
80% > CV >= 70% 79,92
CV < 70% 79,92
Absence de données
Limites départementales

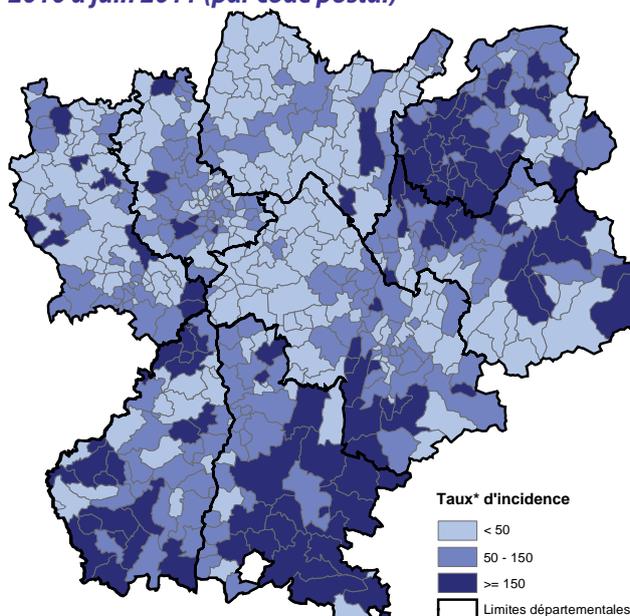


Source : Rectorat de Grenoble

³ Couverture vaccinale contre la rougeole des élèves de sixième et seconde scolarisés dans l'académie de Grenoble en 2010-2011. BEH, n°3, 22/01/2013, p 21-26

⁴ Rougeole en Rhône-Alpes. Point sur la vague épidémique d'octobre 2010 à septembre 2011. Bulletin de veille sanitaire, n°2, nov. 2011

Taux d'incidence de la rougeole en Rhône-Alpes, octobre 2010 à juin 2011 (par code postal)



Sources : CIRE Rhône-Alpes, ARS Rhône-Alpes

*Taux pour 100 000 habitants

1.1.6. BCG

La vaccination BCG étant une vaccination recommandée seulement pour les populations à risque de tuberculose, dans ce cadre-là 8% des enfants ardéchois de 3-4 ans et 10% des enfants drômois du même âge sont vaccinés en 2011 contre la tuberculose.

Taux d'enfants vaccinés par le BCG à 3-4 ans (en % des enfants examinés) en 2011

	BCG
Ardèche	8
Drôme	10

Sources : CG 07 et 26, BSEM

En matière de couverture vaccinale BCG, la Ville de Valence estime en 2011, à partir de son fichier vaccinal, que 33% des 2-10 ans sont vaccinés, contre 70% des 10-20 ans (effet de la fin de l'obligation vaccinale en 2007).

1.1.7. Vaccin antipneumococcique

La recommandation de la vaccination anti-pneumococcique a été étendue en 2006 à l'ensemble des enfants selon un schéma vaccinal à 3 doses puis un rappel. Ce schéma a changé en octobre 2008 : deux doses à 2 et 4 mois et un rappel à 12 mois, ce qui a pu entraîner des problèmes de réponse à cette question dans le CS24. Selon les données de 2010, 84% des enfants ardéchois examinés au 24ème mois auraient reçu trois doses, contre 85% des enfants drômois et 89% des enfants français.

Taux de vaccination antipneumococcique des enfants au 24ème mois (en % des enfants examinés) en 2010

	Au moins 1 dose	Au moins 2 doses	Au moins 3 doses	Rappel
Ardèche	87	86	84	66
Drôme	87	87	85	64
France	91	90	89	68

Sources : DREES, CS24

Afin de compléter l'information sur les vaccinations issue des CS24, jugée peu exhaustive et peu réactive (le modèle du CS24 ne peut être actualisé à chaque nouveau schéma vaccinal), des tentatives d'estimations de couverture vaccinale à partir des données de l'assurance maladie ont été menées au niveau national ou régional. Ces estimations sont difficiles à réaliser puisque certains enfants sont vaccinés soit totalement soit ponctuellement en secteur public et ces vaccins ne font donc pas l'objet d'un remboursement repérable dans les bases de l'assurance maladie. Certains Conseils généraux signent une convention avec l'assurance maladie afin que cette dernière rembourse à l'acte les vaccinations effectuées par le service de PMI, ces dernières seraient ainsi repérables dans la base de l'assurance maladie. Une convention de ce type a été signée en 2006 par le Conseil général de la Drôme et en juin 2011 par le Conseil général d'Ardèche, une grande partie des vaccinations réalisées par la PMI serait donc repérable prochainement par l'assurance maladie.

En Rhône-Alpes, l'ARS (Agence Régionale de Santé) et la CIRE (Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région) mènent actuellement une étude sur les vaccinations des 2 ans, à partir des bases de l'assurance maladie.

1.2. Dépistages chez l'enfant

1.2.1. Dépistages sensoriels

En 2010, entre 1% et 4% des jeunes enfants ardéchois et drômois ayant bénéficié d'un examen de l'œil ont été repérés comme ayant un problème de vision. L'exploration de l'audition est sensiblement moins pratiquée (ou moins renseignée dans les certificats de santé) que l'examen de l'œil, 62% des enfants drômois de 9 mois en ont bénéficié en 2010, contre 83% des enfants ardéchois du même âge. Les résultats de l'exploration montrent une audition normale pour 96% à 98% des enfants examinés.

Examens de l'œil et de l'audition à l'âge de 9 mois et de 24 mois (en % des enfants examinés) en 2010

	Examen de l'œil normal		Exploration audition normale	
	9ème mois	24ème mois	9ème mois	24ème mois
Ardèche	99,0 (TR 88%)	98,0 (TR 84%)	98,0 (TR 83%)	96,0 (TR 79%)
Drôme	96,0 (TR 71%)	97,0 (TR 79%)	96,0 (TR 62%)	96,0 (TR 70%)
France	97,0 (TR 67%)	96,0 (TR 72%)	97,0 (TR 60%)	95,0 (TR 64%)

(TR= taux de réponse)

Sources : DREES, CS9 et CS24

A l'âge de 3-4 ans, 13% des enfants ardéchois et drômois sont orientés pour un bilan ophtalmologique à la suite d'un dépistage visuel, et 5 à 6% orientés pour un bilan ORL suite à un dépistage auditif.

Taux d'enfants orientés suite aux dépistages sensoriels à 3-4 ans (en % des enfants dépistés) en 2011

	Orientation pour bilan OPH	Orientation pour bilan ORL
Ardèche	13	6
Drôme	13	5

Sources : CG 07 et 26, BSEM

A l'âge de 5-6 ans, selon l'enquête triennale de santé scolaire, 22,5% des enfants ont un problème de vision dans l'académie de Grenoble en 2005-2006 et 14,1% portent des lunettes. Ces taux sont proches des taux nationaux.

Problème de vision en grande section de maternelle en 2005-2006 (en % des enfants enquêtés)

	Au moins un problème de vision	Portant des lunettes
Académie de Grenoble	22,5	14,1
Académie de Lyon	24,5	12,9
France métropolitaine	23,9	14,4

Source : Enquête triennale de santé scolaire

1.2.2. Dépistages des troubles du langage et du comportement

En 2011, 15% des enfants ardéchois et 9% des enfants drômois sont orientés pour un bilan orthophonique suite à un dépistage des troubles du langage à l'âge de 3-4 ans (l'outil utilisé est le test ERTL 4, Epreuve de repérage des troubles du langage à 4 ans).

Taux d'enfants orientés suite au dépistage de troubles du langage à 3-4 ans (en % des enfants dépistés) en 2011

	Orientation pour un bilan orthophonique
Ardèche	15
Drôme	9

Sources : CG 07 et 26, BSEM

A l'âge de 5-6 ans, 16,7% des enfants enquêtés en 2005-2006 présentent un problème d'élocution dans l'académie de Grenoble, taux légèrement supérieur au taux national.

Problème d'élocution en grande section de maternelle en 2005-2006 (en % des enfants enquêtés)

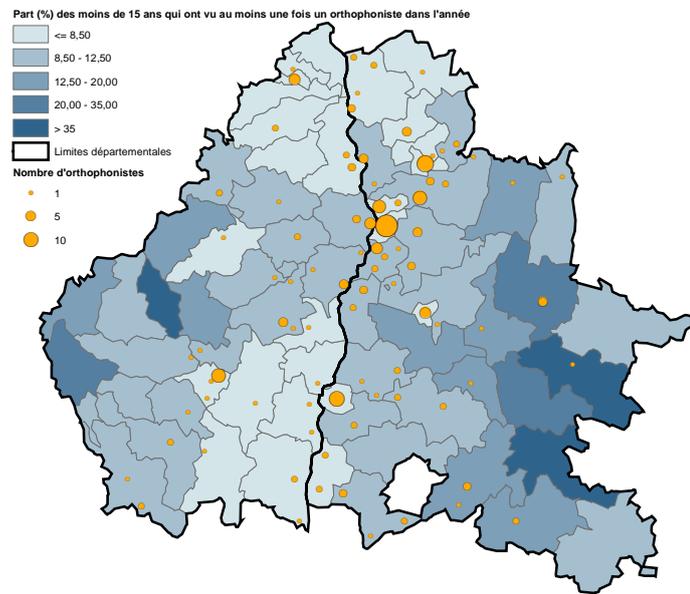
	Problème d'élocution
Académie de Grenoble	16,7
Académie de Lyon	16,4
France métropolitaine	15,7

Source : Enquête triennale de santé scolaire

Le taux de recours des enfants de moins de 15 ans aux orthophonistes est plus faible dans l'Ardèche que dans

la Drôme et la région : 8,0% des enfants ont vu au moins une fois un orthophoniste en 2010 en Ardèche, contre 9,2% dans la Drôme et 9,6% en Rhône-Alpes. Le moindre recours aux orthophonistes en Ardèche est à mettre en lien avec une densité faible de ces professionnels dans le département (2,2 pour 10 000 habitants, contre 3,3 dans la Drôme et 3,5 en Rhône-Alpes).

Effectifs d'orthophonistes et taux de recours des moins de 15 ans aux orthophonistes en 2010 (par canton)



Sources : ARS (Assurance maladie, régime général), INSEE Exploitation ORS RA

Suite aux BSEM réalisés en 2011, 108 enfants ardéchois de 3-4 ans ont été orientés pour troubles du comportement, soit 3,3% des enfants ayant eu un BSEM, et 208 enfants drômois ont été orientés vers un psychologue ou psychiatre, soit 4,5% des enfants ayant eu un BSEM.

Taux d'enfants orientés suite au dépistage de troubles du comportement à 3-4 ans (en % des enfants examinés) en 2011

	Orientation pour troubles du comportement
Ardèche	3,3
Drôme	4,5

Sources : CG 07 et 26, BSEM

1.2.3. Dépistage du saturnisme

La question du risque de saturnisme, certainement délicate à renseigner car liée à des sources d'information externes, n'est saisie que pour la moitié des CS24 dans la Drôme en 2010. Lorsque cette question est renseignée, la présence du risque de saturnisme est détectée chez 0,9% des enfants de 9 mois en Ardèche, contre 1,2% dans la Drôme, taux proches du taux français (1,1%).

Présence d'un risque de saturnisme à l'âge de 9 mois et de 24 mois (en % des enfants examinés) en 2010

	9ème mois	24ème mois
Ardèche	0,9 (TR 74%)	0,7 (TR 71%)
Drôme	1,2 (TR 55%)	0,4 (TR 50%)
France	1,1 (TR 57%)	1,4 (TR 61%)

(TR= taux de réponse)

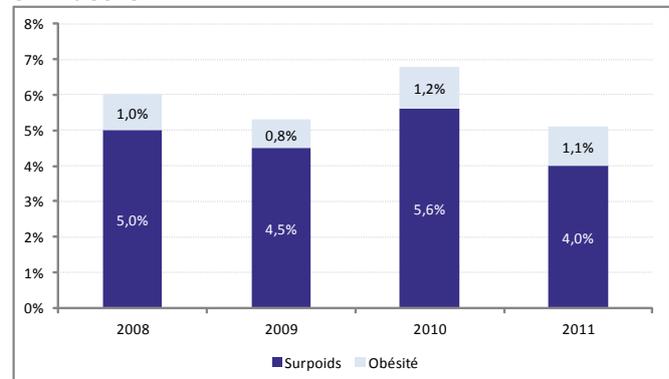
Sources : DREES, CS8 et CS24

Le système national de surveillance des plombémies chez l'enfant (SNSPE) recense l'ensemble des données sur l'activité de dépistage du saturnisme menée auprès des enfants de 0 à 17 ans. Entre 2006 et 2010, le SNSPE a comptabilisé en moyenne annuelle 23 plombémies de primo-dépistage en Ardèche, 11 dans la Drôme et 343 en Rhône-Alpes. Ces primo-dépistages ont permis de repérer moins d'un cas de saturnisme en moyenne par an en Ardèche (0,7) et dans la Drôme (0,9), 14 cas en Rhône-Alpes.

1.2.4. Surcharge pondérale, alimentation et hygiène de vie

Si les items « poids » et « taille » des certificats de santé sont généralement bien renseignés, le calcul de l'IMC (indice de masse corporelle) au 24ème mois ne semble pas systématiquement saisi. En Ardèche, l'information est disponible pour les CS24 de 2008 à 2011 mais ne porte que sur environ un tiers des enfants ardéchois de 2 ans (soit 1 000 enfants en 2011). Selon les années, de 5 à 7% des enfants examinés sont concernés par le surpoids ou l'obésité, avec des différences entre sexes ou entre Unités Territoriales qui ne semblent pas constantes d'une année à l'autre.

Evolution de la part d'enfants de 23 à 25 mois en surpoids ou obésité (en % des enfants examinés) entre 2008 et 2011 en Ardèche



Sources : CG 07, CS24

L'information sur l'IMC (indice de masse corporelle) à 3-4 ans ne fait pas partie des éléments diffusés par les services de PMI de l'Ardèche et de la Drôme. Seul est disponible, pour l'Ardèche, le nombre d'enfants en surpoids pour lesquels une consultation médicale ou spécialisée (diététicienne) a été conseillée suite au



BSEM : 91 enfants ont été ainsi concernés en 2011, soit 2,8% des enfants ayant fait l'objet d'un BSEM.

A l'âge de 5-6 ans, les parts d'enfants en surcharge pondérale (c'est-à-dire en surpoids ou obèses) dans les deux académies de la région (9,5% à Grenoble et 9,7% à Lyon) sont bien inférieures en 2005-2006 à celle observée au niveau national : 12,1%. Les filles sont, dans l'académie de Grenoble comme dans beaucoup d'académies, davantage en situation de surcharge pondérale (10,2%) que les garçons (8,9%). La part des garçons obèses (2,8%) est toutefois plus élevée dans l'académie de Grenoble que la part des filles obèses (1,5%), situation que l'on ne retrouve pas systématiquement dans les autres académies. La prévalence observée de la surcharge pondérale est à la baisse entre 1999-2000 et 2005-2006 dans l'académie de Grenoble comme en France, mais cette baisse étant moins accentuée dans les ZEP (zones d'éducation prioritaire) que hors ZEP, il en résulte un accroissement des inégalités sociales.

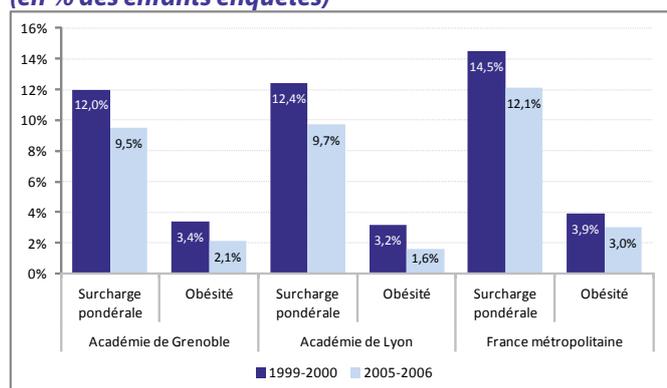
Surcharge pondérale et obésité en grande section de maternelle en 2005-2006 (en % des enfants enquêtés)

	Surcharge pondérale		
	Garçons	Filles	Ensemble
Académie de Grenoble	8,9	10,2	9,5
Académie de Lyon	8,3	11,1	9,7
France métropolitaine	10,5	13,8	12,1

	Obésité		
	Garçons	Filles	Ensemble
Académie de Grenoble	2,8	1,5	2,1
Académie de Lyon	1,2	2,0	1,6
France métropolitaine	2,8	3,2	3,0

Source : Enquête triennale de santé scolaire

Evolution de la surcharge pondérale et obésité en grande section de maternelle entre 1999-2000 et 2005-2006 (en % des enfants enquêtés)



Source : Enquête triennale de santé scolaire

L'enquête triennale de santé scolaire explore par ailleurs des habitudes de vie pouvant être liées à la surcharge pondérale. Les résultats montrent que les enfants de l'académie de Grenoble ont une hygiène de vie globalement meilleure que celle des enfants français. Ils sont par exemple moins nombreux à boire tous les jours des boissons sucrées, et moins nombreux à passer au moins 3 heures devant la télévision ou

les jeux vidéo les jours sans école. Les enfants de 5-6 ans de l'académie de Grenoble sont plus nombreux en 2005-2006 à manger tous les jours des légumes (55%) que l'ensemble des enfants français (50%), et moins nombreux à déjeuner à la cantine les jours de semaine (24% contre 45% au niveau national). La part d'enfants dormant moins de 10 heures par nuit (5%) est légèrement inférieure à celle observée au niveau national (6%), comme la part des enfants jouant peu en plein air les jours d'école (19% contre 22% au niveau national) ou les autres jours (3% contre 5%).

Hygiène de vie en grande section de maternelle en 2005-2006 (en % des enfants enquêtés)

	Académie de Grenoble	Académie de Lyon	France métropolitaine
Mangent tous les jours des légumes	55	58	50
Déjeunent à la cantine les jours de semaine	24	27	45
Dorment moins de 10h par jour	5	7	6
Jouent en plein air moins d'une fois par semaine	19	19	22
Les jours d'école			
Les jours avec peu ou pas d'école	3	3	5

Source : Enquête triennale de santé scolaire

Les résultats 2004-2005 de l'enquête triennale de santé scolaire auprès des élèves de CM2 indiquent que 17,2% des enfants de 10-11 ans présentent une surcharge pondérale dans l'inter-région Centre-Est (Rhône-Alpes + Auvergne), et que 3,8% sont obèses, contre respectivement 19,7% et 3,7% en France. Les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité étaient stables entre cette enquête et la précédente (2001-2002), mais les disparités sociales s'étaient accrues, avec dix fois plus d'obèses parmi les enfants d'ouvriers que chez les cadres en 2005, contre quatre fois plus en 2002.

Chez les collégiens français de 11 à 15 ans, interrogés en 2010 dans le cadre de l'enquête HBSC⁵, la prévalence du surpoids est de 10,6%, dont 1,4% d'obésité, sans évolution significative depuis la précédente enquête de 2006. Cette faible prévalence, inférieure à celle de l'enquête triennale de santé scolaire, serait liée à des biais de déclaration de la part de jeunes souhaitant se rapprocher des normes culturelles favorables à la minceur. Parmi les jeunes de poids normal ou insuffisant, une fille sur trois trouve son corps «un peu» ou «beaucoup» trop gros, et si un jeune sur trois déclare faire un régime ou avoir besoin de perdre du poids, c'est une collégienne sur deux en classe de 3ème qui souhaite perdre du poids.

⁵ La santé des collégiens en France / 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). INPES, 2012

Des adolescents en dette de sommeil

L'enquête HBSC 2010⁶ montre que le temps de sommeil diminue de façon importante chez les adolescents français entre 11 ans et 15 ans, en moyenne de 20 à 30 minutes par année d'âge. Les adolescents de 15 ans dorment ainsi 1h31 de moins que ceux de 11 ans. Le temps moyen de sommeil avec classe le lendemain évolue de 9h26 (en moyenne à 11 ans) à 7h55 (à 15 ans), et les jeunes considérés en dette de sommeil (plus de 2 heures d'écart de temps de sommeil entre les nuits avec ou sans classe le lendemain) passent de 16% (à 11 ans) à 40,5% (à 15 ans). 2,6% des adolescents de 11 ans ont un temps de sommeil trop court (moins de 7 heures les veilles de classe) contre 24,6% des adolescents de 15 ans.

L'initiation au tabac, à l'alcool et au cannabis avant l'âge de 15 ans

Selon les données françaises de l'enquête HBSC 2010, l'expérimentation de tabac progresse très rapidement durant les années de collège, elle concerne 13% des collégiens de 6ème mais 52% des collégiens de 3ème. L'usage quotidien de tabac commence en classe de 4ème (8% des élèves), et progresse rapidement : 16% en 3ème et 22% en seconde.

En matière de consommation d'alcool, l'expérimentation est précoce puisque 59% des collégiens de 6ème ont déjà bu de l'alcool. L'expérimentation de l'ivresse concerne 12% des élèves en 5ème, 17% en 4ème et 34% en 3ème, pour atteindre 47% en seconde.

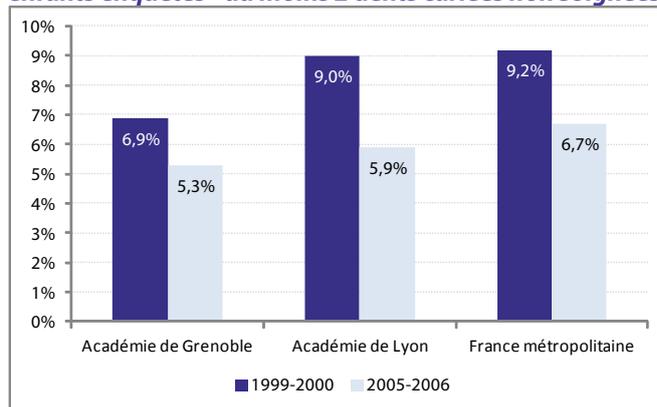
En 2010, le cannabis est expérimenté par un collégien sur dix, 11% des élèves de 4ème en ont déjà consommé, contre 24% des élèves de 3ème, et ce taux monte à 35% chez les élèves de seconde. L'usage régulier du cannabis concerne 2,2% des élèves de 3ème.

1.2.5. Dépistage bucco-dentaire

En Ardèche, malgré un taux de réponse faible (autour de 56%) aux questions du CS24 sur l'état bucco-dentaire, l'indicateur « au moins une dent cariée » a été créé à partir des CS24 de 2008 à 2010. La part d'enfants ardéchois de 24 mois ayant au moins une dent cariée serait passée de 2,8% des enfants examinés en 2008 à 2,0% en 2009 et à 1,7% en 2010.

L'enquête triennale de santé scolaire montre également une évolution favorable, entre 1999-2000 et 2005-2006, de la part d'enfants de 5-6 ans présentant au moins deux dents cariées non soignées. Cette part, de 6,9% dans l'académie de Grenoble, est passée, six ans après, à 5,3%. Cette diminution est constatée également dans l'académie de Lyon et au niveau de la France métropolitaine.

Evolution de l'état bucco-dentaire en grande section de maternelle entre 1999-2000 et 2005-2006 (en % des enfants enquêtés - au moins 2 dents cariées non soignées)



Source : Enquête triennale de santé scolaire

Au niveau national, l'enquête triennale de santé scolaire en CM2 de 2004-2005 indiquait un taux de 8% d'enfants de 10-11 ans ayant au moins deux dents cariées non soignées, avec de fortes disparités entre les enfants de cadres (2,7%) et d'ouvriers (11,6%).

Dans le cadre du programme « M'T dents », l'Assurance maladie propose un examen bucco-dentaire (EBD) gratuit, sans avance de frais, aux enfants et aux jeunes âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. En 2011, cet examen a été remboursé à 52% des enfants de 6 ans bénéficiaires du régime général en Ardèche, contre 44% dans la Drôme, 45% en Rhône-Alpes et 42% en France. Le taux d'EBD remboursés diminue progressivement avec l'avancée en âge de l'enfant.

Taux* d'examen bucco-dentaire selon l'âge en 2011

	6 ans	9 ans	12 ans
Ardèche	51,8	43,3	36,5
Drôme	43,6	37,0	32,7
Rhône-Alpes	45,1	37,4	32,9
France métropolitaine	42,1	34,8	31,2

*taux pour 100 enfants bénéficiaires du régime général

Source : CPAM

Le scellement de sillons, méthode efficace de prévention des caries dentaires, est remboursé à 70% depuis 2001 pour les premières et deuxièmes molaires permanentes chez les enfants de moins de 14 ans. L'acte est remboursé une seule fois par dent permanente.

2. Offre de prévention chez l'enfant

Les acteurs de la prévention chez l'enfant sont multiples, ce sont avant tout les professionnels de santé (libéraux, PMI, santé scolaire...), mais aussi les professionnels les plus en contact avec les enfants : professionnels de l'accueil du petit enfant, enseignants, animateurs sportifs ou sociaux...

⁶ LEGER (D.) La chute du temps de sommeil au cours de l'adolescence : résultats de l'enquête HBSC 2010 menée auprès des collégiens. BEH, n° 44.45, 20/11/2012

2.1. Professionnels de santé

En 2010, 12 pédiatres exercent en libéral (en totalité ou en partie) en Ardèche, et 18 dans la Drôme, ce qui place les deux départements, en termes de densité médicale, à des niveaux inférieurs à celui de la région : 21,4 pour 100 000 enfants de 0 à 15 ans en Ardèche et seulement 19,8 dans la Drôme, contre 24,2 en Rhône-Alpes.

Effectifs et densité des pédiatres en 2010, selon le mode d'exercice

	Libéraux**		Salariés exclusifs***
	Effectif	Densité	Effectif
Ardèche	12	21,4	9
Drôme	18	19,8	29
Rhône-Alpes	284	24,2	396

*Densité pour 100 000 enfants de moins de 15 ans

**Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

***Source : ADELI (Statiss)

Au 1er janvier 2012, 82 orthophonistes exercent en Ardèche et 185 dans la Drôme. Parmi ces professionnels, 87% exercent en libéral (mixte ou exclusif) en Ardèche et 88% dans la Drôme, contre 83% au niveau régional. Si leur densité dans la Drôme (38 orthophonistes pour 100 000 habitants) est proche de celle de la région (41), elle se situe dans l'Ardèche à un niveau nettement plus bas (26).

Effectifs et densité des orthophonistes en 2012, selon le mode d'exercice

	Libéraux	Salariés	Total	
	Effectif	Effectif	Effectif	Densité*
Ardèche	71	11	82	26
Drôme	162	23	185	38
Rhône-Alpes	2 104	228	2 523	41

*Densité pour 100 000 habitants

***Source : ADELI (Statiss)

Densité* d'orthophonistes libéraux en 2010 (par canton)

Densité d'orthophonistes

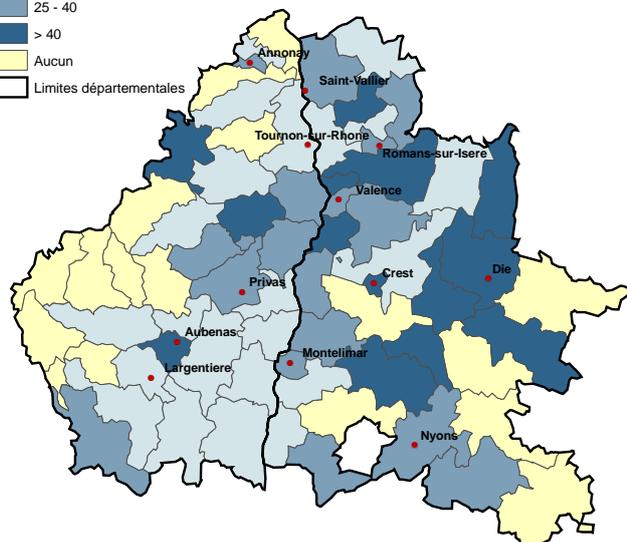
<= 25

25 - 40

> 40

Aucun

Limites départementales



*Densité pour 100 000 habitants

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

Parmi les infirmiers, les puéricultrices s'occupent exclusivement des enfants. Au niveau national, les infirmières titulaires du diplôme d'Etat de puériculture représentent un peu plus du tiers (35,7%) de l'ensemble des infirmières en exercice au 1er janvier 2012.

Les CAMSP (centres d'action médico sociale précoce, pour les enfants jusqu'à 6 ans) et les CMPP (centres médico-psychopédagogiques) ont une fonction de dépistage, bilan et prise en charge ambulatoire des enfants et des adolescents présentant des difficultés relationnelles ou d'apprentissage, difficultés le plus souvent repérées par les enseignants. Les CAMSP sont davantage orientés vers le handicap (accueil d'enfants autistes ou handicapés), alors que les CMPP reçoivent des enfants présentant des troubles plus légers.

L'Ardèche compte 3 CAMSP et 4 CMPP (avec 8 antennes), et la Drôme 3 CAMSP et 4 CMPP (avec 4 antennes). Environ un tiers des enfants vus en 2010 dans les CMPP de la région ont bénéficié d'un diagnostic seulement, sans traitement ultérieur.

2.2. Services de PMI

Les services de PMI (protection maternelle et infantile) des Conseils généraux prennent gratuitement en charge le suivi des enfants de 0 à 6 ans. L'équipe pluridisciplinaire de PMI (médecins, sages-femmes, infirmières et puéricultrices, conseillères conjugales, psychologues) permet de mener des actions de prévention durant la grossesse, après l'accouchement et durant les six premières années de l'enfant, qu'il s'agisse d'actions individuelles ou collectives. Le repérage des facteurs de risque médicaux, sociaux et psychologiques, favorise des interventions ciblées et des orientations vers les professionnels compétents.

Personnel de PMI en 2011, en ETP réel*

	Médecins	Infirmières, puéricultrices et aux de puériculture	Psychologues
Ardèche	3,9	25,5	0,5
Drôme	16,0	40,4	8,8

*ETP : équivalent temps plein, réel : poste réellement occupé

Source : Conseils généraux 07-26

Du fait parfois de difficultés de recrutement et de personnels à temps partiel qui occupent des postes budgétisés à temps plein, les ETP réels sont souvent différents des ETP budgétisés.

Nombre d'enfants de moins de 6 ans par personnel de PMI (ETP* réel) en 2011

	Médecins	Infirmières, puéricultrices et aux de puériculture
Ardèche	5 498	841
Drôme	2 240	887

*ETP : équivalent temps plein, réel : poste réellement occupé
Source : Conseils généraux 07-26, INSEE

En matière d'actions individuelles, 1 642 enfants ardéchois de moins de 6 ans et 9 421 enfants drômois ont été rencontrés par le service de PMI en 2011, et 1 333 en Ardèche (10 455 dans la Drôme) ont été vus au moins une fois par le personnel infirmier de PMI (infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture). En matière d'actions à dimension collective, 1 838 parents et enfants ardéchois ont participé en 2011 à des actions organisées par le Conseil général d'Ardèche, comme 4 572 parents et enfants drômois aux actions du Conseil général de la Drôme.

2.3. Personnel de santé scolaire

Le service de santé scolaire, dénommé service de promotion de la santé en faveur des élèves, comprend des médecins titulaires à temps plein ou partiel, et des vacataires, ainsi que des infirmières de santé scolaire. Ces professionnels interviennent au cours de la scolarité des élèves par des actions de prévention et d'éducation à titre individuel ou collectif. Les missions du service de promotion de la santé en faveur des élèves sont principalement la réalisation de bilans de santé à des âges importants du développement de l'enfant et de sa scolarité, ainsi que la poursuite d'actions de protection et de prévention auprès des élèves et des parents. Les infirmiers scolaires sont chargés de l'accueil et de l'écoute des élèves pour tout motif ayant une incidence sur la santé.

Dans l'académie de Grenoble, le taux de prise en charge des élèves par les professionnels de santé scolaire s'élevait en 2011 à 8 024 élèves pour un ETP de médecin scolaire et à 1 739 élèves pour un ETP d'infirmière scolaire, ces taux étant proches de ceux de l'Académie de Lyon pour les infirmières scolaires et de ceux de la France pour les médecins scolaires.

Personnel de santé scolaire en 2011 (ETP* et taux d'élèves pris en charge par ETP**)

	Médecins scolaires		Infirmières scolaires	
	ETP	Taux d'élèves	ETP	Taux d'élèves
Académie de Grenoble	74	8 024	342	1 739
Académie de Lyon	68	8 243	319	1 747
France entière	1 486	7 929	7 449	1 581

*ETP : équivalent temps plein

**Nb de professionnels rapporté au nb d'élèves effectivement pris en charge par l'Education nationale

Source : Ministère de l'Education nationale, exploitation Score santé

2.4. Structures d'accueil de l'enfant de moins de 6 ans

En matière de garde d'enfants, le service de PMI des Conseils généraux exerce une mission de surveillance et de contrôle à l'égard des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans, ainsi qu'à l'égard des assistants maternels. Il autorise l'ouverture d'établissements et services, instruit les demandes d'agrément des assistants maternels et familiaux, organise les formations destinées à ces derniers.

Les structures d'accueil du jeune enfant accueillent les enfants non encore scolarisés, scolarisés à temps partiel ou sur les temps périscolaires, de façon régulière ou occasionnelle. Selon la classification de la DREES, on distingue l'accueil collectif de l'accueil familial.

L'accueil collectif comprend :

- les crèches collectives (accueil régulier d'enfants de moins de trois ans) : crèches traditionnelles de quartier, crèches de personnel, crèches parentales
- les micro-crèches (10 enfants maximum)
- les haltes-garderies (accueil occasionnel d'enfants de moins de six ans)
- les jardins d'enfants (accueil régulier d'enfants de deux à six ans)
- les établissements multi-accueil (différents modes d'accueil d'enfants de moins de six ans, au sein d'une même structure).

L'accueil familial est assuré par des assistantes maternelles, dont la plupart assurent la garde des enfants à leur domicile, avant la scolarisation ou sur les temps périscolaires. Principalement employées par des particuliers, certaines exercent leur activité dans le cadre d'un service d'accueil familial (crèche familiale). Les services d'accueil familial regroupent des assistantes maternelles agréées qui accueillent les enfants à leur domicile en journée et se rendent à intervalles réguliers dans un établissement collectif pour différentes activités. Elles sont supervisées et gérées comme les crèches collectives. Les assistantes maternelles sont alors rémunérées par la collectivité locale ou l'organisme privé qui les emploie.

Depuis 2009, les maisons d'assistantes maternelles (MAM) sont autorisées. Elles permettent à quatre assistantes maternelles au maximum d'exercer en dehors de leur domicile au sein d'un même local pour l'accueil de 12 enfants au plus.

En Ardèche comme dans la Drôme, le multi-accueil (différents modes d'accueil au sein d'une même structure) occupe la 1^{ère} place parmi les établissements d'accueil collectif. Rapporté au nombre d'enfants de moins de 3 ans, c'est l'accueil par les assistantes maternelles qui représente le nombre de places le plus élevé : 37 places pour 100 enfants en Ardèche en 2010 (41 dans la Drôme, 36 en France), devant l'accueil collectif : 11,6 places en accueil collectif en Ardèche (11,4 dans la Drôme, 12,6 en France), les crèches



familiales ne représentant que 1 à 2 places pour 100 enfants dans les deux départements.

Nombre d'établissements d'accueil collectif et places au 31 décembre 2010

		Ardèche	Drôme
Crèches collectives	Etablissements	-	9
	Places	-	384
Haltes-garderies	Etablissements	-	8
	Places	-	151
Jardins d'enfants	Etablissements	-	2
	Places	-	32
Multi-accueil	Etablissements	53	66
	Places	1 171	1 470
Total	Etablissements	53	85
	Places	1 171	2 037

Source : DREES, enquête services PMI

Accueil familial au 31 décembre 2010

	Nb de places en crèche familiale	Nb d'agrément pour assistantes maternelles
Ardèche	100	1 781
Drôme	294	3 589

Source : DREES, enquête services PMI

Nombre de places par mode d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans au 31 décembre 2010

	Accueil collectif	Crèche familiale	Assistants maternelles (hors crèche familiale)
Ardèche	11,6	1,0	37,0
Drôme	11,4	1,7	41,0
France	12,6	2,5	36,0

*Source : DREES, enquête services PMI

2.5. Autres acteurs de prévention auprès de l'enfant

Les personnels éducatifs, ainsi que tous les acteurs intervenant auprès de l'enfant dans les temps périscolaires (centres sociaux, maisons de quartier, clubs sportifs, associations culturelles, centres de vacances...), peuvent initier des actions de prévention ou participer à des programmes locaux mis en œuvre par des collectivités locales ou des associations.

Les programmes de réussite éducative (PRE), notamment, ont pour objectif d'accompagner des enfants et des adolescents qui présentent des signes de fragilité dès les premières années de l'école maternelle et jusqu'au terme de leur scolarité. Les PRE permettent un soutien éducatif, scolaire, culturel, social et sanitaire – hors temps scolaire – où les activités mêlent soutien scolaire, écoute de l'enfant et activités récréatives. Dans les internats de réussite éducative, les PRE permettent de développer un accompagnement sur le temps extrascolaire des élèves effectuant leur scolarité dans les écoles ou établissements du secteur.

Les acteurs de la Prévention spécialisée (ex : Sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence), en lien avec les

départements et les collectivités locales, s'adressent aux enfants à partir de 11 ans, ils mettent en œuvre une démarche préventive, visant à infléchir ou inverser les trajectoires vers l'exclusion et la marginalisation des enfants et des jeunes.

Par leur implication respectivement dans l'école primaire ou dans le collège, les communes et les Conseils généraux sont reconnus comme des acteurs potentiels de promotion de la santé chez l'enfant, notamment dans le domaine de l'éducation nutritionnelle via les restaurants scolaires, mais aussi plus largement dans l'apprentissage de comportements favorables à la santé (activité physique régulière, hygiène buccodentaire, prévention des accidents et des conduites addictives...).

Les CPAM participent ou sont à l'initiative d'actions de prévention menées dans les écoles, la CPAM de la Drôme dispose spécifiquement d'un animateur prévention qui a participé en 2011 à 291 séances d'éducation à la santé auprès de 6 887 élèves d'écoles primaires et de collèges. Ces séances portent sur différentes thématiques (nutrition, sommeil, tabac, sport...), la thématique principale étant l'hygiène buccodentaire à l'initiative de la CPAM (110 séances en 2011 et 2 479 élèves concernés).

La Mutualité Française Rhône-Alpes organise des actions d'information auprès de la petite enfance, des parents (et futurs parents), et des professionnels de la petite enfance... Ces actions sont orientées en 2012-2014 sur la santé environnementale, l'hygiène de vie (alimentation, sommeil et activité physique), la prévention solaire.

Les associations de promotion de la santé initient et coordonnent de nombreuses actions en direction des enfants, public souvent considéré comme le public le plus réceptif aux actions de prévention. Il peut s'agir d'actions thématiques, par exemple en éducation nutritionnelle, mais également d'actions plus larges visant le développement des compétences psychosociales et de l'estime de soi chez l'enfant. Diverses associations interviennent localement : des associations généralistes en éducation pour la santé (IREPS Rhône-Alpes) comme des associations orientées sur une thématique (exemple : PREO, prévention de l'obésité) ou sur un public particulier.

Les associations de soutien à la parentalité ou encore de prévention des conduites violentes, par la mise en place de conditions favorables au développement psychosocial et affectif de l'enfant, contribuent à la santé psychique de l'enfant. Les Réseaux Parentalité - REAPP (réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents) se développent dans l'Ardèche et la Drôme, réseaux financés par les Directions départementales de la cohésion sociale, les CAF, les Conseils généraux et la MSA.



Sur la période 2005-2009, les accidents et les suicides sont à l'origine d'environ six décès sur dix chez les jeunes de 15 à 24 ans tant dans l'Ardèche et la Drôme que dans l'ensemble de la région Rhône-Alpes, les accidents de la circulation représentant la cause de décès la plus fréquente dans cette tranche d'âge.

Effectifs annuels et répartition des décès des 15 - 24 ans par cause de décès sur la période 2005 - 2009

	Ardèche		Drôme		Rhône-Alpes		France	
	Nombre	Part (%)	Nombre	Part (%)	Part (%)	Part (%)	Part (%)	Part (%)
Accident de transport	6	36,5	11	37,4	32,4	33,6		
Suicide	3	15,3	4	15,0	14,2	15,6		
Accidents de la vie courante	2	12,9	3	8,8	10,3	10,3		
Tumeurs	0	2,4	2	7,5	8,2	9,8		
Maladie du système nerveux	0	2,4	1	3,4	4,3	4,6		
Maladies de l'appareil circulatoire	1	5,9	1	2,7	3,6	4,0		
Autres causes et non définies	4	24,7	7	25,2	27,0	22,0		
Total	17	100,0	29	100,0	100,0	100,0		

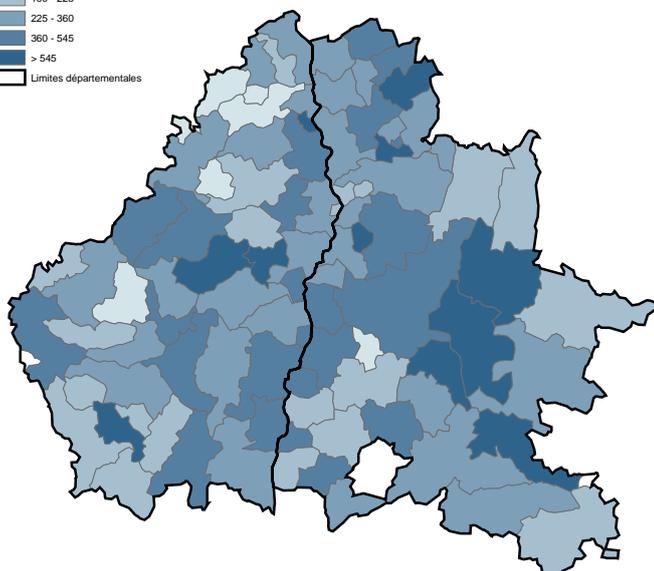
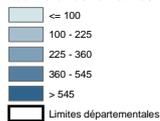
Source : Inserm (CépiDC)

En Ardèche, Drôme et Rhône-Alpes, les lésions traumatiques et les empoisonnements sont également à l'origine de plus de 20% des hospitalisations chez les jeunes hommes de 15-24 ans, mais seulement de 5% des hospitalisations des femmes du même âge, sur la période 2007-2010. Arrivent en tête des motifs d'hospitalisation chez les jeunes hommes les maladies de l'appareil digestif (environ 27% des motifs) et chez les jeunes femmes la grossesse et l'accouchement (environ 35% des motifs).

Environ 100 jeunes de 15-24 ans ont été hospitalisés annuellement pour une tentative de suicide en Ardèche sur la période 2007-2010 (188 dans la Drôme), et les taux départementaux de tentatives de suicide hospitalisées chez les jeunes sont les plus élevés de la région.

Taux bruts annuels de tentatives de suicide hospitalisées chez les 15-24 ans sur la période 2007-2010 (par code PMSI)

Taux brut de tentatives de suicide hospitalisées (pour 100 000 jeunes)



Source : PMSI

Avec 31 000 jeunes âgés de 15 à 24 ans en Ardèche et 54 000 dans la Drôme au recensement de 2009, les jeunes représentent respectivement 9,8% et 11,2% de la population totale de ces départements, parts plus faibles qu'au niveau régional (12,8%).

Bien que les jeunes se portent globalement bien, une attention particulière en termes de prévention est portée à cette population, tant pour prévenir des décès très prématurés (accidents et suicides) que pour éviter ou limiter l'adoption de comportements néfastes à la santé.

S'il est important d'intervenir sur l'ensemble des déterminants de santé, et bien en amont de l'adolescence, puisque la santé se construit dans un continuum où interagissent de nombreux facteurs socio-économiques et culturels, on constate que les démarches de promotion de la santé chez les jeunes sont largement orientées vers la prévention des conduites à risques, qu'il s'agisse de consommation de produits psychoactifs, de sexualité, ou encore de sécurité routière. Le repérage des états de mal-être, par ailleurs, participe non seulement à la prévention des comportements à risques mais également à celle des tentatives de suicide chez les jeunes.

Dans le sillage des Plans nationaux (Plan santé des jeunes en 2008, Plan national suicide en 2011...), le Schéma régional de prévention Rhône-Alpes 2012-2017 comporte plusieurs actions, reprises dans le Territoire Sud de la région, qui préconisent une approche globale de la santé et visent à limiter les souffrances psychiques et les comportements à risques chez les jeunes, notamment les consommations de produits psychoactifs. L'éducation à la sexualité et à la contraception font également partie des actions programmées dans tous les territoires de la région. Une attention particulière est portée aux jeunes en situation de vulnérabilité, comme les adolescents en échec scolaire ou les jeunes parents issus de milieux défavorisés.



1. Indicateurs de prévention chez l'adolescent et le jeune adulte

En matière d'information sur la santé, selon le Baromètre santé 2010, les jeunes Rhônealpins de 16-25 ans se déclarent plutôt bien informés ou très bien informés sur le tabac (99%), le sida (96%), l'alcool (88%), la contraception (85%) et le cannabis (78%). Ils sont moins nombreux à se déclarer bien informés sur le cancer (71%), les vaccinations (58%) ou les IST (57%), et ils ne sont que 37% à se déclarer bien informés sur la dépression.

1.1. Consommation de produits psychoactifs

Parmi les déterminants de santé, la consommation de produits psychoactifs (tabac, alcool, cannabis...) occupe une place importante chez les jeunes en raison de son impact potentiel sur la santé, tant à court terme qu'à plus long terme. Les motifs de consommation avancés par les jeunes sont divers¹ : d'abord la « fête » (pour 80% des consommateurs d'alcool et 61% des consommateurs de cannabis), puis la « défonce » (pour 38% des consommateurs de cannabis), ou « l'habitude » (pour 47% des fumeurs). D'autres motifs sont évoqués, comme « se calmer » ou « surmonter ses difficultés » (pour le tabac et le cannabis), ou « dormir » (surtout pour le cannabis). Seuls les consommateurs de tabac, pour un tiers d'entre eux, pensent être dépendants.

Les données proviennent essentiellement de la source d'information suivante :

- L'enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense)

Depuis 2000, l'OFDT (Observatoire français des drogues et toxicomanies) réalise une enquête, avec le soutien de la Direction du Service National, auprès des jeunes Français lors de la Journée Défense et citoyenneté (ex JAPD Journée d'Appel de Préparation à la Défense). La 7ème enquête nationale ESCAPAD a été menée du 14 au 22 mars 2011 dans l'ensemble des centres de la métropole et des DOM, soit 27 402 jeunes pour la métropole. Le questionnaire, auto-administré et anonyme, porte sur la santé et les usages d'une dizaine de substances psychoactives.

Selon la taille de l'échantillon régional, certaines enquêtes ESCAPAD ont pu être exploitées (avec des redressements statistiques) à un niveau infrarégional. C'est le cas de l'enquête de 2008, où l'on comptait entre 300 et 400 jeunes interrogés en Ardèche et dans la Drôme. En 2011, l'échantillon étant moins important au niveau régional, l'exploitation départementale n'est pas possible pour l'Ardèche et la Drôme.

¹ Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. OFDT, Tendances, n° 66, juin 2009

Nombre de garçons et de filles interrogés en Rhône-Alpes dans les enquêtes ESCAPAD de 2002/2003, 2005, 2008 et 2011

	Garçons	Filles	Ensemble
Rhône-Alpes 2011	1 524	1 495	3 019
Rhône-Alpes 2008	2 063	2 155	4 218
dont Ardèche	154	170	324
dont Drôme	190	190	380
Rhône-Alpes 2005	886	888	1 774
Rhône-Alpes 2002/2003	1 228	1 271	2 499

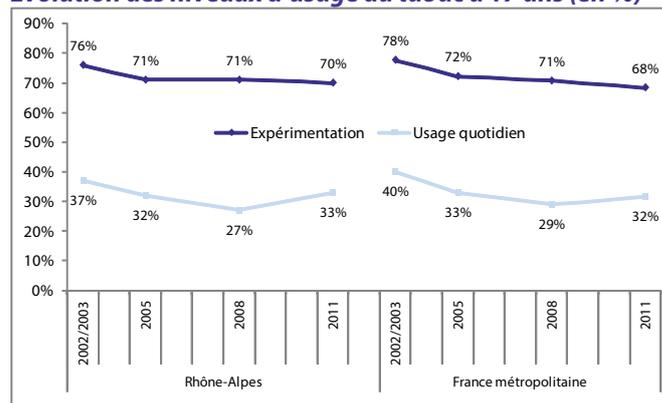
Source : OFDT, Escapad

Le tabac, moins d'expérimentation à 17 ans mais un usage régulier en hausse

Entre 2002/2003 et 2011, l'expérimentation du tabac (au moins un usage au cours de la vie) diminue constamment chez les jeunes de 17 ans, passant de 76% à 70% en Rhône-Alpes, et de 77,7% à 68,4% en France métropolitaine. Alors qu'une évolution à la baisse était également constatée au niveau de l'usage quotidien du tabac (au moins 1 cigarette par jour) entre 2002/2003 et 2008, cette évolution repart à la hausse entre 2008 et 2011, de façon plus marquée en Rhône-Alpes (hausse de 6 points) qu'au niveau national (hausse de 2,5 points).

L'âge moyen de la 1ère cigarette tend par ailleurs à être retardé au niveau national, de 13,5 ans en 2002 il est passé à 14,1 ans en 2011. Le passage au tabagisme quotidien se fait également de plus en plus tard (14,5 ans en 2002, et 15 ans en 2011). Ces dernières évolutions, parallèlement à l'augmentation récente du nombre de fumeurs quotidiens, laissent supposer que les adolescents n'auraient fait que retarder leur entrée dans le tabagisme².

Evolution des niveaux d'usage du tabac à 17 ans (en %)



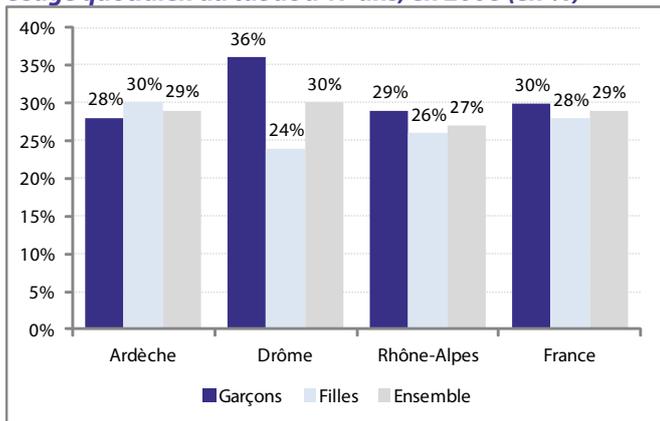
Source : OFDT, Escapad

Au niveau départemental, en 2008, l'usage quotidien du tabac à 17 ans n'est pas significativement plus élevé dans l'Ardèche et la Drôme qu'au niveau régional et national, il se situe un peu au-dessous de 30%. Les filles, qui sont un peu plus nombreuses à expérimenter le tabac que les garçons, sont généralement moins nombreuses à fumer de façon quotidienne (la situation inverse, constatée en Ardèche, n'est pas statistiquement significative). L'usage intensif de tabac

² Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. OFDT, Tendances, n° 79, février 2012

(au moins 10 cigarettes par jour) concerne également davantage les garçons que les filles (9% contre 6%, en Rhône-Alpes en 2011).

Usage quotidien du tabac à 17 ans, en 2008 (en %)



Source : OFDT, Escapad

L'alcool, une augmentation des ivresses répétées et des comportements « d'alcoolisation ponctuelle importante »

En matière de consommation d'alcool, l'expérimentation à 17 ans est beaucoup plus élevée que pour tous les autres produits psychoactifs (plus de 90% des jeunes ont déjà consommé de l'alcool à cet âge). En Rhône-Alpes, les taux d'expérimentation à 17 ans sont stables entre 2002/2003 et 2011 (94%), alors qu'une légère diminution est constatée en France (de 93,4% à 91%).

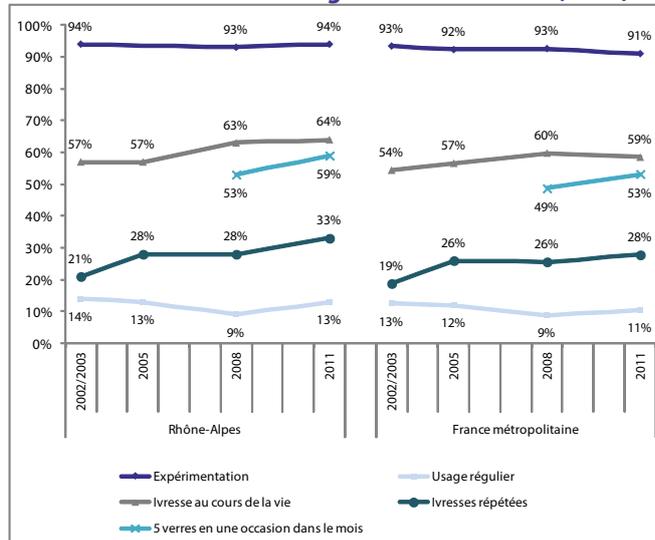
Niveaux de consommation d'alcool retenus par l'enquête ESCAPAD :

- **expérimentation de l'alcool** : au moins une consommation d'alcool au cours de la vie
- **usage régulier d'alcool** : au moins 10 consommations d'alcool dans le mois
- **alcoolisation ponctuelle importante (API)** : au moins 5 verres en une occasion dans le mois (se distingue du binge drinking anglosaxon, qui consiste à consommer dans un temps court une grande quantité d'alcool pour être ivre très rapidement)
- **ivresse au cours de la vie** : au moins une dans la vie
- **ivresse répétée** : au moins trois ivresses dans l'année.

Les niveaux d'usage régulier d'alcool sont également relativement stables dans le temps, autour de 12% des jeunes. Par contre, une évolution nettement à la hausse est constatée au niveau des ivresses et des comportements « d'alcoolisation ponctuelle importante ». En 2011, les jeunes Rhônalpins sont 64% à avoir déjà connu une ivresse (soit 7 points de plus qu'en 2002/2003) et 33% déclarent des ivresses répétées, chiffre en augmentation de 12 points par rapport à 2002/2003. De la même façon, « l'alcoolisation ponctuelle importante » (API) augmente rapidement entre 2008 et 2011 (+ 6 points en Rhône-Alpes entre les 2 enquêtes). 59% des Rhônalpins de 17 ans déclarent en 2011 avoir consommé dans le mois au moins 5 verres en une occasion, taux significativement plus élevé dans la région qu'au niveau national (53,2%).

Si l'âge de la première ivresse est resté stable au cours de la période (15,2 ans en moyenne), la structure des comportements d'alcoolisation s'est modifiée chez les jeunes, avec une API plus fréquente à la fois chez les consommateurs réguliers d'alcool (au moins 10 fois dans le mois) et chez les consommateurs plus ponctuels (1 ou 2 fois par mois).

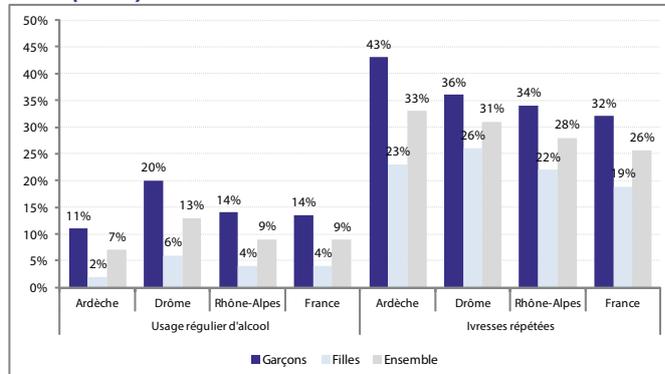
Evolution des niveaux d'usage d'alcool à 17 ans (en %)



Source : OFDT, Escapad

En 2008, au niveau départemental, l'usage régulier d'alcool apparaît plus fréquent dans la Drôme (13%) que dans l'Ardèche (7%), dans la région ou la France (autour de 9%). Les ivresses répétées sont par ailleurs plus souvent déclarées par les jeunes en Ardèche et dans la Drôme (33% et 31%) que dans la région (28%) et en France (25,6%). Les filles sont nettement moins nombreuses que les garçons à déclarer un usage régulier d'alcool ou des ivresses répétées, environ 10 points d'écart sont constatés entre les taux masculins et féminins, tant au niveau départemental que régional ou national.

Usage régulier d'alcool et ivresses répétées à 17 ans, en 2008 (en %)



Source : OFDT, Escapad

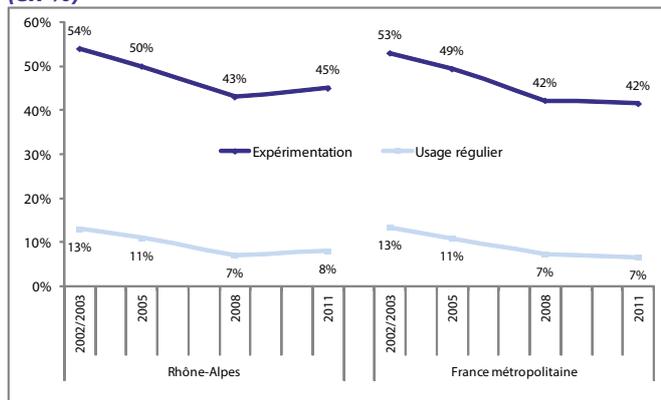
Le cannabis et les autres drogues illicites, une consommation en baisse sur 10 ans

La consommation de cannabis à 17 ans, après une tendance à la baisse entre 2002/2003 et 2008, se stabilise (voire augmente légèrement) entre 2008 et



2011 dans la région, alors qu'elle semble poursuivre sa tendance à la baisse au niveau national, tant au niveau de l'expérimentation du cannabis (au moins une consommation dans la vie) que de la consommation régulière (au moins 10 usages dans le mois). L'âge moyen d'initiation au cannabis reste stable à 15,3 ans. L'expérimentation de tous les autres produits illicites connaît également une baisse de fréquence sur la période récente, tant au niveau national qu'au niveau régional. En 2011, les jeunes Rhônalpins sont 10% à déclarer avoir expérimenté les poppers (13% en 2008), 6% les produits à inhaler, 4% les champignons hallucinogènes, 2% la cocaïne, l'ecstasy ou les amphétamines, 1% le LSD, l'héroïne ou le crack.

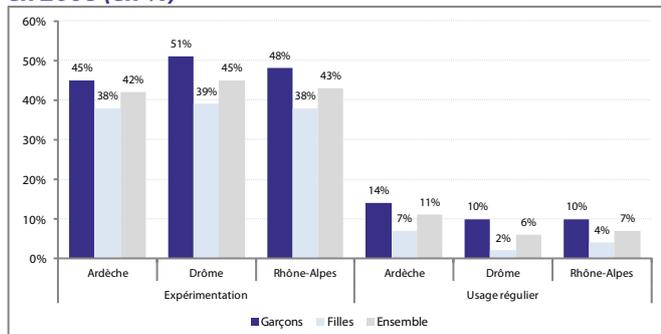
Evolution des niveaux d'usage du cannabis à 17 ans (en %)



Source : OFDT, Escapad

Les taux ardéchois et drômois d'expérimentation du cannabis à 17 ans sont équivalents en 2008 aux taux régional et national, autour de 38% chez les filles et de 45 à 51% chez les garçons. L'usage régulier du cannabis, autour de 10% chez les garçons et de 4% chez les filles en Rhône-Alpes et en France, semblent un peu plus élevés en Ardèche, sans que les différences entre le département et la région soient statistiquement significatives. Comme pour l'alcool et le tabac, l'usage régulier de cannabis concerne plus fréquemment les garçons que les filles.

Expérimentation et usage régulier de cannabis à 17 ans, en 2008 (en %)



Source : OFDT, Escapad

L'enquête ESCAPAD 2008 montrait que les usagers de cannabis utilisaient peu, à 17 ans, les dispositifs mis à leur disposition en matière d'information et d'aide à la

réduction de la consommation de cannabis. Au niveau national, seulement 2,8% des usagers quotidiens avaient déjà eu recours à un centre spécialisé et 0,2% à une ligne téléphonique d'écoute et de soutien, ces taux étant divisés par deux chez les usagers réguliers (au moins 10 usages dans le mois).

1.2. Comportements sexuels, risques et prévention

Les données proviennent essentiellement de la source d'information suivante :

► Baromètre Santé (INPES)

Depuis 1992, l'Inpes mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées «Baromètres santé», qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français. Ces enquêtes sont des sondages aléatoires à deux degrés (ménage puis individu), réalisés à l'aide du système d'interview par téléphone assistée par ordinateur (ITAO). L'enquête du Baromètre santé 2010, 5ème vague de cette étude, s'est déroulée du 22 octobre 2009 au 3 juillet 2010 en France métropolitaine, auprès de 27 653 personnes. L'ORS Rhône-Alpes a analysé les réponses des Rhônalpins aux enquêtes réalisées en 2000, 2005 et 2010.

Les données du Baromètre santé font l'objet d'un redressement national afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population française. De la même façon, les données régionales sont redressées sur l'âge, le sexe et la taille d'agglomération, pour obtenir un échantillon représentatif de la population rhônalpine. La taille de l'échantillon régional (environ 10% de l'échantillon national) ne permet ni une analyse infrarégionale, ni l'exploitation de certaines questions soumises à des filtres.

Taille des échantillons rhônalpins du Baromètre santé en 2000, 2005 et 2010

	15-25 ans	Ensemble*
2010	486	2 755
2005	536	3 167
2000	238	1 318

*12-75 ans en 2000 et 2005, 15-85 ans en 2010

Source : INPES, Baromètre santé

Un recours élevé à la contraception dès le premier rapport sexuel

Selon le Baromètre santé 2010, 71% des Rhônalpins de 15-25 ans avaient déjà eu un rapport sexuel au cours de leur vie, 51% chez les 15-19 ans et 89% chez les 20-25 ans. Ces chiffres sont stables par rapport à 2005, comme celui de l'âge moyen au 1er rapport sexuel, qui est d'environ 17 ans, (16,7 ans chez les garçons et 17,4 ans chez les filles). En Rhône-Alpes comme en France, les Baromètres santé successifs montrent une évolution favorable de la part de jeunes de 15-25 ans déclarant n'avoir utilisé aucun moyen pour éviter une grossesse lors du 1er rapport sexuel (rapport hétérosexuel), cette

part passant dans la région de 21% en 2000, à 13% en 2005 et 9% en 2010. Les plus jeunes, entre 15 et 19 ans, déclarent par ailleurs en 2010 moins souvent un 1er rapport non protégé vis-à-vis d'une grossesse (5% de ceux ayant déjà eu un rapport sexuel) que leurs aînés (11% chez les 20 et 25 ans et 15% chez les 26-29 ans).

Part des jeunes de 15-25 ans ne déclarant aucune contraception au 1er rapport sexuel (en %)

	2000	2005	2010
Rhône-Alpes	21,0	13,0	9,0
France	20,0	13,0	11,0

Source : INPES, Baromètre santé

Le principal mode de contraception utilisé par les jeunes lors du 1er rapport sexuel est le préservatif masculin. Parmi les Rhônalpins de 15-25 ans ayant déclaré en 2010 avoir utilisé un moyen de contraception, 94% déclarent comme moyen le préservatif masculin. En association ou non avec ce moyen de contraception, d'autres moyens sont utilisés lors du 1er rapport sexuel, comme la pilule, déclarée par 43% des jeunes de 15-25 ans.

Malgré un taux de contraception élevé, le recours à l'IVG ne baisse pas

La population des 15-25 ans est la principale cible des campagnes de prévention des grossesses non désirées pour plusieurs raisons : - la fertilité dans ces tranches d'âge est très élevée et le risque de grossesse en cas de rapport non protégé est donc important, - un jeune âge à la première grossesse est un facteur de risque de recours répété à l'IVG, - et enfin les conséquences psychologiques et sociales des grossesses non désirées peuvent être durablement préjudiciables³.

Parmi les Rhônalpins de 15-25 ans ayant des rapports hétérosexuels, 93,5% déclarent utiliser un moyen de contraception en 2010.

Les moyens de contraception les plus utilisés par les jeunes Rhônalpins en 2010 sont la pilule (75%) et le préservatif masculin (33%).

La contraception d'urgence, insuffisamment connue, permet de recourir à un contraceptif dans les 72 heures qui suivent un rapport non protégé. Cette «pilule du lendemain» est d'autant plus efficace qu'elle est prise tôt. La «pilule du surlendemain» a un délai plus long (5 jours). Selon le Baromètre santé, la contraception d'urgence a déjà été utilisée par 41% des jeunes femmes de 15-25 ans interrogées en 2010, en Rhône-Alpes comme en France, et environ un tiers de celles-ci l'ont utilisée plusieurs fois.

Le Norlévo® (ainsi que son générique) peuvent être délivrés sans prescription médicale par les pharmacies, les centres de planification et les infirmières scolaires du second degré (et depuis peu les universités) ; ils

peuvent être distribués de façon gratuite et anonyme aux mineures, accompagnés d'une information sur la contraception. Le nombre de boîtes de Norlévo® (+ générique + Ellaone®) remboursées par l'assurance maladie permet d'approcher partiellement le recours annuel à cette contraception d'urgence : les délivrances anonymes et gratuites par les pharmacies sont comptabilisées, mais pas celles effectuées par les centres de planification, ni celles vendues par les pharmacies sans prescription médicale aux femmes majeures. En 2012, 1 242 boîtes ont été remboursées en Ardèche par le régime général (hors sections mutualistes), et 2 415 boîtes dans la Drôme. Plus des 3/4 de ces délivrances ont été faites de façon anonyme (82% dans l'Ardèche, 81% dans la Drôme et 75% en Rhône-Alpes), et concerne donc a priori des jeunes filles mineures. Parmi les femmes bénéficiaires dont on connaît l'âge, les tranches d'âge les plus concernées sont celles des 15-19 ans et des 20-24 ans. Si l'on ajoute les délivrances anonymes à celles connues de la tranche d'âge des 15-19 ans, on obtient un pourcentage de 86% de bénéficiaires âgées de moins de 20 ans en Ardèche et 85% dans la Drôme, contre 80% en Rhône-Alpes.

Nombre de boîtes de Norlévo® (+ générique + Ellaone®) délivrées en 2012

	Effectif de l'ensemble des délivrances	Age inconnu		Effectif de l'ensemble des délivrances d'âge connu
		Effectif	% du total des délivrances	
Ardèche	1 242	1 013	82%	229
Drôme	2 415	1 958	81%	457
Rhône-Alpes	28 895	21 629	75%	7 266

Source : ARS (Assurance maladie, régime général) hors sections mutualistes

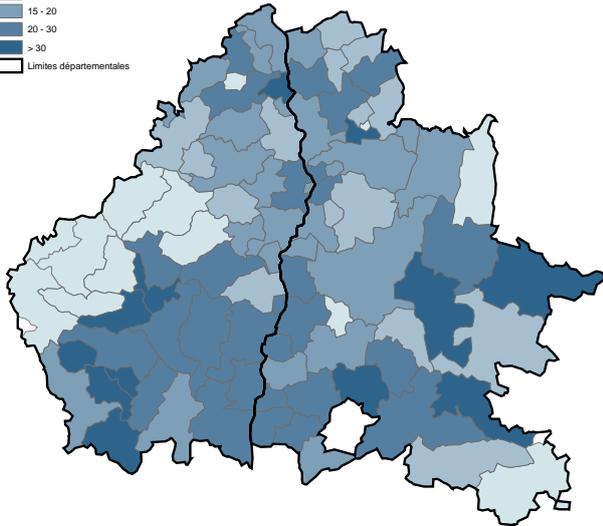
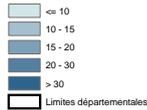
Malgré l'importance du recours à la contraception chez les jeunes Françaises et les possibilités offertes en matière de contraception d'urgence, le recours à l'IVG reste élevé. Au 31 mars 2013, de nouvelles mesures entrent en vigueur, dont la gratuité des contraceptifs pour les mineures de 15 à 18 ans (tous les contraceptifs déjà remboursés partiellement) et la prise en charge à 100% de l'IVG pour toutes les femmes.

Sur la période 2009-2010, 296 IVG annuelles ont été pratiquées chez des Ardéchoises âgées de 15-à 24 ans et 555 chez des Drômoises du même âge. Le taux de recours à l'IVG chez les 15-24 ans s'élève ainsi à 2,0% en Ardèche, à 2,1% dans la Drôme et à 1,9% dans l'ensemble de la région Rhône-Alpes. Sur la même période, 119 IVG par an ont concerné des jeunes femmes de moins de 20 ans dans l'Ardèche et 206 dans la Drôme.

³ NAVES (M.C.), SAUNERON (S.). Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. Centre d'analyse stratégique. La note d'analyse, n° 226, juin 2011

Taux de recours des 15-24 ans à l'IVG (à l'hôpital et en ville) sur la période 2009-2010 (par code PMSI)

Taux brut d'IVG (hospitalisées et médecine de ville) (pour 1 000 jeunes femmes)



Sources : PMSI, ARS (Assurance maladie, tous régimes)

Sur la période 2007-2010, 587 accouchements par an ont été constatés chez des Ardèchoises de 15-24 ans (dont 70 chez des moins de 20 ans et 13 chez des mineures) contre 1 082 chez des Drômoises de 15-24 ans (dont 143 chez des moins de 20 ans et 28 chez des mineures). Le taux d'accouchement chez les jeunes femmes de 15-24 ans est plus élevé dans l'Ardèche et la Drôme que le taux régional (respectivement 3,9% et 4,1% contre 3,2%, sur la période 2007-2010).

Le préservatif, protection contre les infections sexuellement transmissibles

Le risque de contracter ou de transmettre une IST (infection sexuellement transmissible) augmente avec le nombre de partenaires. Selon le Baromètre santé 2010, les situations de multipartenariat récent (au moins deux partenaires au cours des 12 derniers mois) sont plus fréquentes chez les Rhônalpins de 15-25 ans (29%) que chez ceux de 15-54 ans (17%). Le multipartenariat se rencontre davantage chez les plus jeunes d'entre eux : 42% des 15-19 ans contre 23% des 20-25 ans, et davantage chez les hommes de 15-25 ans (41%) que chez les femmes du même âge (16%).

En 2010 dans la région, ce sont les 15-25 ans qui déclarent le plus fréquemment avoir eu une maladie sexuellement transmissible au cours des 5 dernières années : 9,4%, cette proportion baissant de moitié dans les classes d'âge suivantes (26 à 44 ans).

Les hospitalisations pour IST (hors VIH) concernent peu de jeunes de 15-24 ans : 19 en moyenne par an en Ardèche et 32 dans la Drôme, sur la période 2007-2010.

Selon les données du réseau RésIST, les 15-24 ans représentaient 26% des 86 cas de syphilis récente déclarés en 2011 en Rhône-Alpes, et 51% des 124 cas de gonococcies déclarés, avec dans les deux cas une très forte majorité masculine. Le réseau Rénago, avec 247 cas de gonococcie décrits en 2011 dans la région,

confirme que les 20-24 ans représentent plus de la moitié de ces cas, avec environ 4 fois plus d'hommes que de femmes.

Parmi les IST, seule l'infection à VIH fait l'objet d'une notification obligatoire, dont les données sont disponibles au niveau départemental. Parmi l'ensemble des découvertes de séropositivité VIH déclarées de 2003 à 2011, la part des 20-29 ans représente 22% des cas en Ardèche (10 cas sur 45), 14% dans la Drôme (12 cas sur 93), contre 23% en Rhône-Alpes et en France.

1.3. Vaccinations

Les données proviennent essentiellement des sources d'information suivantes :

- L'enquête triennale de santé en milieu scolaire

Cette enquête est réalisée depuis 1999 alternativement en grande section de maternelle, en CM2 et en classe de 3ème. Elle est menée par la DREES du Ministère de la santé, la DGESCO et la DEPP du Ministère de l'Éducation nationale, avec le soutien de la DGS et de l'InVS. Les résultats de la dernière enquête exploitée (2003-2004) auprès des élèves de 3ème, du fait de la taille de l'échantillon (7 229 élèves, dont 3 610 garçons et 3 619 filles), ne peuvent être exploités qu'au niveau national ou au niveau des inter-régions (ZEAT) pour certaines questions - la ZEAT Centre-Est regroupant Rhône-Alpes et Auvergne.

- Les remboursements de vaccins ou de traitements par le régime général de l'assurance maladie.

Il existe peu de données sur la couverture vaccinale des adolescents et jeunes adultes⁴. L'enquête du Baromètre santé permet, au niveau national, d'appréhender les opinions sur la vaccination et les motivations à se faire vacciner. Selon le Baromètre 2010, les Rhônalpins de 15-19 ans et de 20-25 ans sont les deux tranches d'âge se déclarant le plus souvent « très favorables » ou « plutôt favorables » à la vaccination : respectivement 79% et 70%, cette proportion baissant ensuite, jusqu'à 53% chez les 65-74 ans. Les 15-25 ans ne sont par contre que 57% à avoir le sentiment d'être bien informés sur les vaccinations. Ce sont les plus jeunes, les 15-19 ans, qui déclarent le plus souvent être à jour dans leurs vaccins avec certitude, 83% contre 60% chez les 15-85 ans.

Selon les recommandations du HSCP⁵ en vigueur fin 2012, les vaccinations pour un adolescent sans risque spécifique sont les suivantes :

- DTP (diphtérie, tétanos, polio) rappels à 11-13 ans puis à 16-18 ans, vaccination obligatoire

⁴ Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles. InVS, octobre 2012

⁵ Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012 selon l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique. BEH, n° 14-15, avril 2012

- Coqueluche acellulaire : rappel à 11-13 ans ou rattrapage à 16-18 ans
- Hépatite B : 3 doses avant l'âge de 18 mois ou rattrapage 2 doses jusqu'à 15 ans révolus
- Méningocoque C : 1 dose avant 2 ans ou rattrapage 1 dose jusqu'à 24 ans révolus
- ROR (rougeole, oreillons, rubéole) : 2 doses avant 2 ans ou rattrapage (1 ou 2 doses) pour les personnes nées après 1980
- Papillomavirus humains (HPV) : 3 doses chez les filles de 14 ans, ou rattrapage (3 doses) chez les jeunes filles de 15 à 23 ans n'ayant pas eu de rapports sexuels ou au plus tard dans l'année suivant le début de leur vie sexuelle. Le HSCP recommande désormais (avis du 28/09/2012) de pratiquer cette vaccination entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage avant 20 ans.

En mars 2013, un nouveau calendrier vaccinal a été diffusé⁶. Ce nouveau calendrier (*cf annexe*), à des fins de simplification, modifie les dates de vaccination ou de rappels pour certains vaccins et supprime les rappels à l'âge de 16-18 ans.

Une vaccination insuffisante chez les jeunes

Les adolescents français de classes de 3ème, enquêtés en 2003-2004 et âgés de 15 ans en moyenne, sont globalement insuffisamment vaccinés : seuls 80,5% ont reçu la totalité des doses recommandées pour le DTP, 57,4% pour la coqueluche et 42,4% pour l'hépatite B. La vaccination ROR semble mieux suivie, avec presque 94% d'élèves vaccinés pour la 1ère dose, pour un objectif de 95%, et plus de 61% pour la seconde dose (alors que la recommandation de la 2ème dose n'a été introduite au calendrier vaccinal qu'en 1996). Les données disponibles au niveau des ZEAT indiquent que la couverture vaccinale des adolescents de la ZEAT Centre-Est (Rhône-Alpes/Auvergne) est légèrement inférieure à celle de la France en matière de ROR (2 doses) et d'hépatite B.

Couverture vaccinale des adolescents français de 3ème en 2003-2004 (en %)

Taux de couverture		
DTP	80,5%	
Coqueluche	57,4%	
Hépatite B	42,4%	
	1ère dose	2ème dose
Rougeole	93,9%	65,7%
Rubéole	93,7%	65,5%
Oreillons	93,7%	61,1%

Source : DREES, enquête triennale de santé en milieu scolaire

La Ville de Valence, à partir de son fichier vaccinal, estime en 2011 la couverture vaccinale des 10-20 ans de Valence (2 837 individus présents dans le fichier) à :

- 90% (au moins une dose) pour le vaccin DTCPolio (diphtérie tétanos coqueluche polio), 78% pour les 3 doses
- 28% pour le vaccin Hépatite B
- 73% (1 dose) pour le vaccin ROR, et 44% pour les 2 doses
- 6% pour le vaccin Méningocoque C (vaccin récent conseillé depuis 2010).

Les épidémies récentes de rougeole liées à l'insuffisance de la couverture vaccinale

Les épidémies de rougeole, qui ont sévi en France et tout particulièrement en Rhône-Alpes entre 2008 et 2011, ont montré l'insuffisance de la couverture vaccinale en matière de rougeole. En Rhône-Alpes, les départements de l'Ardèche et de la Drôme, avec des taux respectifs de 176 cas et de 146,6 cas pour 100 000 habitants, font partie, avec la Savoie et la Haute-Savoie, des départements les plus touchés par l'épidémie de 2010-2011.

Nombre de cas (et taux* d'incidence) de la rougeole lors des vagues épidémiques de 2008 à 2011

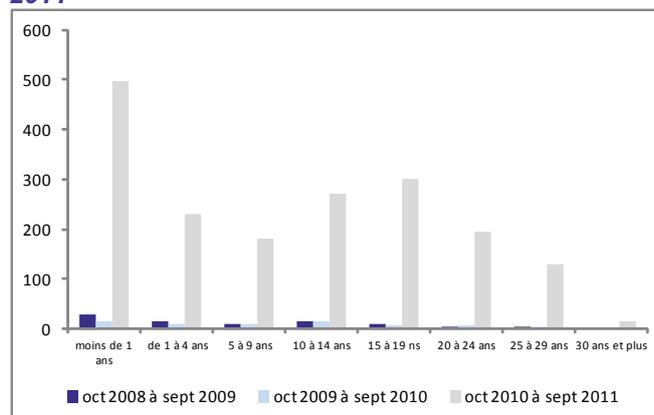
	oct.08 - sept.09	oct.09 - sept.10	oct.10 - sept.11
Ardèche	5 (1,6)	28 (8,9)	552 (176,0)
Drôme	6 (1,2)	34 (7,1)	707 (146,6)
Rhône-Alpes	267 (4,3)	207 (3,4)	6 037 (97,9)

*taux pour 100 000 h

Source : CIRE Rhône-Alpes, données de déclaration obligatoire

Lors de ces épidémies de rougeole, les jeunes Rhônalpins de 15-19 ans ont constitué la tranche d'âge présentant le taux d'incidence le plus élevé (hors enfants de moins d'un an, non encore vaccinés).

Taux* d'incidence de la rougeole en Rhône-Alpes, par tranche d'âge, lors des vagues épidémiques de 2008 à 2011



*taux pour 100 000 h

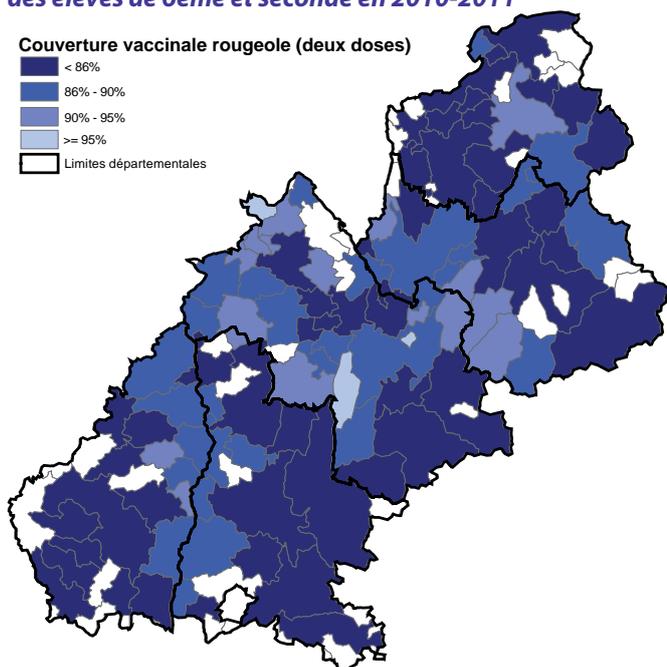
Source : CIRE Rhône-Alpes, données de déclaration obligatoire

Les services de santé scolaire ont réalisé durant l'année 2010-2011 une enquête nationale de couverture vaccinale rougeole auprès des élèves des classes de 6ème et de seconde. La carte de couverture vaccinale rougeole des élèves de 6ème et de seconde, élaborée par le Rectorat de Grenoble, montre une insuffisance de

⁶ Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. BEH, n° 14-15, avril 2013

couverture vaccinale en 2010-2011 dans de nombreux bassins de vie d'Ardèche et de Drôme.

Couverture vaccinale rougeole (2 doses) par bassin de vie des élèves de 6ème et seconde en 2010-2011



Source : CIRE Rhône-Alpes, données de déclaration obligatoire

Concernant les élèves des classes de seconde, les taux de couverture vaccinale rougeole (2 doses) constatés dans l'Ardèche et dans la Drôme sont inférieurs au taux de l'académie de Grenoble⁷, et la part d'élèves non vaccinés contre la rougeole est plus importante dans ces départements que dans l'académie.

Taux de couverture vaccinale rougeole en classe de seconde, en 2010-2011

	Nombre d'élèves dans les établissements participant	Taux* de participation (en %)	Couverture vaccinale 2 doses (en %)	Non vaccinés (en %)
Ardèche	2 299	75,1	81,9	5,7
Drôme	3 536	83,9	82,6	5,9
Académie de Grenoble	24 403	81,8	85,2	5,1

* Taux de participation des élèves (en %), rapporté au nombre d'élèves des établissements participant à l'enquête

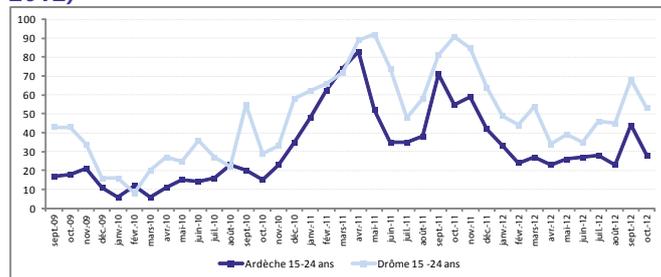
Source : Rectorat de Grenoble

Plusieurs communications au niveau régional ou national ont rappelé à partir de fin 2010 les recommandations vaccinales et le nécessaire rattrapage de vaccination anti-rougeoleuse pour les personnes nées après 1980. Les données d'assurance-maladie montrent que ces recommandations ont été suivies d'effet en Rhône-Alpes chez les 15-24 ans, puisque les remboursements de vaccins ont connu

⁷ Couverture vaccinale contre la rougeole des élèves de sixième et seconde scolarisés dans l'académie de Grenoble en 2010-2011. BEH, n°3, 22/01/2013, p 21-26

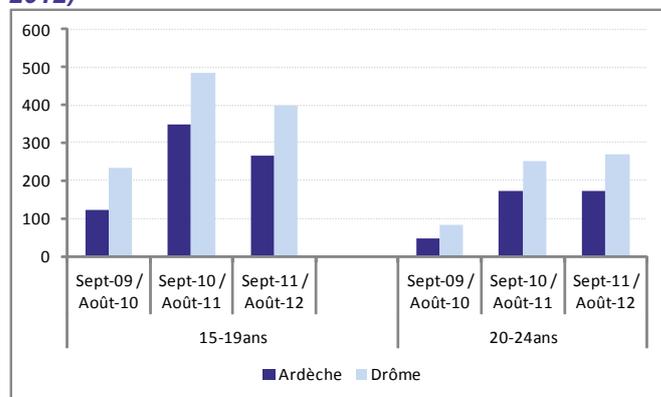
une nette augmentation en 2011 dans cette tranche d'âge, augmentation encore plus importante chez les 15-19 ans que chez les 20-24 ans.

Evolution du nombre de boîtes de vaccin rougeole remboursées à des jeunes de 15-24 ans (août 2010-octobre 2012)



Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

Nombre de boîtes de vaccin rougeole remboursées par tranche d'âge et année scolaire (septembre 2009 à août 2012)



Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

La vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV), en prévention du cancer du col de l'utérus

La vaccination HPV a été introduite dans le calendrier vaccinal en décembre 2006 et remboursée à partir de juillet 2007. Cette vaccination a pour objectif d'immuniser les jeunes filles avant qu'elles ne soient exposées au risque d'infection à HPV, elle ne se substitue pas au dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin, mais vient renforcer les mesures de prévention.

En Rhône-Alpes, selon les données d'assurance maladie portant sur les deux années 2011-2012, 36 202 jeunes filles âgées de 14 à 23 ans ont bénéficié d'au moins un remboursement de vaccin HPV (Gardasil ou Cervarix), dont 44% avec une seule dose remboursée, 26% avec deux doses et 30% avec trois doses. Environ 94% des jeunes filles bénéficiaires d'au moins un remboursement de vaccin HPV sont dans la tranche d'âge ciblée par les recommandations (soit 14-23 ans), tant dans l'Ardèche et la Drôme qu'en Rhône-Alpes. Les recommandations ont évolué fin 2012, et conseillent désormais une vaccination entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage avant 20 ans.

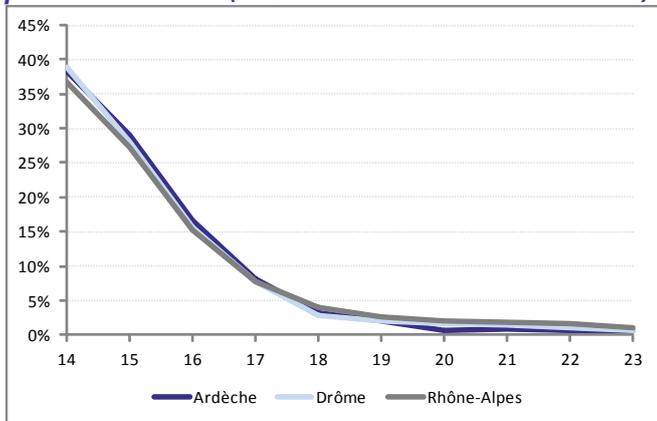
Effectif des bénéficiaires (filles de 14-23 ans) d'au moins une délivrance de vaccin HPV sur la période 2011-2012

	Effectif des 14-23 ans
Ardèche	1 433
Drôme	2 604
Rhône-Alpes	36 202

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

Un rattrapage de vaccination s'effectue après l'âge recommandé (14 ans), puisque seulement un peu plus d'un tiers des bénéficiaires sont âgées de 14 ans. La part des 15 ans est encore importante (27% des bénéficiaires) mais les 16 ans ne représentent plus que 15% des bénéficiaires et les 17 ans 7% des bénéficiaires.

Age de la première délivrance d'un vaccin HPV sur la période 2011-2012 (en % des bénéficiaires de 14-23 ans)



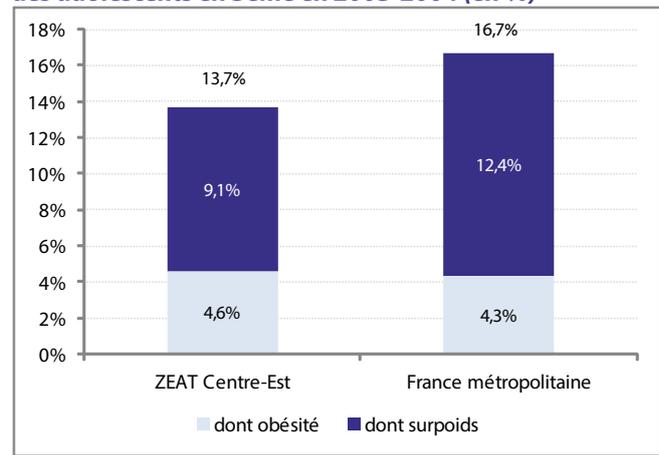
Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

1.4. Surcharge pondérale, hygiène de vie

Un adolescent de 15 ans sur six en surcharge pondérale

Selon l'enquête triennale de santé scolaire menée en 2003-2004 dans les classes de 3ème, au niveau national 16,7% des élèves sont en surcharge pondérale (17,4% des garçons et 15,9% des filles) et 4,3% sont obèses (4,8% des garçons et 3,9% des filles). La ZEAT Centre-Est (Rhône-Alpes/Auvergne) présente des taux proches des taux nationaux pour la surcharge pondérale (13,7% des élèves) et l'obésité (4,6%). Dans cette ZEAT comme au niveau national, la prévalence de l'obésité aurait augmenté d'un point entre 2000-2001 et 2003-2004. Le gradient social est particulièrement marqué pour cet indicateur, qui varie au niveau national de 9,8% chez les enfants de cadres à 23,4% chez ceux dont le père est ouvrier non qualifié.

Prévalence de la surcharge pondérale (surpoids + obésité) des adolescents en 3ème en 2003-2004 (en %)



Source : Enquête triennale de santé scolaire

Selon les données déclaratives du Baromètre santé 2010, 17,5% des Rhônalpins de 15-25 ans seraient en surcharge pondérale (11,9% en surpoids et 5,6% obèses), chiffres proches des taux nationaux.

Peu de données sont disponibles sur le comportement alimentaire des adolescents et des jeunes adultes. Selon les enquêtes nationales (ENNS 2006-2007, Baromètre santé nutrition 2008) les jeunes consomment peu de fruits et légumes mais beaucoup de boissons sucrées non alcoolisées, particulièrement les garçons.

En 2008, la classe d'âge des 19-25 ans est celle qui consomme le moins souvent 5 portions de fruits et légumes par jour (3% des garçons et 7,3% des filles, contre des taux chez les 12-75 ans de 10,7% des hommes et 13% des femmes).

Selon l'enquête ENNS de 2006-2007, les hommes de 18-29 ans sont les plus gros consommateurs de boissons sucrées non alcoolisées, ils en consomment en moyenne 300ml par jour, contre 150ml pour les femmes du même âge, ces proportions baissant ensuite fortement chez les 30-54 ans (73ml chez les hommes et 60ml chez les femmes).

Un sommeil problématique chez les jeunes

Selon l'enquête européenne HBSC 2010⁸, environ quatre jeunes Français de 15 ans sur dix peuvent être considérés en dette de sommeil (plus de 2 heures d'écart de temps de sommeil entre les nuits avec ou sans classe le lendemain) et un quart des jeunes ont un temps de sommeil trop court (moins de 7 heures les veilles de classe). La pratique de certaines activités avant le coucher est directement corrélée à un temps de sommeil plus court, c'est le cas de toutes les activités avec écran : télévision, ordinateur, console de jeux ou téléphone portable équipé d'Internet.

Les jeunes Rhônalpins de 15-25 ans interrogés pour le Baromètre santé 2010 sont par ailleurs 44% à

⁸ LEGER (D.) La chute du temps de sommeil au cours de l'adolescence : résultats de l'enquête HBSC 2010 menée auprès des collégiens. BEH, n° 44.45, 20/11/2012

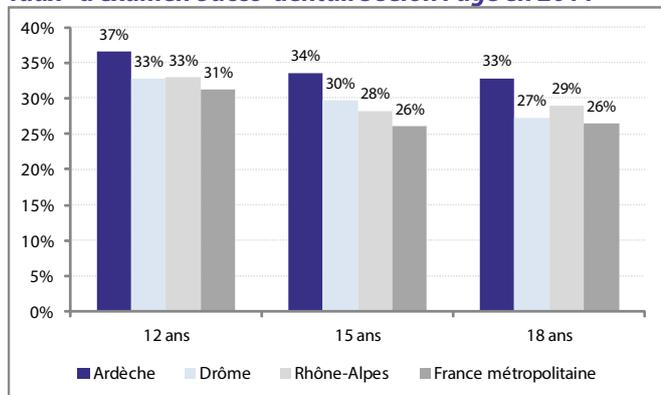
déclarer avoir eu des problèmes de sommeil dans les huit derniers jours, 31% «un peu de problèmes» et 13% «beaucoup de problèmes». Ces chiffres sont comparables aux chiffres nationaux, et proches des taux observés dans la population générale.

Une hygiène bucco-dentaire chez les jeunes très liée au milieu socioéconomique familial

Selon l'enquête triennale de santé scolaire menée en 2003-2004 dans les classes de 3ème, 52,2% des adolescents français n'ont aucune carie et 4,5% ont au moins deux dents cariées non soignées. Ces indicateurs sont fortement corrélés à la catégorie socioprofessionnelle des parents, 0,5% des enfants de cadres ont au moins deux dents cariées non soignées contre 8,5% des enfants dont le père est ouvrier non qualifié. Le Centre-Est représente la ZEAT métropolitaine où le port d'un appareil dentaire en classe de 3ème est le plus élevé (35%).

Dans le cadre du programme « M'T dents », l'Assurance maladie propose un examen bucco-dentaire (EBD) gratuit, sans avance de frais, aux enfants et aux jeunes âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. En 2011, cet examen a été remboursé à 34% des jeunes de 15 ans bénéficiaires du régime général en Ardèche, contre 30% dans la Drôme, 28% en Rhône-Alpes et 26% en France. Le taux d'EBD remboursés à 12 ans, 15 ans et 18 ans est légèrement plus élevé dans l'Ardèche que dans la Drôme, la région Rhône-Alpes et la France.

Taux* d'examen bucco-dentaire selon l'âge en 2011



*taux pour 100 enfants bénéficiaires du régime général
Source : CPAM 07-26

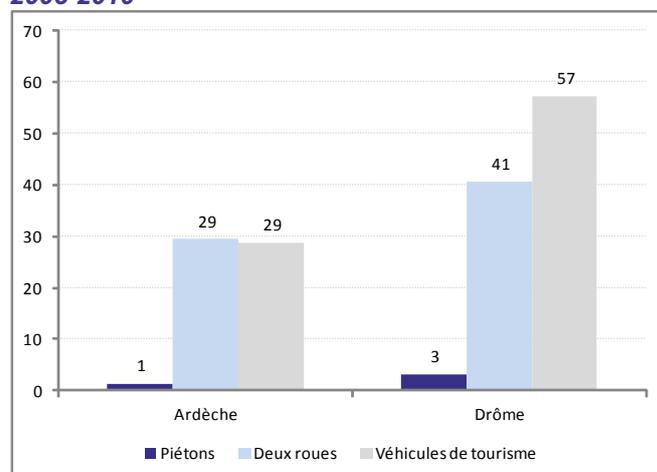
1.5. Accidents de la circulation

Sur la période 2000-2011, toutes les classes d'âge ont bénéficié d'une baisse régulière du nombre de décès par accident de la route, baisse un peu plus importante chez les jeunes (- 59,3% chez les 15-17 ans et - 53,4% chez les 18-24 ans) que dans l'ensemble de la population (- 51,5%). Malgré cette évolution favorable, les 18-24 ans restent en 2011 la classe d'âge présentant le sur-risque le plus élevé de décès par accident de la route, avec un risque relatif 2,3 fois supérieur à la moyenne, les 15-17 ans ayant un risque égal à la moyenne. Parmi les accidentés de 18-24 ans, la part des femmes est faible : 17% des tués et 27% des blessés hospitalisés.

La présence d'alcool est par ailleurs plus souvent constatée dans les accidents corporels des 18-24 ans que dans ceux tous âges confondus, surtout pour les conducteurs de véhicules de tourisme (8,5% contre 6,6%).

Sur la période 2006-2010, parmi les victimes graves (tués ou blessés graves) âgées de 15 à 24 ans en Ardèche, 45% se déplaçaient en deux roues, contre 39% dans la Drôme et 47% dans la région. L'importance de ce mode de déplacement parmi les accidentés est caractéristique des jeunes de 15-24 ans, les deux roues ne représentant que 37% des victimes plus âgées (25 ans et plus) en Ardèche, 25% dans la Drôme et 31% en Rhône-Alpes.

Effectif moyen annuel de victimes graves* âgées de 15-24 ans selon le mode de déplacement sur la période 2006-2010



Source : Setra

*Victimes graves = tués + blessés graves.

Interrogés sur le port du casque en deux roues, près de 90% des Rhônalpins de 15-25 ans déclarent avoir porté un casque lors de leur dernière utilisation d'un deux-roues motorisé, mais ce taux tombe à 17% chez les cyclistes de 15-25 ans (Baromètre santé 2010).

1.6. Mal-être, idées suicidaires

Selon le Baromètre santé 2010, 3,8% de Rhônalpins de 15-25 ans déclarent avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois (contre 3,1% des Français du même âge), et 4,6% déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (contre 4,3% au niveau national). Les pensées suicidaires, comme les tentatives de suicide, se rencontrent davantage chez les 15-19 ans que chez les 20-25 ans et davantage chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes.

Le département de l'Ardèche, et plus encore celui de la Drôme, sont particulièrement concernés par les tentatives de suicide (TS) hospitalisées chez les jeunes de 15-24 ans. Ce sont les départements présentant les taux de TS hospitalisées les plus élevés de la région Rhône-Alpes sur la période 2007-2010 (32,4 pour 10 000 jeunes de 15-24 ans en Ardèche, 34,6 dans la

Drôme).

Effectifs et taux bruts d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les 15-24 ans sur la période 2007-2010

	Effectifs annuel	Taux
Ardèche	179	32,4
Drôme	188	34,6
Rhône-Alpes	1 854	23,5

*taux pour 10 000 jeunes

Source : PMSI

2. Offre de prévention et accès aux soins chez l'adolescent et le jeune adulte

Pour l'adolescent et le jeune adulte, à côté d'une offre non spécifique à cette tranche d'âge (médecins généralistes, gynécologues, dentistes, centres de planification...), il existe des structures dédiées à la prévention ou à la prise en charge psychologique, telles que la médecine scolaire et universitaire, les Points écoute, les maisons des adolescents... De nombreux autres acteurs, non professionnels de la santé, sont susceptibles d'intervenir en prévention chez les jeunes : les Missions locales jeunes, les centres sociaux, le personnel éducatif des collèges et lycées, le personnel de la protection judiciaire de la jeunesse, les associations de prévention...

2.1. Professionnels de santé libéraux

Les médecins généralistes sont les professionnels de santé les plus sollicités par les jeunes, à l'occasion soit d'une affection, le plus souvent bénigne, soit de la délivrance d'un certificat médical d'aptitude au sport. En 2010, environ 88% des jeunes de 15-24 ans en Drôme et en Ardèche ont consulté un médecin généraliste au moins une fois dans l'année, contre 85% en Rhône-Alpes. Ce recours est moindre dans les zones les plus rurales et isolées.

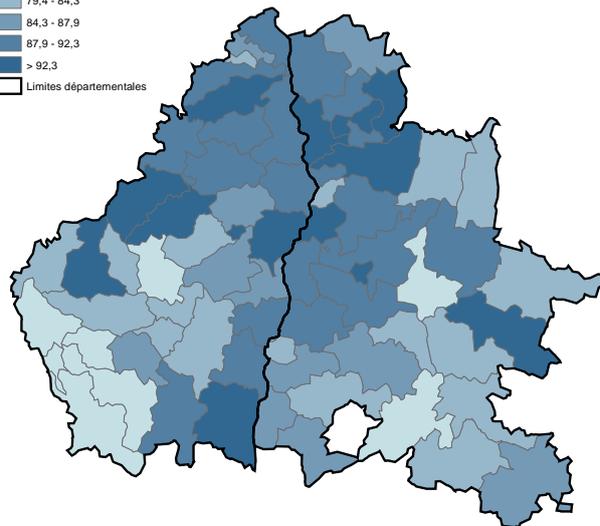
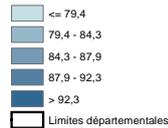
Taux de recours aux praticiens chez les jeunes de 15-24 ans en 2010 (en %)

	Médecin généraliste	Dentiste	Gynécologue
Ardèche	87,7	25,1	22,7
Drôme	87,5	27,4	18,3
Rhône-Alpes	84,8	25,9	21,6

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

Taux de recours aux médecins généralistes chez les jeunes de 15-24 ans en 2010 (par canton)

Taux de recours aux médecins généralistes (en%)

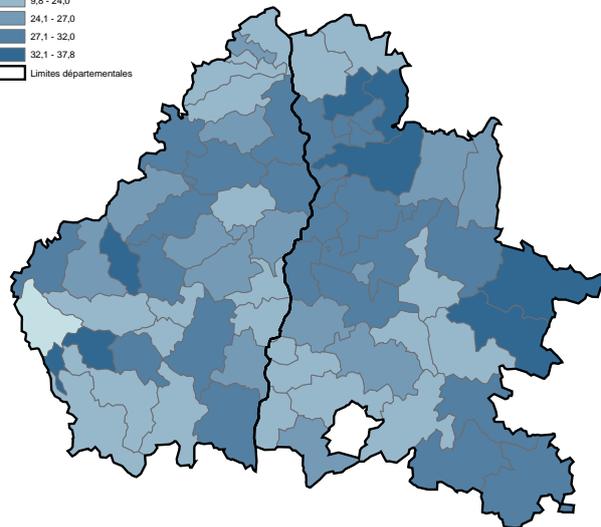
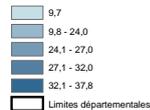


Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

Environ un jeune de 15-24 ans sur quatre a consulté au moins une fois un dentiste au cours de l'année 2010 en Rhône-Alpes. Le recours des 15-24 ans **au dentiste** est légèrement plus élevé dans la Drôme (27,4%) que dans la région (25,9%) et dans l'Ardèche (25,1%).

Taux de recours des 15-24 ans aux dentistes en 2010 (par canton)

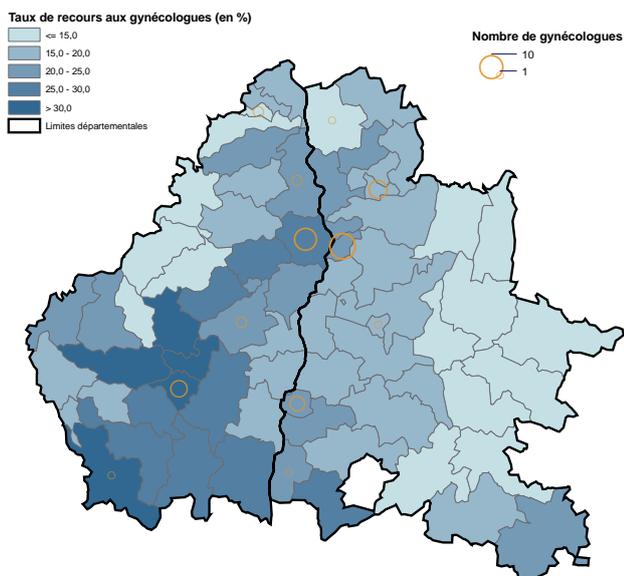
Taux de recours aux dentistes (en%)



Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

Le recours à un **gynécologue libéral** concerne 22% des jeunes filles de 15-24 ans en Rhône-Alpes, avec une assez forte disparité territoriale qui ne s'explique pas seulement par la présence ou non d'un gynécologue sur le territoire. La Drôme présente des taux de recours plus bas que la moyenne régionale dans un grand nombre de cantons, à l'inverse du sud de l'Ardèche où les taux de recours sont plus élevés que la moyenne régionale.

Taux de recours aux gynécologues chez les jeunes de 15-24 ans en 2010 (par canton)



Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

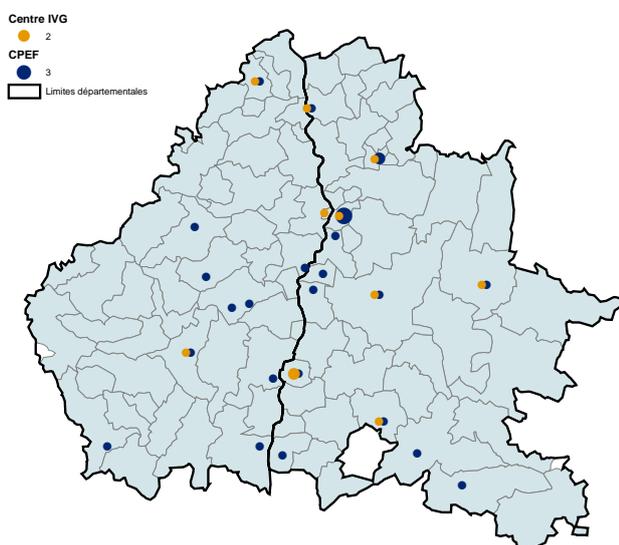
2.2. Centres de planification et d'éducation familiale et centres IVG

Les CPEF (centres de planification et d'éducation familiale) proposent à tout public des consultations de contraception, gratuites pour les mineures et pour des femmes non assurées sociales, ainsi que des actions de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale. Lieux de consultation médicale, d'accueil, d'information et d'écoute, ils répondent aux demandes sur la contraception mais également sur les infections sexuellement transmissibles dont le sida.

Les CPEF, de statuts divers (hospitaliers, associations, collectivités locales...), sont soit des services des Conseils généraux soit des centres ayant passé convention avec les Conseils généraux.

En 2010, on compte 11 CPEF dans l'Ardèche et 16 dans la Drôme. Les centres d'IVG sont au nombre de 4 dans l'Ardèche et de 6 dans la Drôme.

Établissements pratiquant les IVG et CPEF en 2010



Sources : SAE, Conseils généraux

2.3. Dispositifs dédiés aux jeunes

Les Points d'accueil et d'écoute des jeunes (PAEJ) sont des structures de proximité ayant une fonction préventive, d'accueil, d'écoute et de soutien, qui s'adressent à la fois aux jeunes en difficulté et à leurs parents. Ces Points écoute proposent des entretiens avec des psychologues et une orientation si nécessaire vers d'autres professionnels. Il existe deux Points écoute jeunes en Ardèche (Annonay et Aubenas), un Point Relais Oxygène à Valence et un Point Ecoute Jeunes à Romans.

En 2011, les psychologues du **Point Relais Oxygène** de Valence ont réalisé 1 080 entretiens, dont 495 concernaient des jeunes (avec une moyenne de 3 entretiens sur 3 mois), 375 des parents (avec une moyenne de 2 entretiens sur 1 mois), 210 des professionnels et des bénévoles. 21% des jeunes accueillis sont âgés de 13 à 15 ans, 51% de 15 à 18 ans et 28% de 18 à 25 ans. Les difficultés relationnelles arrivent en tête des motifs d'orientation vers le Point Relais Oxygène, suivies des difficultés affectives et sexuelles, des situations de rupture, des difficultés scolaires, des violences subies ou agies, des tentatives de suicide ou dépression, des consommations d'alcool/cannabis/médicaments, des problèmes de santé mentale.

Le Point Relais Oxygène fait partie de l'**Espace Santé Jeunes**, rattaché à la Ville de Valence. Cet Espace est notamment le service de médecine préventive et de promotion de la santé pour les étudiants du Pôle Universitaire Valentinois et pour les jeunes en recherche d'emploi (Mission locale, Pôle Emploi, organismes de formation). Il devrait évoluer vers une mission de centre de santé. Il propose une écoute et des conseils, des bilans de santé, des consultations de planification, des visites de médecine du sport, une aide au sevrage tabagique, une formation au secourisme, des ateliers santé...

La Ville de Valence a également mis en place, depuis plus de 25 ans, un **dispositif Adultes-Relais** qui forme des adultes (parents, professionnels et bénévoles) sur les capacités d'écoute, de dialogue et d'orientation des jeunes en situation de mal-être. Ce dispositif compte plus de 450 personnes sur les communes de Valence et Bourg-lès-Valence.

La Maison des adolescents de Valence, dispositif porté par le Centre hospitalier Le Valmont, accueille et prend en charge les jeunes de 13 à 20 ans en difficulté ainsi que leurs parents et famille. L'accès à la Maison des adolescents est libre et sans avance d'honoraires. L'accueil est assuré par une équipe pluridisciplinaire, qui travaille en relation avec l'ensemble des acteurs du champ de l'adolescence.

Les Consultations jeunes consommateurs sont des consultations gratuites et anonymes destinées aux jeunes consommateurs de substances psychoactives (cannabis, alcool, drogues de synthèse, cocaïne,

polyconsommation). Elles peuvent également accueillir les familles, sans leur enfant, afin de les conseiller. Ces consultations sont rattachées à des structures médico-sociales (CSAPA) et sont composées de professionnels formés aux spécificités de l'approche des jeunes. Deux consultations de ce type existent dans la Drôme, les deux consultations présentes dans l'Ardèche jusqu'en 2011 sont actuellement fermées.

Les Missions locales jeunes, centrées sur l'orientation, la formation et l'emploi, proposent également une approche globale qui permet d'aborder avec les jeunes des questions de santé, de justice, de logement, de citoyenneté... Présentes sur tout le territoire, les Missions locales sont en contact avec 19% des jeunes de 15-24 ans en Ardèche et 24% dans la Drôme, contre 16% en Rhône-Alpes. Les Missions locales interviennent particulièrement auprès des jeunes les plus en difficulté, notamment les jeunes « décrocheurs scolaires » sortis de la formation initiale sans obtenir un premier diplôme BEP/CAP ou baccalauréat, qui représentent environ 40% des jeunes accueillis pour la première fois.

Jeunes accueillis en Missions locales en 2011

	Ardèche	Drôme	Rhône-Alpes
Nombre de missions locales	3	5	48
Nombre de points d'accueil	30	46	369
Nombre de jeunes suivis	5 798	12 811	122 355
Part chez les 15-24 ans (en %)	19%	24%	16%
Nombre de jeunes en 1 ^{er} accueil	2 336	4 812	46 305
Nombre de jeunes décrocheurs	868	1 975	18 346

Source : Missions Locales Rhône-Alpes, INSEE (RP 2009)

Certaines administrations interviennent spécifiquement auprès des jeunes et sont amenées à participer à des actions de prévention santé, telles que les Directions Départementales de la Cohésion Sociale (et de la Protection des Populations) et les Directions territoriales de la protection judiciaire de la jeunesse.

La Région Rhône-Alpes a mis en place, pour tous les lycéens de la région, un Pass contraception-prévention. Ce dispositif s'inscrit dans une politique globale d'accès à la contraception, à la prévention des grossesses précoces et non désirées et à l'information concernant les infections sexuellement transmissibles (IST). Il permet un accès gratuit et anonyme à une consultation médicale, à une analyse de sang, à la délivrance d'un contraceptif (le dispositif se présente sous forme de 8 coupons de remboursement utilisables auprès des professionnels de santé partenaires du dispositif). Lancé fin 2011, un premier bilan du dispositif a été présenté en mars 2013. A cette date, 2 933 jeunes Rhônalpins avaient commandé leur Pass

contraception-prévention, dont 83% de filles et 17% de garçons, et 1 031 coupons avaient été remboursés (dont 140 pour une 1^{ère} consultation médicale, 24 pour des analyses médicales, 838 pour pilule/patch/anneau/diaphragme, 9 pour stérilet/implant). Au niveau départemental, 216 jeunes Ardéchois avaient commandé le Pass contraception (181 filles et 35 garçons), comme 259 jeunes Drômois (208 filles et 51 garçons).

Dans le cadre du dispositif Pass Contraception, des préservatifs masculins et féminins sont également mis gratuitement à disposition des jeunes dans les établissements de formation et les associations oeuvrant en direction des jeunes. Un n° Azur (0810 810 714) permet aux jeunes et aux professionnels de se renseigner sur le dispositif et de façon plus large sur les questions de sexualité, de contraception et d'IVG.

2.4. Personnels de l'Education nationale

La mission de promotion de la santé en faveur des élèves associe les personnels de santé scolaire (médecins et infirmiers) à l'ensemble de la communauté éducative : chefs d'établissement, enseignants, conseillers principaux d'éducation, conseillers d'orientation psychologues, assistants de service social, psychologues scolaires et secrétaires médico-scolaires.

L'Education nationale, que ce soit au niveau des programmes scolaires ou d'actions spécifiques mises en œuvre dans les établissements scolaires, représente un des acteurs principaux de la prévention chez les jeunes. Sa politique éducative de santé a été récemment définie par une circulaire (n° 2011-216 du 2/12/2011) qui précise les orientations nationales et liste sept objectifs prioritaires :

- l'hygiène de vie
- l'éducation nutritionnelle et la promotion des activités physiques
- l'éducation à la sexualité, l'accès à la contraception, la prévention des IST et du sida
- la prévention des conduites addictives
- la lutte contre les jeux dangereux
- la prévention du mal-être
- la formation aux premiers secours.

Dans les collèges et les lycées, l'éducation à la santé est définie sous forme d'un programme d'actions figurant dans le projet d'établissement et mis en œuvre par le CESC (comité d'éducation à la santé et la citoyenneté). Piloté par le chef d'établissement, le CESC est une instance de réflexion, d'observation et de veille, dans laquelle les parents sont représentés. Les actions menées dans ce cadre sont prises en charge par les personnels volontaires des établissements scolaires en lien, le cas échéant, avec les partenaires institutionnels ou des associations agréées.

Concernant l'éducation à la sexualité, au moins trois séances annuelles sont mises en place dans les collèges et les lycées. Ces séances sont organisées



par une équipe de personnels volontaires et formés (professeurs, conseillers principaux d'éducation, infirmiers, etc.), le cas échéant en lien avec des partenaires extérieurs ayant un agrément national ou académique.

2.5. Autres acteurs de prévention auprès des jeunes

D'autres acteurs, de statut associatif souvent, sont particulièrement impliqués dans les actions de prévention en direction des jeunes, sans être consacrés exclusivement à ce public.

Ce sont notamment les associations généralistes en éducation pour la santé (ex : IREPS Rhône-Alpes) mais aussi les structures spécialisées dans la prévention et la prise en charge des toxicomanies (ANPAA, CSAPA, CAARUD...), ou encore dans la sécurité routière (associations de prévention routière). La Mutualité Française Rhône-Alpes mène des actions plus spécifiquement auprès des jeunes en insertion, actions d'information sur la santé mais également sur l'accès aux droits, aux soins et à la mutualisation.

Certaines structures peuvent être considérées comme des relais d'information auprès des jeunes, notamment pour des informations en santé. Parmi celles-ci figurent en première place les Points Information Jeunesse (6 PIJ en Ardèche et 9 dans la Drôme), puis les MJC (7 en Ardèche et 30 dans la Drôme), les Centres sociaux, les clubs sportifs, les organismes de loisirs...

De même, les clubs et équipes de prévention spécialisée, dont la mission est de rompre l'isolement des jeunes en voie de marginalisation et de restaurer le lien social, représentent des éducateurs privilégiés pour les jeunes en situation difficile.



Sur la période 2007-2009, la mortalité prématurée (avant 65 ans) concerne chaque année plus de 1 600 personnes en Ardèche et plus de 2 300 dans la Drôme, ce qui correspond à des taux de mortalité prématurée supérieurs aux taux régionaux, tant pour les femmes que pour les hommes, les hommes représentant plus de 2/3 des décès prématurés.

Nombre annuel et taux* comparatif de mortalité prématurée sur la période 2007-2009, pour quelques causes de décès

Hommes	Ardèche		Drôme		Rhône-Alpes	
	Nombre	TCM	Nombre	TCM	Nombre	TCM
Maladies de l'appareil circulatoire	167	36,1	202	29,3	2 548	30,6
Accidents de la vie courante	59	14,2	81	13,4	944	12,0
Accidents de la circulation	54	15,8	82	15,1	760	10,1
Causes liées à l'alcool	135	28,3	159	23,6	1 875	22,6
Causes liées au tabac	211	44,9	295	42,1	3 518	41,7
Suicides	78	20,7	105	18,1	1 291	16,9
Toutes causes	1 128	254,4	1 576	240,9	18 352	224,0

Femmes	Ardèche		Drôme		Rhône-Alpes	
	Nombre	TCM	Nombre	TCM	Nombre	TCM
Maladies de l'appareil circulatoire	57	12,7	73	9,9	823	9,6
Accidents de la vie courante	28	6,7	25	3,8	316	3,9
Accidents de la circulation	4	1,0	25	4,6	173	2,3
Causes liées à l'alcool	25	5,3	34	5,2	426	5,0
Causes liées au tabac	59	12,7	84	12,0	941	10,9
Suicides	25	6,7	47	7,3	470	6,0
Cancer du sein	66	14,1	90	12,8	1 087	12,8
Cancer de l'utérus	9	2,0	20	2,9	226	2,7
Toutes causes	500	111,5	763	111,9	8 569	101,6

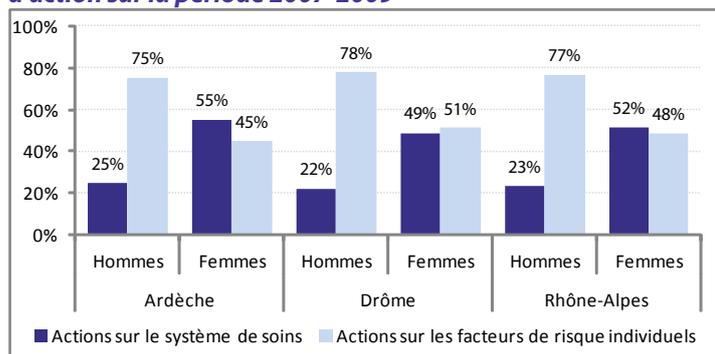
* TCM : taux comparatif de mortalité pour 100 000 habitants

Sources : Inserm (CépiDC), Insee

Exploitation ORS RA

Parmi les causes de décès prématurés, certaines sont considérées comme évitables (environ la moitié), soit par des actions sur le système de soins (par exemple dépistage des cancers) soit par des actions sur les comportements individuels. Chez les hommes environ 3/4 des actions à mener portent sur les facteurs de risque individuels (consommation d'alcool et de tabac, accidents, suicide...), alors que chez les femmes les deux types d'actions s'équilibrent, le dépistage des cancers féminins (sein, utérus) occupant une place importante dans la réduction de la mortalité prématurée féminine. En Ardèche, la part des actions à mener pour les femmes sur le système de soins est plus importante (55%) que dans la Drôme (49%) et la région (52%).

Répartition des décès prématurés évitables selon le type d'action sur la période 2007-2009



Sources : Inserm (CépiDC), Insee

Exploitation ORS RA

Environ la moitié des décès survenant avant l'âge de 65 ans sont considérés comme évitables, soit par une amélioration du système de soins soit par une diminution des facteurs de risque individuels. La réduction de cette mortalité, dite prématurée, comme l'allongement de la durée de vie sans incapacité, constituent des objectifs prioritaires pour les politiques de santé publique. Dans ce cadre, la prévention en santé représente un des moyens d'action privilégiés, reposant à la fois sur des choix collectifs (à partir d'une analyse partagée des risques) et sur des choix individuels (domaine d'intervention de l'éducation à la santé). Les politiques publiques en France, notamment au travers de la loi de santé publique de 2004 et des nombreux plans nationaux mis en œuvre ces vingt dernières années, encouragent la prévention dans des domaines aussi divers que les addictions, la nutrition, la santé mentale, les cancers, les maladies infectieuses, l'environnement, la santé au travail...

En région, les ARS (Agences Régionales de Santé) sont chargées d'élaborer les Schémas régionaux de prévention. Le Schéma de prévention de la région Rhône-Alpes 2012-2017 a un double objectif : mieux structurer les activités de prévention au sein de la région et contribuer à réduire les inégalités de santé. A partir des priorités du Plan stratégique régional de santé, il définit 78 actions à déployer dans les cinq prochaines années, et décline au niveau régional certains dispositifs spécifiques nationaux (dépistages organisés des cancers, vaccinations, éducation thérapeutique) et plans nationaux thématiques (VIH/IST/hépatites, tuberculose, suicide). Le PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies) détermine par ailleurs les actions de prévention à mettre en œuvre en direction de trois publics spécifiques : les habitants des quartiers prioritaires « politique de la ville », les personnes « sans domicile individuel » et les migrants en difficulté.

Le Programme de Santé du territoire Sud, en fonction des particularités locales du territoire, a retenu une cinquantaine d'actions du Schéma régional de prévention, actions qui seront menées sur le Territoire Sud en partenariat avec de nombreux acteurs d'ici 2017.



1. Indicateurs de prévention en population générale

Les données proviennent essentiellement des sources d'information suivantes :

► Baromètre Santé (INPES)

Depuis 1992, l'Inpes mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées «Baromètres santé», qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français. Ces enquêtes sont des sondages aléatoires à deux degrés (ménage puis individu), réalisés à l'aide du système d'interview par téléphone assistée par ordinateur (ITAO). L'enquête du Baromètre santé 2010, 5ème vague de cette vaste étude, s'est déroulée du 22 octobre 2009 au 3 juillet 2010 en France métropolitaine, auprès de 27 653 personnes. L'ORS Rhône-Alpes a analysé les réponses des Rhônalpins aux enquêtes réalisées en 2000, 2005 et 2010.

► Base de données ODICER (OFDT)

ODICER, acronyme d'Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions, est un outil mis en place par l'OFDT avec le soutien de la Direction Générale de la Santé. ODICER recense deux types de données aux plans régional et départemental : une série d'indicateurs dans le domaine des addictions et des dépendances (statistiques de ventes, de prises en charge sanitaires et sociales, d'interpellations d'usagers, de décès, soit toutes les données de l'ex-base ILIAD), ainsi que les résultats de l'enquête ESCAPAD sur les consommations des jeunes Français de 17 ans.

Les données du Baromètre santé font l'objet d'un redressement national afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population française. De la même façon, les données régionales sont redressées sur l'âge, le sexe et la taille d'agglomération, pour obtenir un échantillon représentatif de la population rhônalpine. Les taux présentés sont des taux bruts, non standardisés. La taille de l'échantillon régional (environ 10% de l'échantillon national) ne permet ni une analyse infrarégionale, ni l'exploitation de certaines questions soumises à des filtres.

Taille des échantillons du Baromètre santé en 2000, 2005 et 2010

	Rhône-Alpes			France		
	Femmes	Hommes	Ensemble*	Femmes	Hommes	Ensemble*
2010	1 416	1 339	2 755	14 369	13 284	27 653
2005	1 568	1 599	3 167	15 475	15 043	30 514
2000	648	670	1 318	6 938	6 747	13 685

*12-75 ans en 2000 et 2005, 15-85 ans en 2010 (les comparaisons 15-75 ans des différents Baromètres ne prennent en compte en 2010 que les 15-74 ans)

Source : INPES, Baromètres santé

1.1. Consommation de produits psychoactifs, sevrage et réduction des risques

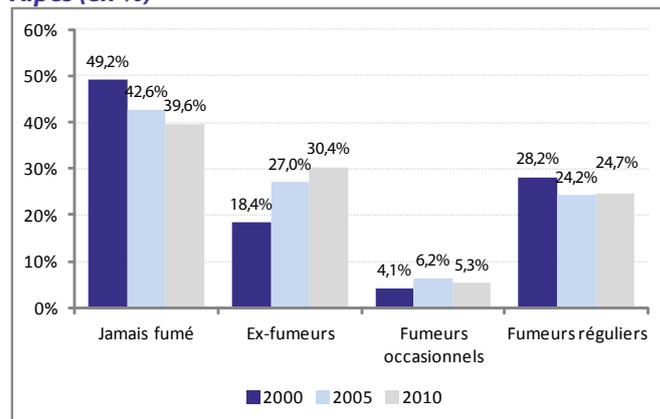
Tabac, une consommation quotidienne en baisse chez les jeunes, en hausse entre 35 et 54 ans

Malgré les mesures de lutte anti-tabac adoptées en 2007 et 2008, la prévalence du tabagisme qui baissait en France depuis une vingtaine d'années semble augmenter de nouveau entre les deux dernières enquêtes du Baromètre santé. La proportion de fumeurs (occasionnels ou réguliers) chez les 15-75 ans est ainsi passée en France de 31,8% à 33,7% entre 2005 et 2010, avec une augmentation plus marquée chez les hommes de 26-34 ans et les femmes de 45-54 ans¹. Dans le même temps, en Rhône-Alpes, le tabagisme semble se stabiliser, la proportion de fumeurs dans la

population générale étant passée de 32% en 2000 à 30% en 2005, et toujours à 30% en 2010.

Cette stabilisation en Rhône-Alpes est en partie due à l'augmentation importante de la part des ex-fumeurs entre 2005 et 2010 (+ 3,4 points).

Evolution du statut tabagique des 15-75 ans en Rhône-Alpes (en %)



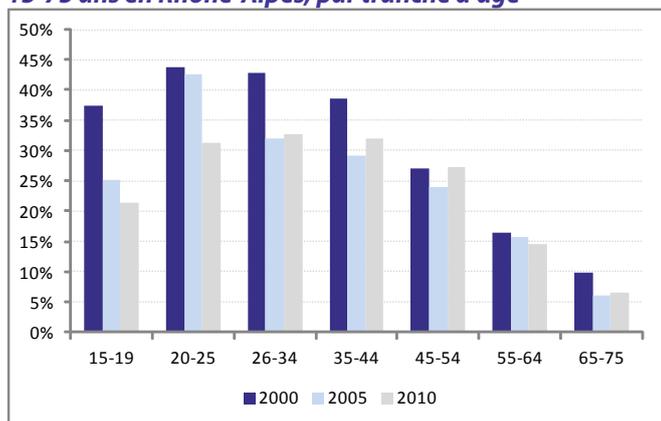
Source : Baromètres santé (INPES) 2000-2005-2010
Exploitation ORS RA

L'évolution de la part des fumeurs réguliers dans la population rhônalpine, entre 2000 et 2010, se révèle assez différenciée selon l'âge. Si les plus jeunes (les 15-19 ans, mais surtout les 20-25 ans) sont beaucoup moins nombreux à fumer tous les jours, cette diminution ne se retrouve pas chez les 26-34 ans, et on constate même une augmentation du tabagisme régulier chez les 35-44 ans et les 45-54 ans. (graphique page suivante)

Dès l'âge de 20 ans les femmes sont moins nombreuses que les hommes à fumer ; 26,4% des femmes de 15-74 ans déclarent fumer en 2010 dans la région contre 33,7% des hommes, et 21,4% des femmes déclarent fumer tous les jours contre 28,1% des hommes. Les femmes sont également moins nombreuses à fumer plus de 10 cigarettes par jour (12,0%) que les hommes (20,1%).

¹ Augmentation récente du tabagisme confirmée en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. BEH, n°20-21, 21/05/2012

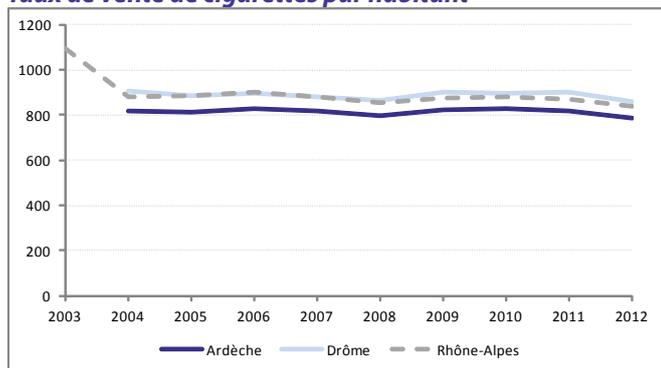
Evolution de la part (%) des fumeurs réguliers parmi les 15-75 ans en Rhône-Alpes, par tranche d'âge



Source : Baromètres santé (INPES) 2000-2005-2010
Exploitation ORS RA

Dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme, le total des ventes de cigarettes et de tabac à rouler, rapporté au nombre d'habitants, est supérieur aux chiffres régional et national, avec une part plus importante des ventes de tabac à rouler dans les deux départements. Le taux des ventes de cigarettes par habitant, stable depuis 2004, a connu une nouvelle baisse en 2012, tandis que le taux des ventes de tabac à rouler continue à augmenter.

Taux de vente de cigarettes par habitant



Source : ODICER

Taux* de vente de tabac à rouler par habitant

	2009	2010	2011	2012
Ardèche	182,0	193,0	201,5	214,0
Drôme	160,0	166,0	177,1	189,5
Rhône-Alpes	115,6	120,3	125,7	134,3

*nombre de grammes de tabac vendu par habitant
Source : ODICER

Les campagnes de prévention en direction des adultes sont largement centrées sur l'arrêt de la consommation de tabac. Les aides proposées vont de l'assistance téléphonique (deux lignes spécialisées : Tabac Info Service et ADALIS - Addictions Drogue Alcool Info Service) aux consultations de tabacologie, avec le recours à des méthodes diverses : acupuncture, psychothérapie, substituts nicotiques (formes orales et timbres transdermiques), médicaments (Zyban depuis 2001, Champix depuis 2007)...

Un système de prise en charge partielle des traitements d'aide à l'arrêt (à hauteur de 50 € par an) a été mis en

place par l'assurance maladie en février 2007, puis porté à 150 € à partir du 1er septembre 2011 pour les femmes enceintes. Ce forfait de 50 € (ou 150 €) rembourse des achats de substituts nicotiques (gommes, patchs, tablettes, inhaleurs) et des médicaments Zyban® et Champix® (le Champix® n'est plus remboursable depuis juin 2011). Sur la période 2011-2012, 1 249 assurés ardéchois du régime général ont bénéficié annuellement de ce dispositif ainsi que 1 890 assurés drômois. Le taux de personnes ayant bénéficié d'un remboursement dans le cadre de ce forfait (50 ou 150 euros) est du même niveau dans les deux départements que dans la région Rhône-Alpes (autour de 6,5 bénéficiaires pour 1 000 assurés de 15 à 75 ans).

Bénéficiaires de remboursement de forfait pour l'achat de substituts nicotiques sur la période 2011-2012 (effectif annuel et taux)

	effectif	taux*
Ardèche	1 249	6,8
Drôme	1 890	6,5
Rhône-Alpes	22 661	6,1

*taux pour 1 000 assurés de 15-75 ans

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

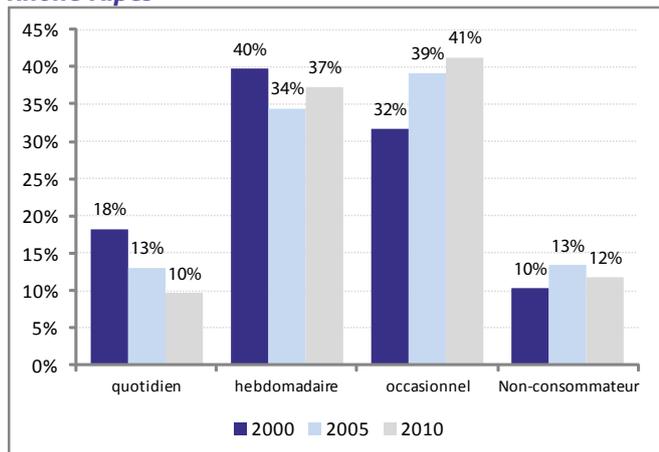
En Rhône-Alpes, les remboursements ont concerné très majoritairement les timbres transdermiques (72% des délivrances remboursées), puis les pastilles à sucer (12%), les gommes nicotiques (8%), les médicaments (7%) et les inhaleurs (2%).

Au niveau national, selon l'OFDT, les substituts sous forme orale représentent 50% des ventes totales de traitements en 2012, les timbres transdermiques 45%, le Champix 3,8%, le Zyban 0,5% et les inhaleurs 0,7%. Le nombre d'appels téléphoniques aux lignes spécialisées nationales se monte à 47 722 en 2011, dont 63% ont été suivis d'un contact avec un tabacologue. Parmi les primo-appelants, près des deux tiers ont bénéficié d'au moins deux entretiens avec un tabacologue. Le site www.tabac-info-service.fr propose également un coaching personnalisé d'aide à l'arrêt du tabac, 17 585 fumeurs se sont inscrits à ce coaching en 2011.

Consommation d'alcool, moins de buveurs quotidiens mais davantage d'ivresses

La consommation quotidienne d'alcool, estimée par les enquêtes successives du Baromètre santé, connaît une baisse significative depuis 10 ans, en Rhône-Alpes comme en France. La part de consommateurs quotidiens chez les 15-75 ans est passée dans la région de 18,3% en 2000 à 13,1% en 2005, et à 9,6% en 2010. La part des consommateurs occasionnels continue par contre à augmenter dans la région, comme la consommation hebdomadaire (+ 3 points entre 2005 et 2010).

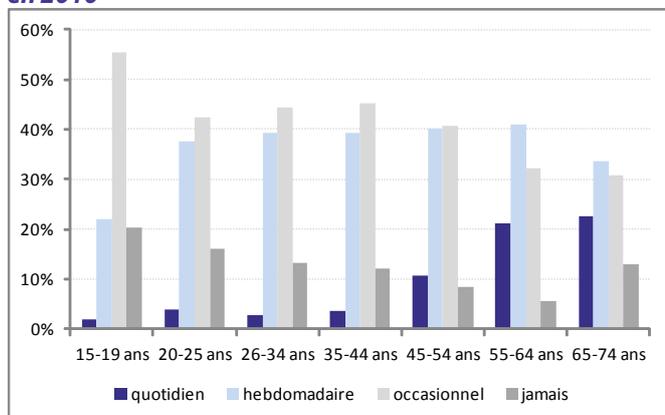
Répartition (en %) des types de consommateurs d'alcool au cours des 12 derniers mois parmi les 15-75 ans en Rhône-Alpes



Source : Baromètres santé (INPES) 2000-2005-2010
Exploitation ORS RA

La consommation quotidienne d'alcool concerne essentiellement les personnes âgées de plus de 45 ans : la part des consommateurs quotidiens, de moins de 4% avant 45 ans en 2010 dans la région, passe à 10,7% chez les 45-54 ans et à plus de 20% après 55 ans. La consommation hebdomadaire d'alcool avoisine rapidement les 40% à partir de 20 ans et ne décline qu'après 65 ans.

Répartition (en %) des types de consommateurs d'alcool au cours des 12 derniers mois en Rhône-Alpes selon l'âge, en 2010



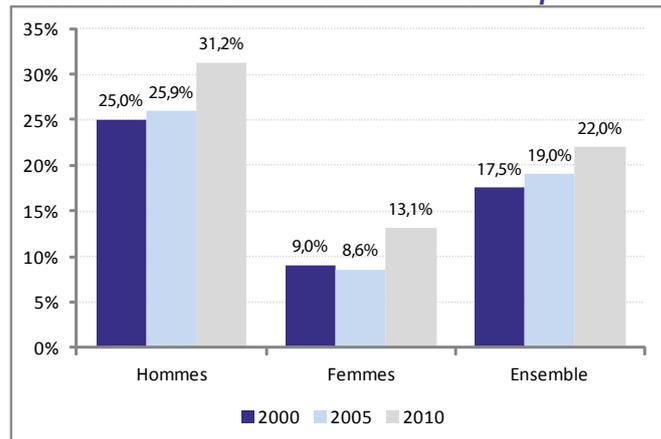
Source : Baromètres santé (INPES) 2010 Exploitation ORS RA

Quel que soit le type de consommation d'alcool, la consommation est beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes : dans la région 5,0% des femmes de 15-74 ans déclarent en 2010 une consommation quotidienne (contre 14,4% des hommes) et 28,1% déclarent une consommation hebdomadaire (contre 46,9% des hommes).

Concernant les consommations d'alcool à risque, les états d'ivresse connaissent une évolution très défavorable entre 2005 et 2010, en Rhône-Alpes comme en France. La part des personnes déclarant au moins une ivresse dans les 12 derniers mois a fortement augmenté dans la région, tant chez les femmes (8,6% en 2005 et 13,1% en 2010) que chez les

hommes (25,9% en 2005 et 31,2% en 2010).

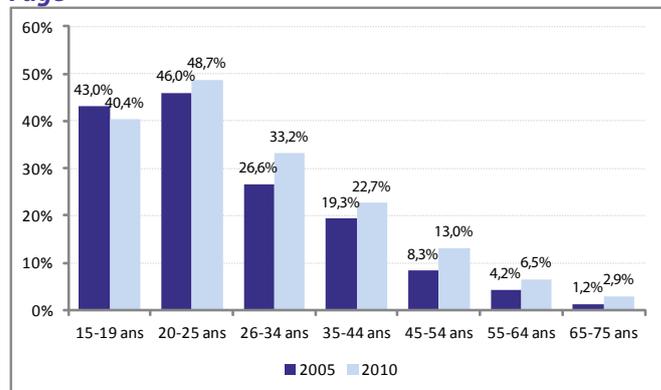
Part (en %) des personnes de 15-75 ans déclarant avoir été ivre au cours des 12 derniers mois en Rhône-Alpes



Source : Baromètres santé (INPES) 2000-2005-2010
Exploitation ORS RA

L'augmentation des ivresses entre 2005 et 2010 a concerné toutes les tranches d'âge à partir de 20 ans. Quel que soit l'âge, le fait d'avoir été ivre dans l'année se rencontre plus souvent chez les hommes que chez les femmes ; dans la tranche d'âge des 20-25 ans environ 1/3 des femmes sont concernées en Rhône-Alpes contre 2/3 des hommes.

Part (en %) des personnes de 15-75 ans déclarant avoir été ivre au cours des 12 derniers mois en Rhône-Alpes, selon l'âge

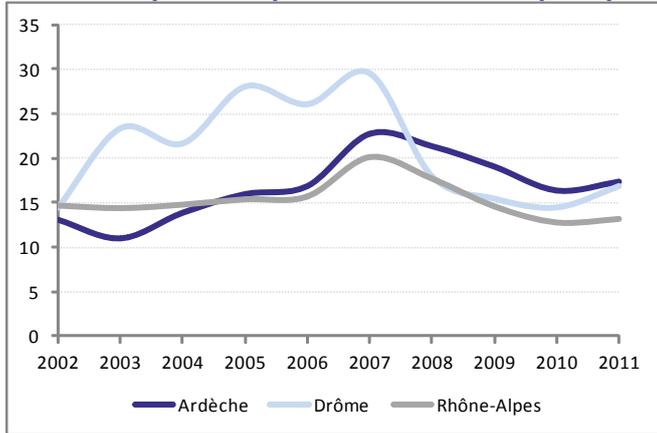


Source : Baromètres santé (INPES) 2005-2010 Exploitation ORS RA

Les ivresses répétées (au moins 3 ivresses au cours des 12 derniers mois) connaissent également une augmentation importante entre 2005 et 2010, tant chez les femmes (4,5% des femmes de 15-75 ans dans la région en 2010, contre 2,4% en 2005) que chez les hommes (15,3% en 2010 contre 11% en 2005). Le taux d'ivresses répétées culmine chez les 20-25 ans, avec 16,9% des femmes de cet âge et 36,5% des hommes du même âge.

Dans la Drôme, les taux d'interpellations pour ivresse sur la voie publique ont été supérieurs aux taux ardéchois et régional entre 2003 et 2007. Depuis 2008, ces taux se rejoignent et suivent une tendance à la baisse.

Taux* d'interpellations pour ivresse sur la voie publique

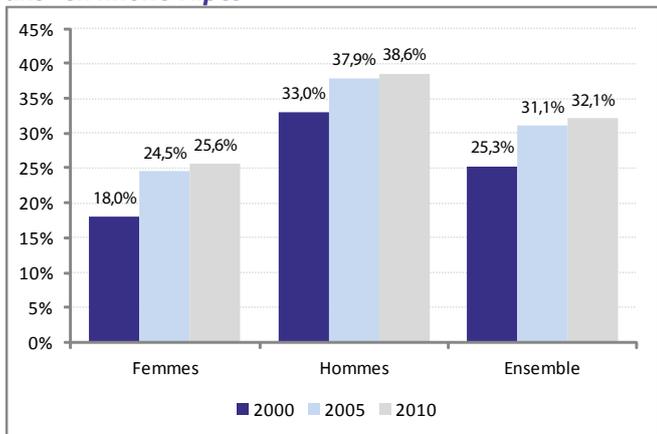


* pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans
Sources : DGPN/DGGN/PP, ODICER

Le cannabis, davantage de consommation occasionnelle, moins de consommation régulière

La prévalence de l'expérimentation du cannabis, en forte hausse dans la population générale entre 2000 et 2005, s'est stabilisée entre 2005 et 2010, en Rhône-Alpes et en France. En Rhône-Alpes, ce sont environ 1/3 des personnes de 15-64 ans qui ont consommé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie, davantage les hommes (38,6% en 2010) que les femmes (25,6%).

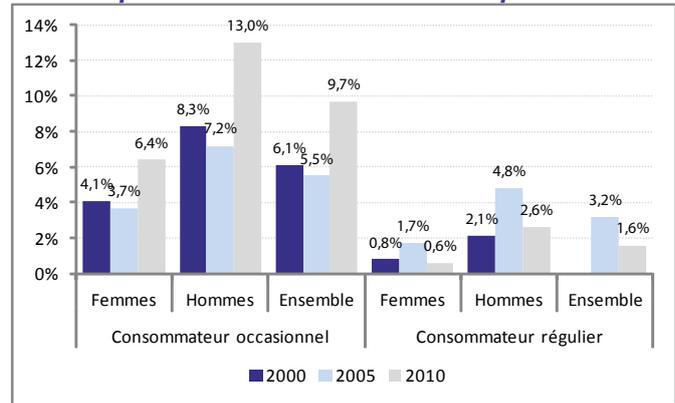
Taux (en %) d'expérimentation du cannabis chez les 15-64 ans* en Rhône-Alpes



* question posée seulement aux 15-64 ans en 2010
Source : Baromètres santé (INPES) 2000-2005-2010
Exploitation ORS RA

Si la part des Rhônalpins de 15-64 ans déclarant une consommation occasionnelle de cannabis est en forte augmentation entre 2005 (5,5%) et 2010 (9,7%), celle des consommateurs réguliers (au moins 10 fois dans les 30 derniers jours) est en diminution (3,2% en 2005, et 1,6% en 2010), ces évolutions se retrouvant chez les femmes comme chez les hommes. Chez les femmes la consommation de cannabis est maximale entre 15 et 19 ans, et chez les hommes entre 20-25 ans et entre 25 et 34 ans (36% chez les 20-25 ans, et 33% chez les 25-34 ans).

Répartition (en %) des types de consommateurs de cannabis parmi les 15-64 ans* en Rhône-Alpes



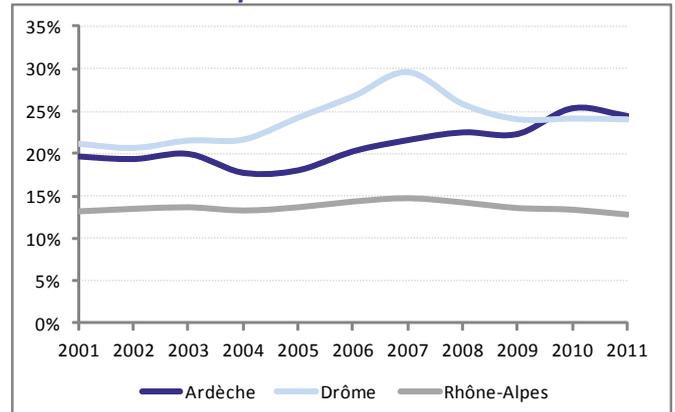
* question posée seulement aux 15-64 ans en 2010
Source : Baromètres santé (INPES) 2000-2005-2010
Exploitation ORS RA

Drogues et réduction des risques

Parmi les stupéfiants les plus consommés, loin derrière le cannabis, figurent la cocaïne et les poppers. Si les taux d'usage dans les 12 derniers mois de ces deux produits restent en 2010 inférieurs à 1% dans la population des 18-64 ans au niveau national, chez les jeunes de 18-25 ans ils atteignent 2,9% pour les poppers et 2,5% pour la cocaïne. Les autres drogues concernent moins de 0,5% de la population des 18-64 ans, l'héroïne est consommée par 0,2% de 18-64 ans, comme le LSD ou les amphétamines.

La politique de réduction des risques a pour objectif de lutter d'une part contre les infections (VIH, hépatites B et C) qui se transmettent entre toxicomanes via les matériels d'injection de drogues, et d'autre part contre les overdoses. La promotion auprès des UDVI (usagers de drogues par voie intraveineuse) de l'utilisation de matériel d'injection à usage unique limite les risques d'infections. Des seringues sont ainsi vendues librement dans les pharmacies, ainsi que des trousse de prévention (Steribox®) comportant un matériel d'injection stérile à usage unique. Les ventes de Steribox®, rapportées au nombre d'habitants de 20 à 39 ans, restent depuis plus de dix ans plus élevées dans l'Ardèche et la Drôme que dans la région Rhône-Alpes. Ce recours important au Steribox® peut être lié à une moindre accessibilité, dans ces deux départements, à des programmes d'échange de seringues (PES) ou de distribution.

Ventes de Steribox® pour 100 habitants de 20 à 39 ans

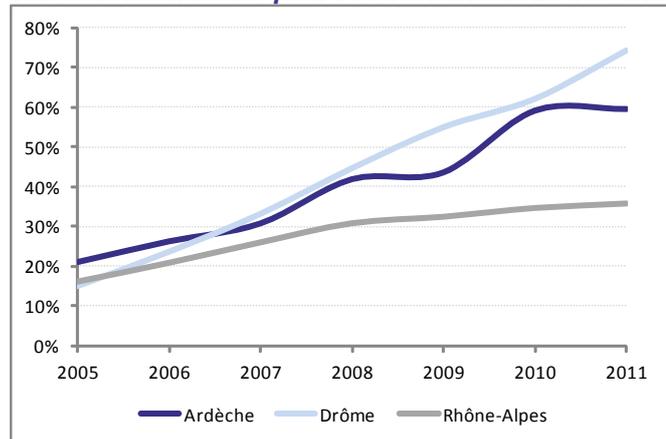


Sources : InVS/Siamois, ODICER



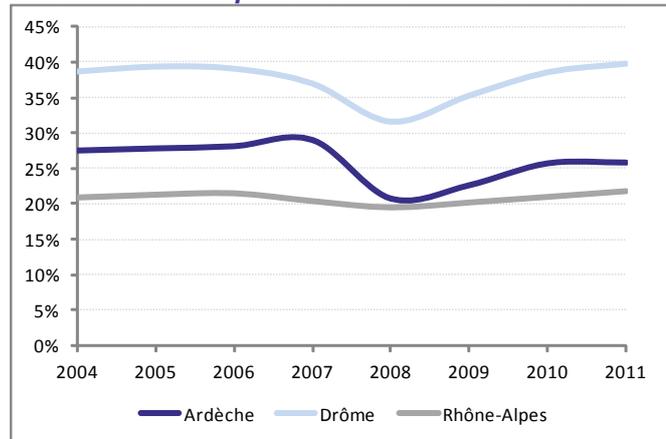
Second volet de la politique de réduction des risques, les traitements de substitution (Méthadone®, Subutex®) visent à faire disparaître les décès par overdose. Les taux de ventes de Méthadone® et de Subutex® sont également plus élevés dans l'Ardèche et la Drôme que dans la région Rhône-Alpes. Alors que les taux de ventes de Subutex® restent à un niveau stable depuis 2005, ceux de Méthadone® connaissent une hausse importante, ils ont été multipliés par trois en Ardèche entre 2005 et 2011, et par cinq dans la Drôme.

Ventes de Méthadone® pour 100 habitants de 20 à 39 ans



Sources : InVS/Siamaois, ODICER

Ventes de Subutex® pour 100 habitants de 20 à 39 ans

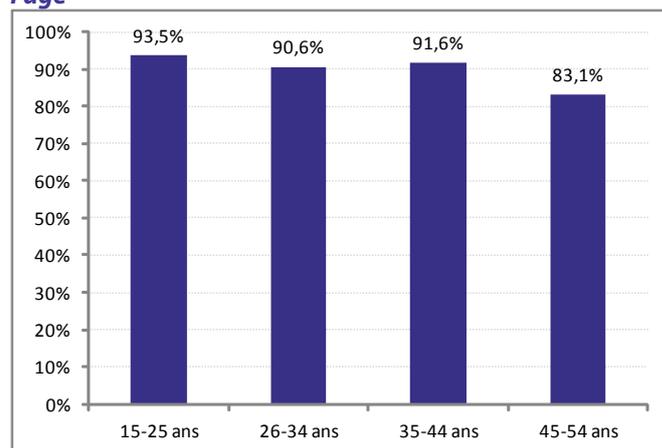


Sources : InVS/Siamaois, ODICER

1.2. Contraception et grossesses non désirées

La question du Baromètre santé «actuellement est-ce que vous ou votre partenaire utilisez un moyen pour éviter une grossesse ?» est posée aux femmes de 15 à 54 ans concernées par une grossesse imprévue (ne sont pas comprises les femmes ménopausées ou enceintes, ni celles désirant un enfant ou ne pouvant pas en avoir, ni celles n'ayant pas de rapport hétérosexuel au moment de l'enquête). Les Rhônalpines sont 90,5% à répondre de façon positive à cette question, un taux équivalent au taux national (90,3%), et plus élevé (93,5%) chez les plus jeunes (15-25 ans).

Part (en %) des femmes de 15-54 ans déclarant utiliser un moyen de contraception en Rhône-Alpes en 2010, selon l'âge

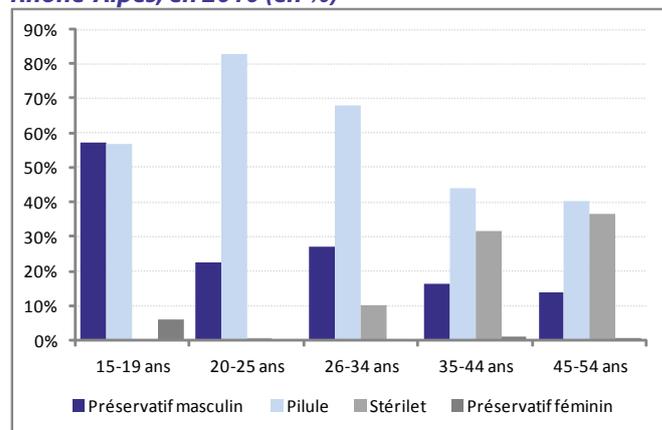


Source : Baromètre santé (INPES) 2010

Exploitation ORS RA

La pilule reste le moyen de contraception le plus utilisé par les couples, hormis dans la tranche d'âge des 15-19 ans où le préservatif masculin est autant utilisé que la pilule. A partir de 35 ans le stérilet devient un moyen utilisé par un tiers des femmes. Le préservatif masculin est utilisé par plus de la moitié des couples chez les 15-19 ans, par un quart des couples chez les 20-34 ans, puis par moins d'un couple sur six après 35 ans.

Moyens de contraception utilisés par les couples* en Rhône-Alpes, en 2010 (en %)



*question posée aux femmes de 15-54 ans

Source : Baromètre santé (INPES) 2010

Exploitation ORS RA

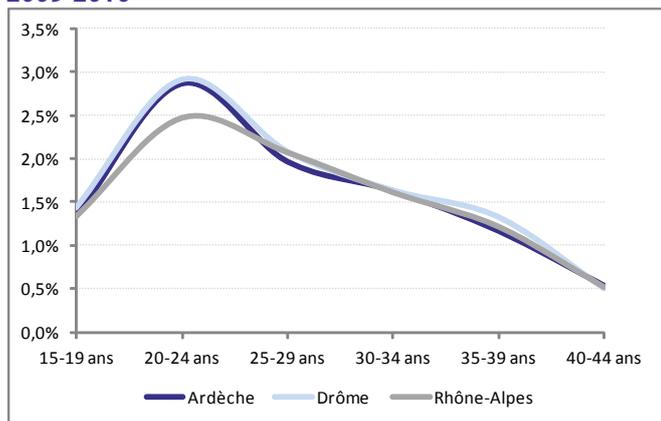
En 2010, la contraception d'urgence, ou «pilule du lendemain», a déjà été utilisée (au cours de la vie) par 24,5% des Rhônalpines de 15-54 ans, avec une proportion plus élevée chez les femmes de 20-34 ans (autour de 38%). Environ un tiers des utilisatrices de contraception d'urgence ont eu recours plusieurs fois à ce produit. Une femme sur six (de 15-54 ans) déclare par ailleurs avoir utilisé la contraception d'urgence dans les douze derniers mois.

En 2012, 1 242 boîtes de ces contraceptifs d'urgence (Norlévo® + générique + Ellaone®) ont été remboursées en Ardèche par le régime général d'assurance maladie (hors sections mutualistes), et 2 415 boîtes dans la Drôme. Parmi ces remboursements, plus de 8 sur 10 concernent des jeunes filles mineures (délivrance

anonyme et gratuite réalisée par les pharmacies, et accompagnée d'une information). Le recours aux contraceptifs d'urgence par les femmes majeures est difficile à appréhender du fait de l'achat possible sans prescription médicale, achat ne faisant donc pas l'objet d'un remboursement.

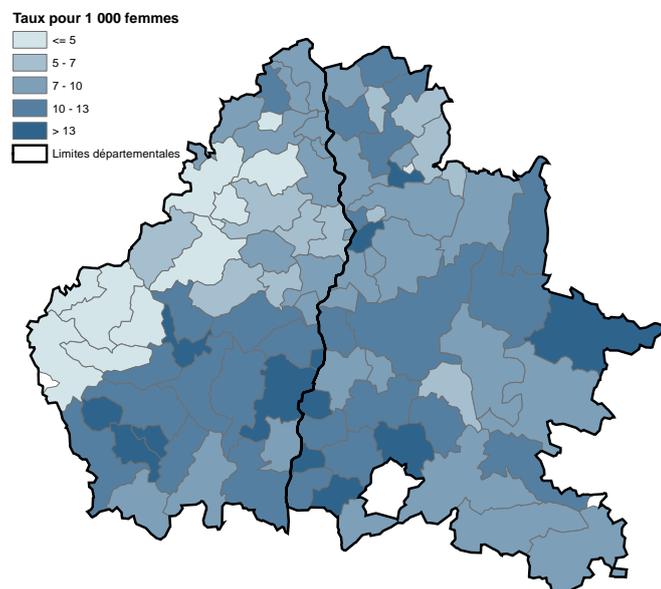
Les échecs de contraception (dont une mauvaise utilisation du moyen de contraception) seraient à l'origine des grossesses non désirées dans deux cas sur trois (étude COCON, 2002), et 60% de ces grossesses non voulues se termineraient par une IVG. Dans l'Ardèche, sur la période 2009-2010, 682 IVG annuelles ont été pratiquées à l'hôpital et 103 en cabinet médical de ville, et dans la Drôme 1 152 IVG à l'hôpital et 229 en ville. Le taux de recours à l'IVG, maximal dans la tranche d'âge des 15-24 ans, est proche dans l'Ardèche et la Drôme du taux régional (respectivement 2,9% chez les femmes de 15-45 ans en Ardèche, 3,1% dans la Drôme et 3,0% dans la région).

Taux* de recours à l'IVG (hôpital et ville) sur la période 2009-2010



*Taux pour 100 femmes de chaque tranche d'âge
Sources : PMSI, ARS (Assurance maladie, tous régimes), Insee Exploitation ORS RA

Taux* de recours à l'IVG (hôpital et ville) sur la période 2009-2010 (par code PMSI)



*Taux pour 1000 femmes de 15-49 ans
Sources : PMSI, ARS (Assurance maladie, tous régimes), Insee Exploitation ORS RA

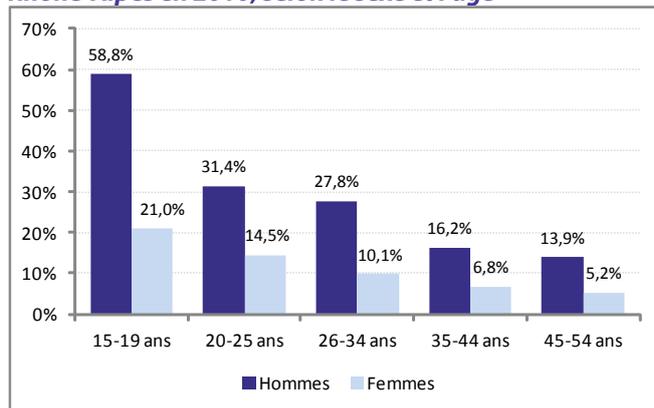
1.3. Prévention et dépistage des maladies infectieuses

Comportements sexuels et IST

La prévention des IST (infections sexuellement transmissibles) repose sur la protection des rapports sexuels par les préservatifs (masculin et féminin). Si l'utilisation de ces préservatifs augmente chez les jeunes (plus de la moitié des 15-19 ans sont concernés dans la région Rhône-Alpes en 2010), elle reste minoritaire chez les femmes dès l'âge de 20 ans.

Le multipartenariat sexuel augmente par ailleurs le risque de contracter ou de transmettre une IST. En Rhône-Alpes, 23,6% des hommes de 15-54 ans déclarent avoir eu plus d'un partenaire sexuel dans les douze derniers mois (contre 18,4% en France), et 9,2% des femmes du même âge déclarent être dans ce cas (8,2% en France). Le multipartenariat sexuel se rencontre davantage chez les jeunes, et davantage chez les hommes que chez les femmes.

Taux (en %) des personnes de 15-54 ans déclarant plus d'un partenaire sexuel dans les 12 derniers mois, en Rhône-Alpes en 2010, selon le sexe et l'âge



Source : Baromètre santé (INPES) 2010 Exploitation ORS RA

Ce sont également les plus jeunes qui déclarent le plus souvent avoir eu une IST dans les cinq dernières années, ils sont 9,4% des 15-25 ans dans ce cas en 2010 en Rhône-Alpes, cette proportion baissant à 4% chez les 26-34 ans et à 3,9% chez les 35-44 ans.

En Rhône-Alpes, les données 2011² des réseaux de surveillance des IST (RéSIST pour les cas de syphilis récente et les cas de gonococcie, Rénago pour les gonococcies, Rénachla pour les infections à Chlamydia trachomatis) montrent une augmentation depuis 2008 du nombre de cas dépistés, pouvant être liée à une augmentation des infections mais également à un accroissement du recours au dépistage.

Concernant la syphilis, les ventes d'Extencilline® (2,4 M UI) constituent un indicateur indirect de son incidence au sein de la population régionale. Selon les données du GERS, environ 4 500 boîtes d'Extencilline® (2,4 M UI) ont été vendues en Rhône-Alpes en 2011, soit un niveau équivalent à celui de 2001, après une année

² Les données de surveillance des IST en Rhône-Alpes en 2011. BVS, Bulletin de veille sanitaire de la CIRE Rhône-Alpes, n° 2, septembre 2012

2010 ayant connu une augmentation importante des ventes. Les ventes réalisées en Ardèche en 2011 représentaient 9% des ventes régionales, et celles réalisées dans la Drôme 2%, ce qui ferait suspecter une incidence élevée de la syphilis en Ardèche.

Les remboursements d'Extencilline® (2,4 M UI), effectués par le seul régime général d'assurance maladie en 2011-2012, ne semblent pas confirmer cette hypothèse, le taux comparatif ardèchois des bénéficiaires d'un remboursement se situant à un taux inférieur au taux régional.

Nombre et taux* comparatif de bénéficiaires d'un remboursement d'Extencilline® (2,4 M UI) en 2011-2012

	Effectifs	Taux comparatif
Ardèche	32	12,7
Drôme	38	9,7
Rhône-Alpes	683	14,2

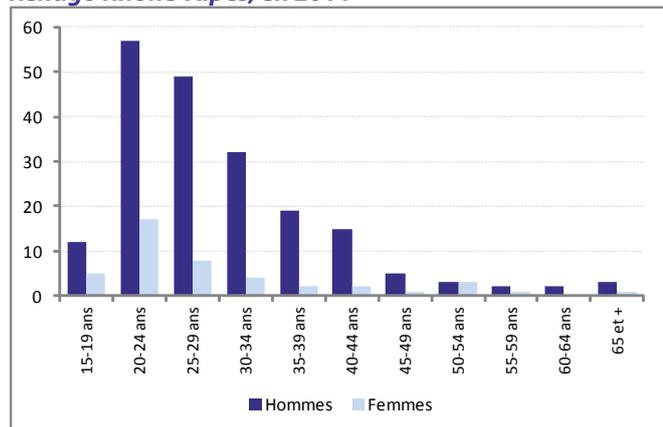
*pour 100 000 habitants

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

En matière d'informations utiles à la prévention de la syphilis et des gonococcies, le réseau RésIST apporte des détails sur les profils des patients déclarés au réseau. En 2011, près de 80% des 86 cas de syphilis déclarés en Rhône-Alpes (et 60% des 124 cas de gonococcies) concernaient des hommes homo/bisexuels, cette proportion étant sensiblement identique à celle des années 2006-2010. Pour ces deux IST, les hommes consultent majoritairement en raison de signes d'IST alors que les femmes consultent davantage pour un dépistage ou en raison d'un partenaire ayant une IST. Parmi les facteurs de risques de ces IST, on constate la présence fréquente de partenaires occasionnels et une protection insuffisante de certains rapports sexuels, notamment une protection quasi-inexistante des rapports oro-génitaux (fellations).

Les données du réseau Rénago confirment en Rhône-Alpes une prédominance des cas de gonococcie masculins (82% des 247 cas signalés au réseau en 2011), avec une sur-représentation des 15-24 ans chez les hommes comme chez les femmes.

Nombre de cas de gonococcie par sexe et classe d'âge, Rénago Rhône-Alpes, en 2011



Sources : Rénago, CIRE Rhône-Alpes

Les hospitalisations pour IST ou VIH, ne concernent que les formes graves de ces pathologies. Dans ces deux départements, les taux d'hospitalisation pour VIH sont inférieurs aux taux régionaux, ceux pour IST sont supérieurs aux taux régionaux pour les femmes dans la Drôme et l'Ardèche.

Taux* comparatif d'hospitalisation pour IST ou VIH sur la période 2007-2010

		Ardèche		Drôme		Rhône-Alpes	
		Nombre	TCM	Nombre	TCM	Nombre	TCM
Hommes	VIH	51	30,5	82	34,1	2 035	67,8
	IST	18	13,5	46	20,9	578	19,8
Femmes	VIH	26	16,7	37	15,6	754	25,1
	IST	77	58,5	115	54,3	1 075	36,3

*Taux pour 100 000 habitants

Source : PMSI

VIH, un dépistage trop tardif

En région Rhône-Alpes, la file active des patients VIH suivis dans les services spécialisés était de 6 627 patients en 2010 (dont 234 nouveaux patients dépistés). Parmi les nouveaux cas de séropositivité au VIH dépistés en 2010, 71% sont des hommes, et la tranche d'âge des 30-44 ans représente 43% de l'ensemble des cas. Le mode de contamination par rapports sexuels entre hommes est prépondérant avec 51% des cas, le mode hétérosexuel représente 46% des cas. L'analyse des déclarations de séropositivité VIH montre que les découvertes de séropositivité sont trop tardives, avec une découverte au stade sida dans 32% des cas en Ardèche, 26% dans la Drôme et 28% dans la région. Ce dépistage tardif se rencontre plus souvent chez les personnes hétérosexuelles (environ 1 cas sur 3) que chez les personnes homosexuelles (1 personne sur 5).

Dépistage tardif (au stade sida ou avec CD4 inférieur à 200/mm3) parmi les découvertes de séropositivité, sur la période 2008-2011

	Nb total de découvertes de séropositivité	Nb de découvertes de séropositivité avec stade connu	% de dépistage tardif parmi les découvertes avec stade connu
Ardèche	27	22	32%
Drôme	42	31	26%
Rhône-Alpes	1 048	818	28%

Source : Déclarations obligatoires (InVS)

Hépatites C et B

Les hépatites B et C comportent un risque important de chronicisation, et peuvent évoluer vers une cirrhose puis vers un carcinome hépatocellulaire sur une période de 20 à 30 ans. Le dépistage précoce de ces maladies est capital pour éviter une évolution sévère de la maladie.

Concernant l'hépatite C, l'analyse des nouveaux patients pris en charge par les pôles de référence rhônalpins en 2010 (293 cas, dont 192 hommes) montre que les facteurs de risque suspectés chez ces patients sont principalement, chez les hommes, la toxicomanie intraveineuse (pour 38% des hommes), la toxicomanie par voie nasale (19%) et l'exposition nosocomiale (12%). Chez les femmes, la transfusion et la toxicomanie intraveineuse sont les deux modes principaux de contamination (17% chacun), suivis de l'exposition nosocomiale (15%). Environ un patient

sur trois est dépisté suite à la présence d'un facteur de risque, mais pour encore la moitié des patients la découverte de la séropositivité est fortuite (bilan de santé, don de sang, bilan pré transfusionnel).

Dans l'Ardèche et la Drôme, les données du dépistage réalisé dans les CDAG, CIDDIST et Maisons d'arrêt, montrent en 2010 une prévalence plus faible de l'hépatite C (VHC) parmi les consultants que dans la région.

Prévalence du VHC au sein des CDAG, CIDDIST et Maisons d'arrêt, en 2010

	Nb de sérologies VHC pratiquées	Nb de résultats positifs	Taux de prévalence (%)
Ardèche (Aubenas, CH Annonay, UCSA Privas)	277	2	0,72%
Romans, CH Valence, Forum)	757	7	0,52%
Rhône-Alpes	16 629	213	1,28%

Source : ARS

Concernant l'hépatite B, 276 nouveaux patients ont été pris en charge par les pôles de référence rhônalpins en 2009 (dont 60% d'hommes). Presque la moitié des patients étaient originaires d'Afrique sub-saharienne ou du nord. Les expositions à risque suspectées se retrouvent de façon semblable chez les hommes et chez les femmes : d'abord le séjour prolongé en zone d'endémie (75% des expositions à risque), suivi des contaminations présumées à la naissance ou dans l'enfance (17%). L'exposition sexuelle concerne 6% des cas, et la toxicomanie intraveineuse ou nasale 1% des cas. La découverte de la séropositivité a été fortuite dans 40% des cas, elle a été liée à des facteurs de risque dans 18% des cas.

Les données du dépistage réalisé dans les CDAG, CIDDIST et Maisons d'arrêt, montrent que la prévalence de l'hépatite B (VHB) dans les CDAG et CIDDIST de l'Ardèche et de la Drôme est très fluctuante d'une année à l'autre (petits chiffres).

Prévalence du VHB au sein des CDAG, CIDDIST et Maisons d'arrêt, en 2009-2010

	2009		2010	
	Nb de sérologies VHB pratiquées	Taux de prévalence (%)	Nb de sérologies VHB pratiquées	Taux de prévalence (%)
Ardèche	233	0,00%	261	3,44%
Drôme	908	4,18%	851	0,70%
Rhône-Alpes	29 121	0,70%	28 909	0,75%

Source : ARS

Une couverture vaccinale insuffisante pour toutes les maladies infectieuses à prévention vaccinale

En matière d'information et d'attitude vis-à-vis de la vaccination, les Rhônalpins de 15-85 ans interrogés pour le Baromètre santé en 2010 se déclarent à 61% «très bien ou plutôt bien informés» sur les vaccinations et 63% se disent très favorables ou plutôt favorables aux vaccinations en général, taux proches des taux

nationaux (respectivement 68% et 63%). Quatre personnes sur cinq pensent être à jour de leurs vaccinations, en Rhône-Alpes comme en France.

Peu d'informations sont disponibles sur le statut vaccinal des adultes que ce soit en France ou en région, ces données sont déclaratives et donc dépendantes de la mémoire des personnes interrogées³. Les enquêtes réalisées en population générale au niveau national (enquête ESPS 2002, IRDES) montrent que la couverture vaccinale des adultes est largement insuffisante pour les trois vaccins à rappels systématiques tous les 10 ans (**diphtérie, tétanos, polio**). La vaccination contre le tétanos, bien que la plus suivie, ne serait à jour que chez deux personnes sur trois.

Taux de couverture vaccinale (en %) en 2002-2003 chez les plus de 15 ans

	France
Diphtérie	29,1%
Tétanos	62,3%
Polio	36,1%
Hépatite B	34,2%

Sources : ESPS 2002 (IRDES)

La vaccination contre **la coqueluche** est conseillée depuis 2004 aux adultes susceptibles d'être en contact avec un nourrisson (stratégie dite du cocooning). Les enquêtes réalisées en maternité montrent que seulement environ 10% des jeunes parents sont vaccinés contre la coqueluche. Devant les difficultés d'application de la stratégie du cocooning, le HCSP recommande désormais un rappel anticoquelucheux chez l'adulte n'ayant pas reçu de vaccination contre la coqueluche au cours des cinq dernières années, notamment à l'occasion du rappel décennal dTP de 25 ans (cf nouveau calendrier vaccinal 2013 en annexe).

La couverture vaccinale antigrippale, du fait de son caractère annuel, peut être évaluée grâce aux remboursements du vaccin par l'assurance maladie. Ce vaccin est remboursé seulement aux personnes visées par les recommandations vaccinales antigrippe (personnes âgées de plus de 65 ans et personnes atteintes de certaines pathologies). En 2010, la Cnamts estimait que seulement 30% des Français de 20-64 ans ciblés par les recommandations de vaccinations avaient fait l'objet d'un remboursement du vaccin grippal saisonnier (contre 39% en 2009). Les recommandations de vaccination antigrippale ont été étendues en 2012 aux femmes enceintes et aux personnes souffrant d'obésité massive (IMC égal ou supérieur à 40).

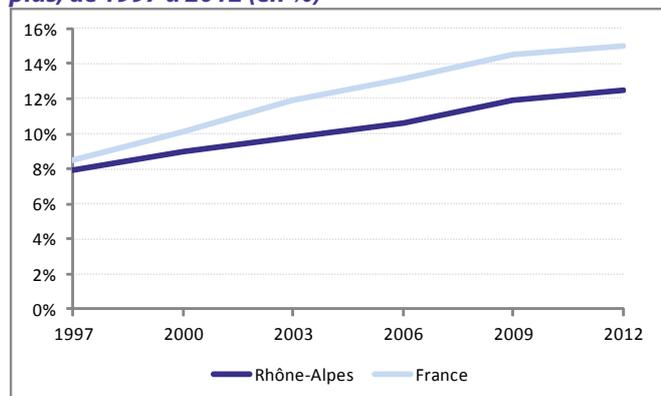
1.4. Surcharge pondérale, hygiène de vie

L'enquête OBEPI, réalisée tous les trois ans depuis 1997 par l'INSERM et les laboratoires Roche, permet de suivre l'évolution du surpoids et de l'obésité dans la population adulte (18 ans et plus).

³ Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles. InVS, octobre 2012

La région Rhône-Alpes présente en 2012, comme les années précédentes, une prévalence de l'obésité (IMC égal ou supérieur à 30) inférieure à la prévalence nationale : 12,5% des personnes de 18 ans et plus dans la région contre 14,5% en France. Si la proportion de personnes obèses continue d'augmenter, le rythme de progression de l'obésité dans la population adulte semble ralentir ces dernières années.

Prévalence de l'obésité chez les personnes de 18 ans et plus, de 1997 à 2012 (en %)



Source : OBEPI (INSERM/Roche)

La prévalence de l'obésité est fortement corrélée à la situation socio-économique de l'individu et de son foyer. En 2012, comme depuis 1997, l'enquête OBEPI constate en France une relation inversement proportionnelle entre niveau d'instruction (ou revenus du foyer) et prévalence de l'obésité. Les différences entre catégories socio-professionnelles sont par ailleurs importantes : minimale chez les cadres supérieurs et professions libérales (8,7%), la prévalence de l'obésité atteint 17,2% chez les artisans et commerçants, 16,7% chez les ouvriers et les agriculteurs, 16,2% chez les employés.

Le Baromètre santé nutrition 2008 (INPES) ne comporte pas un échantillon régional suffisant pour une exploitation des résultats rhônalpins. Les quelques données présentées au niveau de la grande région Sud-Est (regroupant Auvergne, Rhône-Alpes, PACA, Corse et Languedoc-Roussillon) ne montrent pas de distinction entre la consommation de fruits et légumes par les habitants du Sud-Est et celle constatée en France. Seuls 12% des Français déclarent en 2008 avoir consommé au moins 5 fruits et légumes la veille de l'enquête, avec une proportion plus importante chez les femmes et chez les 55-64 ans. La région Sud-Est se distingue néanmoins par le taux régional le plus élevé de diversité alimentaire, 56,6% des habitants de 26-75 ans de cette région ont un indice de diversité alimentaire maximum, c'est-à-dire égal à 5 (ces personnes ont consommé la veille au moins un aliment des 5 groupes d'aliments : fruits, légumes, viande/poisson/oeuf, féculents, produits laitiers). En comparaison, cet indice maximal est retrouvé chez 49,8% des Franciliens et chez seulement 39,4% des habitants du Nord-Pas-de-Calais (taux le plus faible de

France).

Cette enquête constate au niveau national, chez les personnes ayant un faible revenu, une alimentation globalement moins diversifiée, avec des déséquilibres alimentaires plus prononcés, que dans l'ensemble de la population. La fréquence de consommation de fruits, légumes et poisson, est également plus faible chez les personnes à faible revenu, alors que celle de boissons sucrées y est plus importante.

En matière d'activité physique, le Baromètre santé nutrition 2008 de l'INPES permet d'estimer que seulement 42,5% des Français âgés de 15 à 75 ans atteignent un niveau d'activité physique favorable à la santé, avec une différence importante entre les hommes (51,6%) et les femmes (33,8%). Ce niveau «élevé» d'activité physique baisse fortement avec l'âge chez les hommes, alors qu'il reste à peu près stable chez les femmes. Si l'on inclut les personnes déclarant un niveau «modéré» d'activité (équivalent de 30 mn de marche rapide par jour au moins 5 jours par semaine), ce sont 71,4% des hommes interrogés qui pratiquent une activité physique à un niveau modéré ou élevé, comme 62,7% des femmes.

L'enquête 2010 sur les pratiques physiques et sportives en France, commanditée par le Ministère des sports, présente des chiffres assez proches en matière de pratique sportive «intensive» (plus d'une fois par semaine), pratique déclarée par 46% des hommes de 15 ans et plus et par 40% des femmes du même âge. Selon cette dernière enquête, 27% des Français de 15 et plus seraient affiliés soit à un association sportive soit à une structure sportive privée

En 2011, les taux de licences sportives pour 100 habitants sont inférieurs, dans l'Ardèche (20,9%) et dans la Drôme (24,8%), au taux régional (27,3%), mais proches du taux national (24,0%). Une personne pouvant détenir plusieurs licences, il n'est pas possible de mesurer le nombre de personnes licenciées sportives.

Licences sportives délivrées (estimation au 1er septembre 2011)

	nombre de licences	taux*
Ardèche	65 801	20,9
Drôme	120 214	24,8
Rhône-Alpes	1 690 850	27,3
France métro.	15 147 640	24,0

*taux pour 100 habitants)

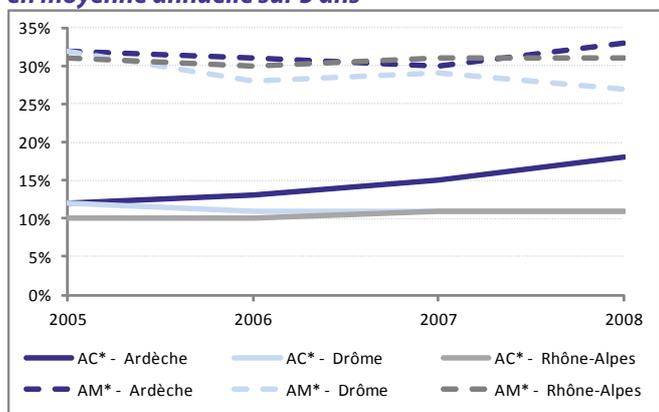
Source : DRJSCS

1.5. Accidents de la circulation et facteurs de risque

Si le nombre d'accidents de la circulation et de décès correspondants diminue régulièrement en France depuis trente ans et encore plus fortement depuis dix ans, la part des accidents corporels liés à une conduite en état alcoolique reste stable dans la Drôme

et la région, autour de 11%, alors qu'elle augmente dans l'Ardèche (18% en 2006-2010, contre 12% en 2003-2007). La part des accidents mortels avec alcool reste également stable au niveau de la région (autour de 31%), comme dans l'Ardèche, mais elle semble diminuer légèrement dans la Drôme (31% en 2003-2007, contre 27% en 2006-2010).

Part* des accidents corporels (dont mortels) avec alcool, en moyenne annuelle sur 5 ans*****



*en % des accidents dont on connaît l'alcoolémie
 **accident dans lequel au moins un des conducteurs impliqués a un taux d'alcoolémie supérieur au taux maximum autorisé au moment de la prise de sang ou de l'éthylotest (alcoolémie positive)
 ***2008 correspond à la moyenne des années 2006 à 2010
 AC* : Accidents Corporels
 AM* : Accidents Mortels
 Source : ONISR

D'autres comportements sont également impliqués dans la survenue des accidents ou dans leur gravité: une vitesse excessive, l'utilisation du téléphone portable, le défaut de port de la ceinture de sécurité... Selon l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière, le téléphone portable est utilisé à la main, en 2011, par 2% des conducteurs dans les véhicules légers, 4,7% dans les véhicules utilitaires légers, et 6,3% dans les poids lourds. Le taux de port de la ceinture de sécurité aux places avant est de 98,8% en rase campagne et de 95,7% en milieu urbain ; aux places arrière il est de 79,7% pour les adultes et 88,9% pour les enfants. Le port du casque chez les motocyclistes se situe entre 92 à 97% en rase campagne (selon les types de routes) et de 91 à 100% en milieu urbain (selon les types d'agglomérations).

1.6. Dépistages des cancers

Le dépistage organisé du cancer du sein : une participation insuffisante

Le cancer du sein représente la première cause de mortalité par cancer chez la femme, avec 73 décès annuels en Ardèche sur la période 2007-2009, et 90 dans la Drôme. Le programme organisé de dépistage du cancer du sein, proposé par l'Assurance maladie et généralisé sur l'ensemble du territoire français à partir de 2004, vise à réduire cette mortalité grâce à un repérage des cancers à un stade précoce. L'ensemble des femmes de 50 à 74 ans sont ainsi invitées tous les

deux ans à passer gratuitement une mammographie de dépistage. Sur les deux années 2011-2012, le taux de participation au dépistage en Ardèche (52,1%), proche du taux national (52,7%), reste légèrement inférieur aux taux drômois (54,1%) et rhônalpin (55,1%).

Alors qu'un taux de participation de 70% est estimé nécessaire pour réduire la mortalité par cancer du sein, on constate depuis quatre ans une stagnation de la participation, tant au niveau local que national. Une étude récente estime toutefois que le taux global de femmes de 50 à 74 ans ayant bénéficié dans les deux ans d'une mammographie de dépistage se situerait plutôt autour de 62% au niveau national, compte-tenu des femmes qui réalisent une mammographie à titre individuel, hors dépistage organisé (ceci concernerait environ 10% de la population cible.)

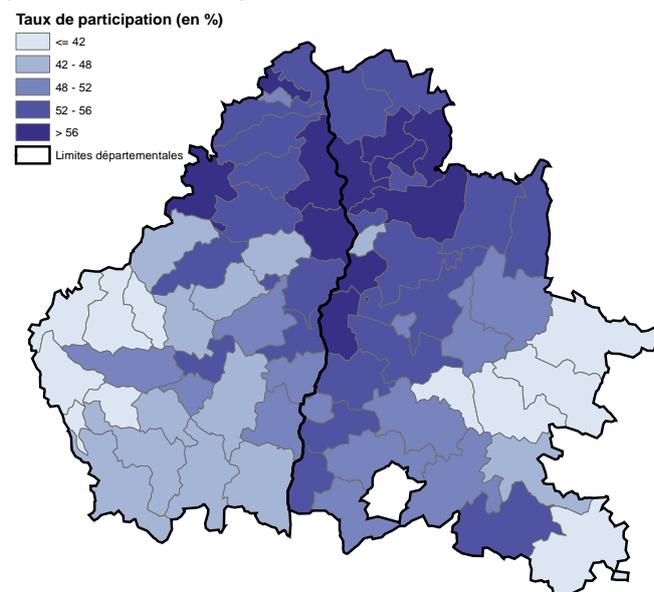
Taux de participation au dépistage du cancer du sein sur la période 2008-2012

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Ardèche	51,8	51,9	51,9	52,1
Drôme	55,5	54,2	54,4	54,1
Rhône-Alpes	53,7	53,3	54,0	55,1
France entière	52,8	52,1	52,3	52,7

Sources : Organismes de dépistage, InVS

Au niveau cantonal, les taux de participation sur la période 2011-2012 s'échelonnent entre 36 et 64% dans l'Ardèche et la Drôme, les taux les plus élevés étant observés au nord des deux départements et le long de la vallée du Rhône.

Taux de participation au dépistage du cancer du sein sur la période 2011-2012 (par canton)



Source : Drôme Ardèche Prévention Cancer

Les facteurs d'adhésion ou de résistance au dépistage du cancer du sein ont été explorés par de nombreuses études. Parmi les motifs d'abstention au dépistage, sont fréquemment cités par les femmes non-participantes le sentiment d'être en bonne santé ou déjà individuellement bien suivie, ainsi que des difficultés conjoncturelles (soucis matériels ou de santé). Les

représentations de la maladie et l'attitude envers la prévention et le corps médical interviennent aussi de façon plus ou moins consciente. La participation la plus faible est observée chez les femmes de 70 à 74 ans et la plus élevée chez celles de 60 à 64 ans. Une situation socio-économique difficile représente par ailleurs un facteur important de non-participation au dépistage du cancer du sein, comme c'est le cas pour d'autres actes de prévention.

Le dépistage organisé du cancer colorectal : une participation stable sur les trois années du programme

Le cancer colorectal est à l'origine de 110 décès annuels en Ardèche sur la période 2007-2009 (57 hommes et 53 femmes) et de 150 décès dans la Drôme (81 hommes et 69 femmes). Le dépistage de ce cancer, proposé par l'Assurance maladie et basé sur la détection de sang occulte dans les selles (test Hémocult®), a été généralisé en 2009 sur l'ensemble du territoire français. Tous les deux ans, les personnes âgées de 50 à 74 ans reçoivent une invitation à retirer le test de dépistage chez leur médecin généraliste, médecin qui évaluera le risque de son patient et l'opportunité du dépistage (toutes les personnes à risque moyen du cancer colo-rectal sont concernées par le dépistage). Une coloscopie complète doit ensuite être pratiquée systématiquement en cas de test Hémocult® positif. Pour la période 2011-2012, les départements de l'Ardèche et de la Drôme présentent des taux de participation au dépistage du cancer colorectal d'environ 30%, taux légèrement inférieurs aux taux nationaux (31,7%) et régional (33,2%). La participation a peu évolué sur les trois premières années du dépistage, elle est inférieure à l'objectif européen minimal acceptable de 45 % de participation, loin derrière le taux souhaitable de 65 %. Il faut toutefois noter qu'environ 12% de la population cible est exclue du dispositif de dépistage pour des raisons médicales ou pour résultats normaux d'une coloscopie récente.

Taux de participation au dépistage du cancer colorectal sur la période 2009-2012

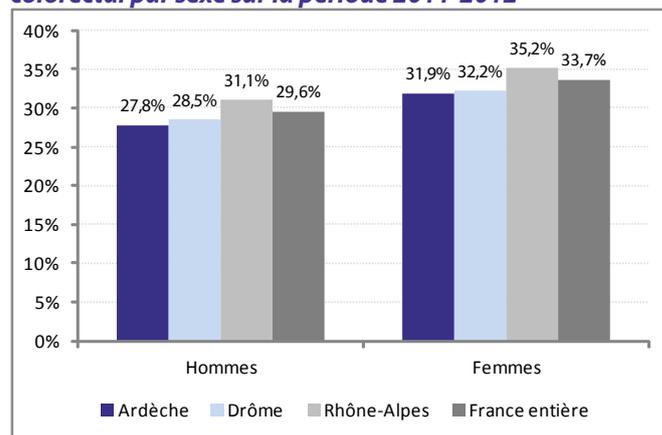
	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Ardèche	30,6	27,5	29,9
Drôme	32,7	29,1	30,4
Rhône-Alpes	34,5	33,5	33,2
France entière	33,8	32,1	31,7

Les taux sont estimés par rapport aux projections Insee (scénario central) 2007-2042 et standardisés sur la population française 2009 (projections de population Insee scénario central)

Sources : Organismes de dépistage, InVS

Pour les années 2011-2012, comme pour les années antérieures, la participation est plus élevée chez les femmes (33,7% au niveau national) que chez les hommes (29,6%), quelle que soit la classe d'âge observée. Le même différentiel de participation entre les hommes et les femmes (environ 4 points) est observé dans l'Ardèche, la Drôme et la région.

Taux (en %) de participation au dépistage du cancer colorectal par sexe sur la période 2011-2012



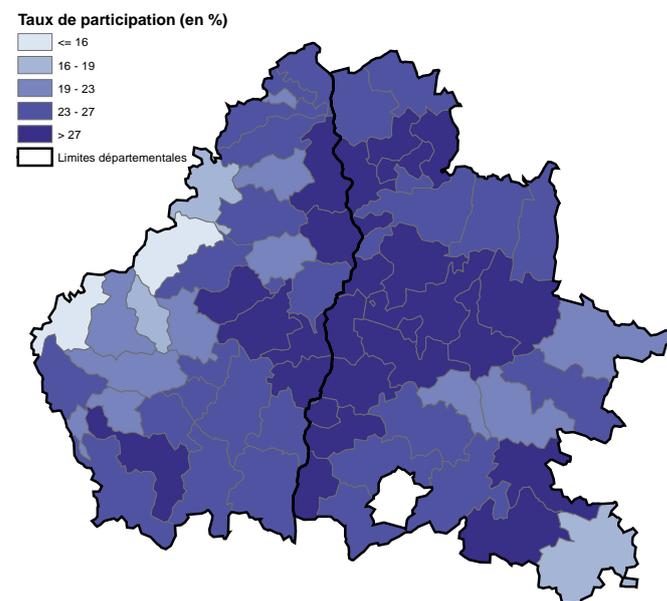
Les taux sont estimés par rapport aux projections Insee (scénario central) 2007-2042 et standardisés sur la population française 2009 (projections de population Insee scénario central)

Sources : Organismes de dépistage, InVS

Ce sont les plus de 65 ans, tant chez les hommes que chez les femmes, qui adhèrent le plus au programme de dépistage du cancer colorectal. Si le taux de participation croît avec l'avancée en âge (environ 9 points de différentiel entre les plus jeunes et les plus âgés), le taux d'exclusions médicales croît de la même façon (différentiel d'environ 10 points), et le taux de tests positifs croît également avec l'âge (de 2,3% chez les hommes de 50-54 ans à 3,4% chez les 70-74 ans, et de 1,7% chez les femmes de 50-54 ans à 2,6% chez celles de 70-74 ans).

De grandes disparités de participation au programme de dépistage du cancer colorectal sont observées au niveau cantonal dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme. Le taux de participation varie de 13 à 33% selon les cantons, il est plus faible dès que l'on s'éloigne de la vallée du Rhône.

Taux de participation au dépistage du cancer colorectal sur la période 2011-2012 (par canton)



Source : Drôme Ardèche Prévention Cancer

Interrogés lors de l'enquête ESPS 2010 de l'IRDES, 49,5% des Français de 50 à 74 ans (et 47,1% des Françaises du même âge) déclarent n'avoir jamais fait de test Hémocult®. Ce non-recours au dépistage se rencontre davantage chez les 50-64 ans (53,2%) que chez les 65-74 ans (38%), et davantage chez les personnes non diplômées ou à bas revenus que chez les personnes avec diplôme ou à hauts revenus. Les ouvriers et les agriculteurs sont les catégories socioprofessionnelles où le non-recours au test Hémocult® est le plus fréquent (environ 53%), les professions intermédiaires étant avec les cadres les catégories où le non-recours est le moins fréquent (respectivement 42,6% et 44,1%).

Afin d'améliorer à la fois l'efficacité de ce dépistage et son acceptabilité par la population, il est prévu de remplacer en 2014 le test Hémocult® par un test immunologique plus sensible (il détecte davantage de cancers et d'adénomes avancés) et plus simple d'utilisation (un seul prélèvement de selles suffit, contre six pour le test Hémocult®).

Le dépistage du cancer col de l'utérus : un dépistage individuel largement répandu

Sur la période 2007-2009, 31 patientes ardéchoises et 41 patientes drômoises ont été hospitalisées annuellement pour un cancer du col de l'utérus, ce qui correspond à des taux d'hospitalisation proches du taux régional (environ 16 patientes hospitalisées pour 100 000 habitantes). Le cancer du col de l'utérus touche des femmes relativement jeunes, les 35-44 ans représentant environ 1/4 des femmes hospitalisées pour ce motif dans l'Ardèche et la Drôme.

Bien qu'il n'existe pas en France de programme organisé de dépistage de ce cancer, la pratique de dépistage, via le frottis cervico-utérin, est largement répandue. Cet examen cytologique, qui permet de repérer des lésions précancéreuses ou cancéreuses, est recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans, avec un 1er frottis à 25 ans, un second un an après, puis un frottis tous les 3 ans si les deux premiers frottis étaient normaux. L'Assurance Maladie a mis en place depuis fin 2012 une campagne nationale de sensibilisation au dépistage du cancer du col de l'utérus, en incitant toutes les femmes de 25 à 65 ans à réaliser un frottis de dépistage tous les 3 ans (courrier d'invitation). Le taux national de couverture du dépistage par frottis cervico-utérin, définie comme un frottis en 3 ans, est estimé par la Cnamts à 58,5% des femmes de 25 à 65 ans sur la période 2007-2009.

Pour la région Rhône-Alpes, à partir des données du régime général d'assurance maladie 2010-2012 exploitées par l'ARS, une requête a permis de repérer les femmes de 25-65 ans présentes dans le fichier des bénéficiaires du régime général en 2011 et de compter parmi celles-ci les femmes ayant eu au moins un frottis sur les trois années 2010, 2011 et 2012. Selon ces données, 46,8% des Rhônalpines de 25-65 ans (bénéficiaires du régime général en 2011) ont eu au

moins un remboursement d'acte de frottis réalisé en libéral, au cours des trois années 2010 à 2012. Cette proportion est moindre dans l'Ardèche (42,8%) et dans la Drôme (44,2%).

Effectifs et taux de femmes de 25-65 ans* bénéficiaires d'au moins un remboursement de frottis sur la période 2010-2012

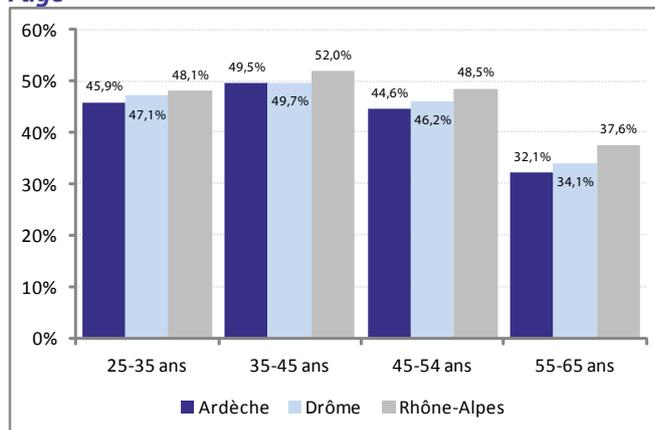
	Effectif	Taux
Ardèche	69 920	42,8%
Drôme	110 014	44,2%
Rhône-Alpes	1 391 185	46,8%

* taux pour 100 femmes de 25-65 ans bénéficiaires du régime général en 2011

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

Maximale entre 35 et 45 ans, la pratique régulière du frottis (au moins un frottis sur trois ans) se situe à un niveau soutenu entre 25 et 55 ans, pour descendre rapidement à partir de 55 ans.

Taux de femmes de 25-65 ans* bénéficiaires d'au moins un remboursement de frottis sur la période 2010-2012, selon l'âge



* taux pour 100 femmes bénéficiaires du régime général en 2011

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

L'exploitation nationale du Baromètre santé 2010 de l'INPES permet d'analyser les caractéristiques des femmes déclarant avoir eu ou ne pas avoir eu un frottis dans les trois dernières années. La pratique du dépistage par frottis (déclarée par 83% des femmes de 25 à 65 ans selon le Baromètre) varie selon l'âge, l'activité, la catégorie professionnelle et le diplôme. Le recours déclaré au frottis est nettement plus élevé chez les femmes de 25 à 50 ans, chez les femmes en activité professionnelle, chez celles qui ont un diplôme supérieur au baccalauréat, et chez celles dont le revenu est supérieur à 1 800 euros net par mois. Ce sont les femmes artisans, commerçantes et chefs d'entreprise qui déclarent les taux les plus élevés, ainsi que les femmes cadres. L'enquête HSM (INSEE, 2008) précise que le taux de recours au frottis est minimal chez les femmes n'ayant pas de couverture médicale complémentaire (62,5% contre 80,5% chez celles ayant une couverture complémentaire).

Le dépistage du cancer de la peau : une journée annuelle de dépistage anonyme et gratuit

L'incidence du mélanome de la peau, la plus grave des tumeurs malignes cutanées, en forte hausse entre 1980 et 2005, semble connaître depuis 2005 une stabilisation en France, avec 4 382 cas estimés chez la femme en 2010 et 3 873 cas estimés chez l'homme.

Les cancers de la peau peuvent être détectés précocement grâce un examen visuel de l'ensemble de la peau, pratiqué en général par un dermatologue. Tout le monde peut être concerné par un cancer de la peau et doit être attentif aux signes d'alerte, toutefois il est conseillé aux personnes à risque d'effectuer un auto-examen de leur peau régulièrement et de se faire examiner par un dermatologue une fois par an.

Les médecins généralistes, en première ligne pour le dépistage de ce cancer, ont été interrogés par l'INCA en 2009 et en 2011 sur leurs connaissances et pratiques en matière de détection précoce des cancers de la peau. Ils déclarent manquer de formation et d'informations dans ce domaine, et si le déshabillage du patient est fréquent (69% des cas en 2011), il est rarement systématique (14 %), souvent partiel (55% des cas). Les médecins déclarent ne pas inciter à l'autoexamen de la peau pour 43% d'entre eux, et orienter systématiquement (96%) chez le dermatologue en cas de doute.

Les dermatologues libéraux organisent depuis 15 ans, avec le soutien de plusieurs organismes, une journée nationale de prévention et de dépistage anonyme et gratuit des cancers de la peau. En 2011, 274 centres étaient ouverts en France pour ce dépistage, 786 dermatologues bénévoles se sont mobilisés (soit 23,2% de l'ensemble des dermatologues) et 13 848 consultants ont été accueillis. Le taux de participation nationale des consultants en 2011 était en recul par rapport à 2010 (22 pour 100 000 habitants en 2011 contre 27 en 2010). Parmi les personnes ayant participé au dépistage, les catégories les plus représentées étaient les femmes, les plus de 60 ans ainsi que les retraités et les employés. 29% des consultants se sont vu diagnostiquer une ou plusieurs lésions suspectes (4 103 consultants), qui dans près de la moitié des cas était une lésion mélanique à contrôler. Au final, un peu plus de 400 cas de carcinomes basocellulaires et environ 70 cas de carcinomes épidermoïdes ont été suspectés au cours de cette journée.

1.7. Santé au travail

Si la prévention dans le domaine de la santé au travail a pour principal objectif la diminution du risque d'accidents du travail et de maladies professionnelles, l'accent est mis également sur l'amélioration des conditions de travail et le bien-être au travail, le repérage et la prise en charge des risques psychosociaux.

Sur la période 2007-2011, le nombre des accidents du travail avec arrêt est globalement à la baisse

en Ardèche et dans la Drôme, mais cette tendance semble ne pas se poursuivre dans le département de la Drôme. L'indice de fréquence (nombre d'accidents du travail avec arrêt dénombrés pour 1 000 salariés), bien qu'ayant beaucoup baissé dans la Drôme entre 2007 et 2010, reste supérieur en 2011 (46,2) à l'indice ardéchois (41,0) et rhônalpin (40,2). Le bâtiment et les travaux publics présentent l'indice de fréquence le plus élevé, suivis par les branches professionnelles «transport, eau, gaz, électricité...» et «alimentation».

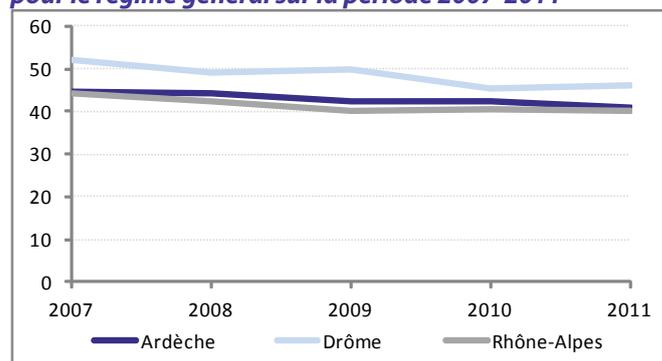
Evolution du nombre d'accidents du travail avec arrêt sur la période 2007-2011

	Régime général			
	2008	2009	2010	2011
Ardèche	2 917	2 730	2 765	2 690
Drôme	6 943	6 219	6 555	6 554
Rhône-Alpes	84 428	75 757	77 481	78 720

	Régime agricole			
	2007	2008	2009	2010
Ardèche	245	224	227	181
Drôme	530	521	602	481
Rhône-Alpes	3 409	3 327	3 374	3 293

Sources : CARSAT, MSA

Evolution de l'indice de fréquence* des accidents du travail pour le régime général sur la période 2007-2011



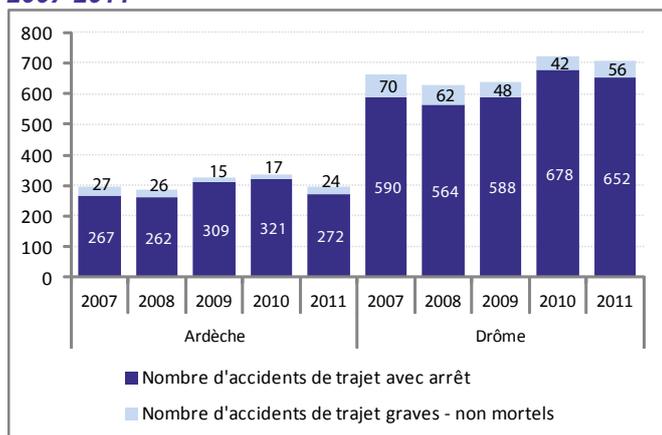
*indice de fréquence = nombre d'accidents avec arrêt pour 1 000 salariés.

Source : CARSAT

Si la durée moyenne d'une incapacité temporaire pour accident du travail est, au niveau régional, de 69,3 jours en 2011, cette durée est très liée à l'âge du salarié accidenté. De 28,2 jours chez les moins de 20 ans, la durée moyenne de l'arrêt monte à 98,7 jours chez les salariés de 50 à 59 ans, et jusqu'à 111,4 jours chez ceux de 60 à 64 ans, augmentant de ce fait le risque de désinsertion professionnelle du salarié en fin de carrière.

Les accidents du trajet, qui représentent en 2011 environ 10% des accidents du travail dans l'Ardèche et la Drôme, sont globalement plus graves que l'ensemble des accidents, entraînant davantage d'incapacités permanentes et de décès. Sur la période 2007-2011, après une tendance à l'augmentation des accidents du trajet en 2009 et 2010, le nombre de ces accidents diminue de nouveau en 2011, de façon plus importante dans l'Ardèche (-15%) que dans la Drôme (-4%).

Evolution du nombre des accidents du trajet sur la période 2007-2011



Sources : CARSAT (régime général)

Le nombre de maladies professionnelles indemnisées est en augmentation constante ces cinq dernières années, soit + 28% en Rhône-Alpes entre 2007 et 2011. Dans le même temps, le nombre de maladies professionnelles liées aux TMS (troubles musculo-squelettiques) a augmenté de 44,5%. Parmi les maladies professionnelles entraînant des décès (50 décès par an en moyenne dans la région, sur la période 2009-2011), les 4/5 sont des affections provoquées par l'amiante. Les maladies ostéo-articulaires constituent par ailleurs la première cause d'arrêt de travail de longue durée chez les hommes et la seconde cause chez les femmes (28% des arrêts de travail de longue durée, en 2010 dans la région Rhône-Alpes, tant chez les hommes que chez les femmes).

Au niveau des conditions de travail et de l'exposition professionnelle des salariés, peu de données sont disponibles à un niveau infra-national. Quelques enquêtes sont menées en Rhône-Alpes, les échantillons n'étant toutefois pas représentatifs de l'ensemble de la population salariée.

L'enquête Samotrace, réalisée par l'InVS dans trois régions pilotes, dont Rhône-Alpes, a pour objet la surveillance de la santé mentale au travail. Les premiers résultats diffusés pour la région Rhône-Alpes⁴ analysent les liens entre le risque suicidaire et l'activité professionnelle. Cette enquête, réalisée auprès de 4128 salariés lors de la visite périodique de médecine du travail entre 2006 et 2008, montre que 7% des hommes et 10% des femmes présentent un risque suicidaire. La prévalence de ce risque augmente avec l'âge, elle suit par ailleurs un gradient socioprofessionnel. Faible chez les hommes cadres d'entreprises (3,2%), la prévalence du risque suicidaire atteint 12,7% chez les ouvriers non qualifiés et 11,8% chez les employés de la fonction publique. Le même gradient est observé chez les femmes, de 6% chez les cadres d'entreprises à 11,9% chez les personnels de service direct aux particuliers. Par secteur d'activité, la prévalence du risque suicidaire

⁴ Risque suicidaire et activité professionnelle. BEH, 13/11/2011, n° 47-48, p 501-504

est la plus élevée dans le secteur de la santé et de l'action sociale (pour les deux sexes), dans les secteurs «transports et communications» et «commerce» (pour les hommes), dans les secteurs «activités financières» et «immobilier» (pour les femmes). Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer ces différences de risques suicidaires entre professions : un effet direct du travail via l'exposition à des contraintes psychosociales (stress) et/ou via l'accès à des moyens létaux, et un effet indirect du travail via le niveau économique. L'identification de populations vulnérables pourrait conduire à la mise en place d'actions de prévention spécifiques.

L'échantillon rhônalpin de **l'enquête EVREST** comporte 539 salariés, interrogés en 2010-2011 sur leurs conditions de travail par les médecins du travail. Cet échantillon surreprésente le secteur de l'industrie, et de ce fait la population masculine. Parmi ces salariés, 31% travaillent en horaires décalés, 30% en horaires irréguliers ou alternés et 16% de nuit. L'abandon fréquent d'une tâche pour une autre non prévue concerne 52% des salariés. 22% déclarent ne pas avoir de choix dans la façon de procéder et 20% estiment que leur travail n'est pas reconnu. En matière de charges physiques et d'expositions, sont déclarés :

- des postures contraignantes (parfois/souvent : 55%)
- des ports de charges lourdes (parfois/souvent : 51%)
- des gestes répétitifs (parfois/souvent : 51%)
- une station debout prolongée, difficile ou pénible (19%)
- des expositions : aux produits chimiques 28%, aux poussières et fumées 30%, aux vibrations 20%, aux radiations ionisantes 13%, à un bruit gênant 43%, à un bruit >80db 28%, à une contrainte visuelle 40%, à une chaleur intense 16%, à un froid intense 14%, à des intempéries 14%, à une pression psychologique 24%, au contact avec le public 55%.

Environ 10% déclarent une gêne dans le travail liée à leur anxiété ou nervosité, 13% une gêne liée à des troubles ostéo-articulaires du rachis et 7% une gêne liée à des troubles ostéo-articulaires du membre supérieur.

L'enquête SUMER (surveillance médicale des expositions aux risques professionnels), réalisée au niveau national par la DARES en 1994, 2003 et 2010, doit permettre de suivre l'évolution des expositions professionnelles en France. De 1994 à 2003, dans le secteur privé, l'intensité du travail a augmenté tout comme les marges de manoeuvre, tandis que les expositions aux contraintes physiques dans le travail ont reculé. Entre 2003 et 2010 en revanche, les rythmes de travail et les contraintes physiques se stabilisent alors que l'autonomie des salariés les plus qualifiés recule.

Les données de l'échantillon rhônalpin de l'enquête SUMER 2010 sont en cours d'exploitation par la Direccte Rhône-Alpes.



2. Offre de prévention en population générale

2.1. Professionnels de santé

Les médecins généralistes, bien répartis sur l'ensemble du territoire, sont des acteurs privilégiés de la prévention, ils peuvent prodiguer des conseils afin que leurs patients adoptent des comportements favorables à la santé. De la même façon, la plupart des médecins spécialistes (pédiatres, gynécologues, cardiologues, rhumatologues...) sont très impliqués dans le conseil aux patients.

L'assurance maladie a proposé en 2009 à chaque médecin traitant de signer un contrat d'amélioration des pratiques professionnelles (CAPI), comprenant un volet prévention important : vaccination antigrippale, dépistage du cancer du sein et lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les plus de 65 ans. En deux ans, plus de 16 000 médecins libéraux ont signé un CAPI avec l'assurance maladie, soit 38% de ceux qui pouvaient y prétendre. Un nouveau dispositif a été mis en place au 1er janvier 2012, la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), qui figure au rang des axes majeurs de la convention Médecins-Assurance Maladie de juillet 2011 et qui concerne aujourd'hui tous les médecins libéraux. La ROSP s'inscrit dans la continuité de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et des thèmes sur lesquels l'ensemble des médecins s'est mobilisé avec l'Assurance Maladie. Cette rémunération complémentaire, en fonction de l'atteinte de 29 indicateurs de santé publique, est entrée en vigueur en 2012 et les premières rémunérations afférentes ont été versées aux médecins concernés à partir du 8 avril 2013. La ROSP introduit un nouveau mode de rémunération en complément du paiement à l'acte et au forfait. Cette réforme structurelle permet ainsi d'inciter les médecins traitants et certains spécialistes à gérer «en population» le risque santé tout en favorisant les prescriptions les plus efficaces compatibles avec l'état de santé de leurs patients. Deux grandes dimensions de la pratique médicale sont concernées par ce dispositif :

- la qualité de la pratique médicale déclinée à travers trois grands axes : suivi des pathologies chroniques, prévention et efficacité avec l'optimisation des prescriptions ;
- l'organisation du cabinet et la qualité de service.

Les réseaux de santé, impliquant à la fois des médecins de ville et d'hôpital et d'autres professionnels sanitaires et sociaux, visent à une prise en charge globale du patient et contribuent à des actions de prévention, notamment par la promotion des actions d'éducation thérapeutique. Trois réseaux de santé ont été financés par le FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) en 2011 en Ardèche et trois dans la Drôme : en gérontologie (AGAM, MADO et RESAGE 26), sur le handicap psychique (RAPHAEL), sur

le diabète (DROMARDIAB), sur l'obésité pédiatrique (PréO Reppop 07).

Les services de santé mis en place par des villes, des organismes mutualistes ou des associations, proposent des soins parfois gratuits ainsi que des actes de prévention.

2.2. Acteurs de la santé au travail

De nombreux acteurs interviennent dans le champ de la santé au travail. Au niveau régional :

► **la Direccte** (Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) élabore le Plan régional de santé au travail, s'assure de l'application des dispositions réglementaires relatives aux conditions de travail et à la sécurité en milieu de travail, contrôle et anime les services de médecine du travail, participe à la protection des travailleurs au lieu de travail

► **la CARSAT** (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) aide les entreprises à mettre en place des actions de prévention en milieu de travail, par une assistance au sein de l'entreprise, par des contrats de prévention, des formations, des aides financières.

Dans les entreprises, c'est le chef d'entreprise qui est l'acteur principal de la prévention, il doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé de ses salariés. Il est conseillé par les médecins du travail, notamment à partir de l'analyse des situations et postes de travail. Les médecins sont soit directement salariés de l'entreprise, soit salariés des services de santé au travail interentreprises. Les salariés sont eux-mêmes des acteurs de prévention, soit à titre individuel (chacun a droit à une formation à la sécurité au travail et toute entreprise de plus de 20 salariés doit avoir un sauveteur secouriste du travail), soit à titre collectif via les instances représentatives du personnel, délégués du personnel et CHSCT. Depuis le 1er juillet 2012, le chef d'entreprise doit désigner un ou plusieurs salariés pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels, quelle que soit la taille de l'entreprise. Les associations de prévention, les mutuelles, les organismes d'assurance maladie, les collectivités locales, initient ou participent à des actions de santé au travail.

En 2009, la Direccte dénombrait **774 médecins du travail en Rhône-Alpes** (hors MSA et fonctions publiques). L'Ardèche et la Drôme comptent ensemble 8 services interentreprises de santé au travail (SIST). La Direccte Rhône-Alpes, à partir de l'exploitation statistique d'un dixième des rapports annuels des services de santé au travail, a estimé le nombre de visites médicales du travail réalisées en 2008 dans la région à 1 478 970. Chaque médecin a suivi en moyenne 209 entreprises en 2008, une entreprise étant visitée en moyenne une fois tous les 7 ans. Le médecin du

travail dispose d'un tiers temps pour des actions et des mesures en entreprise (mesures du bruit, de polluants gazeux, de poussières...).

2.3. Organismes de prévention

A côté des structures généralistes de prévention, comme l'IREPS Rhône-Alpes, qui interviennent sur toutes les thématiques et auprès de tous les publics, certaines structures privilégient des approches thématiques, et l'activité de prévention est souvent en lien avec une activité plus large de prise en charge médico-psychologique. Les principales structures représentées dans l'Ardèche et la Drôme sont :

- dans le domaine des addictions : l'ANPAA, les CSAPA (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie), les consultations de tabacologie : 8 consultations en Ardèche (Privas, Aubenas, Annonay, La Voulte), 12 dans la Drôme (Valence, Montélimar, Romans sur Isère, Die, Saint-Vallier), les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues)
- en contraception/sexualité : les centres de planification ou d'éducation familiale (soit services des Conseils Généraux, soit ayant passé convention avec les Conseils Généraux)
- dans le domaine des maladies infectieuses : les CDAG (Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit), les CIDDIST (Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles), les centres de vaccination
- en prévention des cancers : la Ligue contre le cancer, les structures départementales de dépistage des cancers (Drôme Ardèche Prévention Cancer)
- en prévention du suicide : le CRPCS (Centre Régional de Prévention des Conduites Suicidaires) au niveau de la région Rhône-Alpes, les associations d'écoute et de soutien.

La Mutualité Française Rhône-Alpes, dans son programme de prévention 2012-2014, s'engage dans la prévention des cancers (incitation au dépistage et prévention des risques de cancer) et dans celle des maladies cardiovasculaires (promotion de la santé nutritionnelle et de l'activité physique, sensibilisation à l'arrêt du tabac, initiation aux gestes qui sauvent).

Le tissu associatif dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé est particulièrement riche dans l'Ardèche et dans la Drôme. Le Répertoire des associations santé Rhône-Alpes (site internet : www.ors-rhone-alpes.org/associations/) comptabilisait, au 30 juin 2012, 57 associations déclarant mener une activité de prévention dans l'Ardèche et 72 associations dans la Drôme. L'Ardèche est ainsi le département le

plus pourvu de la région en nombre d'associations de prévention par habitant, 18 associations pour 100 000 habitants contre 15 associations dans la Drôme et 14 dans la région Rhône-Alpes.

L'éducation thérapeutique du patient, qui vise à aider le patient à mieux gérer sa vie avec une maladie chronique, fait partie intégrante de la prévention puisqu'elle va permettre de prévenir ou retarder l'apparition de certaines complications ou conséquences de la maladie. En matière d'éducation thérapeutique du patient, 38 programmes ont été autorisés en janvier 2013 par l'Agence Régionale de Santé dans le territoire de santé Sud. Ils concernent majoritairement des programmes dans le domaine du diabète (9 programmes) et des maladies cardiovasculaires (6), mais aussi dans le domaine des pathologies ostéo-articulaires (5), des maladies respiratoires (3), de l'obésité (3), de l'insuffisance rénale (2), des maladies du système nerveux (3), de l'hépatite B et du VIH (2), de la stomathérapie (4). Les porteurs de ces actions sont essentiellement des structures de soins, hôpitaux publics ou privés, mais aussi des réseaux de santé et des organismes d'assurance maladie.

Le programme Sophia, mené par l'Assurance maladie, s'adresse aux malades chroniques et dans un premier temps aux patients diabétiques adultes, affiliés au régime général et pris en charge en ALD (ce programme est présenté dans la partie 1.3 du chapitre consacré aux personnes âgées).





A l'âge de 65 ans, un homme peut actuellement espérer vivre encore plus de 18 ans et une femme plus de 22 ans ; à 75 ans, cette espérance de vie est encore supérieure à 11 ans chez les hommes et à 14 ans chez les femmes.

Espérance de vie à 65 ans et 75 ans sur la période 2007-2009

	A 65 ans		A 75 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Ardèche	18,5	22,6	11,3	14,2
Drôme	18,8	22,7	11,4	14,2
Rhône-Alpes	18,7	22,7	11,5	14,2
France métro.	18,3	22,3	11,2	14,0

Sources : Inserm (CépiDC), Insee

Chez les personnes de plus de 75 ans, les maladies cardiovasculaires arrivent en tête à la fois des causes de décès (plus de 40% des décès) et des motifs d'hospitalisation (environ 20% des séjours). Les tumeurs sont à l'origine d'un décès sur 3 chez les hommes de plus de 75 ans et d'un sur 4 chez les femmes du même âge. Ces pathologies, maladies cardiovasculaires et tumeurs, constituent également les premiers motifs d'admission en ALD (affection de longue durée), suivis du diabète et de la maladie d'Alzheimer (et autres démences). En 2010, parmi les assurés de 75 ans et plus, une personne sur trois est en ALD pour maladie cardiovasculaire, une sur sept en ALD pour tumeur, une sur neuf en ALD pour diabète et une sur quatorze en ALD pour maladie neurologique.

Prévalence des ALD chez les assurés de 75 ans et plus, pour les principaux motifs d'ALD, en 2010

	Ardèche		Drôme		Rhône-Alpes
	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Taux*
MCV**	13 133	38,5	18 567	41,4	36,0
Tumeurs	4 177	12,2	6 339	14,1	14,1
Diabète	3 590	10,5	5 414	12,1	11,4
Mal. neuro.***	2 179	6,4	3 295	7,4	7,2

*Taux pour 100h **Maladies cardio-vasculaires *** Maladies neurologiques
Sources : CnamTS, CCMSA, RSI

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est accordée aux personnes de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie qui ont besoin d'une aide à domicile ou d'un accueil en établissement. Fin 2011, 10,6% des personnes de 60 ans et plus perçoivent l'APA en Ardèche, contre 9,0% dans la Drôme et 8,3% dans la région.

Bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2011 (effectifs et taux*)

	APA à domicile	APA en établissement	Total APA	Taux*
Ardèche	4 696	4 348	9 044	10,6
Drôme	6 483	3 998	10 481	9,0
Rhône-Alpes	61 818	48 748	110 566	8,3

* Taux pour 100 habitants de 60 ans et plus
Source : DREES

Avec respectivement 63 500 et 85 818 personnes âgées de 65 ans et plus au 1er janvier 2008, l'Ardèche et la Drôme figurent parmi les départements de la région ayant la plus grande part de personnes âgées, soit 20,3% en Ardèche et 18,0% dans la Drôme, contre 15,9% en Rhône-Alpes et 16,7% en France.

Avec l'augmentation de l'espérance de vie, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans ne cesse d'augmenter en France, et cette tendance devrait se poursuivre au-delà de 2040. Si globalement l'état de santé de ces personnes ne cesse de s'améliorer, les maladies chroniques et les déficiences physiques ou psychiques viennent souvent affecter la qualité de vie et l'autonomie des personnes les plus âgées. Si l'enjeu de la prévention à ces âges est toujours d'éviter l'apparition de maladies ou d'accidents, son objectif ultime est bien d'aider la personne âgée à conserver le plus longtemps une vie sans incapacité et retarder ainsi l'entrée dans la dépendance.

La prévention pour un « bien vieillir » s'adresse déjà à des seniors entre 55 et 65 ans, afin que ces derniers adoptent des comportements favorables à un vieillissement en bonne santé. Il s'agit généralement de conseils sur l'activité physique, l'alimentation, les activités de mémoire, la vie affective, les dépistages... A des âges plus avancés, la prévention se concentre sur les problèmes risquant d'accélérer la perte de l'autonomie : les chutes, la dénutrition, les troubles dépressifs...

Dans la région Rhône-Alpes, les actions prévues par le Schéma régional de prévention 2012-2017 et par le Programme du Territoire de santé Sud s'adressent non seulement aux seniors valides, avec par exemple la lutte contre la sédentarité ou le repérage des troubles dépressifs chez les seniors en situation de fragilité sociale, mais également aux personnes déjà dépendantes afin de leur faciliter l'accès à la prévention (prévention buccodentaire et dépistage du cancer du sein). Certaines actions de prévention, comme celle sur la dénutrition des personnes âgées à domicile, passent par la sensibilisation et la formation des aidants institutionnels et associatifs.



1. Indicateurs de prévention chez les personnes âgées

1.1. Prévention des chutes accidentelles

Chez les personnes de 65 ans et plus, les accidents de la vie courante sont à l'origine de 91 décès annuels sur la période 2007-2009 en Ardèche et de 133 décès annuels dans la Drôme, les chutes représentant 60% de ces accidents mortels.

Les chutes accidentelles sont également lourdes de conséquences en termes d'hospitalisation pour fractures et de perte possible d'autonomie.

Une étude de la Cire Rhône-Alpes, réalisée en 2010-2011 à partir des données du réseau SurSaUD a montré que les chutes représentaient dans la région 26% des diagnostics posés aux urgences hospitalières chez les personnes de 75 ans et plus. 80% de ces traumatismes étaient de gravité légère, et les femmes étaient davantage représentées, ce qui peut être lié à l'ostéoporose.

Parmi les hospitalisations pour traumatismes chez les personnes de 75 ans et plus, les hospitalisations pour fracture du col du fémur en constituent plus d'un tiers. Sur la période 2009-2010, 462 Ardéchois et 580 Drômois de plus de 75 ans ont été hospitalisés annuellement pour fracture du col du fémur et les femmes sont entre 3 et 4 fois plus nombreuses que les hommes parmi ces patients. Le taux brut d'hospitalisation pour ce motif est supérieur chez les Ardéchoises de 75 ans et plus (173 patientes hospitalisées pour 10 000 habitantes) aux taux observés dans la Drôme (159) et en Rhône-Alpes (159). En ce qui concerne les hommes, ce sont les Drômois de 75 ans et plus dont le taux d'hospitalisation est plus élevé que celui des Ardéchois et des Rhônealpins du même âge.

Effectifs annuels et taux* bruts d'hospitalisation pour fracture du col du fémur chez les 75 ans et plus sur la période 2009-2010

	Ardèche		Drôme		Rhône-Alpes
	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Taux*
Hommes	96	73,9	142	81,7	77,4
Femmes	367	172,7	438	159,3	159,2
Ensemble	462	135,3	580	129,3	128,8

*taux brut pour 10 000 habitants de 75 ans et plus

Sources : INSEE, PMSI – Exploitation ORS RA

On distingue deux grands types de déterminants dans la survenue des chutes, des facteurs intrinsèques liés à la personne et des facteurs extrinsèques liés à l'environnement. Sur le plan de la personne, certaines déficiences peuvent entraîner des pertes d'équilibre. Selon l'enquête Handicap Santé 2008 (INSEE), 45% des Français de 60 ans et plus déclarent des problèmes de motricité, 82% des problèmes de vision, 29% des problèmes d'audition et 30% des déficiences psychiques. Si 17% des personnes de 60 à 79 ans ont recours à des aides techniques ou des aménagements du logement pour pallier ces déficiences, ce sont 53% des personnes de 80 ans et plus qui ont recours à ces

aides.

La prévention des chutes repose sur des actions diverses, comme le maintien d'une bonne motricité par l'activité physique ou l'aménagement du logement des personnes âgées (90% des personnes de 75 ans et plus vivent à domicile). Les clubs de personnes âgées, les organismes d'assurance maladie et de retraite, de nombreuses associations, interviennent soit directement auprès des personnes âgées soit auprès des aidants à domicile (sensibilisation, formation).

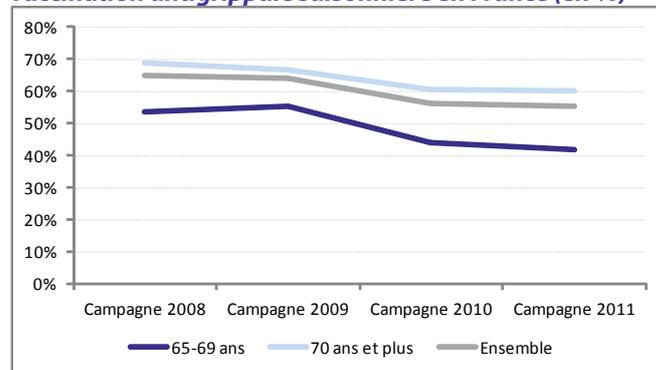
Une enquête de la CNAV, réalisée en 2011 auprès des retraités bénéficiaires de l'action sociale de la CNAV, montre que 37% d'entre eux ont fait une chute dans les 12 derniers mois et que huit personnes sur dix se disent prêtes à transformer une baignoire en douche, à enlever tapis ou moquettes ou encore à poser des barres d'appui. 41% des personnes interrogées ont des projets de travaux mais l'obstacle financier est important, et 2/3 ignorent qu'il existe des financements pour les travaux d'adaptation du logement liés à la perte d'autonomie et au vieillissement (ANAH, CNAV, Conseils généraux...).

1.2. Vaccination antigrippale

La grippe saisonnière touche particulièrement les personnes fragiles, et la vaccination antigrippale annuelle est recommandée pour les populations à risque et les professionnels à leur contact. Les populations à risque, parmi lesquelles figurent les personnes de 65 ans et plus, bénéficient de la prise en charge à 100% du vaccin contre la grippe.

Selon les données de la CNAMTS, la participation à la campagne de vaccination antigrippale ne cesse de baisser ces dernières années chez les personnes de 65 ans et plus. Entre 2008 et 2011, la participation des 65-69 ans est passée de 53,7% à 41,8% (-12 points) et celle des 70 ans et plus de 68,6% à 60,1% (-8,5 points). La CNAMTS précise que ces données sont très loin de l'objectif d'une couverture à 75 % des populations à risque de forme grave de grippe.

Evolution du taux* de participation à la campagne de vaccination antigrippale saisonnière en France (en %)



*Taux de personnes vaccinées pour 100 personnes invitées

Source : CNAMTS, régime général

En 2010, 21 852 bénéficiaires ardéchois du régime général de plus de 65 ans ont fait l'objet d'un

remboursement de vaccin antigrippal en 2010, comme 33 154 bénéficiaires drômois, soit un taux de vaccination légèrement supérieur dans l'Ardèche (52,2%) et la Drôme (53,1%) au taux régional (51,5%). Les recommandations de vaccination antigrippale sont davantage suivies chez les hommes que chez les femmes, et davantage chez les personnes âgées de 70 ans et plus que chez les 65-69 ans.

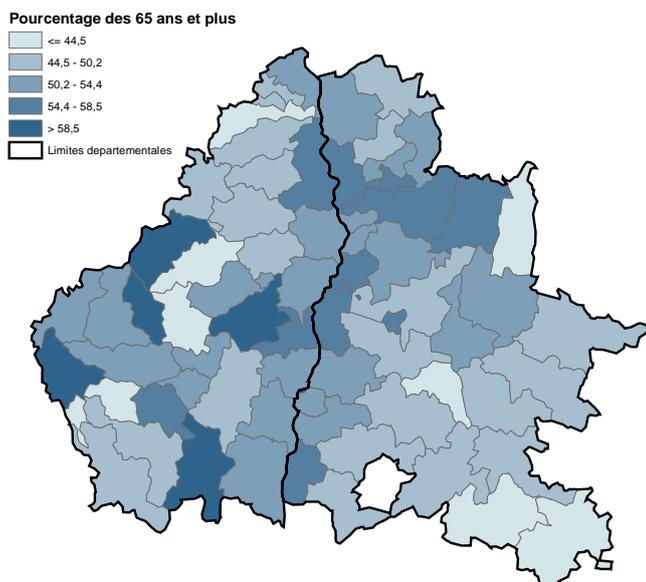
Taux de personnes vaccinées contre la grippe saisonnière en 2010 (%)

	65-69 ans			70 ans et plus		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Ardèche	38,9	34,5	36,6	58,9	52,3	54,9
Drôme	40,3	36,6	38,3	59,9	53,5	56,0
Rhône-Alpes	39,5	35,4	37,4	57,2	51,8	53,9

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

Au niveau cantonal, les taux de vaccination antigrippale varient entre 36% et 64%, avec des taux plus élevés dans la vallée du Rhône et dans quelques cantons ardéchois.

Taux de personnes âgées de 65 ans et plus* vaccinées contre la grippe saisonnière en 2010 (par canton)



* couvertes par le régime général de la sécurité sociale

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

Les données de surveillance de la grippe ont montré que la saison 2011-2012 avait été caractérisée, par rapport aux deux saisons précédentes, par davantage d'épisodes de grippe dans les collectivités de personnes âgées, par une hospitalisation pour grippe plus fréquente chez les personnes de 65 ans et plus, et par une mortalité (toutes causes confondues) plus importante chez les personnes de 85 ans et plus. Selon une enquête de couverture vaccinale réalisée en janvier 2011 par l'InVS au niveau national, les raisons déclarées de non-vaccination contre la grippe sont : le sentiment d'être en bonne santé et ne pas avoir besoin d'être vacciné (25% des réponses), la peur du vaccin ou de ses effets secondaires (22%), l'inutilité du vaccin de la grippe (18%), le refus des vaccinations en général (11%), l'abandon du vaccin depuis la pandémie (7%),

le peu de gravité de la grippe (4%).

1.3. Prévention des problèmes liés à la nutrition

Une prévalence élevée du diabète

Le diabète est une affection particulièrement présente chez les personnes de plus de 75 ans, spécialement le diabète de type 2, dû à des facteurs comportementaux (alimentation, surpoids, sédentarité...) et héréditaires. La prévalence du diabète continue de croître en France, notamment en lien avec le vieillissement de la population et avec l'augmentation de la fréquence de l'obésité. La prévention du diabète porte sur les comportements alimentaires et l'activité physique, et le dépistage précoce du diabète permet, quant à lui, de ralentir l'évolution de la maladie et l'apparition de complications graves (infarctus du myocarde, AVC, cécité, amputations).

En 2010, 14,5% des assurés ardéchois du régime général de 75 ans et plus prennent un traitement antidiabétique, taux légèrement inférieur au taux drômois (15,8%) et au taux régional (15,2%). Les hommes sont davantage sous traitement antidiabétique que les femmes.

Effectifs et taux bruts de personnes de 75 ans et plus sous traitement antidiabétique en 2010

	Effectifs			Taux		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Ardèche	1 349	1 723	3 072	17,9	12,6	14,5
Drôme	2 249	2 627	4 876	20,1	13,4	15,8
Rhône-Alpes	25 197	30 789	55 986	18,6	13,2	15,2

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

Selon une étude réalisée en 2000-2001 par la Cnamts, 15% des personnes diabétiques âgées de 65 ans et plus ne seraient pas diagnostiquées comme telles, ce qui conduirait à sous-estimer la prévalence du diabète dans cette population. Selon cette même étude, la mesure de la glycémie veineuse, qui constitue le mode de dépistage du diabète, avait été pratiquée par 71% des personnes âgées de plus de 45 ans entre 2000 et 2001. La recommandation actuelle porte sur un dépistage ciblé, proposé à l'occasion d'une consultation médicale aux personnes âgées de plus de 45 ans ayant au moins un facteur de risque (migrant, surpoids, hypertension artérielle, dyslipidémie, antécédent familial, antécédent de diabète gestationnel, naissance d'un enfant pesant plus de 4 kg). Ce dépistage doit être réalisé tous les trois ans.

La prévention du diabète réside aussi dans la prévention des complications du diabète chez le malade dépisté. L'Assurance maladie a testé durant quatre ans, dans dix départements pilotes, un service d'accompagnement des patients, intitulé Sophia. Ce dispositif a été étendu à l'ensemble du territoire en 2013, il est disponible depuis février 2013 pour les Ardéchois et les Drômois. Ce service d'accompagnement gratuit est proposé par l'Assurance maladie aux personnes majeures souffrant d'un diabète de type 1 ou de type 2 et prises en charge au titre d'une affection de longue durée. L'objectif de

ce service est d'accompagner de manière efficiente et personnalisée les patients diabétiques volontaires, en fonction de leur état de santé et en relais du médecin traitant, afin de les aider à mieux vivre avec leur maladie et d'en prévenir les complications. Des infirmiers conseillers en santé, formés à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques, proposent un accompagnement téléphonique afin d'apporter des conseils pour mieux vivre avec sa maladie au quotidien et pour mieux mettre en pratique les recommandations de son médecin traitant. Le service est véritablement un relais du médecin traitant, il apporte des informations complémentaires utiles au patient sans pour autant se substituer au rôle du médecin. Les personnes éligibles au dispositif sont directement contactées par l'Assurance maladie qui leur envoie un courrier contenant un bulletin d'inscription à compléter et à renvoyer. L'évaluation médico-économique du programme Sophia, portant sur les trois premières années de fonctionnement, montre une amélioration du suivi médical (visite ophtalmologique, visite chez le cardiologue, réalisation d'un électrocardiogramme...) chez les patients adhérant au programme (par rapport aux non-adhérents), ainsi que des dépenses ambulatoires et hospitalières moindres chez les adhérents, avec une différence de coûts d'environ 226 euros entre adhérents et témoins sur la période 2009-2011.

Des actions de prévention de la dénutrition

Le Schéma régional de prévention Rhône-Alpes, ainsi que le Programme territorial de santé Sud, prévoit la mise en place d'actions de sensibilisation des aidants professionnels sur la dénutrition des personnes âgées à domicile.

La dénutrition des personnes âgées a des conséquences graves sur la santé, elle est associée à une augmentation des chutes et des fractures, de la dépendance, des infections nosocomiales, des escarres, de la durée d'hospitalisation et de la mortalité.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) et à partir de différentes études, la prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées à domicile peut être estimée à 4% environ, et jusqu'à 25 à 30% chez celles qui présentent une perte d'autonomie. En institution, cette prévalence varie entre 15 et 38% selon les études, et en hôpital elle peut atteindre 50 à 60%. La prévalence relativement élevée de la dénutrition dans la population âgée peut être expliquée par les modifications physiologiques liées au vieillissement et par l'accumulation des pathologies au cours du vieillissement, éventuellement aggravées par les médicaments et certains régimes. La HAS a défini en 2007 une stratégie de dépistage et de prise en charge de la dénutrition, qui comporte la liste des situations à risque et recommande pour toutes les personnes âgées un dépistage : une fois par an en ville, une fois par mois en institution, et lors de chaque hospitalisation (avec une fréquence plus élevée pour les personnes repérées à risque de dénutrition). Ce

dépistage repose sur la mesure répétée du poids, l'estimation des apports alimentaires et le dosage de l'albuminémie. Il peut être formalisé par un questionnaire tel que le Mini Nutritional Assessment® (MNA).

L'IREPS a mené en 2012 une enquête sur les pratiques des aidants professionnels en matière de dénutrition des personnes âgées dans la région Rhône-Alpes. 71% des aidants professionnels interrogés disent n'avoir jamais suivi de formation professionnelle sur cette thématique. Les aidants se déclarent très démunis sur ce sujet relativement méconnu et sont fortement demandeurs d'information et de formation sur le repérage des signes de la dénutrition chez les personnes âgées.

Une santé bucco-dentaire déficiente

Des problèmes de santé bucco-dentaire peuvent contribuer à une mauvaise alimentation chez les personnes âgées. Un état bucco-dentaire déficient est fréquent chez les personnes en situation de précarité et chez celles en situation de dépendance. L'association SOHDEV, dans le cadre du programme ESOPAD (Etude sur la santé orale des personnes âgées dépendantes) a mis en évidence, dans une cohorte de 455 résidents d'établissements de la région, un manque de prise en charge buccodentaire de ces patients : la prévalence du tartre était de 63%, celle des caries de 74%. Le nombre moyen de dents absentes était de 19,6, il était de 32 chez 17% des résidents.

1.4. Dépression et suicide

Le repérage des troubles dépressifs chez les seniors en situation de fragilité sociale fait partie des actions envisagées dans le cadre du Programme territorial 2012-2017 du territoire de santé Sud. Il s'agira d'élargir le réseau des acteurs médico-sociaux autour des conduites suicidaires aux professionnels en contact avec les personnes âgées. Le CRPCS (Centre régional de prévention des conduites suicidaires) contribue à l'information sur les facteurs de risques du passage à l'acte suicidaire chez les personnes âgées, sur les signes avant-coureurs et sur les attitudes préventives à adopter par les professionnels.

L'Ardèche et la Drôme, avec respectivement 15 et 20 décès annuels par suicide chez des personnes de 65 ans et plus sur la période 2007-2009, présentent des taux comparatifs de mortalité par suicide légèrement plus élevés (23,8 décès pour 100 000 habitants) que la région Rhône-Alpes (21,9).

Les séjours hospitaliers (en MCO) pour tentatives de suicide sont au nombre de 37 en moyenne par an sur la période 2009-2010 chez les Ardéchois de plus de 65 ans, et de 70 chez les Drômois. Le taux comparatif de tentatives de suicide hospitalisées chez les 65 ans et plus est ainsi plus élevé dans la Drôme que dans la région et l'Ardèche ((8,2 pour 10 000 habitants dans la Drôme contre 6,7 dans la région et 5,8 dans l'Ardèche.

Tentatives de suicides hospitalisées chez les personnes de 65 ans et plus, sur la période 2009-2010 (effectif et taux*)

	Effectifs	Taux*
Ardèche	37	5,8
Drôme	70	8,2
Rhône-Alpes	658	6,7

*taux comparatif pour 10 000 habitants de 65 ans et plus

Source : PMSI

L'isolement affectif est particulièrement présent chez les personnes âgées. Une étude de la CNAV, réalisée en 2011 auprès des bénéficiaires de l'action sociale de la CNAV, montre que 37% des retraités expriment un fort sentiment de solitude, sentiment renforcé par le fait de vivre seul et de ne pas recevoir au moins une visite dans la semaine.

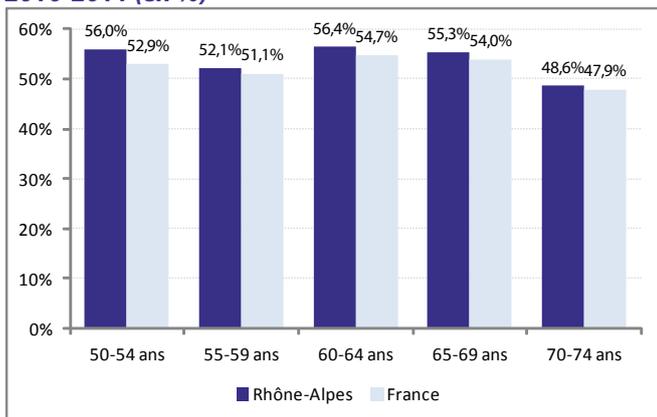
1.5. Dépistages

Le dépistage organisé des cancers du sein et colorectal, jusqu'à 74 ans

Les programmes de dépistage organisé des cancers du sein et du cancer colorectal s'adressent aux personnes âgées de 50 à 74 ans.

Concernant le dépistage du cancer du sein, les données de l'InVS montrent une moindre participation des femmes à partir de 70 ans, dans la région comme au niveau national, alors que l'incidence du cancer du sein reste très élevée à cet âge. Les femmes de 70-74 ans présentent le taux de participation le plus faible des cinq classes d'âge concernées, 48,6% en 2010-2011 dans la région contre 56,4% chez les femmes de 60-64 an. En France ces taux sont respectivement de 47,9% et de 54,7%.

Taux de participation au dépistage du cancer du sein en 2010-2011 (en %)

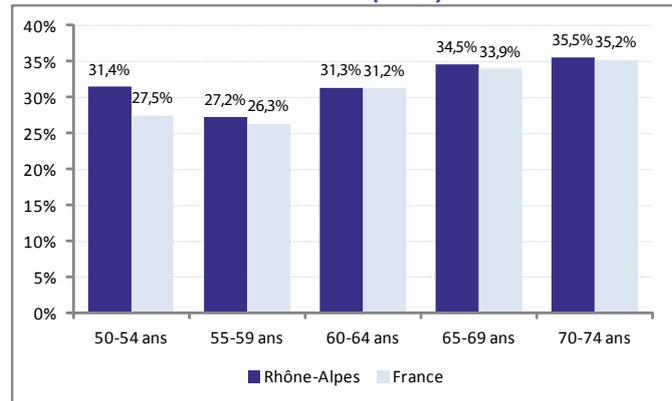


Sources : Organismes de dépistage, InVS

Le dépistage du cancer colorectal, via le test Hémocult®, est par contre davantage suivi par les personnes les plus âgées. Chez les hommes, ce sont les 70-74 ans qui adhèrent le plus au programme de dépistage (35,5% en Rhône-Alpes, contre 27,2% chez les 55-59 ans). Chez les femmes, les taux de participation sont plus élevés que chez les hommes quelle que soit la classe d'âge, et ce sont les femmes de 65-69 ans qui présentent le taux

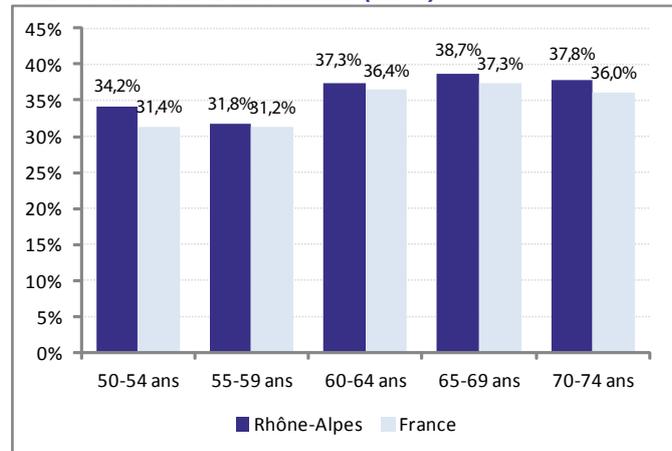
le plus élevé (38,7% en Rhône-Alpes, contre 31,8% chez les 55-59 ans).

Taux de participation au dépistage du cancer colorectal en 2010-2011 chez les hommes (en %)



Sources : Organismes de dépistage, InVS

Taux de participation au dépistage du cancer colorectal en 2010-2011 chez les femmes (en %)



Sources : Organismes de dépistage, InVS

Le dépistage du cancer du col de l'utérus, hors recommandation après 65 ans

La pratique du frottis cervico-utérin (au moins un tous les trois ans) est recommandée actuellement seulement aux femmes de 25 à 65 ans. Les chiffres de l'assurance maladie montrent que cette pratique chute en fait très rapidement après l'âge de 55 ans. Or les résultats de certaines études militent pour une recommandation de ce dépistage jusqu'à 70 ans, voire 75 ans. Il existe en effet un taux de lésions précancéreuses et cancéreuses non négligeables après 65 ans, ces lésions étant même plus fréquentes entre 65 et 70 ans. Par ailleurs, selon les données du réseau Francim sur la période 1989-1997, la survie à 5 ans du cancer du col de l'utérus est beaucoup plus faible chez les femmes de 75 ans et plus (38%) que chez les plus jeunes (82% entre 15 et 44 ans).

Dans la région Rhône-Alpes, le programme isérois de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a concerné jusqu'en 2009 les femmes de 50-74 ans afin de coïncider avec les deux autres dépistages organisés. Depuis 2009 ce programme cible, comme dans les 13 autres départements où le dépistage se pratique à titre expérimental, les femmes de 25 ans à 65 ans n'ayant



pas fait de frottis depuis plus de 3 ans.

Le dépistage du cancer de la prostate, non recommandé de façon systématique

Le cancer de la prostate concerne très majoritairement des hommes de plus de 65 ans, et trois décès par cancer de la prostate sur quatre interviennent chez des hommes de 75 ans et plus. Dans l'Ardèche et la Drôme, comme en France, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme en termes d'incidence, et le 3ème cancer en termes de mortalité. Entre 2007 et 2009, ce cancer est à l'origine de 62 décès annuels dans l'Ardèche et de 69 décès dans la Drôme, soit des taux comparatifs de mortalité respectivement de 43 et de 33 pour 100 000 habitants, contre 37 en Rhône-Alpes. En termes d'hospitalisation, les taux comparatifs de patients hospitalisés pour cancer de la prostate sont inférieurs dans l'Ardèche et la Drôme au taux régional sur la période 2009-2010.

Effectifs annuels et taux* comparatif d'hospitalisation pour cancer de la prostate chez les 65 ans et plus sur la période 2009-2010

	Effectif	Taux*
Ardèche	620	9,2
Drôme	782	9,1
Rhône-Alpes	8 744	9,9

*taux comparatif pour 10 000 habitants de 65 ans et plus
Sources : INSEE, PMSI Exploitation ORS RA

Le dépistage du cancer de la prostate s'effectue par le dosage du PSA (Prostate specific antigen), mais cet examen n'est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) ni en population générale, ni pour une population à risque. Hormis le fait que la population à risque soit difficile à identifier, plusieurs éléments ne plaident pas pour un dépistage systématique : la diminution de la mortalité n'est pas constatée dans les populations dépistées, les examens (dosage sanguin puis biopsie) ne sont pas sans risque, et les traitements ont parfois des conséquences physiques et psychologiques importantes (troubles sexuels, urinaires, digestifs) alors que certaines formes de cancer peuvent évoluer très lentement et n'avoir pas d'impact sur la vie des patients. La HAS insiste particulièrement sur la nécessité de fournir une information complète aux hommes envisageant la réalisation d'un tel dépistage, notamment sur ses conséquences éventuelles.

Une incitation au diagnostic précoce des cancers chez les plus de 75 ans

Dans la région Rhône-Alpes, une campagne de sensibilisation au diagnostic précoce des cancers chez les personnes de plus de 75 ans a été menée en 2005-2006 par la Mutualité Française Rhône-Alpes. Basée sur le fait que près d'une personne de plus de 75 ans sur deux est concernée par les cancers et qu'un cancer diagnostiqué tôt augmente les chances de guérison, cette campagne visait d'une part les personnes âgées elles-mêmes, en les incitant à prêter attention

aux signes évocateurs de cancer et à en parler à leur médecin, et d'autre part les professionnels de santé (en établissement et libéraux), en leur recommandant d'être attentifs à certains symptômes. Une enquête d'évaluation menée par l'ORS Rhône-Alpes auprès des professionnels de santé a montré que cette campagne d'information semblait pertinente à la majorité des professionnels. Les dépliants ont été donnés en main propre aux personnes âgées davantage par les professionnels d'établissement que par les médecins libéraux, ces derniers les laissant à disposition dans la salle d'attente. Bien que la majorité des médecins libéraux déclarent que le diagnostic précoce des cancers fait partie de leur pratique quotidienne avec les personnes de plus de 75 ans, la moitié des médecins pensent que cette pratique entre dans le cadre d'une consultation spécifique de prévention.

Le dépistage de l'ostéoporose, seulement pour les patients à risque

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la micro-architecture du tissu osseux, responsables d'une augmentation du risque de fracture. Selon la DREES, 25% des Françaises de 65 ans et plus et 50% des Françaises de 80 ans et plus seraient atteintes d'ostéoporose. La complication principale de l'ostéoporose réside dans la fracture du col du fémur, source de handicaps et d'incapacités chez les personnes âgées.

Le dépistage de l'ostéoporose par ostéodensitométrie (qui mesure la densité osseuse) n'est pas recommandé pour l'ensemble de la population. Cet examen n'est indiqué que pour des patients à risque :

- en population générale : pathologie ou traitement potentiellement inducteurs d'ostéoporose, antécédent de fracture sans traumatisme majeur
- chez la femme ménopausée : antécédent de fracture du col du fémur sans traumatisme chez un parent du 1er degré, indice de masse corporelle inférieur à 19kg/m², ménopause précoce (avant 40 ans), antécédent de corticothérapie de plus de trois mois consécutifs.

Dans tous les cas, un traitement ne sera prescrit qu'après avoir corrigé une éventuelle carence en calcium et/ou en vitamine D (chez les sujets les plus âgés notamment), par ajustement des apports alimentaires et/ou supplémentation médicamenteuse. Le sevrage tabagique est également conseillé.

Le repérage des démences et de la maladie d'Alzheimer

A partir des taux de prévalence constatés dans plusieurs études (notamment en Aquitaine), on peut estimer que plus de 6 700 Ardéchois et plus de 7 300 Drômois souffriraient d'une maladie d'Alzheimer. Compte-tenu des difficultés de repérage de la maladie et des

pratiques diverses de prise en charge des patients, ce sont 865 Ardéchois de plus de 75 ans (bénéficiaires du régime général) et 1 469 Drômois qui reçoivent en 2010 un traitement spécifique de la maladie d'Alzheimer, avec une forte surreprésentation des femmes. Le taux brut de personnes de 75 ans et plus sous traitement antiAlzheimer est légèrement moins élevé en Ardèche (4,1%) que dans la Drôme (4,8%) et la région (4,7%).

Effectifs et taux* bruts de personnes de 75 ans et plus sous traitement antiAlzheimer en 2010

	Effectifs			Taux		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Ardèche	228	637	865	3,0	4,7	4,1
Drôme	435	1 034	1 469	3,9	5,3	4,8
Rhône-Alpes	4 876	12 428	17 304	3,6	5,3	4,7

*taux pour 100 bénéficiaires du régime général de 75 ans et plus
Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

Les consultations mémoire, au nombre de 3 dans la Drôme et de 2 dans l'Ardèche, sont spécialisées dans le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des symptômes apparentés. Au côté des médecins libéraux, elles permettent une prise en charge adaptée des malades. En Ardèche, 603 patients ont consulté au moins une fois en 2011 dans les centres de consultation mémoire d'Aubenas et d'Annonay, chiffre stable sur les 3 dernières années. Dans la Drôme, l'année 2011 a vu une augmentation par rapport à 2010 de 40% des patients ayant consulté, soit 1 588 patients en 2011, liée à l'intégration des consultants du CDPRV de Valence (centre de prévention du vieillissement - consultation avancée de la consultation de gériatrie du CH en ville pour les patients autonomes après 65 ans).

File active* de patients vus en centre sur la période 2009-2011

		2009	2010	2011
Ardèche	Annonay (CH)	310	252	264
	Aubenas (CH)	294	376	339
	Total	604	628	603
Drôme	Romans (Hôpitaux Drôme Nord)	376	267	373
	Montélimar (CH)	393	407	475
	Valence (CH)	235	250	740
	Total	1 004	924	1 588

*total des patients vus au moins une fois dans l'année
Source : CROD

Environ 1/3 des consultations dans ces centres donnent lieu à un diagnostic de maladie d'Alzheimer. Cette part est plus importante dans le CH d'Aubenas (48%) et moins importante en 2011 dans le CH de Valence (21,5%), en raison de la présence du CDPRV qui accueille en ville des patients autonomes.

Part des diagnostics Alzheimer parmi les patients vus en centre sur la période 2009-2011 (en %)

		2009	2010	2011
Ardèche	Annonay (CH)	36,5	37,9	34,9
	Aubenas (CH)	50,8	44,5	47,9
Drôme	Romans (Hôpitaux Drôme Nord)		35,6	33,2
	Montélimar (CH)	43,6	42,5	39,7
	Valence (CH)	39,5	33,9	21,5

Source : CROD

Le repérage de la perte d'audition

La perte d'audition, souvent progressive avec l'avancée en âge, n'est pas toujours ressentie ou reconnue par la personne qui en souffre. Elle peut être à l'origine de troubles psychiques (isolement croissant de la personne malentendante, anxiété, dépression) et physiques (perte de l'équilibre et risque de chute).

Alors que 29% des Français de plus de 60 ans, interrogés dans le cadre de l'enquête Handicap Santé 2008 (INSEE), déclarent une perte auditive, seulement 7% disent bénéficier d'une aide auditive. Le coût de l'appareil auditif (très peu remboursé) est un frein important à l'appareillage.

L'adaptation à un appareil auditif n'est pas toujours facile chez les personnes âgées, raison pour laquelle un appareillage précoce est conseillé lorsque la perte auditive est confirmée. Le test auditif, pratiqué chez un médecin ORL, un audioprothésiste ou en consultation préventive (médecine du travail ou centre d'examen de santé), permet de mesurer la perte d'audition et la nécessité d'une aide auditive. Certains spécialistes recommandent un test tous les deux ans à partir de l'âge de 60 ans. La Journée Nationale de l'Audition permet chaque année aux Français de faire contrôler gratuitement leur audition. Cette Journée Nationale s'est adressée en 2013 aux seniors, avec le message suivant : conserver ses capacités d'audition, par quelque moyen que ce soit, fait partie intégrante du Bien Vieillir.

2. Offre de prévention chez les personnes âgées

2.1. Professionnels de santé et personnel des structures médico-sociales

Les professionnels de santé libéraux, les professionnels des établissements pour personnes âgées, ainsi que ceux intervenant à domicile dans le cadre des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), sont particulièrement présents auprès des personnes âgées; leurs interventions concernent le soin mais intègrent fréquemment des conseils de prévention.

Intervenant spécifiquement auprès des personnes âgées, **les médecins gériatres ou gérontologues** sont difficiles à dénombrer, la gériatrie n'étant pas une spécialité médicale à part entière. Considérée comme une compétence de médecin généraliste jusqu'en 2010 dans le répertoire Adeli des professionnels de santé, la gériatrie est considérée depuis 2011 comme une spécialité ordinaire (reconnue par l'Ordre des médecins) dans le nouveau RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé); elle figure donc désormais parmi les spécialités. Le dénombrement de la DREES est ainsi passé de 2 784 médecins généralistes ayant une compétence en gériatrie-gériatrie au 1er janvier 2010 en France (fichier Adeli), à 1 247 médecins



spécialistes en gériatrie au 1er janvier 2012 en France. Selon ce nouveau mode de comptage, 122 médecins gériatres exercent en Rhône-Alpes en 2012, dont la moitié en hôpital public.

Parmi les nombreux professionnels de santé non médecins intervenant auprès des personnes âgées, les plus représentés sont les infirmiers, qui assurent à domicile les soins infirmiers et d'hygiène.

Les infirmiers libéraux, au nombre de 577 dans l'Ardèche et de 1 049 dans la Drôme au 1er janvier 2012, présentent dans ces deux départements des densités supérieures à la densité régionale : respectivement 183 et 215 infirmiers pour 100 000 habitants, contre 151 dans la région. Les infirmiers libéraux peuvent également intervenir à domicile dans le cadre d'une convention passée avec un SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile).

Effectifs et densité* des infirmiers libéraux au 1er janvier 2012

	Effectif	Densité*
Ardèche	577	183
Drôme	1 049	215
Rhône-Alpes	9 404	151

*densité = nombre pour 100 000 habitants

Source : Statiss (DREES, ARS)

S'adressant presque exclusivement aux personnes âgées (95% des bénéficiaires ont plus de 60 ans et 80% ont plus de 75 ans, selon l'enquête 2008 de la DREES), **les SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile)** sont des établissements médico-sociaux qui ont pour mission d'assurer les soins infirmiers, ainsi que des soins d'hygiène générale, au domicile des personnes âgées. **Les SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile)** remplissent également cette fonction, complétée par un soutien à domicile plus large. Au 1er janvier 2012, l'Ardèche et la Drôme présentent des taux d'équipement en places de SSIAD (+ SPASAD) proches du taux régional, respectivement 19,2 et 18,0 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, contre 17,7 au niveau régional.

Equipement en places de SSIAD et SPASAD au 1er janvier 2012

	Nombre de places	Taux* d'équipement
Ardèche	669	19,2
Drôme	815	18,0
Rhône-Alpes	9 135	17,7

*taux pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Source : Statiss (DREES, ARS)

Selon l'enquête réalisée en 2008 auprès des SSIAD, ces derniers emploient en moyenne au niveau national 23 personnes en ETP (équivalent temps plein) pour 100 places, réparties entre 76% d'aides-soignants (qui assurent les soins de nursing), 9% d'infirmiers

coordonnateurs et 6% d'infirmiers soignants. Ils font appel également soit régulièrement soit ponctuellement à des intervenants extérieurs, dont 90% sont des infirmiers libéraux. Au total, 15% des visites réalisées par les SSIAD sont assurées par des intervenants libéraux.

Cette même enquête montre que les bénéficiaires des SSIAD sont quasiment tous en perte d'autonomie, avec 2/3 de personnes moyennement dépendantes (classées GIR 3 et 4) et environ 5% de personnes lourdement dépendantes, dans l'Ardèche comme dans la Drôme.

En établissement pour personnes âgées, les personnels médicaux et non médicaux participent à la mise en oeuvre d'actions de prévention (dénutrition, chutes, activités de mémoire...) auprès des résidents, particulièrement dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Avec 5 806 lits en EHPAD et 135 lits en USLD (Unité de soins longue durée), l'Ardèche présente le taux d'équipement en lits médicalisés (EHPAD et USLD) le plus élevé de la région, soit 170,6 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. La Drôme, avec 4 346 lits en EHPAD et 201 lits en USLD, se situe à un niveau d'équipement inférieur au taux régional, 100,7 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus dans la Drôme contre 111,3 dans la région.

Equipement en lits médicalisés pour personnes âgées au 1er janvier 2012

	Lits EHPAD**	Lits USLD***	Taux* d'équipement lits médicalisés
Ardèche	5 806	135	170,6
Drôme	4 346	201	100,7
Rhône-Alpes	54 561	3 057	111,3

*taux pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

**EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

*** USLD : Unités de soins longue durée

Source : Statiss (DREES, ARS)

2.2. Services en direction des personnes âgées

Les Conseils généraux, à travers les Schémas départementaux en faveur des personnes âgées, sont un des acteurs principaux de la politique menée en faveur de ce public. Ils autorisent et contrôlent les établissements d'accueil, attribuent l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et l'aide sociale départementale, aident les personnes en perte d'autonomie à adapter leur logement, mènent des actions de prévention de la perte d'autonomie, soutiennent les aidants familiaux.

De nombreuses actions sont menées par les Conseils généraux en partenariat avec **les organismes d'assurance maladie, les organismes mutualistes,**

les centres communaux d'actions sociales (CCAS), les associations sanitaires et sociales...

La CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) Rhône-Alpes s'adresse aux retraités du régime général et mène des actions dans toute la région afin de préserver l'autonomie des retraités (ateliers sur la nutrition, l'équilibre, la mémoire, le bien vieillir...) et contribuer au maintien à domicile des retraités en situation de fragilité. Cet accompagnement peut se traduire par un plan d'actions personnalisé (PAP) en faveur des publics les plus fragiles. La CARSAT est à l'initiative du programme «**ATOO, la dynamique senior**», programme gratuit d'évaluation et d'accompagnement en prévention personnalisé. Ce programme s'adresse à toute personne à partir de 55 ans, à laquelle il offre un bilan et un accompagnement personnalisé par une équipe de professionnels (conseillère en prévention santé, psychologue...).

Les CLIC (Centres locaux d'information et de coordination gérontologique), sous l'autorité du Conseil général, ont pour mission la coordination des aides visant le soutien à domicile de la personne âgée dans tous ses aspects, ils participent dans ce cadre à des actions de prévention. La Drôme compte 7 CLIC répartis sur son territoire, il n'y a pas de CLIC en Ardèche.

Pour les personnes âgées à domicile mais en perte d'autonomie, de nombreux services sociaux et médico-sociaux gérés par des associations, des organismes mutualistes ou des centres communaux d'actions sociales (CCAS) contribuent au maintien à domicile des personnes âgées. Ils proposent des services tels que l'aide ménagère, la garde à domicile, les repas à domicile, la téléalarme.

Les SAAD (Services d'aide et d'accompagnement à domicile), sous l'autorité des Conseils généraux, visent au soutien à domicile, à la préservation de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien des activités sociales et des liens avec l'entourage. Le personnel des SAAD, par sa grande proximité avec les personnes âgées à domicile, peut constituer, s'il est formé et outillé, un acteur important à la fois pour la prévention et pour le repérage des situations à risque dans cette population.

2.3. Autres actions en prévention

Pour les personnes âgées autonomes, parfois les seniors à partir de 50 ans, des actions de prévention (autour de la nutrition, de l'activité physique, des dépistages...) sont proposées par des associations de santé mais également par des associations sportives et de loisirs, des organismes d'assurance maladie, des caisses de retraite et des mutuelles, des collectivités locales...

L'entourage des personnes dépendantes, les aidants familiaux, sont de plus en plus ciblés par des actions destinées à les soutenir mais également à leur apporter des formations ou des conseils dans leur pratique avec les personnes âgées.

La Mutualité Française Rhône-Alpes mène des actions à la fois auprès des seniors (conférences, ateliers, autour du «**Bien vieillir**»), auprès des résidents en EHPAD («**cap sur le sensoriel**», hygiène bucco-dentaire), et auprès des aidants familiaux et professionnels (accompagnement des aidants à domicile et en établissement).

Des dispositifs de prévention spécifiques tels que les plans «**canicule**» mis en oeuvre chaque année du 1er juin au 31 août par l'ARS, s'adressent tout particulièrement aux personnes âgées ainsi qu'à leur entourage, afin de prévenir les risques de déshydratation fréquents dans cette population.

Dans le domaine de la prévention de la maltraitance des personnes âgées, les associations ALMA mettent en place dans chaque département une écoute téléphonique ainsi que des actions de sensibilisation et de formation des personnels tant à domicile qu'en institution.





1. Acronymes, sigles et abréviations

AFTN	Anomalie de fermeture du tube neural
AGAM	Association gérontologique d'Ardèche méridionale
ALD	Affection longue durée
ANAH	Agence nationale de l'habitat
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
API	Alcoolisation ponctuelle importante
ARS	Agence régionale de santé
BCG	Vaccin bilité de Calmette et Guérin (contre la tuberculose)
BSEM	Bilan de santé en école maternelle
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques professionnelles
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales décès
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CG	Conseil général
CH	Centre hospitalier
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CIDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CIRE	Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région
CLIC	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CMPP	Centre médicopsychopédagogique
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CROD	Cellule régionale d'observation de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées
CRPCS	Centre régional de prévention des conduites suicidaires
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CS8	Certificat de santé du 8ème jour
CS9	Certificat de santé du 9ème mois
CS24	Certificat de santé du 24ème mois
DEPP	Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGGN	Direction générale de la gendarmerie nationale
DGPN	Direction générale de la police nationale
DGS	Direction générale de la santé
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DREES	Direction recherche, études, évaluation et statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DTPolio	Diphtérie tétanos poliomyélite
EBD	Examen bucco-dentaire
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENNS	Eude nationale nutrition santé
EPP	Entretien prénatal précoce
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
ESPS	Enquête sur la santé et la protection sociale



ETP	Equivalent temps plein
EVREST	Evolutions et relations en santé au travail
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
GIR	Groupe iso-ressources
HAS	Haute autorité de santé
HBSC	Health behaviour in school-aged children
HCSP	Haut conseil de santé publique
HPV	Virus du papillome humain
HSM	Enquête Handicap-santé volet ménages
IMC	Indice de masse corporelle
INCA	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut de veille sanitaire
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LSD	Diéthylamide de l'acide lysergique
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MFRA	Mutualité Française Rhône-Alpes
MSA	Mutualité sociale agricole
ODICER	Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions
OFDT	Observatoire français des drogues et toxicomanies
ONISR	Observatoire national interministériel de la sécurité routière
OPH	Ophtalmologie
ORL	Oto-rhino-laryngologie
ORS	Observatoire régional de la santé
PAEJ	Point d'accueil et d'écoute des jeunes
PIJ	Point information jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS	Programme national nutrition santé
PP	Préfecture de police
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies
PRS	Projet régional de santé
ROR	Rougeole oreillons rubéole
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMOTRACE	Santé mentale, observatoire travail, Rhône-Alpes, Centre
SETRA	Service d'études sur les transports, les routes et leurs aménagements
SIST	Service interentreprises de santé au travail
SOHDEV	Santé orale, handicap, dépendance et vulnérabilité
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SUMER	Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels
TCH	Taux comparatif d'hospitalisation
TCM	Taux comparatif de mortalité
TMS	Trouble musculo-squelettique
TS	Tentative de suicide
UDAF	Union départementale des associations familiales
UDVI	Usager de drogues par voie intraveineuse
USLD	Unité de soins de long séjour
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZEAT	Zone d'études et d'aménagement du territoire
ZEP	Zone d'éducation prioritaire



2013

calendrier simplifié des vaccinations

Âge approprié	Naissance	2 mois	4 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 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



En savoir plus

Toute la vie, en fonction de votre âge et de votre situation, il existe des vaccins pour vous protéger de maladies qui peuvent être graves.

Qu'est-ce que ça veut dire «être à jour» ?

«Être à jour» c'est avoir reçu les vaccins recommandés en fonction de son âge et avec le bon nombre d'injections pour être protégé.

Si mes vaccins ne sont pas «à jour» ?

Il n'est pas nécessaire de tout recommencer, il suffit de reprendre la vaccination au stade où elle a été interrompue. On parle de «rattrapage».

La vaccination permet de se protéger et de protéger les autres.

Une question ? Un conseil ? Parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

BCG (Tuberculose)

La vaccination contre la tuberculose est recommandée dès la naissance et jusqu'à l'âge de 15 ans chez certains enfants exposés à un risque élevé de tuberculose.

Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite

Les rappels de l'adulte sont désormais recommandés à âges fixes soit 75 ans, 85 ans, etc.

Coqueluche

Le rappel de la coqueluche à l'âge de 25 ans protège aussi les nourrissons de moins de 3 mois que l'on ne peut pas encore vacciner. Les futurs parents sont particulièrement concernés. Ce rappel est réalisé en même temps que le rappel diphtérie-tétanos-poliomyélite.

Hépatite B

La vaccination des nourrissons débute à l'âge de 2 mois. Si la vaccination n'a pas été effectuée au cours de la première année de vie, elle peut être réalisée jusqu'à 15 ans inclus. À partir de 16 ans, elle est recommandée uniquement chez les personnes exposées au risque d'hépatite B.

Pneumocoque

La vaccination des nourrissons débute à l'âge de 2 mois. Au-delà de 24 mois, cette vaccination est recommandée dans des situations particulières.

Méningocoque C

La vaccination est recommandée aux enfants âgés de 12 mois avec un rattrapage jusqu'à l'âge de 24 ans inclus.

Rougeole-Oreillons-Rubéole

La vaccination est recommandée pour tous les enfants à l'âge de 12 mois avec une deuxième dose entre 16 et 18 mois. Pour les personnes nées à partir de 1980, être à jour signifie avoir eu deux doses du vaccin.

Papillomavirus humain (HPV)

La vaccination est recommandée chez les jeunes filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 19 ans révolus.

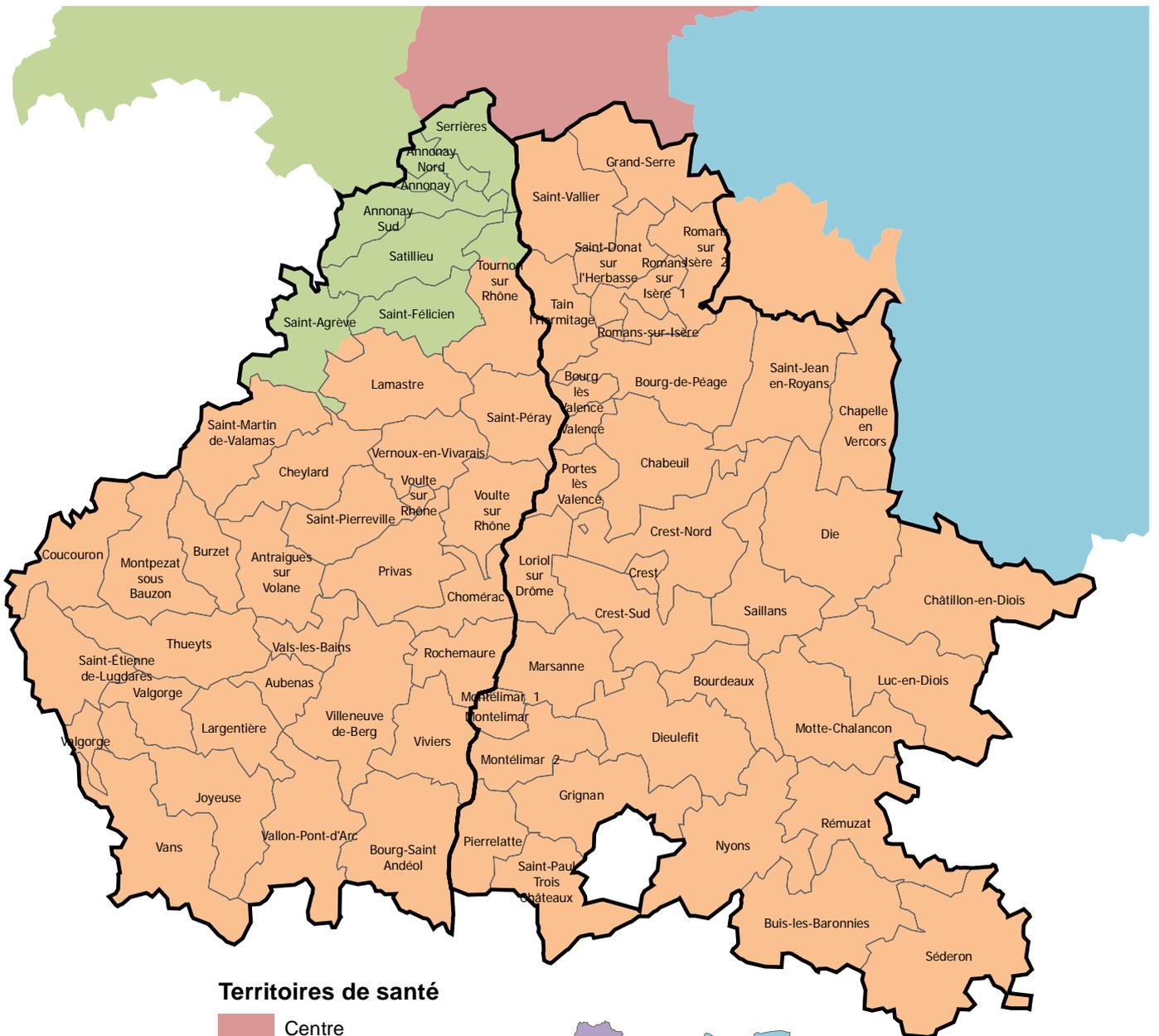
Grippe

La vaccination est recommandée chaque année pour les personnes à risque y compris les enfants à partir de 6 mois, les femmes enceintes et pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus.





3. Cartographie des cantons* de l'Ardèche et de la Drôme



* Les cantons représentés ici sont les pseudo-cantons définis par l'Insee



**Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes
ERSP - 9 quai Jean Moulin - 69001 LYON**

Tél : 04.72.07.46.20 - Fax : 04.72.07.46.21
E-mail : courrier@ors-rhone-alpes.org
Site web : www.ors-rhone-alpes.org