



ÉTAT DES LIEUX PRÉALABLE À L'ÉLABORATION DU PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ RHÔNE-ALPES

MARS 2011



ÉTAT DES LIEUX PRÉALABLE À L'ÉLABORATION DU PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ RHÔNE-ALPES

Ce travail a été réalisé à la demande et avec le soutien financier de l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes, par l'**Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes** :

Olivier GUYE, Directeur
Marlène BERNARD, Statisticienne
Pauline BOLAMPERTI, Statisticienne
Martine DRENEAU, Documentaliste
Karine FONTAINE-GAVINO, Socio-démographe
Isabelle FONTANIER, Statisticienne
Thibaut PICARD, Statisticien
Abdoul SONKO, Statisticien
Chu-Philippe YA, Statisticien

ACRONYMES UTILISÉS

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

ALD : Affections de longue durée

AVC : Accident vasculaire cérébral

CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès / Laboratoire Inserm

CIM : Classification internationale des maladies

Cnam-TS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Francim : Réseau des registres français de cancer

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

ITG : Interruption thérapeutique de grossesse

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

MSA : Mutualité sociale agricole

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'informations

RMI : Revenu minimum d'insertion

RSA : Revenu de solidarité active

RSI : Régime social des indépendants

Urcam : Union régionale des caisses d'assurance maladie

VADS : voies aérodigestives supérieures



SOMMAIRE

INTRODUCTION ET OBJECTIFS	7
I - SITUATION GÉNÉRALE	9
I- 1 - CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE	10
I- 2 - ÉTAT DE SANTÉ.....	15
I- 3 - OFFRE ET RECOURS AUX SOINS	20
I- 4 - SYNTHÈSE	30
II - PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE.....	33
II- 1 - CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....	34
II- 2 - ÉTAT DE SANTÉ.....	37
II- 3 - OFFRE ET RECOURS AUX SOINS	41
II- 4 - SYNTHÈSE.....	45
III - SANTÉ DES JEUNES	47
III- 1 - CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	48
III- 2 - COMPORTEMENT ET ETAT DE SANTÉ.....	51
III- 3 - RECOURS AUX SOINS	59
III- 4 - SYNTHÈSE.....	61
IV - SANTÉ MENTALE ET ADDICTIONS.....	63
IV- 1 - SANTÉ MENTALE	64
IV- 1 - A - ÉTAT DE SANTÉ MENTALE.....	64
IV- 1 - B - OFFRE ET RECOURS AUX SOINS.....	69
IV- 2 - ADDICTIONS	71
IV- 2 - A - ÉTAT DE SANTÉ	71
IV- 2 - B - OFFRE ET RECOURS AUX SOINS.....	76
IV- 3 - SYNTHÈSE	78
V - MALADIES CHRONIQUES	81
V- 1 - LES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE	82
V- 2 - LA MORTALITE	83
V- 3 - LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES.....	85
V- 4 - LES CANCERS	88
V- 5 - LE DIABETE.....	93
V- 6 - LES MALADIES NEUROLOGIQUES	96
V- 7 - LES MALADIES RESPIRATOIRES	98
V- 8 - LES MALADIES RHUMATOLOGIQUES.....	101
V- 9 - LES MALADIES DIGESTIVES	102
V- 10 - LES MALADIES INFECTIEUSES	104
V- 10 - A - LES HEPATITES	104
V- 10 - B - LE VIH / SIDA.....	105

V- 10 - C - LA TUBERCULOSE	106
V- 11 - SYNTHÈSE	108
VI - HANDICAP ET VIEILLISSEMENT	113
VI- 1 - PERSONNES HANDICAPÉES	114
VI- 1 - A - LE HANDICAP : DES FAITS DIFFILES À ÉVALUER	114
VI- 1 - B - LE HANDICAP CHEZ LES ENFANTS : SCOLARISATION ET AIDES SOCIALES	115
VI- 1 - C - LES ÉQUIPEMENTS ET SERVICES POUR ENFANTS HANDICAPÉS	120
VI- 1 - D - LE HANDICAP CHEZ LES ADULTES	122
VI- 1 - E - LES ÉQUIPEMENTS ET SERVICES POUR ADULTES HANDICAPÉS	125
VI- 1 - F - SYNTHÈSE	128
VI- 2 - VIEILLISSEMENT	130
VI- 2 - A - CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE	130
VI- 2 - B - PERTE D'AUTONOMIE	132
VI- 2 - C - ÉTAT DE SANTÉ	134
VI- 2 - D - L'OFFRE EN ÉTABLISSEMENT	144
VI- 2 - E - SYNTHÈS	146
METHODE	149



INTRODUCTION ET OBJECTIFS

Cette étude s'inscrit dans le cadre du processus d'élaboration du plan régional stratégique de santé (PSRS). Elle participe au travail d'état des lieux visant l'évaluation des besoins de soins et l'analyse de l'offre.

En décembre 2008, l'étude « Indicateurs pour la santé publique en Rhône-Alpes¹ » qui présentait des indicateurs de santé correspondant aux différents objectifs du Plan régional de santé publique (PRSP), en tentant de mettre en évidence les disparités de santé géographiques (à l'échelle des zones de soins de proximité) et sociales. Le présent travail qui repose également sur une analyse d'indicateurs quantitatifs complète cette étude et constitue un outil d'aide à la planification pour aider à l'identification des grands objectifs du Plan stratégique régional de santé. Ses objectifs sont les suivants :

- rappeler le poids des différentes problématiques en termes d'état de santé (mortalité, morbidité, comportements) mais aussi de handicap et de perte d'autonomie en soulignant autant que possible les évolutions ;
- comparer la situation rhônalpine à la situation nationale et aux autres régions pour aider à en repérer les éventuelles spécificités ;
- décrire la situation des 5 territoires de santé arrêtés par l'ARS en octobre 2010 ;
- illustrer au travers de quelques indicateurs déclinés géographiquement à un échelon local (cantons, codes postaux, communes) les disparités de santé.

Les plans stratégiques régionaux de santé doivent être déclinés selon 5 grands domaines : périnatalité et petite enfance, santé mentale et addictions (incluant la santé des jeunes), maladies chroniques, handicap et vieillissement, risques sanitaires. Le présent rapport suit le même schéma à deux différences près : la question de la santé des jeunes fait l'objet d'un chapitre spécifique (même si certains éléments sont repris dans le chapitre santé mentale et addictions) et le domaine « risques sanitaires » traité par ailleurs et plus difficile à aborder avec cette démarche d'observation n'est pas intégré dans le document. Le chapitre « situation générale » qui ouvre le rapport présente quelques éléments transversaux.

Ce travail n'a pas pour ambition d'être exhaustif et de balayer l'ensemble des questions de santé. Il s'agit plus d'identifier les grands enjeux régionaux sur les domaines sus-cités. De plus l'approche développée ici est uniquement quantitative et ne peut aborder que les thématiques où des systèmes d'information statistique en permettent une observation chiffrée.

¹ Indicateurs pour la santé publique en Rhône-Alpes. ORS Rhône-Alpes, 192 pages, décembre 2008. Consultable sur le site de l'ORS Rhône-Alpes rubrique publication (www.ors-rhone-alpes.org).



I - SITUATION GÉNÉRALE

I- 1 - CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE	10
I- 2 - ÉTAT DE SANTÉ.....	15
I- 3 - OFFRE ET RECOURS AUX SOINS	20
I- 4 - SYNTHÈSE	30

I - SITUATION GÉNÉRALE

I- 1 - CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Une région diversifiée

Au 1er janvier 2007, 6 065 948 personnes résident en Rhône-Alpes dans huit départements : l'Ain, l'Ardèche, la Drôme, l'Isère, la Loire, le Rhône, la Savoie et la Haute-Savoie. Ce territoire est également divisé en 2 878 communes et 5 territoires de santé : le Nord, le Sud, l'Ouest, le Centre et l'Est.

La région Rhône-Alpes est la deuxième région française par sa superficie, derrière la région Midi-Pyrénées, ainsi que par sa population, après l'Ile de France. Elle regroupe 10 % de la population française. Souvent nommée "la région 10%", cette région est composée de sous-territoires très différenciés et ce, d'un point de vue géographique, démographique, socio-économique.

Cette structuration de l'espace est, en grande partie, associée aux caractéristiques physiques et géographiques de la région.

Traversée par les grandes voies de communication que sont les vallées de la Saône et du Rhône, Rhône-Alpes se caractérise par la grande variété de ses espaces naturels. À l'ouest, le Massif Central est une zone de moyenne montagne : monts du Forez et du Vivarais. À l'est, les Alpes, au relief imposant, sont accessibles grâce aux profondes vallées bien desservies par des axes autoroutiers. Au sud, on trouve les parcs naturels du Vercors et des monts d'Ardèche.

La moitié de la superficie (49 %) de la région est constituée d'espaces à dominante urbaine, contre 41% en moyenne en France.

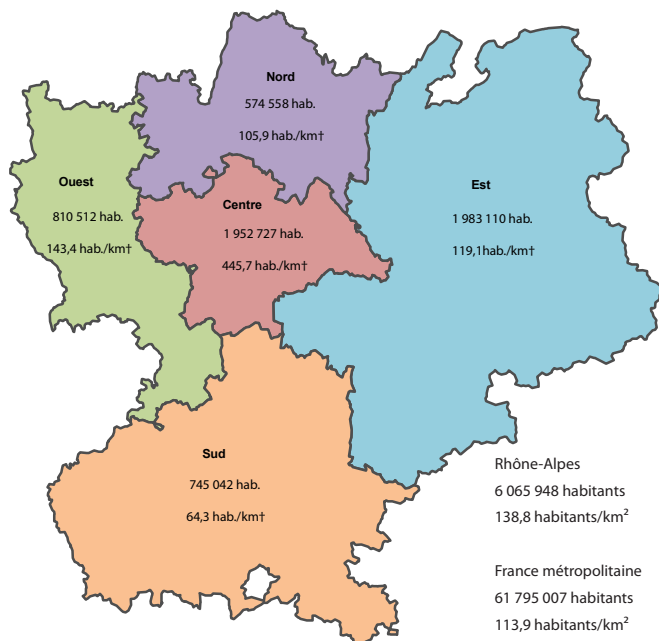
Rhône-Alpes s'organise autour de trois grands pôles urbains : Lyon, capitale régionale et deuxième agglomération de France, Grenoble et Saint-Etienne. Parallèlement, un réseau de villes moyennes se développe (ex : Valence en Drôme, Chambéry en Savoie, Annecy en Haute-Savoie). A proximité des ces pôles urbains et villes moyennes, se sont développés des espaces péri-urbains.

Les 2 879 communes de la région Rhône-Alpes sont en majorité de petite taille. Aux côtés de grandes agglomérations, de toutes petites communes rurales sont présentes, en particulier dans des zones à l'écart des grands axes de communication.

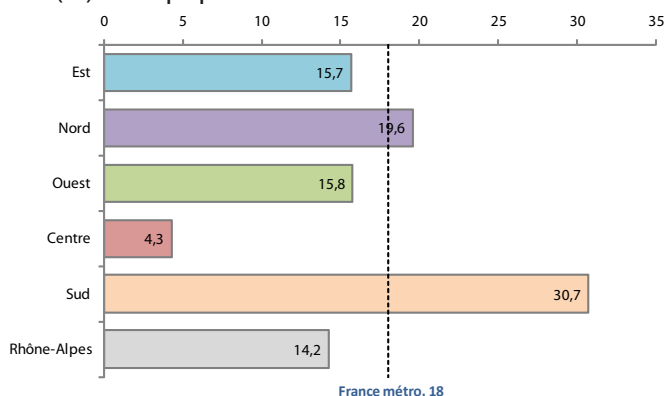
La densité de population est en 2007 légèrement supérieure à celle de la France métropolitaine, respectivement, 138,8 habitants/km² et 113,9 habitants/km². Elle se situe au 6e rang (sur 22 régions métropolitaines) des régions les plus densément peuplées.

La diversité de la région Rhône-Alpes s'exprime aussi dans la répartition des habitants. Cette particularité se vérifie

Population en Rhône-Alpes par territoire en 2007



Part (%) de la population rurale en 2007



Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS



à travers la répartition de la population au sein des territoires de santé. En effet, le Centre, avec Lyon et son agglomération, concentre une grande partie (près du tiers) de la population de Rhône-Alpes, sa densité y est 4 fois supérieure aux autres territoires.

L'Est concentre une part équivalente de la population (33%) mais sa superficie est également la plus vaste. Le Sud, est le territoire où la part de la population rurale y est la plus importante de la région. Ce territoire englobe notamment le parc naturel du Vercors et le parc naturel des monts d'Ardèche. Le Nord est le territoire le moins peuplé (moins de 10% de la population régionale). Enfin l'Ouest qui présente une densité de population équivalente à la valeur régionale, est un territoire où l'accroissement de la population est très inférieur aux autres.

La région Rhône-Alpes fait preuve d'un accroissement et d'un dynamisme démographique plus important que celui de la France métropolitaine. L'ensemble des territoires s'inscrit dans cette dynamique d'une manière plus ou moins prononcée, à l'exception de l'Ouest.

Une démographie dynamique

Caractéristiques de la population en Rhône-Alpes

	Rhône-Alpes	France
Population au dernier recensement (2007)	6 065 948	61 795 007
Croissance annuelle moyenne de la population * (entre 1999 et 2007)	0,9	0,7
Part des moins de 20 ans dans la population totale *	25,5	27,7
Part des 75 ans et plus dans la population totale *	7,9	8,5
Taux de natalité en 2007 **	13,1	12,7
Taux de fécondité 2007 ***	55,1	54,1

* Pourcentage, ** Taux pour 1 000 habitants, *** Taux pour 1 000 femmes de 15-49 ans

Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

Depuis le début des années 60, cette région a une croissance démographique supérieure à la moyenne française. C'est une région globalement attractive et jeune.

Ce dynamisme se caractérise essentiellement par un taux de natalité parmi les plus élevés de France (3e rang après l'Île de France et le Nord-Pas-de-Calais), par un excédent naturel (plus de naissances que de décès), mais aussi par un solde migratoire positif (plus d'arrivées que de départs).

Ce dynamisme n'empêche pas un certain vieillissement de sa population. La part des 75 ans et plus dans la population totale passe de 6,6% en 2000 à 7,9% en 2007.

Même si l'indice de vieillissement (65 ans et plus/moins de 20 ans) est au 6^{ème} rang des plus faibles de la France métropolitaine (indice de 61,3% [47,4-112,5]), il augmente régulièrement en Rhône-Alpes. Il était de 56,7% en 2000, 58,8% en 2004, 61,3% en 2007. Ainsi même si la région demeure l'une des plus jeunes, et notamment la plus jeune région d'une grande moitié sud de la France, il n'en demeure pas moins que, comme pour l'ensemble de la France, la population vieillit.

Taux de natalité :

Nombre de naissances vivantes de l'année rapporté à la population moyenne de l'année. Il est généralement exprimé pour mille habitants.

Taux de fécondité :

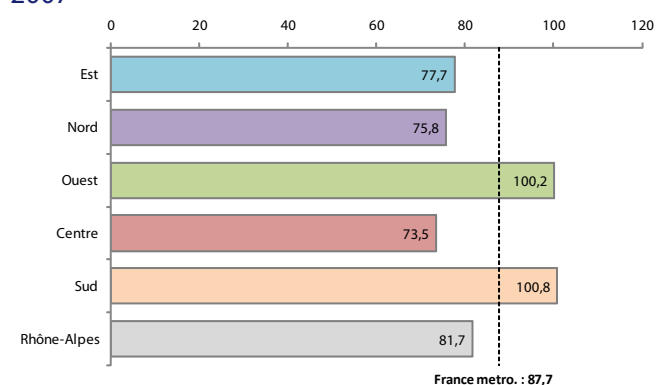
Le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer (nombre moyen des femmes de 15 à 49 ans sur l'année).

Accroissement annuel moyen de la population (en %) sur les périodes 1990-1999 et 1999-2007

Territoire	1990-1999	1999-2007
Est	0,9	1,1
Nord	0,9	1,2
Ouest	-0,3	0,2
Centre	0,6	0,9
Sud	0,5	1,0
Rhône-Alpes	0,6	0,9
France métro.	0,4	0,7

Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

Indice de vieillissement (en %) de la population en 2007



Source : Insee (RP 2007) - exploitation ORS

I - SITUATION GÉNÉRALE

Emploi et revenu

La région attire avant tout, les jeunes ménages avec enfants et les jeunes adultes qui viennent y étudier ou trouver un emploi.

Dans l'ensemble, la population de la région Rhône-Alpes est marquée par son niveau de vie supérieur à la moyenne nationale, son taux de chômage, un des plus faibles du pays, et une qualification supérieure. Cependant ce constat cache des disparités importantes au sein de la région et des territoires.

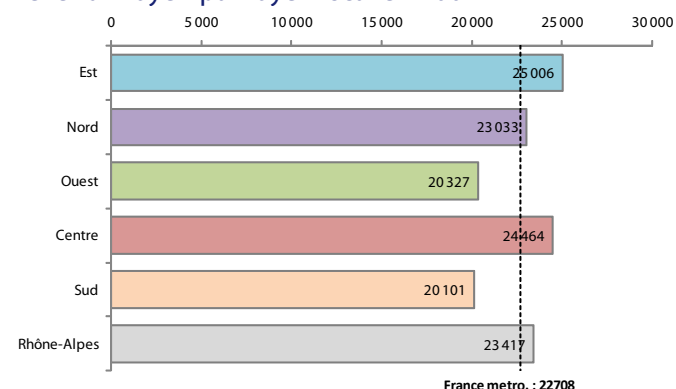
Un revenu moyen plus élevé que le revenu moyen national

Le revenu des habitants de Rhône-Alpes est un des plus élevés de France. En 2007, il était de 23 417€ contre 22 708€ pour le revenu moyen national. Cet indicateur de revenu place Rhône-Alpes au second rang des régions françaises, derrière l'Île de France.

Deux territoires ont un revenu fiscal supérieur à la valeur régionale : l'Est avec un revenu moyen de 25 006€ et le Centre avec un revenu moyen de 24 464€. Les revenus moyens les plus bas se situent à l'Ouest et surtout dans le Sud avec des revenus moyens respectifs de 20 327 € et de 20 101 €, inférieurs au revenu moyen national. On enregistre ainsi plus de 4 900 € d'écart entre le Sud et l'Est.

Le Sud et l'Ouest rassemblent notamment le plus grand nombre de personnes âgées à faible revenu tandis que l'Est concentre le plus de jeunes actifs.

Revenu moyen par foyer fiscal en 2007

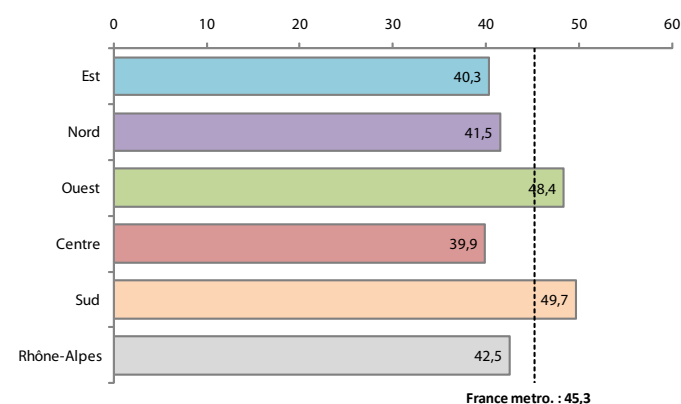


Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

Des indices de précarité en dessous des moyennes nationales

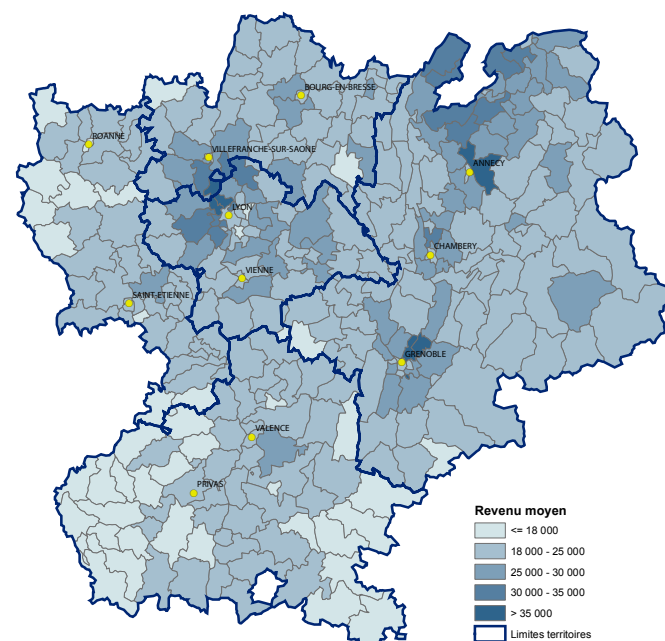
Dans la région, 42,5% des foyers fiscaux sont non imposables en 2008, contre 45,3% en France. Ce pourcentage avoisine les 40% au Centre, dans l'Est et le Nord. Il est, par contre, plus élevé dans l'Ouest (plus de 48%) et surtout dans le Sud (50%) où cette part est plus importante que la valeur nationale.

Part (en %) de foyers fiscaux non imposables en 2007



Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

Revenu moyen (en euros) par foyer fiscal en 2007 par canton



Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS



Même si le taux de chômage en Rhône-Alpes se trouve en dessous de la moyenne nationale (11,4%), il variait en 2007 de 8,3% dans l'Est et le Nord à 12,4% dans le Sud.

Le secteur tertiaire est, comme en France, le secteur d'activité le plus développé en Rhône-Alpes bien que concernant un peu moins d'emploi (72% contre 75%).

A l'inverse, le secteur industriel est plus présent (18% contre 15%). La construction représente 7% de l'emploi régional et l'agriculture 2%.

Mais là également des disparités sont à souligner. D'après l'Insee, en 2007, la Drôme et l'Ardèche sont les départements conservant une part d'emplois agricoles la plus notable dans la région (respectivement 4% et 5%), à l'inverse du Rhône (1%) et de l'Isère (2%).

Dans l'Ain, 25% des actifs travaillent dans l'industrie, 20% en Ardèche et dans la Loire, alors qu'ils ne sont que 14 % dans le Rhône et 13 % en Savoie. Ces deux départements enregistrent en fait, la part la plus importante d'emplois dans le secteur tertiaire, respectivement 79% et 78%, contre 72% pour la région en 2008 ; à l'inverse l'Ain (64%) et l'Ardèche (67%) sont les départements rhônalpins où cette part est la plus faible.

Globalement le profil par catégories socio-professionnelles de la région est proche de celui de la France. Les employés et professions intermédiaires sont majoritaires et représentent en Rhône-Alpes comme en France plus d'un emploi sur deux (53%). Les ouvriers représentent 24% des emplois et les cadres et professions intellectuelles supérieures 15%. Cependant cette moyenne cache de grandes disparités par territoire. En effet, la part d'ouvriers passe de 20% dans le Centre à 29% dans l'Ouest, tandis que la part de cadres passe de 10% dans l'Ouest à 19% dans le Centre.

Le Centre concentre, grâce à la ville de Lyon et son agglomération, un maximum d'emplois qualifiés et donc de cadres, tandis que l'Ouest, territoire plus rural et plus industriel concentre un maximum d'emplois primaires et secondaires et une part importante d'ouvriers.

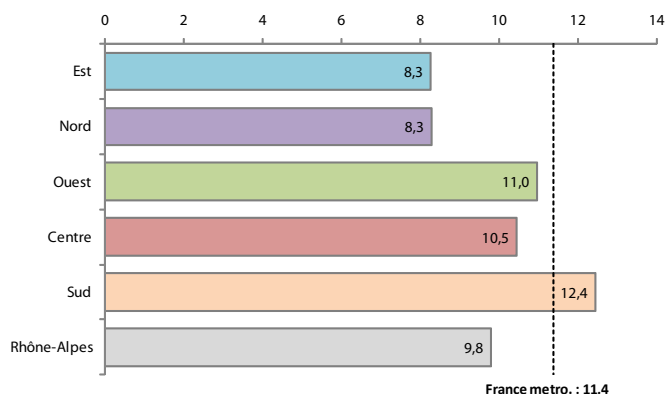
Le rapport entre la part de cadres et d'ouvriers est ainsi proche de 1 dans le Centre, supérieur à 2 dans les territoires Sud et Nord et proche de 3 dans l'Ouest.

Répartition (en %) des emplois par catégorie socio-professionnelle en 2007

CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES	Rhône-Alpes	France
Agriculteurs exploitants	1,5	2,1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	6,6	5,9
Cadres et professions intellectuelles sup	15,1	15,8
Professions intermédiaires	26,2	24,8
Employés	26,9	28,5
Ouvriers	23,6	22,9
Ensemble	100	100

Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

Taux de chômage (en %) dans la population active en 2007



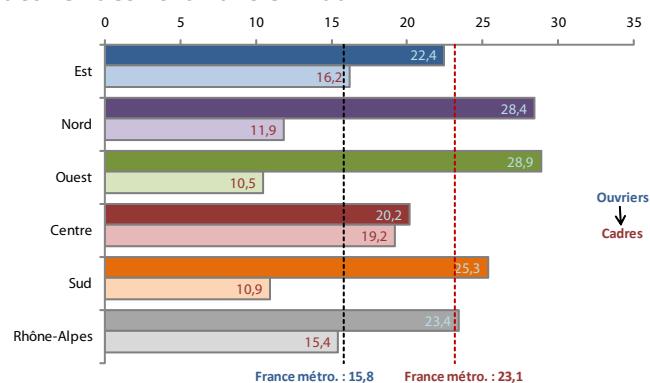
Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

Répartition (en %) des emplois par secteur d'activité en 2007

SECTEUR D'ACTIVITE	Rhône-Alpes	France
Agriculture	2,1	3,1
Industrie	18,4	14,8
Construction	7,2	6,8
Commerce, transports, services divers	44,1	45,1
Administration publique, enseignement, santé, action sociale	28,2	30,3
Ensemble	100	100

Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

Part (en %) d'ouvriers et de cadres dans la population active* des 15-64 ans en 2007

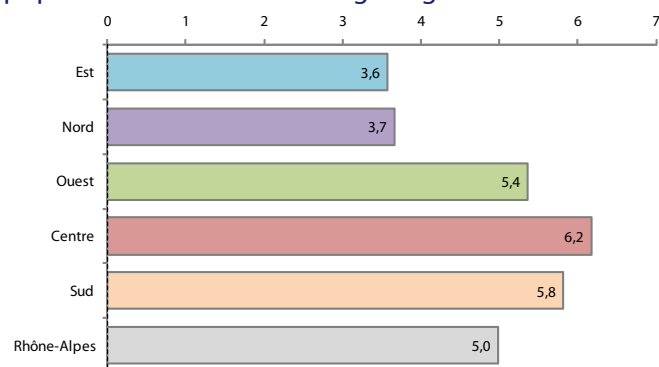


* Population active ayant un emploi

Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

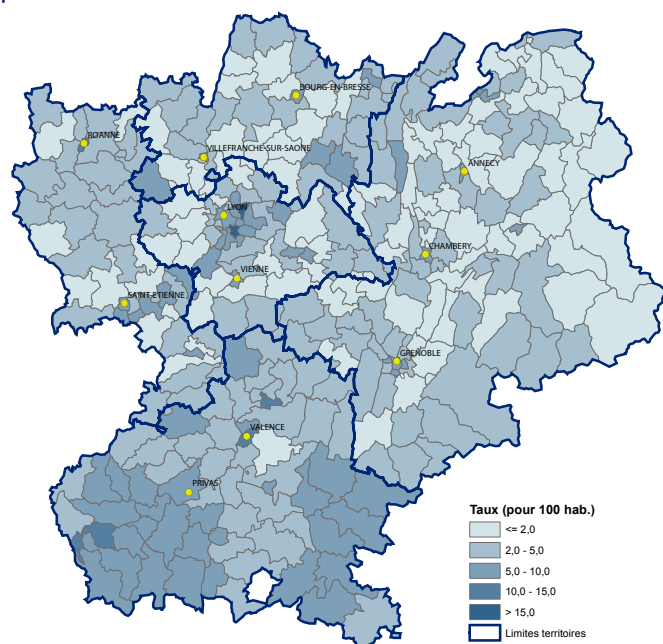
I - SITUATION GÉNÉRALE

Part (en %) des bénéficiaires de la CMUc en 2007 dans la population des assurés du régime général



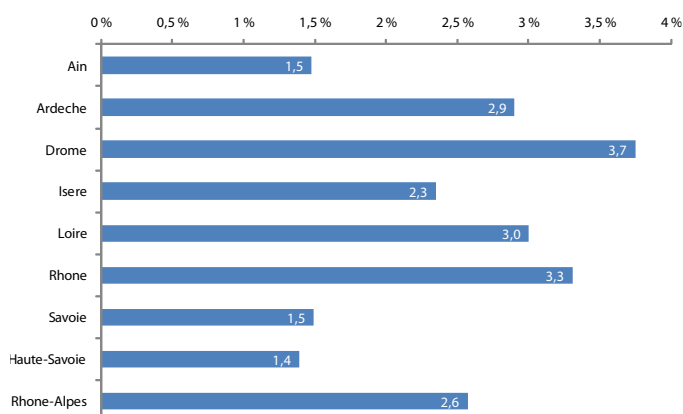
Source : Urcam - Exploitation ORS

Taux (pour 100 assurés) de bénéficiaires de la CMUc en 2007 parmi la population des assurés du régime général par canton



Source : Urcam - Exploitation ORS

Part (en %) de bénéficiaires du RMI en 2007



Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

Protection et aide sociale

En Rhône-Alpes, fin 2007, 246 500 personnes sont bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc). Ainsi le taux de couverture des assurés du régime général par la CMU complémentaire atteint 5%.

Les habitants des territoires du Centre, du Sud et de l'Ouest sont les plus concernés, respectivement 6,2%, 5,8% et 5,4%.

Les assurés de l'Est et du Nord sont les moins nombreux à relever de la CMU complémentaire (3,6%).

L'analyse de ce taux à un échelon local met en évidence des disparités plus importantes à l'intérieur de chaque territoire.

Les zones où les taux sont les plus élevés sont situées essentiellement sur les grandes villes et les zones périurbaines des agglomérations, dont notamment l'Est lyonnais et l'axe Lyon-Saint-Etienne. On peut également mettre en avant la frange est du territoire Nord (Oyonnax, Bugey) et la particularité des zones rurales du sud de la région.

Une analyse similaire peut être menée pour la part des bénéficiaires du RMI.

Le nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) était de 67 300 fin 2007.

Parmi la population rhônalpine de moins de 65 ans 2,6 % est concernée par le RMI. Ce pourcentage varie de 1,4% en Haute-Savoie à 3,7% dans la Drôme.

Ainsi on recense davantage de CMU complémentaire et de RMI dans le Rhône et la Drôme. A l'inverse, l'Est, avec la Savoie et la Haute Savoie est le territoire le plus favorisé.

De tels indicateurs dessinent des zones de précarité. Mais ces zones ne sont pas toutes concernées de la même manière par les différents types de précarité, monétaire ou liée à l'emploi. Ainsi, on peut distinguer les agglomérations et grandes villes qui concentrent plus de demandeurs d'emplois et le sud de la région qui concentre les revenus moyens les plus bas.



I-2 - ÉTAT DE SANTÉ

Dans ce chapitre, est abordé l'état de santé global de la population rhônalpine. Pour cela deux indicateurs sont utilisés qui permettent d'appréhender l'état de santé d'une population : l'espérance de vie à la naissance et la mortalité (globale et prématurée). Ces indicateurs placent la région Rhône-Alpes en situation favorable par rapport aux autres régions françaises.

Une espérance de vie élevée en Rhône-Alpes

L'espérance de vie à la naissance en 2007 en Rhône-Alpes, calculée par l'Insee, est supérieure à la moyenne nationale pour les deux sexes, 78,6 ans pour les hommes, 85,2 ans pour les femmes dans la région Rhône-Alpes contre respectivement 77,5 ans et 84,3 ans en France.

L'espérance de vie est en constante augmentation comme dans l'ensemble des régions en France. En Rhône-Alpes, selon l'Insee, elle était en 1990 de 73,6 ans pour les hommes et 81,5 ans pour les femmes. L'évolution apparaît plus favorable encore en Rhône-Alpes qu'en France, la région présentant en 2007, l'espérance féminine la plus élevée des 22 régions hexagonales, soit 85,2 ans en 2007 (à l'opposé, dans le Nord Pas-de-Calais, les femmes ont en 2007, une espérance de vie de 82,2 ans).

La région se situe au 3^{ème} rang pour l'espérance de vie des hommes, 78,6 ans en 2007 après l'Île de France, 79,0 ans, et Midi-Pyrénées, 78,7 ans (dans le Nord Pas-de-Calais, les hommes présentent en 2007 l'espérance de vie la plus basse de métropole avec 74,2 ans).

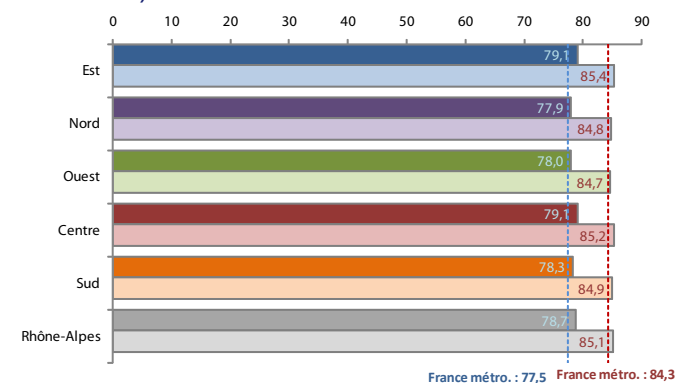
Au sein de la région Rhône-Alpes, nous notons de plus faibles disparités en fonction des territoires avec 1,3 année d'écart chez les hommes (minimum dans le Nord et maximum dans le Centre) et 0,6 année chez les femmes (minimum dans l'Ouest et maximum dans l'Est, le Centre et le Sud). Tous les territoires présentent des espérances de vie supérieures à la valeur nationale.

Une mortalité en baisse continue

En 2008, 46 574 décès sont survenus en Rhône-Alpes, dont 51% de décès masculins. Après avoir enlevé les effets de structures par âge, on observe une diminution presque continue de la mortalité générale chez les hommes et les femmes. Un pic est enregistré en 2003, qui souligne l'importance des décès survenus pendant la canicule de cette année-là.

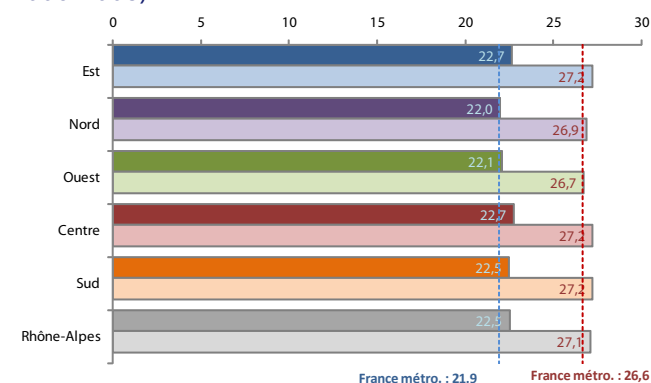
Si les décès se partagent pour moitié entre les hommes et les femmes, la répartition par âge est différente entre les deux sexes. Ainsi le taux comparatif de décès est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En 2008, le taux comparatif de mortalité chez les hommes est de 1 030,4 pour 100 000 habitants et chez les femmes de 590,3. Ces taux ont connu une évolution à la baisse soutenue entre 1991 et 2008, avec une réduction de 23% chez les hommes et de 22% chez les femmes entre les taux des deux périodes quinquennales 1991-1995 et 2004-2008. Ces baisses sont supérieures à celles observées au niveau national.

Espérance de vie à la naissance (calculée* sur la période 2006-2008)



*Espérance de vie calculée par âge quinquennal
Source : Insee - Exploitation ORS

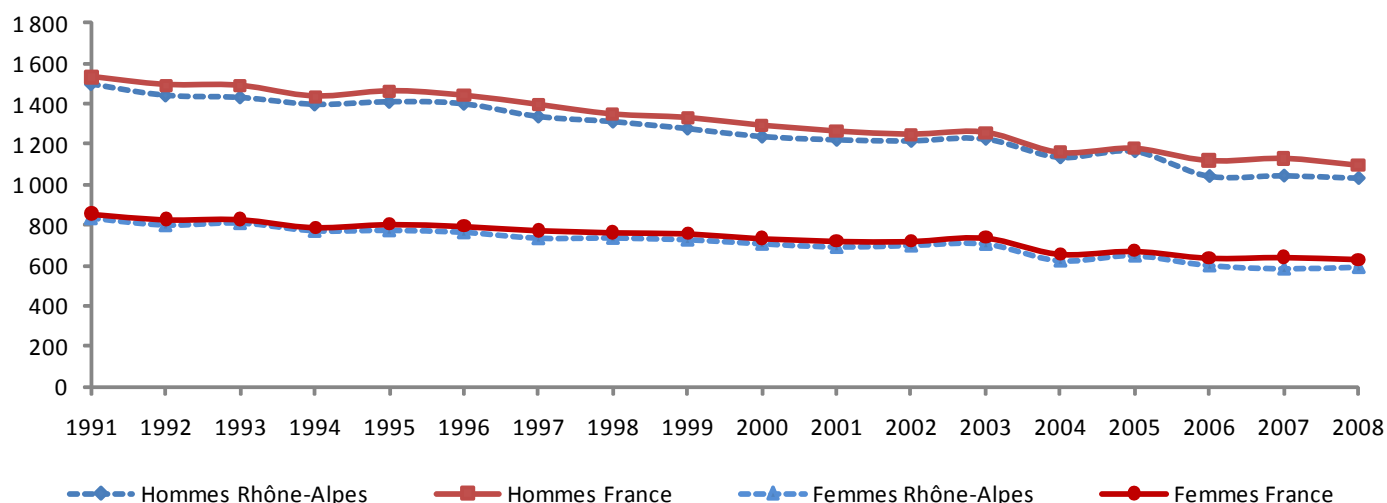
Espérance de vie à 60 ans (calculée* sur la période 2006-2008)



*Espérance de vie calculée par âge quinquennal
Source : Insee - Exploitation ORS

I - SITUATION GÉNÉRALE

Evolution du taux comparatif* de mortalité générale en France et dans la région de 1991 à 2008



* pour 100 000 habitants

Source : Insee, CépiDC - Exploitation ORS

La tendance à la baisse de la mortalité générale se lit aussi au niveau des territoires de santé. Le Centre et l'Est, déjà en situation favorable initialement, présentent les évolutions à la baisse les plus marquées.

Le Nord et le Sud ont les évolutions les plus basses et se situent en dessous de l'évolution régionale (pour les hommes et les femmes) et de l'évolution nationale (pour les hommes). La mortalité en Rhône-Alpes baisse plus rapidement que pour la France.

Effectifs de décès et taux comparatifs de mortalité générale chez les hommes

Territoire	Effectif annuel 1991-1995	Effectif annuel 2004-2008	Evolution	Taux comparatif* 1991-1995	Taux comparatif* 2004-2008	Evolution
Est	6 819	6 939	1,8%	1 413,5	1 077,6	-23,8%
Nord	2 253	2 338	3,8%	1 429,4	1 165,5	-18,5%
Ouest	4 060	3 834	-5,6%	1 502,1	1 163,2	-22,6%
Centre	6 709	6 596	-1,7%	1 428,1	1 067,3	-25,3%
Sud	3 356	3 467	3,3%	1 393,3	1 117,1	-19,8%
Rhône-Alpes	23 197	23 175	-0,1%	1 429,4	1 101,3	-22,9%
France métro.	271 480	267 870	-1,3%	1 479,1	1 159,6	-21,6%

*Taux annuel pour 100 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), CépiDC - Exploitation ORS

Effectifs de décès et taux comparatifs de mortalité générale chez les femmes

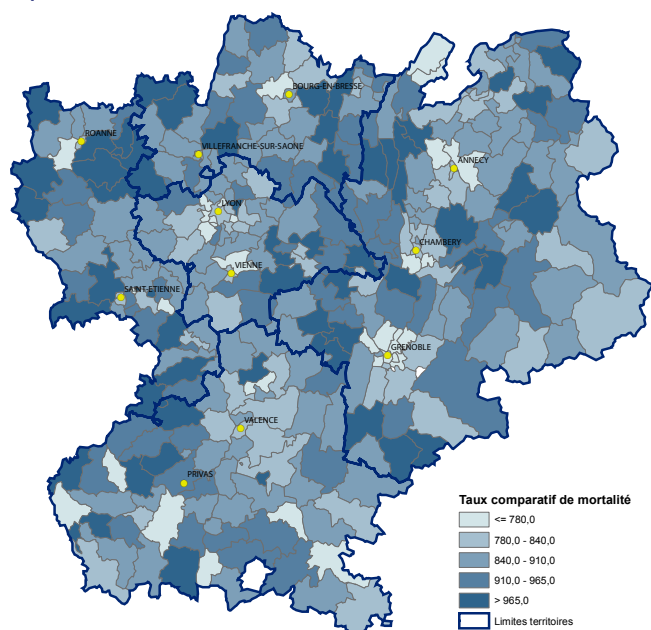
Territoire	Effectif annuel 1991-1995	Effectif annuel 2004-2008	Evolution	Taux comparatif* 1991-1995	Taux comparatif* 2004-2008	Evolution
Est	6 265	6 511	3,9%	797,7	619,6	-22,3%
Nord	2 062	2 081	0,9%	802,4	641,8	-20,0%
Ouest	3 921	3 777	-3,7%	812,2	640,7	-21,1%
Centre	6 500	6 443	-0,9%	789,1	603,4	-23,5%
Sud	3 172	3 226	1,7%	776,9	636,1	-18,1%
Rhône-Alpes	21 921	22 039	0,5%	794,7	622,0	-21,7%
France métro.	251 988	253 893	0,8%	820,8	661,3	-19,4%

*Taux annuel pour 100 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), CépiDC - Exploitation ORS



Taux comparatif* de mortalité générale par canton sur la période 2000-2008



* Taux annuel pour 100 000 habitants

Source : Insee, CépiDC - Exploitation ORS

A l'intérieur de ces territoires des disparités locales (ici au niveau cantonal) de mortalité peuvent être mises en évidence.

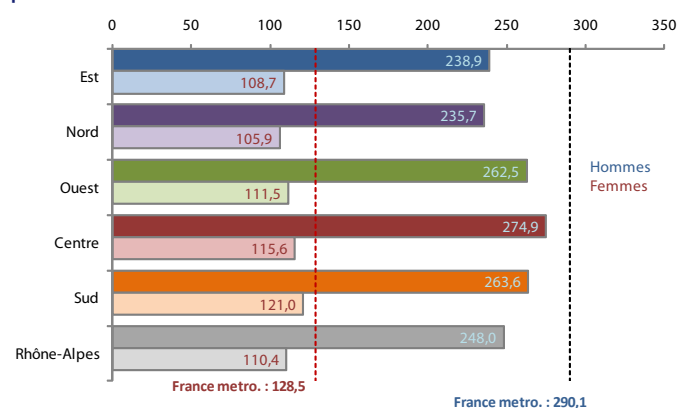
On peut ainsi souligner, par exemple, des situations défavorables en termes de mortalité sur le Roannais, le sud et l'ouest de la région stéphanoise, le Haut Beaujolais, le Bugey, le Nord Isère ou certaines zones alpines.

L'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population ont conduit à une augmentation sensible de l'âge au décès. De ce fait, les statistiques des causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, ce qui limite leur utilisation pour évaluer les besoins de prévention. Dans ce but, il est préférable de s'intéresser non pas à l'ensemble de la mortalité, mais seulement aux décès survenant avant 65 ans. L'espérance de vie à la naissance dépassant en France 77 ans chez les hommes et 84 ans chez les femmes, les décès survenant avant 65 ans peuvent en effet être considérés comme prématurés.

En 2008, 9 000 décès prématurés sont survenus avant 65 ans soit 19% de l'ensemble des décès. Les décès prématurés sont proportionnellement beaucoup plus fréquents chez les hommes (près de 26%) que chez les femmes (13%).

Les taux comparatifs de mortalité prématurée pour la période 2000-2008 sont, en Rhône-Alpes, de 248 pour 100 000 habitants chez les hommes et de 110,4 chez les femmes contre respectivement, 290,1 et 128,5 en France. Les territoires de l'Est et du Nord enregistrent les taux les plus bas, le Centre et le Sud les taux les plus élevés. Tous les taux des différents territoires restent inférieurs aux références nationales.

Taux comparatif* de mortalité prématurée pour la période 2000-2008



*Taux annuel pour 100 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), CépiDC - Exploitation ORS

Une partie de cette mortalité est classiquement considérée comme «évitable» : en effet, on estime que plus de la moitié des décès survenant avant 65 ans ont des causes dont la maîtrise ne nécessite généralement ni connaissance médicale supplémentaire, ni équipement nouveau.

Deux grandes catégories d'actions peuvent ainsi réduire cette mortalité. La première porte sur la modification de certains comportements ou modes de vie : addictions, nutrition, conduite routière.... La seconde concerne l'amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins, dont la prévention de certaines pathologies ou de certaines complications par le biais de diagnostic précoce ou de dépistage. Les actions sur l'environnement (amélioration des conditions de vie, réduction des expositions environnementales ou

I - SITUATION GÉNÉRALE

professionnelles,...) sont à intégrer dans la première catégorie.

Le poids de la mortalité évitable dans la mortalité prématurée est jugé comparable pour les hommes et les femmes. Mais chez les hommes, on estime que les trois quarts des décès évitables le sont par modification des comportements. Alors que chez les femmes, la moitié des décès évitables le seraient par une amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins.

Les tumeurs et les maladies cardio-vasculaires à l'origine de près de 60% des décès

La première cause de mortalité tous sexes confondus dans la région Rhône-Alpes, comme en France, est représentée par les tumeurs qui constituent 35% des décès chez les hommes et 26% chez les femmes (31% au total). Ces chiffres sont identiques au niveau national. On note une augmentation de la part de décès par tumeurs entre 2000 et 2008, les tumeurs étant ainsi devenu la première cause de décès tous sexes confondus. Les tumeurs représentent la première cause de mortalité chez les hommes, devant les maladies cardio-vasculaires, alors que chez les femmes, c'est l'inverse qui est observé.

Les décès par maladies cardio-vasculaires, représentent 27% des décès et constituent la deuxième cause de décès chez les hommes et la première chez les femmes. Ces décès sont représentés principalement par les accidents-cérébrovasculaires et les cardiopathies ischémiques. La part des maladies de l'appareil circulatoire parmi les causes de décès est en baisse pour les deux sexes. Cette diminution concerne avant tout les maladies vasculaires cérébrales et peut s'expliquer principalement par une meilleure prise en charge thérapeutique de l'hypertension artérielle. Les améliorations sont moins importantes pour les cardiopathies ischémiques.

Les causes externes de mortalité, qui regroupent principalement les accidents (de transport, de la vie courante, du travail) et les suicides, touchent plus fréquemment les hommes et représentent chez eux la troisième cause de mortalité, avec 8% des décès en 2008. On note une diminution des décès entre 2000 et 2008, liée aux importantes mesures de prévention en matière de sécurité routière mises en place depuis quelques années et qui ont permis de diminuer de manière notable le nombre de tués sur la route chaque année.

La troisième cause de mortalité chez les femmes est représentée par les maladies du système nerveux (alors qu'elles ne représentent que la 6^{ème} cause de décès chez les hommes). L'augmentation importante du nombre de décès entre 2000 et 2008 dans les 2 sexes s'explique principalement par le vieillissement de la population, qui engendre une forte progression de la maladie d'Alzheimer mais aussi par un meilleur repérage et identification de ces maladies neurologiques. L'augmentation beaucoup plus importante chez les femmes est liée à leur espérance de vie plus longue.

Les cinq premières grandes causes de décès (tumeurs, maladies cardio-vasculaires, causes externes, maladies respiratoires, maladies neurologiques) sont à l'origine de près de quatre décès sur cinq (77%).

Méthode :

Codes CIM10 associés aux causes de décès :

- Tumeurs : C00 - C97
- Causes externes de mortalité : V01- Y98
- Maladies de l'appareil circulatoire : I00 - I99
- Maladies de l'appareil respiratoire : J00 - J99
- Maladies de l'appareil digestif : K00 - K93
- Maladies du système nerveux : G00 - G99
- Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : E00 - E90
- Troubles mentaux et du comportement : F00 - F99
- Maladies infectieuses et parasitaires : A00 - B99
- Maladies de l'appareil génito-urinaire : N00 - N99
- Grossesse, accouchement, puerpéralité et affections prénatales : O00 - O99, P00 - P96
- Malformations congénitales et anomalies chromosomiques : Q00 - Q90



Effectifs de décès par cause en 2000 et 2008 en Rhône-Alpes, tous âges confondus

Causes de décès	2000				2008			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
Tumeurs	7 703	33,2%	5 498	24,4%	8 266	34,9%	5 924	25,9%
Maladies de l'appareil circulatoire	6 313	27,2%	7 393	32,8%	5 872	24,8%	6 780	29,6%
Causes externes de mortalité	2 168	9,4%	1 528	6,8%	1 970	8,3%	1 266	5,5%
Maladies de l'appareil respiratoire	1 554	6,7%	1 553	6,9%	1 480	6,2%	1 312	5,7%
Maladies de l'appareil digestif	1 031	4,4%	829	3,7%	1 023	4,3%	896	3,9%
Maladies du système nerveux	807	3,5%	1 031	4,6%	1 161	4,9%	1 742	7,6%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	711	3,1%	897	4,0%	720	3,0%	921	4,0%
Troubles mentaux et du comportement	591	2,6%	898	4,0%	589	2,5%	936	4,1%
Maladies infectieuses et parasitaires	455	2,0%	470	2,1%	465	2,0%	495	2,2%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	291	1,3%	316	1,4%	395	1,7%	419	1,8%
Autres	1 547	6,7%	2 137	9,5%	1 741	7,4%	2 018	8,8%
Toutes causes	23 171	100%	22 550	100%	23 682	100%	22 892	100%

Source : CépiDC - Exploitation ORS

En ce qui concerne les décès survenus avant 65 ans, qui représentent en 2008 près de 20% des décès, la répartition est différente avec un poids des décès par tumeurs plus important encore. Celles-ci sont notamment à l'origine d'un décès sur deux chez les femmes (42% sur l'ensemble des deux sexes). Les causes externes deviennent la deuxième cause de décès et représentent 16% de l'ensemble des décès prématurés.

Les maladies cardio-vasculaires ajoutées à ces deux premières causes sont à l'origine de 71% des décès prématurés.

Effectifs de décès prématurés (avant 65 ans) par cause en 2000 et 2008 en Rhône-Alpes

Causes de décès	2000				2008			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
Tumeurs	2 285	36,4%	1 330	47,0%	2 378	38,6%	1 443	50,2%
Causes externes de mortalité	1 338	21,3%	423	15,0%	1 083	17,6%	327	11,4%
Maladies de l'appareil circulatoire	990	15,8%	325	11,5%	864	14,0%	277	9,6%
Maladies de l'appareil digestif	332	5,3%	108	3,8%	337	5,5%	112	3,9%
Maladies du système nerveux	161	2,6%	106	3,7%	153	2,5%	93	3,2%
Troubles mentaux et du comportement	159	2,5%	42	1,5%	163	2,6%	55	1,9%
Maladies de l'appareil respiratoire	131	2,1%	61	2,2%	137	2,2%	55	1,9%
Maladies infectieuses et parasitaires	126	2,0%	58	2,1%	127	2,1%	57	2,0%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	115	1,8%	61	2,2%	131	2,1%	60	2,1%
Grossesse, accouchement, puerpéralité et affections prénatales	74	1,2%	49	1,7%	84	1,4%	67	2,3%
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	72	1,1%	52	1,8%	60	1,0%	49	1,7%
Autres	487	7,8%	212	7,5%	638	10,4%	280	9,7%
Toutes causes	6 270	100%	2 827	100%	6 155	100%	2 875	100%

Source : CépiDC - Exploitation ORS

I - SITUATION GÉNÉRALE

I-3 - OFFRE ET RECOURS AUX SOINS

Il s'agit ici de décrire l'offre globale en équipements hospitaliers, en équipements pour personnes âgées et personnes handicapées, ainsi que l'offre libérale et le recours à ces types d'offre, afin appréhender les inégalités d'offre et de recours et de pointer les différents flux inter-territoires existants.

L'offre de soins en Rhône-Alpes

Sur l'ensemble de la région, on recense 51 maternités, 92 établissements ayant des autorisations de chirurgie, 162 établissements équipés de lits SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), 70 structures d'urgence et 40 appareils de radiothérapie. Le traitement différent et à des dates distinctes des fichiers régionaux et nationaux ne permettent pas de présenter les données nationales dans les tableaux ci-après. Cependant, les dernières analyses conduites à l'échelle nationale montraient que les taux régionaux étaient équivalents aux taux nationaux pour l'équipement en lits de gynécologie-obstétrique, en lits de chirurgie (-3%), en lits de médecine (+2%) et en lits de SSR.

L'analyse, sur des fichiers régionaux actualisés, des taux d'équipement permet de souligner les différences entre territoires. Le Centre, centré sur l'agglomération lyonnaise et son CHU de même que l'Ouest possèdent les densités les plus élevées en lits de maternités, de chirurgie et de médecine, et d'appareil de radiothérapie. A contrario le territoire Nord présente les densités les plus basses, sauf pour les lits de SSR où le taux d'équipement est très supérieur aux autres territoires. Le vaste et très peuplé (un tiers de la population de la région) territoire de l'Est, possède une offre souvent proche de la région en densité mais répartie sur de nombreux établissements.

Services de maternité au 01/01/2010

Territoire	Nombre de maternité	Nombre de lits	Taux d'équipement*
Est	17	533	64,6
Nord	4	100	42,7
Ouest	7	253	72,6
Centre	16	592	71,6
Sud	7	163	51,5
Rhône-Alpes	51	1 641	64,3

* pour 100 000 femmes de 15 ans et plus

Nombre de lits en obstétrique, actualisé en Janvier 2011 pour fermeture d'établissements

Source : SAE - Exploitation ORS

Services de médecine et chirurgie au 01/01/2010

Territoire	Lits en médecine	Densité*	Lits en chirurgie	Densité*
Est	3 360	169,4	2 445	123,3
Nord	822	143,1	506	88,1
Ouest	1 773	218,8	1 232	152,0
Centre	3 923	200,9	3 137	160,6
Sud	1 182	158,6	779	104,6
Rhône-Alpes	11 060	182,3	8 099	133,5

* pour 100 000 habitants

Lits en hospitalisation complète

Source : SAE - Exploitation ORS

Etablissements SSR au 01/01/2010

Territoire	Nombre d'établissements	Densité*	Nombre de lits SSR	Taux d'équipement*
Est	45	2,3	2 706	136,5
Nord	21	3,7	1 391	242,1
Ouest	27	3,3	1 279	157,8
Centre	41	2,1	3 053	156,3
Sud	28	3,8	1 206	161,9
Rhône-Alpes	162	2,7	9 635	158,8

* pour 100 000 habitants

Hospitalisation complète ou de semaine

Source : SAE - Exploitation ORS

Equipement en appareils de radiothérapie au 01/01/2010

Territoire	Nombre d'appareil	Densité*
Est	12	0,6
Nord	2	0,3
Ouest	6	0,7
Centre	16	0,8
Sud	4	0,5
Rhône-Alpes	40	0,7

* pour 100 000 habitants

Source : SAE - Exploitation ORS

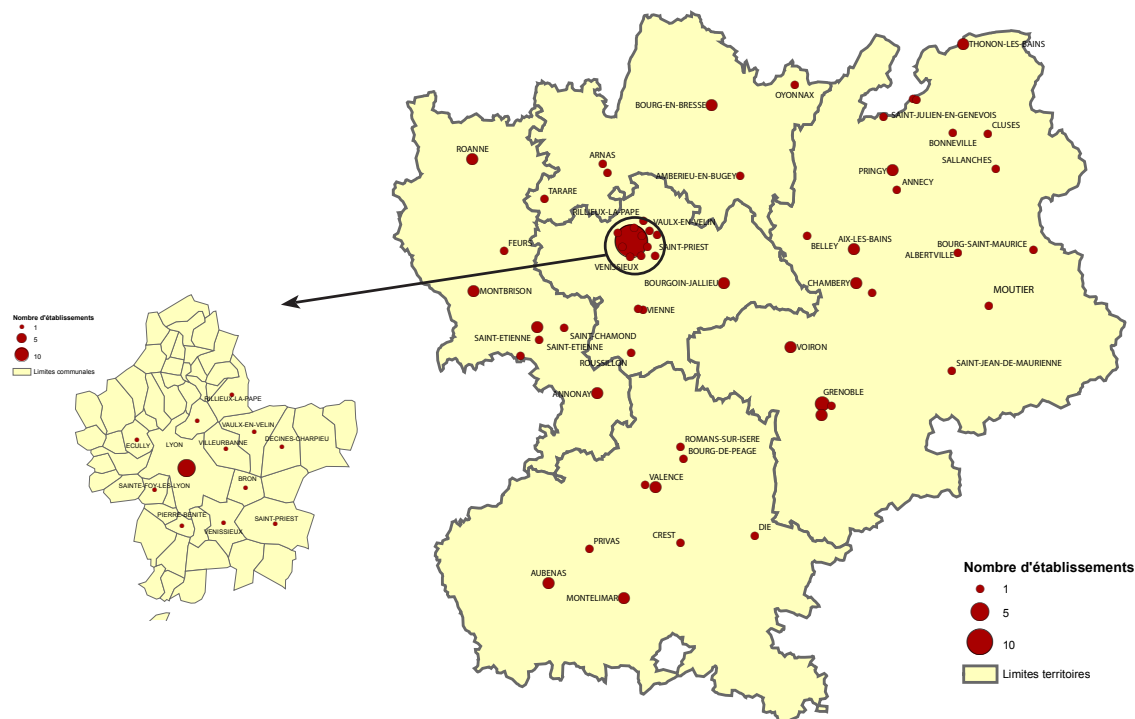
Etablissements ayant une autorisation de chirurgie et structures d'urgences au 01/01/2010

	Est	Nord	Ouest	Centre	Sud	Rhône-Alpes
Nombre plateaux chirurgicaux	29	7	12	32	12	92
Nombre de structures d'urgences	24	7	12	18	9	70

Source : SAE - Exploitation ORS

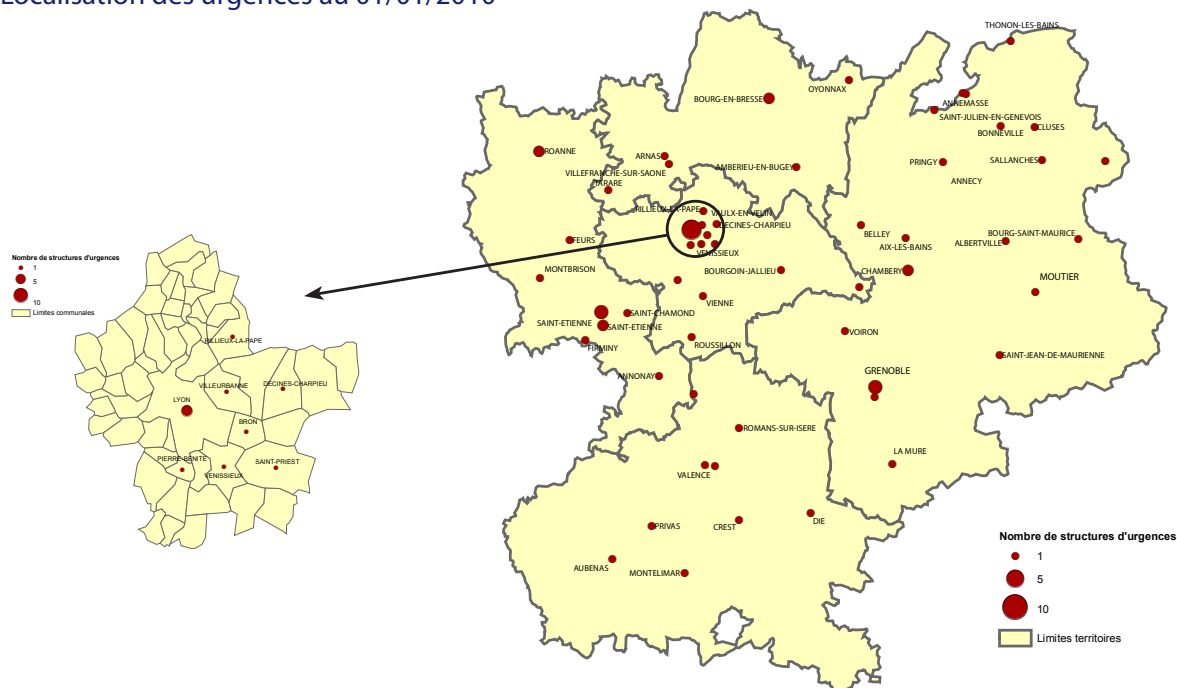


Localisation des établissements ayant des autorisations de chirurgie au 01/01/2010



Source : SAE - Exploitation ORS

Localisation des urgences au 01/01/2010



Source : SAE - Exploitation ORS

I - SITUATION GÉNÉRALE

Pour les établissements pour personnes âgées (tout établissement confondu) les taux d'équipements rapportés à la population âgée résidente du territoire montrent une situation plus favorable sur les territoires de l'Ouest, du Nord et dans une moindre mesure du Sud.

Pour les établissements et services pour personnes handicapées adulte, les taux d'équipements rapportés mettent en évidence des disparités très marquées entre les deux territoires en position extrême avec un taux d'équipement sur le territoire Centre bien inférieur au taux observé sur le territoire Sud.

Il ne s'agit, dans ce chapitre introductif, que d'indicateurs globaux qui rassemblent des équipements très différents destinés à des populations de profil différent en terme de niveau de perte d'autonomie ou de type de déficience. Il ne s'agit ici que d'exprimer des grandes tendances. Les disparités apparaissent plus marquées et plus significatives lorsque ces taux d'équipements sont déclinés par type d'établissements ou de services. Ce détail est présenté dans le chapitre « **Handicap et vieillissement** ».

Pour privilégier la description par territoire, des fichiers régionaux actualisés ont été mobilisés mais ceux-ci ne permettent pas de comparaison directe avec les valeurs nationales. Cependant, les dernières analyses nationales déclinées par région situaient la région Rhône-Alpes en situation favorable pour le taux d'équipement en lits et

places pour personnes âgées (+10%), en équipements pour adultes handicapés (+15%) et en situation équivalente pour les établissements et services pour enfants handicapés (-2%).

Lits et places pour personnes âgées en 2010

Territoire	Lits et places	Taux d'équipement*
Est	17 715	123,5
Nord	7 030	157,9
Ouest	12 909	160,8
Centre	18 734	131,5
Sud	10 629	147,3
Rhône-Alpes	67 017	138,8

* pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Places en Logement foyer, en maison de retraite et hébergement temporaire

Source : Finess (ARS extraction du 04/08/2010) - Exploitation ORS

Lits et places pour enfants handicapés en 2010

Territoire	Places	Taux d'équipement*
Est	4 634	9,2
Nord	1 730	11,2
Ouest	2 005	10,1
Centre	3 736	7,3
Sud	1 690	9,3
Rhône-Alpes	13 795	8,9

* pour 1 000 habitants de moins de 20 ans

Places en IEM, IME, institut pour déficients auditifs et visuels, SESSAD, établissement pour enfants et adolescents handicapés et ITEP

Source : Finess (ARS extraction du 04/08/2010) - Exploitation ORS

Lits et places pour adultes handicapés en 2010

Territoire	Lits et places	Taux d'équipements*
Est	7 786	7,2
Nord	2 324	7,7
Ouest	3 048	7,3
Centre	6 632	6,2
Sud	3 926	10,3
Rhône-Alpes	23 716	7,3

* pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans

Places en ESAT, FAM, foyer de vie, foyer hébergement, foyer polyvalent et MAS

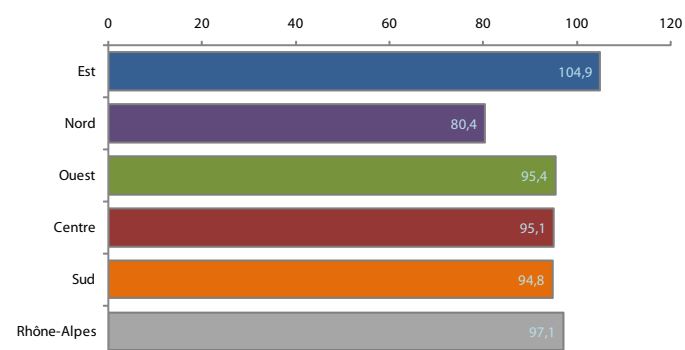
Source : Finess (ARS extraction du 04/08/2010) - Exploitation ORS

De fortes disparités d'offre de soins libérale

En 2009, la région Rhône-Alpes compte plus de 6 040 médecins généralistes dont 5 890 sont conventionnés. Le taux de médecins généralistes libéraux conventionnés s'élève à 97 médecins pour 100 000 habitants. A l'exception du Nord et de l'Est, les taux de médecins généralistes avoisinent la moyenne régionale. Le taux est plus élevé dans l'Est et surtout plus bas dans le territoire du Nord.



Taux de médecins généralistes libéraux conventionnés en 2009

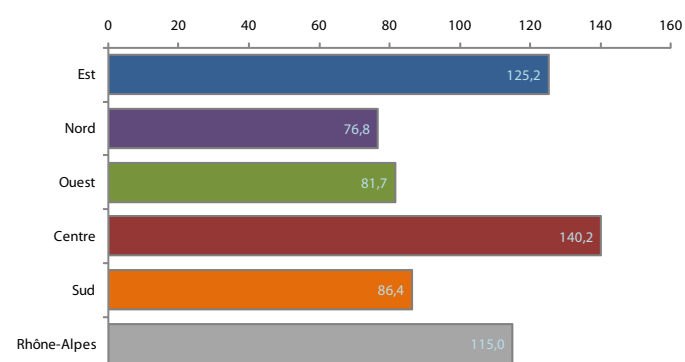


* Pour 100 000 habitants

Source : Insee (RP2007), Urcam - Exploitation ORS

La région comptabilise 7 000 médecins spécialistes dont 6 976 sont conventionnés. Le taux de médecins spécialistes conventionnés s'élève à 115 pour 100 000 habitants. Les spécialistes sont particulièrement présents dans le Centre (140) et l'Est (125). Cette densité de spécialistes est très inférieure sur les trois autres territoires dont celui de l'Ouest pourtant porteur d'un CHU et celui du Nord. A noter pour l'Est, deux phénomènes qui sont à intégrer dans l'analyse de la densité : l'activité touristique (Cf : dernière page de ce chapitre) d'une part du territoire qui conduit les praticiens à intervenir sur une population plus importante que la population résidente utilisée pour le décompte de la densité et le phénomène plus limité des zones frontalières avec la Suisse.

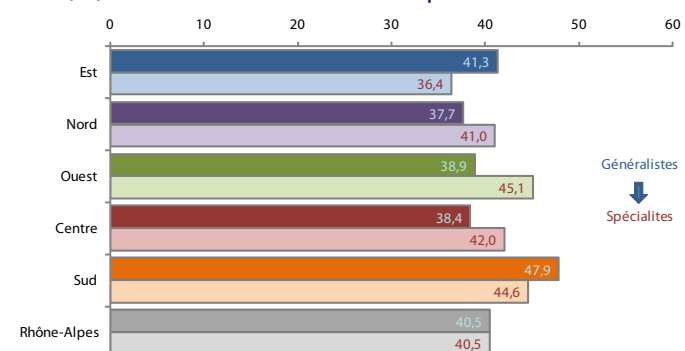
Taux de médecins spécialistes libéraux conventionnés en 2009



* Pour 100 000 habitants

Source : Insee (RP2007), Urcam - Exploitation ORS

Part (%) de médecins de 55 ans et plus en 2009



Source : Urcam - Exploitation ORS

Effectifs et part (%) de médecins généralistes libéraux conventionnés en 2009

Territoire	Effectif médecins conventionnés	Parts de secteur 1
Est	2 081	80,6
Nord	462	89,4
Ouest	773	92,2
Centre	1 857	80,8
Sud	706	89,4
Rhône-Alpes	5 890	84,0

Source : Urcam - Exploitation ORS

Effectifs de médecins spécialistes libéraux et part (%) des médecins conventionnés en secteur 1 en 2009

Territoire	Total	Parts de secteur 1
Est	2 483	66,5
Nord	441	51,0
Ouest	662	67,8
Centre	2 738	43,1
Sud	644	73,4
Rhône-Alpes	6 976	57,1

Source : Urcam - Exploitation ORS

D'une manière globale, on remarque que 84% des médecins généralistes conventionnés en Rhône Alpes le sont en secteur 1 (applications des tarifs conventionnels sans dépassement), contre seulement 57% chez les spécialistes. On remarque également que la part de médecins spécialistes conventionnés en secteur 1 est plus importante dans les territoires Sud et Ouest, qui sont les zones où la situation socio-économique est la plus défavorable. A l'inverse cette part est significativement plus faible sur le Nord et le Centre. Sur ce dernier territoire les médecins spécialistes conventionnés en secteur 1 sont minoritaires (43%).

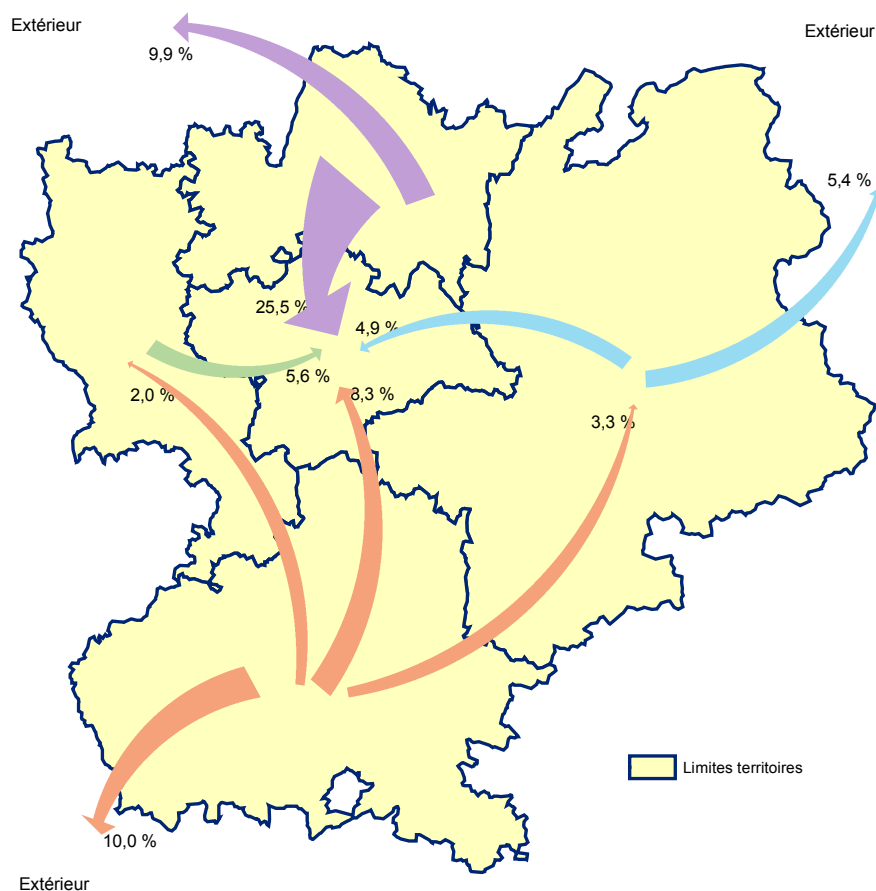
Quel que soit le territoire, environ 40% des médecins généralistes et spécialistes ont plus de 55 ans. Seul le territoire Sud à forte composante rurale se démarque avec plus de 46% de praticiens âgés de 55 ans et plus.

I - SITUATION GÉNÉRALE

Attractivité et fuite hospitalières des territoires

Séjours hospitaliers - flux des rhônalpins en 2009

(Ne sont représentés que les flux supérieurs à 2%)



Source : PMSI (ATIH) - Exploitation ORS

En 2009 on comptabilise 1 523 944 séjours hospitaliers de Rhônalpins. Parmi eux, 37% ont lieu dans le Centre et 29% dans l'Est, 13% dans l'Ouest, 10% dans le Sud et 7% dans le Nord. Près de 5% des séjours hospitaliers des rhônalpins ont lieu à l'extérieur de la région.

A l'échelle de chaque territoire, cette «fuite» est très variable. Elle est de 6% dans le Centre et de 9% dans l'Ouest avec moins de 2% de séjours hors région pour chacun de ces territoires. Elle s'élève à 11% dans l'Est (5% hors région), à 24% dans le Sud (dont 10% hors région) et 37% dans le Nord (10%).

Le Centre est le territoire le plus attractif. 90 455 séjours hospitaliers effectués dans le Centre en 2009 concernent des patients habitant hors du territoire soit 16% des séjours hospitaliers recensés dans le territoire. Cette attractivité des territoires extérieurs représente 8% ou moins dans les autres territoires.

Les flux provenant du Nord sont les plus nombreux et essentiellement dirigés vers le Centre (26%) tandis que les flux provenant du Sud et de l'Est sont dirigés en premier lieu vers l'extérieur de la région.

Répartition par territoire des séjours hospitaliers des Rhônalpins en 2009

Territoire	Total nombre de séjour	Extérieur	Est	Nord	Ouest	Centre	Sud
Est	469 754	5,4	89,2	0,2	0,1	4,9	0,2
Nord	147 367	9,9	1,0	63,2	0,3	25,5	0,1
Ouest	211 535	1,8	0,2	0,4	91,3	5,6	0,7
Centre	500 055	1,7	1,6	1,2	1,1	94,1	0,2
Sud	190 254	10,0	3,3	0,1	2,0	8,3	76,4
Total	1 523 944	4,7	28,6	6,7	13,4	36,8	9,8

Source : PMSI (ATIH) - Exploitation ORS

Attractivité (nombre de séjours hospitaliers par territoire de patients domiciliés hors territoire) en 2009

Territoire	Est	Nord	Ouest	Centre	Sud
Nombre de séjours de patients domiciliés hors du territoire	17 262	8 368	10 762	90 455	3 599
% sur l'ensemble des séjours	4,0	8,2	5,3	16,1	2,4

Source : PMSI (ATIH) - Exploitation ORS

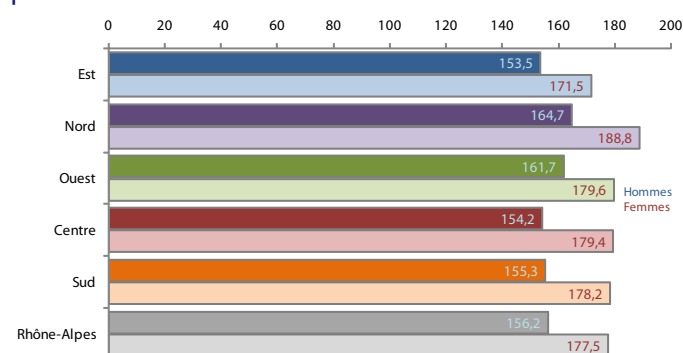


Le recours global aux soins présente moins de disparités que l'offre

En 2009, 1 524 000 séjours hospitaliers ont eu lieu en Rhône-Alpes concernant 1 019 500 patients, dont 55% de femmes.

Un nombre plus important de femmes a recours à l'hospitalisation (toutes causes confondues) dans chaque territoire. Le recours général à l'hospitalisation varie relativement peu selon les territoires avec des taux de séjours variant de 241 séjours pour 1 000 habitants à 256 pour les hommes et de 248 à 265 pour les femmes. Pour les taux de patients hospitalisés au moins une fois ces taux varient respectivement de 153 à 165 et de 171 à 188. Les taux les plus bas sont observés sur l'Est.

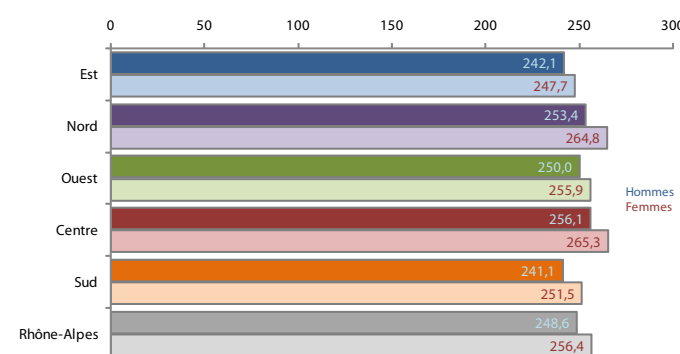
Taux comparatif* de patients ayant eu recours à l'hospitalisation (toutes causes confondues) pour la période 2008-2009



* Pour 1 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), PMSI (ATIH)- Exploitation ORS

Taux comparatif* de séjours (toutes causes confondues) pour la période 2008-2009

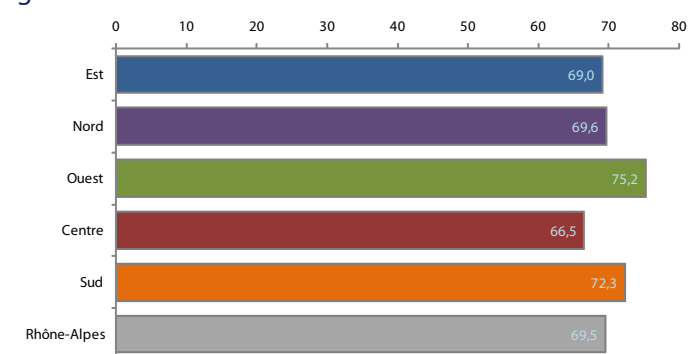


* Pour 1 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), PMSI (ATIH)- Exploitation ORS

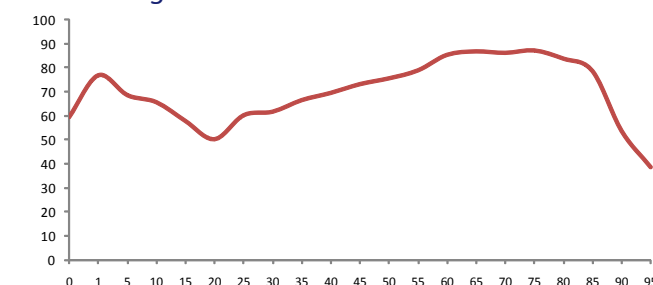
Près de 70% de la population assurée en Rhône-Alpes a consulté au moins une fois en médecine générale dans l'année. Ce pourcentage est assez similaire dans chaque territoire (de 66% dans le Centre à 75% dans l'Ouest) et comparable au niveau national. Le nombre moyen de consultations d'un généraliste est de 4,6 en Rhône-Alpes. Ce nombre diffère peu en fonction des territoires. La part d'assurés ayant consulté au moins une fois un médecin généraliste dans l'année, est la plus importante dans l'Ouest et le Sud, part qui est à rapprocher du profil plus âgé de la population de ces deux territoires.

Part (en %) d'assurés ayant consulté un médecin généraliste au moins une fois dans l'année en 2008



Source : Urcam - Exploitation ORS

Taux* de recours auprès d'un médecin généraliste par tranche d'âges en 2008



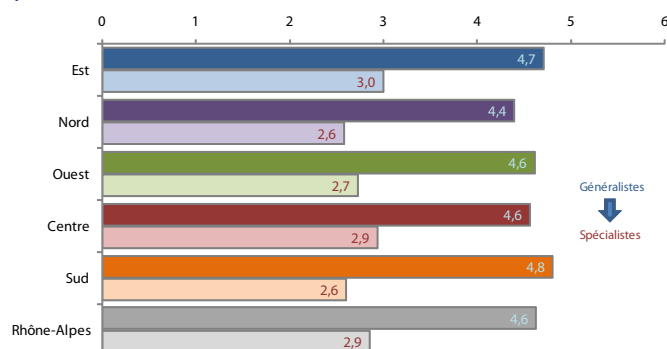
* Pour 100 habitants

Source : Urcam - Exploitation ORS

La population rhônalpine consulte en moyenne 1,5 fois plus fréquemment un médecin généraliste qu'un spécialiste. Le nombre moyen de consultations d'un spécialiste s'élève à 2,9. Ce nombre est réparti de façon assez homogène entre les 5 territoires, avec toutefois un nombre un peu plus important dans le Centre et l'Est, qui sont les deux territoires regroupant le plus de spécialistes.

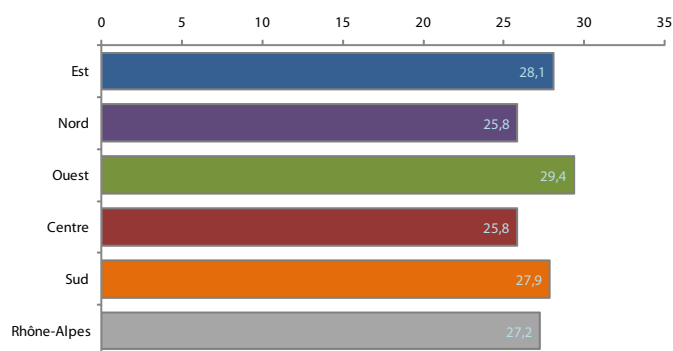
I - SITUATION GÉNÉRALE

Nombre moyen de consultations généralistes et spécialistes en 2008



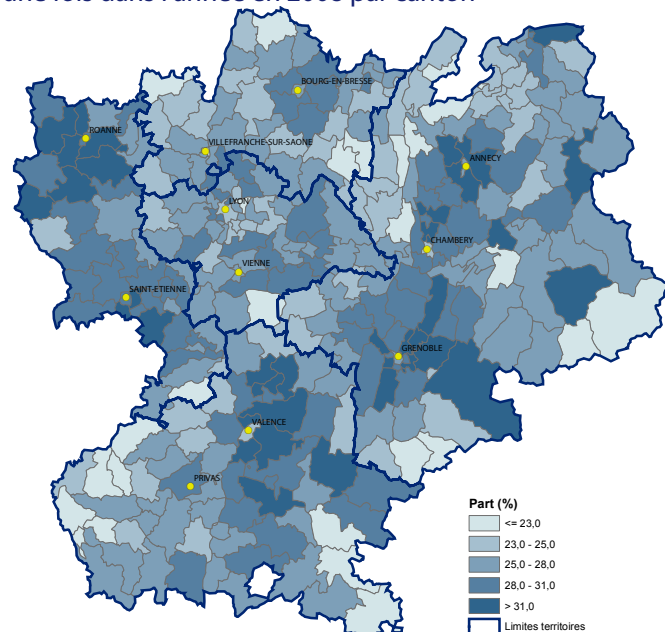
Source: Urcam - Exploitation ORS

Part (en %) d'assurés ayant consulté un dentiste au moins une fois dans l'année en 2008



Source: Urcam (CNAMTS) - Exploitation ORS

Part (en %) d'assurés ayant consulté un dentiste au moins une fois dans l'année en 2008 par canton



Source: Urcam (CNAMTS) - Exploitation ORS

Le nombre moyen de consultations par an par assuré varie de 4,4 à 4,9 selon les territoires pour les médecins généralistes et de 2,6 à 2,9 pour les médecins spécialistes.

Ces disparités sont moins importantes que les disparités mises en évidence sur l'offre libérale mais la population d'un territoire peut avoir recours à l'offre d'un autre territoire notamment pour le recours aux consultations de spécialistes. Le territoire du Nord présente cependant les taux de recours les plus bas.

Si 70% des rhônalpins consultent au moins une fois un médecin généraliste, moins de 30% consultent au moins une fois un dentiste.

Les pourcentages varient peu selon les territoires avec un recours dans l'année concernant 26% des assurés résidant les territoires du Nord et du Centre et 29% dans l'Ouest.

Les variations sont plus importantes à un échelon local. La frange ouest du territoire Sud (Ardèche) ainsi que le territoire Nord ou encore le nord-ouest de l'Est (Bugey, Pays de gex, bassin bellegradien) présentent de nombreux cantons dont moins d'un quart de la population seulement a consulté un dentiste en 2008. La situation du territoire de l'Ouest se retrouve dans la découpage cantonal, la part de la population étant majoritairement au dessus de 28%. L'Est a une situation plus hétérogène dans son découpage infra-territorial. Les cantons du contour du territoire sont en moins bonne position que ceux du centre du territoire.

Méthode : les données de recours aux soins libéraux concernent uniquement la population d'assurés relevant du régime général de l'assurance maladie, dont les actes dont ils ont bénéficié ont fait l'objet d'un remboursement.



Pour les autres professionnels de santé, le taux d'infirmiers est plus important dans l'Ouest et le Sud, qui sont les deux territoires où l'indice de vieillesse est le plus important, nécessitant donc plus de soins infirmiers à domicile. A l'inverse, le taux d'orthophonistes y est le plus bas. Celui-ci est d'ailleurs deux fois plus faible sur le territoire de l'Ouest que sur celui du Centre, territoire le plus jeune de la région.

Le territoire de l'Ouest et, encore une fois, celui du Nord sont déficitaires en matière d'offre, avec des taux tous inférieurs aux moyennes régionales pour les orthophonistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les dentistes. A l'inverse, l'Est, zone attractive et pôle d'activité important, rassemble le plus de chirurgiens-dentistes et de masseurs-kinésithérapeutes. Le taux de masseurs-kinésithérapeutes est ainsi deux fois plus important dans l'Est que dans le Nord. Les particularités de ce territoire en termes de populations saisonnières et surtout de recours transfrontaliers, particularités évoquées précédemment, restent à intégrer dans l'analyse des taux concernant notamment les dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes..

Taux des professionnels de santé libéraux en 2009

Territoire	Infirmiers	Orthophonistes	Chirurgiens dentistes	Masseurs- kinésithérapeutes
Est	83,7	29,1	67,4	117,9
Nord	94,3	28,9	52,7	70,1
Ouest	116,0	20,6	51,3	78,6
Centre	91,6	41,9	65,5	98,4
Sud	140,7	27,2	62,1	91,8
Rhône-Alpes	98,9	31,9	62,7	98,8

* Taux pour 100 000 habitants

Source: Insee (RP 2007), Urcam - Exploitation ORS

Focus sur la santé et les conditions de vie des travailleurs saisonniers en Rhône-Alpes

Deuxième région touristique de France, notamment grâce à une double saison d'hiver et d'été dans les stations alpines, et 4ème région agricole, Rhône-Alpes offre de nombreux emplois saisonniers liés aux services touristiques (hôtellerie, restauration, loisirs, commerces, transport...) et à la production des fruits et légumes. Ils sont estimés à 80 000 personnes dans le secteur du tourisme et 100 000 contrats annuels dans le secteur agricole, soit respectivement 35 000 et 9 250 équivalents temps plein. Population mobile et hétérogène, ne rentrant pas dans une catégorie statistique bien délimitée, les saisonniers sont souvent en situation précaire.

L'ORS a réalisé, avec le soutien de la Région Rhône-Alpes, une étude¹ en deux volets en 2007 et 2008, le premier étant une étude qualitative et le second un état des lieux des actions et dispositifs destinés aux saisonniers dans les stations touristiques de la région.

L'étude qualitative a permis d'interviewer 48 saisonniers, 20 employeurs et 60 professionnels des secteurs emploi, santé et social en contact avec les saisonniers.

Elle met en évidence les nombreux paradoxes de la saison, dont deux sont particulièrement marquants : être en bonne santé, c'est d'abord disposer d'un logement et avoir de bonnes relations avec son employeur ; et c'est la précarité des saisonniers, faite d'un cumul d'incertitudes (horaires de travail, durée du contrat, rémunération, logement...), qui permet, grâce à leur contribution, d'assurer la pérennité économique des territoires.

Elle décrit aussi les problèmes de santé des saisonniers tels qu'ils sont perçus par eux-mêmes et les professionnels. Même si la plupart sont jeunes et en bonne santé, leurs problèmes de santé sont :

- la fatigue, évoquée par tous, le stress, le surmenage, le manque de sommeil, les troubles alimentaires (repas sautés, menus peu équilibrés),
- les troubles musculo-squelettiques, dont certains témoignent en début de saison d'un manque de préparation physique, les accidents du travail, les expositions aux produits toxiques (notamment en agriculture), les infections (notamment ORL),
- les difficultés à poursuivre une vie affective et familiale « normale » ; parfois la stigmatisation ; les troubles de l'humeur (anxiété, dépression) ; les consommations régulières, voire la dépendance aux produits psycho-actifs (alcool, cannabis, cocaïne...), pour tenir le rythme, décompresser après le travail, ou faire la fête ; les prises de risque sexuel, souvent liées aux consommations.

Leur suivi médical est souvent faible (y compris médecine du travail), et l'accès aux soins peut être problématique pour des raisons administratives (droits non ouverts, oubli de Carte Vitale), financières (absence de mutuelle, tiers-payant refusé) ou pratiques (horaires, déplacements).

Toutefois les données d'enquêtes sont aujourd'hui insuffisantes pour quantifier l'importance de ces problèmes de santé pour tous les travailleurs saisonniers de la région, en fonction de leurs profils.

Douze profils de saisonniers (cf. schéma page suivante) ont été identifiés en fonction de leur insertion locale et de leur niveau de qualification, qui correspondent à cinq groupes selon leurs besoins et attentes :

- Les plus qualifiés, qu'ils soient locaux (« enracinés qualifiés ») ou non locaux (« intérimaires qualifiés »), sont des profils recherchés, ce qui leur permet de gérer leur situation, ils attendent surtout une évolution de leur carrière et sont exposés à l'usure due à la répétition des saisons.
- Les « enracinés peu qualifiés » ont les mêmes préoccupations, rendues plus aiguës par leur faible latitude de choix par rapport au travail qui leur est proposé.
- Les « nomades par choix », souvent débrouillards, ont besoin de solutions d'hébergement peu onéreuses, d'un suivi administratif et médical adapté, étant peu dans le soin de soi et parfois stigmatisés.
- Les « vagabonds », qui sont dans l'errance et font la saison par obligation, sont particulièrement à risque du point de vue santé et social du fait de leur mal-être, de leur absence de réseau social, de leur stigmatisation, et ont besoin d'un accompagnement individualisé dans toutes les dimensions de leur existence.

¹ Etude régionale sur les conditions de travail, les conditions de vie et la santé des travailleurs saisonniers.

Volume 1 : étude qualitative auprès des saisonniers, des employeurs et des professionnels. ORS Rhône-Alpes, janvier 2008.

Volume 2 : état des lieux des actions et dispositifs à destination des travailleurs saisonniers du tourisme en Rhône-Alpes. ORS Rhône-Alpes, septembre 2008.

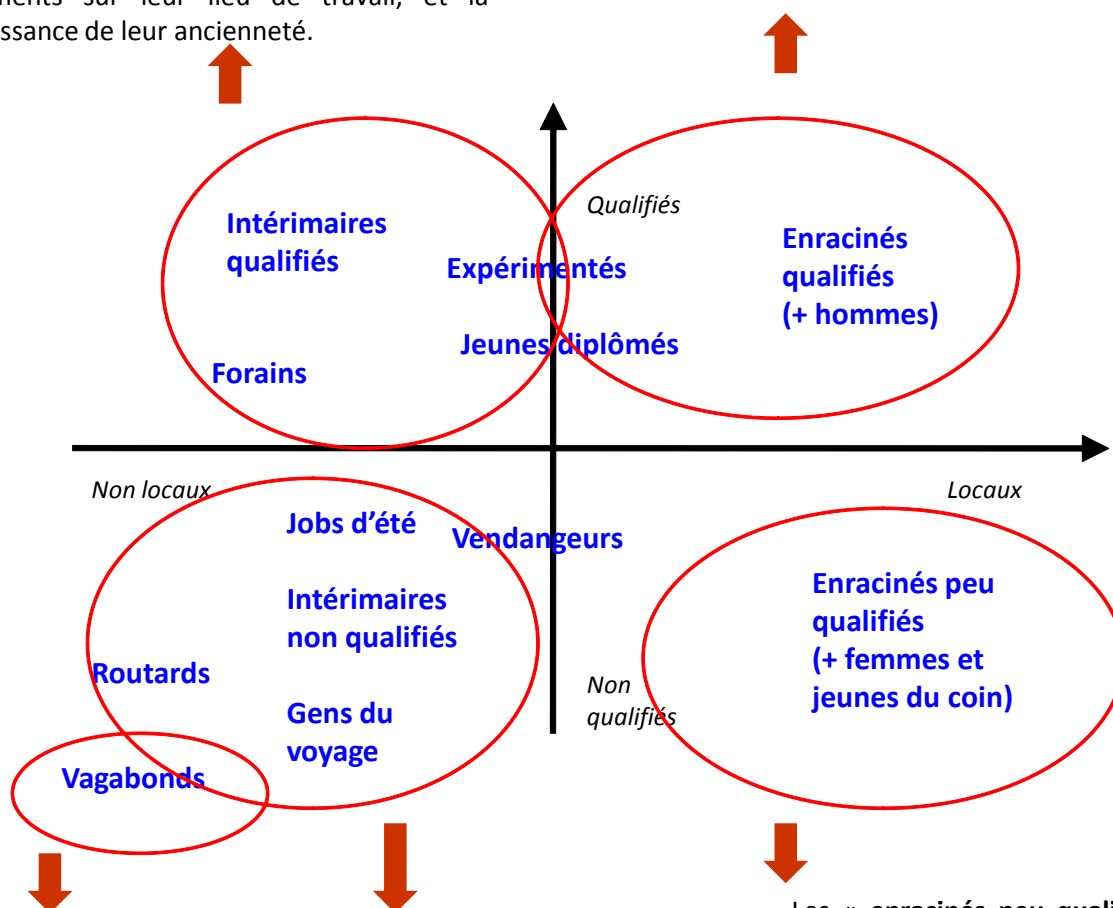
Réalisé avec le soutien de la Région Rhône-Alpes. En partenariat (volume 1) avec le Groupe Recherche Action.

Rapports téléchargeables sur le site www.ors-rhone-alpes.org (rubrique publications)



Les « **intérimaires qualifiés** », très demandés, ont un bon salaire et sont souvent logés.
Leurs besoins : la prise en charge du déplacements sur leur lieu de travail, et la reconnaissance de leur ancienneté.

Les « **enracinés qualifiés** », qui sont surtout des hommes pluriactifs, disposent d'un maximum de « ressources » par leur ancrage local et professionnel.
Leur souci est l'usure due à la répétition des saisons.



Les « **vagabonds** » sont particulièrement à risque santé ou social du fait de leur mal-être, de leur absence de réseau social, de leur difficulté à mobiliser des ressources formelles ou informelles, et de leur stigmatisation. Ils ont besoin d'un accompagnement individualisé dans toutes les dimensions de leur existence.

Ces « **nomades par choix** », ont peu de ressources en propre mais ils sont souvent débrouillards et formulent spontanément le moins de demandes. Ils sont peu dans le soin de soi et ont besoin d'un suivi médical et administratif adapté, de solutions d'hébergement peu onéreuses (parking pour camionnettes ...), d'un soutien économique (déplacements, revalorisation des salaires, maintien des allocation RMI pendant la saison, etc.) et de personnes ressources pouvant les accompagner.

Les « **enracinés peu qualifiés** », qui sont souvent des femmes, sont inscrits dans la saison pendant longtemps, pour pouvoir vivre sur ce territoire. Ils aspirent à être considérés comme n'importe quel autre salarié, d'où leurs préoccupations sur l'annualisation, la formation, l'évolution de carrière et des salaires, la pénibilité du travail (répétition des saisons), les déplacements.

I-4 - SYNTHÈSE

La région Rhône-Alpes compte en 2007 un peu plus de 6 millions d'habitants répartis sur 8 départements. Plus jeune région d'une grande moitié sud de la France, avec une démographie dynamique (soldes naturels et migratoires positifs), elle présente des indicateurs socio-économique favorables par rapport aux références nationales.

Deuxième région de France par sa superficie et par sa population elle est cependant très diversifiée d'un point de vue géographique, démographique et socio-économique.

Les cinq territoires de santé qui la composent sont à l'image de cette diversité. Deux territoires contiennent un tiers de la population régionale chacun : le Centre très densément peuplé qui correspond à l'agglomération lyonnaise élargie et l'Est très vaste territoire englobant toutes les zones de montagne alpines, des zones de vallées et l'agglomération grenobloise, s'étalant sur quatre départements. Ce territoire, qui compte le plus grand nombre de jeunes actifs, présente les meilleurs indicateurs socio-économiques de la région, dont le revenu moyen le plus élevé (supérieur de près de 5 000 euros à ceux de l'Ouest et du Sud).

Le territoire de l'Ouest se distingue des autres territoires. Il est le seul territoire qui ne connaît pas d'évolution positive sur le plan démographique. Fortement ouvrier, il présente souvent les indicateurs socio-économiques les moins favorables de la région et moins bons que les références nationales (revenu moyen, part de foyers imposables, ...).

Le territoire du Sud est le plus rural (21% de la population), le moins densément peuplé, et le moins jeune. Les indicateurs socio-économiques le placent en situation la moins favorable après l'Ouest avec cependant un profil très différent et notamment une forte présence de populations bénéficiaires de minima sociaux ou de la CMUC, en zones rurales de la frange la plus au sud..

Le territoire du Centre présente des indicateurs globaux proches de la moyenne régionale avec cependant des taux de chômage et de bénéficiaires de la CMU mais aussi la part la plus importante de cadres. Il présente également les plus fortes disparités locales notamment entre l'Est et l'Ouest de l'agglomération lyonnaise.

Le territoire du Nord est celui qui connaît la plus forte croissance démographique et comprend la part d'actifs travaillant dans l'industrie la plus forte. Ses indicateurs socio-économiques sont globalement favorables.

Sur le plan sanitaire, la région Rhône-Alpes présente une situation très favorable en termes d'espérance de vie, de mortalité générale et de mortalité prématurée. Cette situation favorable se renforce au fil des dernières années et l'espérance de vie à la naissance des femmes rhônalpines est ainsi devenue en 2007 la plus élevée de France. Sur ces indicateurs globaux les territoires de l'Ouest et du Nord présentent les moins bons résultats, ceux du Centre et de l'Est les meilleurs. Cependant, ces indicateurs par territoire sont toujours plus favorables ou équivalents aux valeurs nationales.

En termes de causes de décès, les cancers sont devenus la première cause de décès, tous sexes confondus. Cancers et maladies cardio-vasculaires représentent près de 60% des décès. Si l'on ajoute les causes externes de décès (accidents, suicides, empoisonnements), les maladies respiratoires et les maladies neurologiques, dont la part augmente fortement notamment chez les femmes, on atteint près de 80% des décès.

En ce qui concerne la mortalité prématurée (décès avant 65 ans) dont on considère qu'elle est majoritairement évitable par le renforcement des actions de prévention ou l'amélioration de la performance du système de soins, les tumeurs représentent la cause principale (à l'origine de près d'un décès prématuré sur deux chez les femmes) devant les causes externes de décès. Avec les maladies cardio-vasculaires, ces trois causes représentent plus de 70% des décès prématurés

L'analyse de l'offre de soins fait apparaître de fortes disparités entre les territoires. Que ce soit pour l'offre libérale ou pour les établissements, le territoire du Centre présente les densités ou taux d'équipement les plus élevés. Il faut cependant souligner l'attractivité de ce territoire. Ainsi 16% des séjours hospitaliers effectués dans les établissements de ce territoire concernent des habitants résidant en dehors de ce périmètre.

Le territoire de l'Est présente également une situation favorable en termes d'offre qui doit cependant être partiellement modulée par la question de l'activité touristique et celle du recours transfrontalier. A noter également pour ces deux territoires, la faible part de praticiens libéraux conventionnés en secteur 1 qui est



même minoritaire chez les spécialistes du Centre.

Le territoire de l'Ouest bien qu'accueillant le troisième CHU de la région présente un niveau d'offre libérale très inférieur aux deux précédents territoires, niveau qui le rapproche des deux derniers territoires.

Le territoire du Nord présente, quant à lui, une densité d'offre très inférieure aux autres territoires en ce qui concerne l'offre libérale mais aussi pour l'offre hospitalière (MCO). On peut souligner pour ce territoire Nord que plus d'un séjour hospitalier sur trois de ses résidents s'est effectué dans un établissement situé hors de ce territoire en 2009.

Les niveaux de recours globaux à l'hospitalisation ou aux praticiens libéraux présentent moins de diversité à l'échelle des territoires et ne font pas apparaître d'associations évidentes entre offre et recours dans ces approches très globales.

Des disparités d'offre sont également mises en évidence pour les établissements pour personnes âgées et de manière plus marquée encore pour les établissements et services pour personnes handicapées. L'analyse de ce type d'offre est détaillée dans le chapitre «handicap et vieillissement».



II - PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE

II- 1 - CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....	34
II- 2 - ÉTAT DE SANTÉ.....	37
II- 3 - OFFRE ET RECOURS AUX SOINS.....	41
II- 4 - SYNTHÈSE.....	45

II - PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE

II- 1 - CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

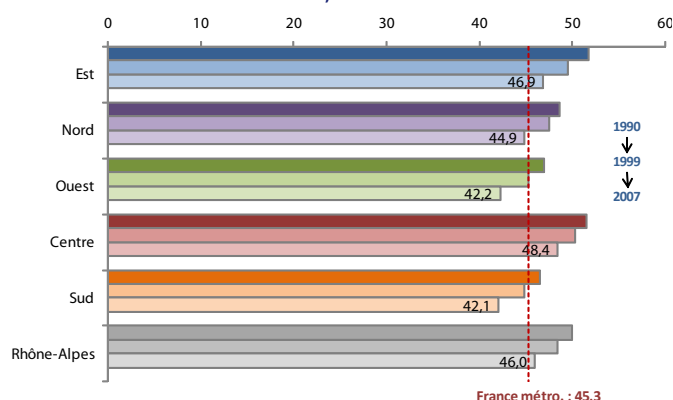
Au cours des dernières décennies, les circonstances et les conditions de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement se sont profondément modifiées. Augmentation de l'âge moyen des mères, augmentation du taux de prématurité, amélioration du suivi de la grossesse et de la prise en charge des nouveaux-nés conduisant à une baisse de la mortalité périnatale en sont autant d'illustrations.

Par ailleurs, le nombre de naissances est au plus haut en France depuis la fin des années 90 et la région Rhône-Alpes présente l'un des taux de natalité régionaux les plus élevés.

L'accompagnement prénatal et postnatal précoce, ainsi que la santé de l'enfant et de la mère ont été mis en avant grâce aux enquêtes périnatales et aux plans périnatals successifs. Ces plans visaient, d'une part, à réduire la mortalité périnatale et la mortalité maternelle, et d'autre part, à améliorer la sécurité et la qualité des soins.

Une augmentation constante du nombre de femmes en âge de procréer

Part (en %) des femmes en âge de procréer (15-49 ans) aux recensements de 1990, 1999 et 2007



Source : Insee - Exploitation ORS

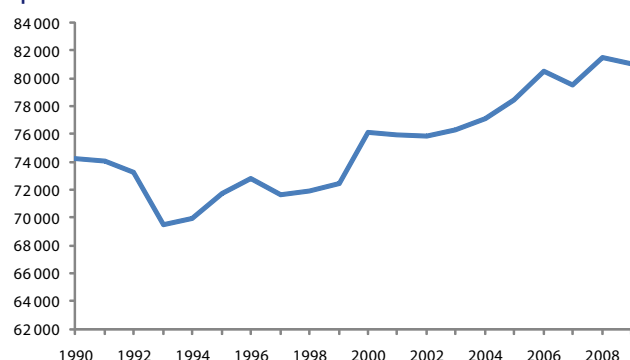
En 2007, la région Rhône-Alpes comptait 1 431 066 femmes âgées de 15 à 49 ans, soit un effectif en hausse de près de 31 400 par rapport à 1999 et de 64 700 par rapport à 1990.

Ainsi, même si la part des femmes en âge de procréer diminue sur la région, passant de plus de 50% de l'ensemble de la population féminine à 46% du fait de l'augmentation plus importante de la population d'autres tranches d'âges, le nombre total de femmes de 15-49 ans a augmenté, en moyenne chaque année, de 2,7 pour 1 000 dans la région entre 1990 et 2007. Cette évolution croissante se retrouve sur chaque territoire à l'exception de l'Ouest.

Des taux de fécondité et de natalité élevés

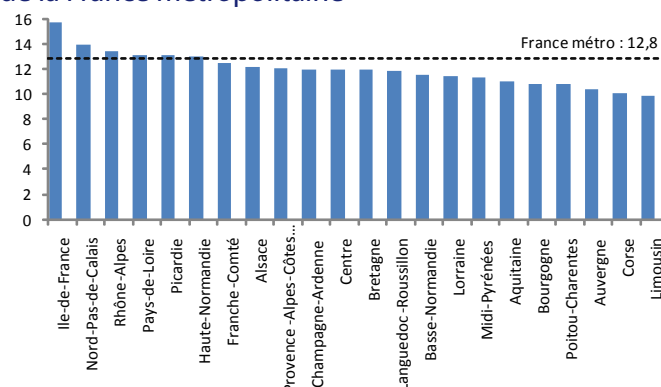
Le nombre de naissances d'enfants domiciliés sur la région ne cesse d'augmenter depuis une quinzaine d'années pour atteindre 81 000 naissances (81 062 en 2009), permettant ainsi un ralentissement du vieillissement de la population et faisant de la région Rhône-Alpes une région relativement jeune parmi les autres régions de France. Le taux de natalité en Rhône-Alpes s'élève à 13,4 naissances pour mille habitants en 2009, contre 12,8 au niveau national. Il se situe en 4^{ème} position après l'Île de France, le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie.

Evolution du nombre de naissances vivantes en Rhône-Alpes de 1990 à 2009



Source : Insee - Exploitation ORS

Taux (en %) de natalité en 2009 dans les régions de la France métropolitaine



Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

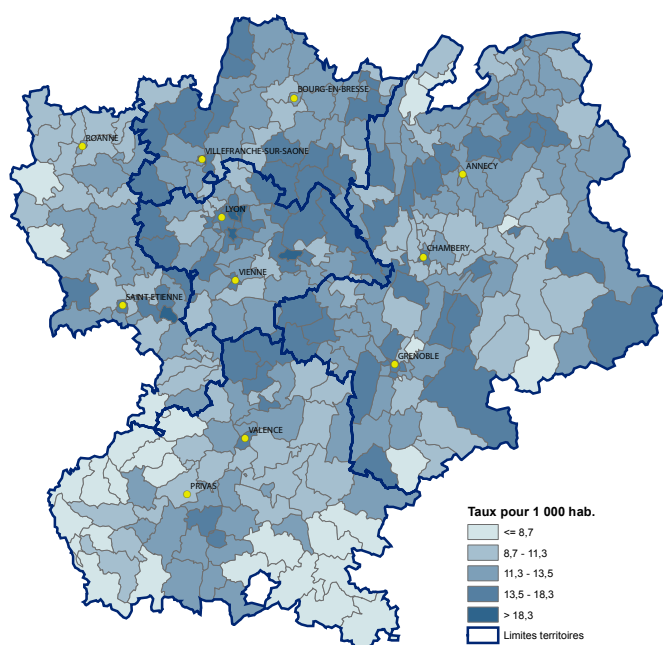


Le taux de fécondité en Rhône-Alpes, avec 55,4 naissances pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans, est également supérieur au taux national qui s'élève à 54,0 pour 1000 femmes. Enfin, l'indice conjonctuel de fécondité (ICF) de la région est également supérieur à ce qui est observé au niveau national avec un ICF légèrement supérieur à 2 enfants par femme qui est proche du seuil de renouvellement des générations. Estimé à 2,1 enfants par femme, ce seuil de renouvellement correspond au nombre moyen d'enfants par femme nécessaire pour que chaque génération soit renouvelée.

A l'intérieur de la région, ces différents indicateurs varient selon les territoires avec des taux de natalité plus faibles sur les territoires Sud (11,7‰) et Ouest (12,3 ‰). Ces taux plus faibles, alors que l'indice conjonctuel de fécondité est élevé sur les départements du sud de la région et sur la Loire, sont liés à la structure par âge de la population où la part des femmes de 15-49 ans est plus faible que sur les autres territoires (part de personnes âgées plus forte). Ceci n'est pas le cas sur l'Est où le faible taux de natalité (12,8 ‰) est lié à une fécondité plus faible des femmes en âge de procréer sur ce territoire.

Du fait d'une présence importante de femmes âgées de 15 à 49 ans et d'une fécondité plutôt élevée de ces femmes, le territoire Centre présente un taux de natalité élevé.

Taux de natalité en 2009 en Rhône-Alpes par canton



Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

268 jeunes filles mineures de la région accouchent chaque année

Sur les 78 705 accouchements annuels de femmes rhônalpines qui ont eu lieu sur la période 2005-2009, 268 soit 0,34% concernent des jeunes filles mineures. Parmi elles, deux sur trois (67%) sont âgées de 17 ans.

Taux de natalité :

Nombre de naissances vivantes de l'année rapporté à la population moyenne de l'année. Il est généralement exprimé pour mille habitants.

Taux de fécondité :

Le taux de fécondité à un âge donné (ou pour une tranche d'âges) est le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge.

Indicateur conjonctuel de fécondité :

L'indicateur conjonctuel de fécondité, ou somme des naissances réduites, mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.

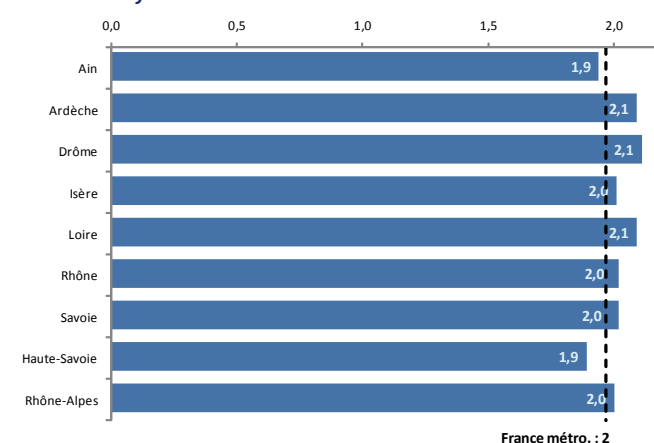
Nombre de naissances et taux* de natalité en 2009

Territoire	Nombre	Taux de natalité
Est	25 330	12,8
Nord	7 704	13,4
Ouest	9 963	12,3
Centre	29 340	15,0
Sud	8 725	11,7
Rhône-Alpes	81 062	13,4
France métro.	816 064	13,2

* Taux pour 1 000 habitants

Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

Indice conjonctuel de fécondité* en 2007



Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

* Pour 1000 femmes

II - PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE

Nombre et taux* d'accouchements chez des mineures de 15-17 ans par territoire sur la période 2005-2009

Territoires	Nombre d'accouchements					Taux* (2005-2009)
	2005	2006	2007	2008	2009	
Est	65	61	57	61	82	1,8
Nord	19	22	21	30	24	2,0
Ouest	41	43	42	38	39	2,7
Centre	91	91	106	104	94	2,6
Sud	30	47	38	41	43	2,8
Rhône-Alpes	250	264	264	276	284	2,3

* Taux d'accouchement pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans

Source : Insee (RP 2007), PMSI - Exploitation ORS

Méthode : Les codes CIM10 correspondant aux types accouchements sont O80 - O84 sur les diagnostic principal, reliés et associés. Le résultat de l'accouchement (naissance unique ou multiples) est obtenu par le code CIM10 Z37. Les séjours pour accouchement sont obtenus par la présence d'un diagnostic pour accouchement ou pour le résultat de l'accouchement.

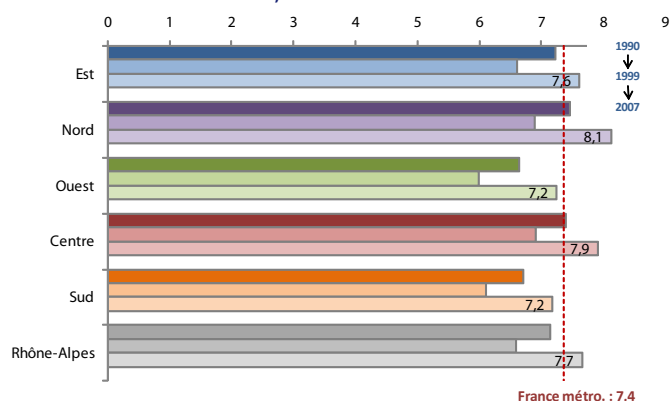
Ce nombre d'accouchements correspond à un taux de 2,3 accouchements par an pour 1 000 jeunes filles de la région âgées de 15 à 17 ans. Ce taux est inférieur pour les jeunes filles du territoire de l'Est (1,8) et sur le territoire Nord (2,0). Il se situe autour de 2,7 sur les 3 autres territoires.

Le nombre annuel d'accouchements montre une tendance à la hausse sur la période 2005-2009 (+14%) en partie expliquée par l'augmentation de l'effectif total de jeunes filles, le taux présentant une légère hausse sur la période passant de 2,17 accouchements pour 1 000 jeunes femmes de 15-17 ans à 2,47 en 2009.

Un effectif d'enfants de moins de 6 ans en forte augmentation

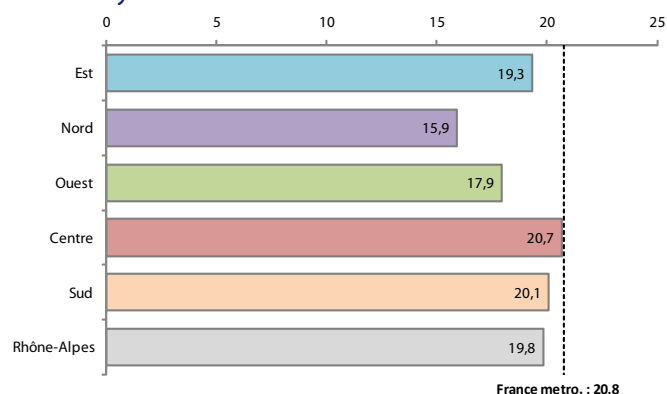
En France, le taux d'enfants de moins de 6 ans sur l'ensemble de la population s'élève à 7,4% en 2007. En Rhône-Alpes, cette part est légèrement supérieure et représente, avec 464 320 enfants de moins de 6 ans, 7,7% de la population. Après une baisse entre 1990 et 1999, cette part a fortement augmenté depuis 1999 où elle ne représentait que 6,6%. Les effectifs d'enfants de moins de 6 ans, reflet de la hausse des naissances évoquée ci-dessus, ont ainsi augmenté de 2,8% par an sur cette période. La part d'enfants de moins de 6 ans varie, en 2007, de 7,2% dans le Sud à 8,1% dans le Nord, territoire où la hausse a été la plus marquée (+ 3,3% par an).

Part (en %) des enfants de moins de 6 ans aux recensements de 1990, 1999 et 2007



Source : Insee - Exploitation ORS

Part (en %) des familles monoparentales parmi les familles ayant des enfants de moins de 25 ans en 2007



Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

Evolution moyenne annuelle (en %) du nombre d'enfants de moins de 6 ans entre 1990 et 2007

Territoire	1990-1999	1999-2007
Est	-0,1	2,9
Nord	0,0	3,3
Ouest	-1,4	2,6
Centre	-0,1	2,6
Sud	-0,5	3,1
Rhône-Alpes	-0,3	2,8
France métro.	-0,7	2,7

Source : Insee - Exploitation ORS

Une famille avec enfants sur cinq est monoparentale

D'après l'Insee, en 2005 en France, 1,76 million de familles sont composées d'enfants de moins de 25 ans et d'un seul parent, leur mère le plus souvent. Le nombre de familles monoparentales ne cesse de croître depuis quarante ans du fait de la fragilité accrue des unions parentales. En 2007, on recense 20,8% des familles monoparentales en France. En Rhône-Alpes en 2007, 19,8% des familles sont monoparentales, soit une famille sur cinq. Ce taux varie de 15,9% dans le Nord à 20,7% dans le Centre.

Les risques de rupture d'union, mais aussi de décès d'un conjoint, croissent au fil des années. Les enfants en très bas âge sont donc moins fréquents dans les familles monoparentales (10 % des enfants de moins de trois ans, contre 18 % pour l'ensemble des enfants de moins de 25 ans en 2005).



II- 2 - ÉTAT DE SANTÉ

Des disparités dans le suivi des grossesses

Globalement, les progrès techniques réalisés en obstétrique et néonatalogie ainsi que l'amélioration de la surveillance prénatale ont conduit, ces dernières décennies, à une amélioration de la situation sanitaire environnant la naissance. Toutefois, dans le champ de la santé périnatale, comme le souligne une étude de la DREES¹, la précarité et la pauvreté apparaissent particulièrement associées à des suivis médiocres voire inexistantes de grossesse. Les déclarations de grossesse tardive (2^{ème} et 3^{ème} trimestre) renvoient à des situations de fragilité. En effet, les femmes qui ont déclaré leur grossesse hors du délai légal se caractérisent par leur isolement (vivent seules), leur situation par rapport à l'emploi (femmes au chômage ou inactives) et leur nationalité (pays d'Afrique du Nord et d'Afrique subsaharienne notamment).

Selon les premiers certificats de santé (dits Cs 8 ou certificats de santé du 8^{ème} jour), le taux de déclaration de grossesse effectuée au-delà du premier trimestre se situe autour de 2% des naissances selon les départements, sur la période 2008-2009. Ces chiffres apparaissent cependant probablement sous-estimés au vu des résultats de l'enquête périnatale de 2007 qui pointait un taux national de déclaration tardive de 3,9%.

Par ailleurs, il est recommandé pour un bon suivi que chaque grossesse bénéficie d'au moins 3 échographies. Indicateurs de suivi de grossesse et d'allaitement issus des certificats de santé du 8^{ème} jour (2008-2009)

Départements	Taux (%) de déclaration tardive	Taux (%) de grossesses à moins de 3 échographies	Taux (%) de nouveaux-nés allaités
Ain	1,5	1,6	71,0
Ardèche	1,9	-	68,2
Drôme	-	2,9	72,0
Isère	1,4	5,7	74,4
Loire	2,2	2,8	68,7
Rhône	-	3,0	76,2
Haute Savoie	-	4,8*	80,2
Savoie	1,5	2,1	78,3

- données non disponibles

* donnée disponible uniquement pour 2009

Source : certificats de santé - services de PMI des conseils généraux, Exploitation ORS

D'après les enquêtes périnatales, en 2007, en France 95,2% des femmes ont eu trois échographies ou plus contre 90,6% en 1995. La tendance observée pour la part de femmes n'ayant pas effectué au moins trois échographies est donc à la baisse. Cependant des facteurs de vulnérabilité sont là également associés au nombre insuffisant d'échographies comme le faible niveau scolaire ou l'isolement. Dans la région Rhône-Alpes, selon les premiers certificats de santé, ce taux de femmes enceintes ayant bénéficié de moins de 3 échographies varie de 1,6 à 5,7% selon les départements sur la période de 2008-2009.

Plus de deux femmes sur trois allaitent à la sortie de la maternité

Actuellement, plus des deux tiers des femmes initient un allaitement maternel à la maternité alors qu'elles n'étaient qu'un tiers dans les années 1970. Des variations territoriales sont relevées, probablement dues en partie aux pratiques en maternité et aux caractéristiques sociodémographiques des femmes. Dans la région Rhône-Alpes sur la période 2008-2009, entre 68% et 80% des femmes allaitent leur nourrisson à la sortie de la maternité. Ces taux élevés sont à moduler avec le fait qu'une part de ces allaitements s'interrompt rapidement. Une étude² prospective de suivi d'une cohorte de 701 femmes allaitant leur enfant à la sortie de la maternité a été réalisée en Rhône-Alpes de 2004 à 2006. Les résultats montrent une décroissance rapide de l'allaitement après la sortie de la maternité : 68,5% à la sortie, 51% à un mois, 28% à 3 mois et 15% à 6 mois. La durée médiane de l'allaitement (calculée à 12 mois d'âge des enfants) est de 16 semaines.

La mortalité infantile et la mortalité périnatale plus faibles en Rhône-Alpes qu'en France

1 « Disparités sociales et surveillance de grossesse » DREES - études et résultats N°552, janvier 2007

2 « Etude relative aux durée et aux facteurs qui influent sur la déroulement de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes en 2004-2006 » DRASS - Juillet 2008

Les certificats de santé du 8^{ème} jour de l'enfant (CS8)

La loi du 15 juillet 1970 a rendu obligatoire la délivrance de certificats de santé lors de l'examen préventif obligatoire effectué dans les 8 jours suivant toute naissance. Ce certificat est envoyé au médecin responsable des services de Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.) de chaque département. Le recueil de ces certificats de santé poursuit un double objectif. Pour les équipes médicales, il s'agit avant tout d'assurer le suivi individuel de la santé des jeunes enfants et d'identifier, à partir de critères médicosociaux, les familles susceptibles de recevoir une aide personnalisée. Mais les certificats de santé jouent aussi un rôle important de surveillance sanitaire et sociale puisqu'ils permettent de produire tous les ans des données statistiques et épidémiologiques aux niveaux national et départemental.

Les enquêtes nationales périnatales sur la morbidité et les pratiques médicales font partie des plans Périnatalité, définis par le ministère chargé de la Santé. Elles ont lieu à intervalle régulier, tous les trois à cinq ans. Elles recueillent des informations sur l'état de santé, les soins périnataux et les facteurs de risque liés à une mauvaise situation sanitaire environnant la naissance, à partir d'un échantillon représentatif des naissances.

II - PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE

D'après les décès enregistrés à l'Etat civil, en France métropolitaine, le taux de mortalité infantile s'élevait à 3,6 décès d'enfants de moins de 1 an pour 1 000 naissances vivantes en 2008. Ce taux varie selon les régions entre 4,6‰ en Alsace et 2,8‰ en Bretagne. Rhône-Alpes, avec un taux de 3,3 décès pour 1 000 naissances, se situe en 6^{ème} position des régions de France métropolitaine. Depuis 1995, les taux de mortalité infantile régional et national évoluent parallèlement à la baisse avec une stabilisation sur les dernières années. Tout au long de la période l'indicateur régional est plus favorable que l'indicateur national.

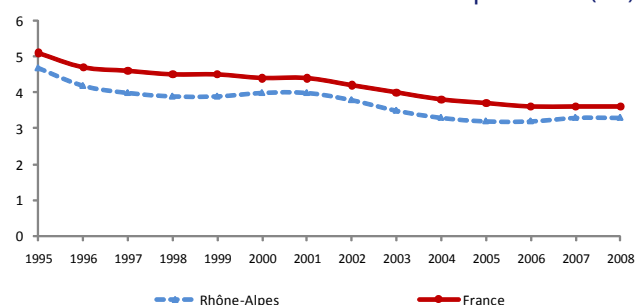
En ce qui concerne la mortalité périnatale (enfants nés sans vie ou décédés dans les 7 jours après la naissance), l'analyse de son évolution est rendue difficile par les changements de définition de l'état civil concernant les morts-nés. Ainsi, avant 2001, aucun acte n'était établi pour les enfants mort-nés si la durée de la grossesse était inférieure à 180 jours (28 semaines d'aménorrhée), or une circulaire de novembre 2001 a modifié cette disposition, réduisant cette durée de grossesse. A partir de 2001, un acte d'enfant sans vie peut être établi après 22 semaines d'aménorrhée ou lorsque l'enfant mort-né pèse au moins 500 grammes, ce qui entraîne une augmentation du nombre d'enfants déclarés morts-nés et la hausse observée sur la courbe d'évolution. Une nouvelle réglementation en 2008 modifie l'enregistrement des enfants morts-nés.

Comme pour la mortalité infantile, la région Rhône-Alpes présente une situation plus favorable qu'au niveau national et ce de manière de plus en plus marquée.

D'après un récent rapport³ de la Drees, au cours des trois dernières décennies, le taux de mortalité (enfants nés sans vie) a suivi une évolution similaire à celle du taux de mortalité périnatale. Par contre la mortalité néonatale a baissé cette dernière décennie. Le rapport souligne que les deux tiers de ces décès concernaient des prématurés.

Au niveau infra-régional, d'après les décès enregistrés à l'Inserm, sur la période 2000-2008, le taux de mortalité infantile varie de 3,2 décès pour 1 000 naissances pour les résidents du territoire Est à 3,7 pour les enfants domiciliés dans le Centre.

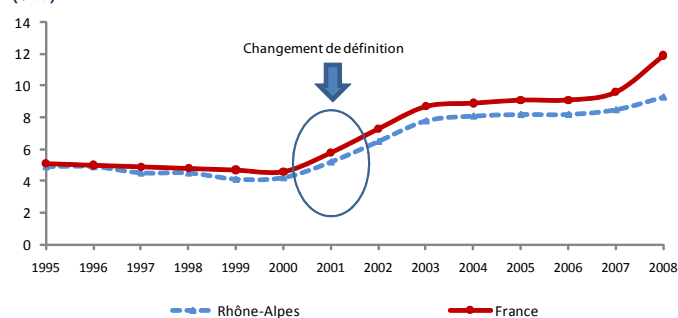
Évolution du taux de mortalité infantile* depuis 1995 (‰)



* Ce taux de mortalité infantile est calculé à partir des données de décès enregistrées à l'Etat civil. Les valeurs sont des moyennes sur trois ans. L'année indiquée est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Source : Insee, Etat civil - Exploitation ORS

Évolution du taux de mortalité périnatale* depuis 1995 (‰)



* Ce taux de mortalité périnatale est calculé à partir des données de décès enregistrées à l'Etat civil. Les valeurs sont des moyennes sur trois ans. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Source : Insee, Etat civil - Exploitation ORS

Taux de mortalité* infantile par territoire sur la période 2000-2008

Territoire	Taux brut
Est	3,2
Nord	3,4
Ouest	3,4
Centre	3,7
Sud	3,6
Rhône-Alpes	3,5
France métro.	3,7

* Taux pour 1 000 naissances vivantes calculé à partir des décès enregistrés à l'Inserm

Source : Insee, Inserm (CépiDC) - Exploitation ORS

3 Drees, L'état de santé de la population en France - suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010

Taux de mortalité périnatale :

Nombre de décès d'enfants nés sans vie et d'enfants de moins de 7 jours pour 1 000 naissances y compris morts-nés. Le taux se décompose en **mortalité** (enfants nés sans vie après vingt deux semaines d'aménorrhée ou lorsque l'enfant mort-né pèse au moins 500 grammes, selon la définition en vigueur en France suite au décret de 2001) et **mortalité néonatale précoce** (décès d'enfants de moins de 7 jours).

Taux de mortalité infantile :

Nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes. Le taux se décompose en **mortalité néonatale** (décès d'enfants âgés de moins de 28 jours) et **mortalité post néonatale** (décès d'enfants âgés de 28 jours à 1 an).



Une augmentation des naissances prématurées (enfants nés avant 37 semaines d'aménorrhée)

En France, d'après les enquêtes périnatales, 6,2% des enfants nés vivants sont nés prématurés en 1998, et 6,3% en 2003. En France en 2007 d'après les CS8, 6,4% des enfants sont nés avant 37 SA. Cette évolution à la hausse est constatée depuis le milieu des années 1990. Ces pourcentages augmentent fortement (7,2% vs 6,3% en 2003) si on inclut les mort-nés, la part des prématurés étant, comme vu ci-dessus, élevée parmi les morts nés.

Les facteurs associés connus à une naissance prématurée et qui jouent un rôle dans cette évolution à la hausse sont notamment l'âge de la mère et les grossesses multiples. L'augmentation de l'âge des femmes induit des risques accrus de complications maternelles, de grossesses multiples, de prématurité et de malformations. Les traitements de l'infertilité augmentent également la part de grossesses multiples. Les antécédents et pathologies obstétricaux sont également des facteurs de risque, et le rôle des conditions socio-économiques est bien établi.

Dans la région Rhône-Alpes, ce taux de prématurité est estimé à 6,1% (6,4% chez les garçons et 5,8% chez les filles) selon les données du PMSI (données hospitalières) et 6,6% (en l'absence de données du département de l'Isère) selon les données des premiers certificats de santé (Cs 8). Ces deux sources de données comprennent chacune des biais potentiels. La Haute-Savoie, l'Ain ou la Savoie présentent des taux plus faibles pour les deux.

Taux de naissances prématurées par département selon les certificats de santé et selon le PMSI

Départements	Taux selon les CS8 2008-2009	Taux selon le PMSI 2008-2009
Ain	6,2	5,4
Ardèche	6,1	6,4
Drôme	6,8	6,7
Isère	nd	6,6
Loire	7,7	5,6
Rhône	6,8	6,4
Haute-Savoie	5,5	4,8
Savoie	6,5	5,5
Rhône-Alpes	6,6	6,1

Taux pour 100 naissances

Source : services de PMI des conseils généraux, PMSI - Exploitation ORS

Taux de naissances prématurées (moins de 37 semaines de gestation) et de petit poids de naissance par territoire selon le PMSI en 2008-2009

Territoire	Taux prématurité (<37 sem)	Taux de poids de naissance inférieur à 2500 g
Est	5,9	6,9
Nord	6,1	7,4
Ouest	5,7	8,0
Centre	6,3	7,7
Sud	6,4	7,4
Rhône-Alpes	6,1	7,4

Taux pour 100 naissances

Source : PMSI - Exploitation ORS

Méthode : Le pourcentage de naissances prématurées est le nombre de séjours hospitaliers en MCO de nouveau-nés prématurés **, divisé par la somme totale de séjours de nouveau-nés*, multiplié par 100.
 * Séjours pour lesquels l'âge en jours à la date d'entrée est égal à 0 et le mode d'entrée égal à 8 «domicile»
 ** Séjours pour lesquels l'âge en jour à la date d'entrée est égal à 0, le mode d'entrée égal à 8 «domicile», et ayant pour diagnostic principal, relié ou associé un code CIM10 : P072 «immaturité extrême (moins de 28 semaines de gestation)» ou P073 «autres enfants nés avant terme (de 28 semaines de gestation)»

Selon le PMSI sur la période 2008-2009, 4 906 nouveaux nés dont les parents résident en Rhône-Alpes sont ainsi nés prématurément par an, dont 269 soit 3,3 pour 1 000 sont des très grands prématurés⁴.

Le poids moyen des nouveaux-nés était de 3 242 grammes, 7,4% des 80 384 enfants pesaient moins de 2 500 grammes et 2,7% moins de 2 000 grammes. Cette part présente une variation importante selon les territoires avec 6,9% de nouveaux-nés de moins de 2 500 grammes sur l'Est et 8,0% dans l'Ouest. Par ailleurs, 320 nouveaux-nés pesaient 800 grammes ou moins par an sur cette période.

On recense dans la région 79 500 accouchements en 2009, chez des femmes rhonalpines, dont la durée moyenne de séjours a été de 4,8 jours (4,9 en 2008). Un séjour sur cinq (18% en 2008) a duré 3 jours ou moins, 35% des séjours ont duré 4 jours (36% en 2008) et un sur cinq s'étendaient jusqu'à 5 jours (21% aussi en 2008). 23% des séjours ont excédé 5 jours en 2009 (24% en 2008).

En Rhône-Alpes le taux de césariennes réalisées dans les établissements de la région Rhône-Alpes était en 2008 de 19,6% ce qui situait la région au 12ème rang des régions françaises (à partir du taux le plus haut, observé en Île-de-France avec 22,5%). (Source SAE/Drees)

II - PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE

Prévalence des malformations sur les départements du Rhône, de la Loire, de l'Isère et de la Savoie

Types de malformations	2007		2008	
	Nombre	Prévalence	Nombre	Prévalence
Toutes malformations	1 313	227,4	1 450	246,4
Membres	256	44,3	310	52,7
Anomalies chromosomiques	266	46,1	295	50,1
Appareil urinaire	263	45,5	267	45,4
Cœur	228	39,5	253	43,0
Système nerveux	184	31,9	187	31,8
Muscle et squelette	189	32,7	182	30,9
Appareil génital	103	17,8	134	22,8
Système digestif	94	16,3	120	20,4
Fentes labiales ou palatines	86	14,9	84	14,3
Appareil respiratoire	89	15,4	81	13,8
Anomalie paroi abdominale	35	6,1	40	6,8
Syndrôme génétique et microdélétions	40	6,9	37	6,3
Système oculaire	22	3,8	16	2,7
Oreille, bouche, nez	18	3,1	9	1,5
Tératogènes	9	1,6	7	1,2
Autres malformations	106	18,4	122	20,7

Source : Registre Remera

Taux de prévalence pour 10 000 naissances

Le registre des malformations en Rhône Alpes, REMERA, enregistre tous les enfants malformés, nés vivants ou non, à partir de 20 semaines de grossesse et jusqu'aux 18 mois de vie de l'enfant. Les fœtus expulsés après une interruption médicale de grossesse (IMG) sont enregistrés, quel que soit l'âge gestationnel. Tous les services hospitaliers, publics et privés, des 4 départements couverts par le registre (le Rhône, l'Isère, la Loire et la Savoie) participent à la collecte de données.

Chaque année, ce sont environ 58 000 naissances qui sont surveillées (57 744 en 2007, 58 853 en 2008) et si l'on constate une tendance à l'augmentation de la prévalence du nombre total de malformations (227 pour 10 000 naissances en 2007, 246 en 2008, estimation à 283 en 2009), elle est certainement à rapprocher d'une meilleure exhaustivité de l'enregistrement. Seules des études spécifiques à une malformation ou un groupe de malformations peuvent permettre d'affiner et d'étayer les augmentations observées.

Ainsi, l'augmentation de l'âge à la maternité explique notamment l'augmentation de la prévalence de trisomies 21 constatée mais qui semble se stabiliser : l'âge moyen des mères d'enfants porteurs de trisomie 21 au cours des 5 dernières années a été de 35,1 ans, quel que soit le département surveillé. D'autres groupes de malformations, urinaires et génitales notamment, semblent être en augmentation.

Etat de santé des enfants de 6 ans : baisse de la prévalence de la surcharge pondérale mais accroissement des disparités sociales

Les jeunes enfants sont globalement en bonne santé, mais certains aspects importants de l'état de santé des enfants de 5-6 ans peuvent être appréciés grâce aux enquêtes triennales réalisées en milieu scolaire, en dernière année de maternelle, par le réseau des médecins et infirmiers de la mission de promotion de la santé.

Prévalences (en %) du surpoids et de l'obésité des enfants de grande section de maternelle entre 2000 et 2006

	Surcharge pondérale		Obésité	
	1999-2000	2005-2006	1999-2000	2005-2006
Rhône-Alpes	12,2 [11,2 - 13,2]	9,6 [8,5 - 10,7]	3,3 [2,8 - 3,8]	1,9 [1,4 - 2,4]
France entière	14,4 [14,1 - 14,7]	12,1 [11,7 - 12,5]	3,4 [3,2 - 3,6]	3,1 [2,9 - 3,3]

Source : DREES (Etudes et résultats n° 737 - Septembre 2010)

Un enseignement important concerne l'évolution de la prévalence de l'obésité et du surpoids dont l'évolution à la hausse s'est inversée avec une baisse, en Rhône-Alpes de plus de 2,5 points de la prévalence du surpoids entre 2000 et 2006 et d'un point et demi pour la prévalence de l'obésité. Cette évolution positive n'est cependant pas uniforme et dépend de nombreux facteurs sociaux dont en



premier lieu la catégorie socio-professionnelle des parents. A titre d'illustration la baisse du surpoids a été deux fois et demi moins forte parmi les enfants scolarisés dans une école relevant de l'éducation prioritaire (ZEP) que parmi les autres élèves, ce qui conduit à un accroissement des inégalités sociales.

Pour la prévalence du surpoids la région Rhône-Alpes se situait en position très favorable par rapport aux autres régions puisque seule la région Pays de Loire présentait un taux plus faible avec 6,6%.

Des disparités également importantes pour l'appareillage visuel ou la santé bucco-dentaire

Sur les autres thématiques abordées par ces enquêtes triennales on peut mentionner que 3,3% des parents déclarent que leur enfant présente une allergie alimentaire et que l'on repère 7,4% d'enfants asthmatiques (selon le questionnaire standardisé ISAAC) avec une prévalence masculine plus forte (9,3% contre 5,4%).

Le repérage précoce des troubles visuels est important à un âge où l'enfant commence à se familiariser avec les apprentissages écrits. Un enfant sur sept (14%) porte des verres correcteurs (taux en hausse), mais avec des variations selon le type d'école : 12,7 % pour les enfants scolarisés dans une école publique en ZEP, 13,9% hors ZEP et 16,7% dans les écoles privées. Au vu des résultats des examens réalisés ces différences semblent témoigner d'un dépistage antérieur moins fréquent.

L'amélioration de la santé bucco-dentaire se poursuit avec en 2006, 7,5% des enfants qui avaient deux dents cariées ou plus non soignées contre 9,5% en 2000. Cet indicateur reste cependant un marqueur indirect d'inégalités sociales de santé avec des disparités très fortes entre enfants d'ouvriers et de cadres (respectivement 11 et 2% d'enfants concernés) ou entre enfants scolarisés en ZEP ou hors ZEP (17 et 6%). Accès économique (avance des frais notamment), facteurs comportementaux et perceptions sociales sur l'intérêt de soigner des dents non définitives sont autant d'éléments pouvant expliquer ces disparités.

Concernant les troubles du langage, 84% des enfants avaient, selon les tests pratiqués, une élocution normale (87% des filles et 81% des garçons) avec là encore des disparités sociales (80% des enfants en ZEP ont une élocution normale).

Sur les enquêtes 2006, les déclinaisons régionales n'ont pu encore être exploitées pour tous ces indicateurs. Cependant, sur les enquêtes précédentes, la région Rhône-Alpes était en situation favorable par rapport à la France pour la santé bucco-dentaire, le surpoids et l'obésité et en situation équivalente pour la part d'enfants ayant des problèmes respiratoires ou présentant des troubles visuels.

II- 3 - OFFRE ET RECOURS AUX SOINS

Dans ce chapitre sont évoqués, le recours aux interruptions volontaires de grossesse, l'offre en service de maternité, l'offre libérale et enfin le taux de couverture des bilans de santé réalisés par les services de PMI auprès des élèves de 3-4 ans scolarisés en maternelle.

Les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG)

En 2007, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse était estimé par le ministère de la santé (DREES) à 213 380 en métropole dont 18 973 en Rhône-Alpes. Ce nombre est relativement stable depuis le début des années 2000. Le nombre d'IVG atteint en France 14,7 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2007. Neuf IVG sur dix ont eu lieu à l'hôpital et une sur dix en cabinet libéral.

Les estimations sont extrapolées à partir de différentes sources hospitalières (SAE, PMSI), de l'Assurance Maladie pour les IVG ambulatoires (CNAMTS) et des bulletins de déclaration d'interruption de grossesse. Les données de la SAE sont plus fiables pour le dénombrement et sont publiées plus rapidement mais ne sont pas domiciliées car seul le lieu de réalisation de l'IVG est renseigné. En 2009, il y a eu en Rhône-Alpes 18 585 IVG réalisés, dont 16 490 enregistrées dans la SAE et 2 095 correspondant à des forfaits IVG de médecine en ville. Les données du PMSI ne correspondent qu'aux IVG réalisées à l'hôpital, mais elles sont domiciliées, ce qui permet une analyse géographique et par âge.

II - PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE

Nombre et taux* bruts annuel d'IVG réalisées en milieu hospitalier selon le territoire de résidence et l'année sur la période 2005-2009

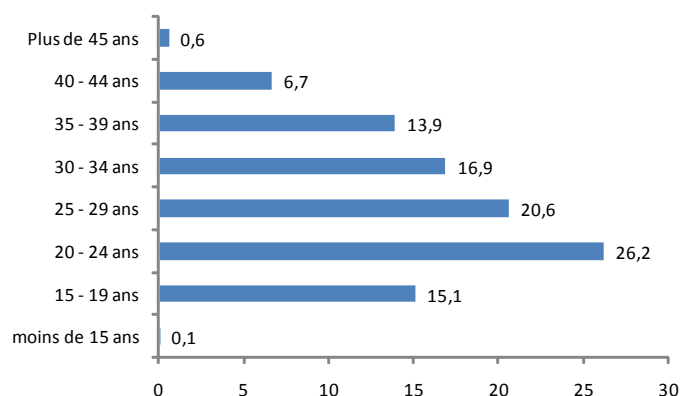
Territoire	2005	2006	2007	2008	2009	Total général 2005-2009	Taux brut*
Est	5 303	5 481	5 548	5 485	5 335	27 152	11,5
Nord	804	778	1 304	1 362	1 351	5 599	8,6
Ouest	1 861	1 896	1 587	1 500	1 734	8 578	9,7
Centre	6 009	6 096	6 327	6 011	6 281	30 724	12,6
Sud	1 733	1 874	1 750	1 714	1 700	8 771	10,9
Rhône-Alpes	15 873	16 191	16 600	16 153	16 513	81 330	11,4

Source : PMSI, Exploitation ORS

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

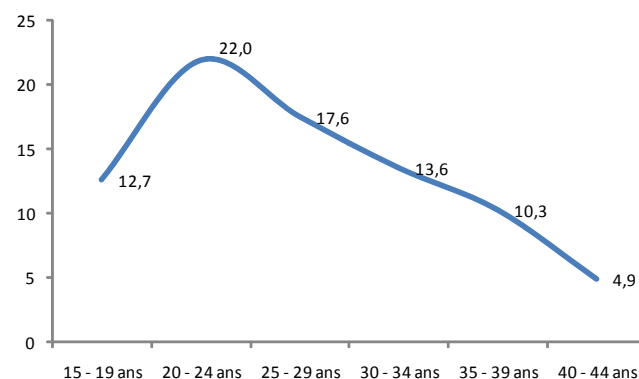
Méthode : Les séjours pour IVG sont des séjours ayant pour diagnostic principal, associés ou reliés un code CIM10 : Z640.

Répartition (%) des IVG selon l'âge en Rhône-Alpes pour la période 2005-2009



Source : PMSI, Exploitation ORS

Taux* annuel d'IVG par âge en Rhône-Alpes pour la période 2005-2009



*Taux pour 1 000 femmes

Source : PMSI, Exploitation ORS

Établissements pratiquant les IVG en 2009



Source : SAE, Exploitation ORS

En Rhône-Alpes, on recense, via le PMSI, en moyenne plus de 16 200 IVG pratiquées en milieu hospitalier par an sur la période 2005-2009. Les taux comparatifs d'hospitalisation pour IVG les plus bas sont situés dans les territoires du Nord et de l'Ouest, avec respectivement 8,6 et 9,7 pour 1000 femmes âgées de 15-49 ans contre 11,4 au niveau régional.

A contrario, le territoire du Centre enregistre le taux comparatif le plus élevé avec 12,6 IVG pratiquées pour 1 000 femmes.

Le taux de recours à une IVG varie selon l'âge. Il est maximal chez les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans (22 pour 1 000) pour s'abaisser avec l'âge (5 pour 1 000 entre 40 et 44 ans), il est intermédiaire chez les jeunes de 15-19 ans (13). Un quart des IVG ont lieu chez les jeunes de 20 à 24 ans.

Le recours à une interruption volontaire de grossesse peut être complexifié en cas de difficultés d'accès physique à un établissement réalisant ce type d'intervention. La carte ci-jointe localise ces établissements sur la région Rhône-Alpes.

État des lieux préalable à l'élaboration du plan stratégique régional de santé Rhône-Alpes



Les maternités

La région Rhône-Alpes comprend en Janvier 2010, 51 maternités, dont 25 maternités de niveau 1, 21 maternités de niveau 2 (maternité avec service de néonatalogie) et 5 maternités de niveau 3 (maternité avec service de réanimation néonatale). Le nombre d'établissements est en baisse marquée sur la dernière décennie suite à la fermeture ou au regroupement de maternités dont le nombre étaient de 70 en 2001.

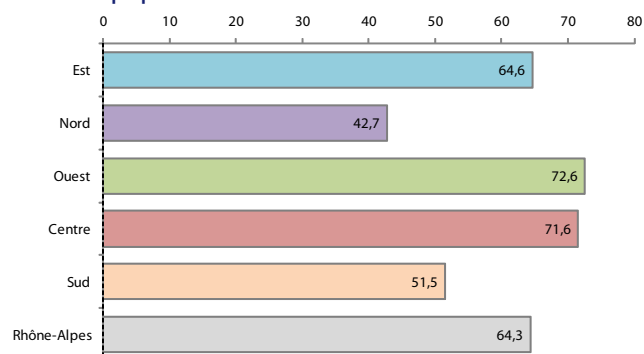
Cette offre est complétée par 14 centres périnataux de proximité.

Localisation des maternités selon leur niveau



Source : SAE, Exploitation ORS

Taux d'équipement en lits de maternité au 01/01/2010



* pour 100 000 femmes de 15 ans et plus

Nombre de lits en obstétrique, actualisé en Janvier 2011 pour fermeture d'établissements

Source : SAE - Exploitation ORS

La région Rhône-Alpes compte 1 641 lits de maternité. Le taux d'équipement correspondant est de 64 lits pour 100 000 femmes de 15 ans et plus. Il varie de 43 pour 100 000 femmes dans le territoire Nord, le moins doté, à 72 dans le Centre et à 73 dans l'Ouest.

Les maternités publiques et privées sont regroupées au sein de réseaux périnataux. Ces réseaux qui regroupent un ensemble d'établissements et de professionnels de santé permettent une mutualisation des compétences, une harmonisation des collaborations, une organisation plus performante.

Quatre réseaux (Aurore, Elena, RPAI et RP2S) existent sur la région, qu'ils couvrent complètement.

II - PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE

Les services de Protection Maternelle et Infantile

Taux de couverture des bilans de santé* réalisés par les services de PMI auprès des enfants de 3-4 ans scolarisés à l'école maternelle en 2009

Départements	Nombre enfants inscrits à l'école maternelle	Nombre enfants ayant bénéficié d'un bilan de santé	Taux de couverture
Ain	7 843	4 427	56%
Ardèche	3 653	847	23%
Drôme	5 797	4 419	76%
Isère	15 554	13 458	87%
Loire	15 646**	9 492	61%
Rhône	23 395	21 872	93%
Haute Savoie	9 340	3 124	33%
Savoie	4 974	3 685	74%

* Bilans réalisés selon les pratiques en vigueur dans le département

** Nombre estimé à partir des naissances vivantes de 2006 (Insee)

Source : Services de PMI des Conseils généraux, Exploitation ORS

Les bilans de santé ont pour but la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant, ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences. Ces dépistages sont primordiaux car les enfants sont à un âge où les acquisitions sont fondamentales et où le retard de diagnostic et de prise en charge des déficiences peut être très préjudiciable au développement de l'enfant.

Le taux de couverture des enfants scolarisés varie très fortement d'un département à un autre en fonction des moyens mobilisables.

L'offre libérale

L'offre libérale des pédiatres, des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes est inégalement répartie et peut varier pratiquement du simple au double selon les territoires. Le territoire du Centre présente des densités beaucoup plus élevées pour les médecins, tandis que le Nord présente les densités les plus basses. Les territoires du Sud et de l'Ouest présentent des densités assez basses à l'exception des sages-femmes pour le premier et des pédiatres pour le second.

L'Est présente des densités de médecins équivalentes aux valeurs régionales et la densité la plus élevée de sages-femmes.

Effectifs et densités de pédiatres, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes libéraux - en 2009

Territoire	Pédiatres		Gynécologues/Obstétriciens		Sages-femmes***	
	Effectif	Densité*	Effectif	Densité**	Effectif	Densité**
Est	92	24,3	186	39,3	152	32,2
Nord	21	17,9	32	24,5	27	20,6
Ouest	34	22,5	52	29,3	28	15,8
Centre	114	30,6	221	45,2	112	22,9
Sud	24	18,2	48	29,8	46	28,6
Rhône-Alpes	285	24,7	540	37,7	367	25,6

* Pour 100 000 enfants de moins de 15 ans

** Pour 100 000 femmes de 15-49 ans

***Données 2008

Source : Insee (Rp, 2007), Urcam - Exploitation ORS

Le bilan de santé de 3-4 ans à l'école maternelle

L'article L.2112-2 du code de la santé publique stipule que le service de Protection Maternelle et Infantile des conseils généraux «doit organiser (...) un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle».

Ce bilan de santé, effectué, par la puéricultrice de PMI et/ou le médecin de PMI a pour objectif le dépistage précoce des troubles sensoriels, comportementaux et des handicaps et consiste en général en :

- une vérification des vaccinations
- un examen clinique
- un dépistage des éventuels troubles de la vue, de l'ouïe, du langage.



II- 4 - SYNTHÈSE

Au cours des dernières décennies, les circonstances et les conditions de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement se sont profondément modifiées. Augmentation de l'âge moyen des mères, augmentation du taux de prématurité, amélioration du suivi de la grossesse et de la prise en charge des nouveaux-nés conduisant à une baisse de la mortalité périnatale en sont autant d'illustrations.

Par ailleurs, le nombre de naissances est au plus haut en France depuis la fin des années 90 et la région Rhône-Alpes avec environ 81 000 naissances présente l'un des taux de natalité régionaux les plus élevés. Conséquence de cette forte natalité les effectifs de jeunes rhônalpins de moins de 6 ans est également en forte croissance. Ainsi, même si la part des femmes en âge de procréer est en baisse du fait de la hausse de la part des autres tranches d'âge dans la population les effectifs de femmes, de nouveaux-nés et de jeunes enfants sont tous en hausse sensible et les besoins de soins et de prévention sont donc également en augmentation.

Si les indicateurs de suivi des grossesses de femmes rhônalpines sont en amélioration, des disparités subsistent et près de 2% des grossesses font encore l'objet d'une déclaration tardive et la part de femmes ayant bénéficié de moins de 3 échographies durant leur grossesse varie selon les départements, et d'après l'analyse des certificats de santé du 8^{ème} jour, entre 1,5 et 5%.

Parmi les accouchements de la période 2005-2009, 265, en moyenne par an, soit 0,34% concernent des jeunes filles mineures, très majoritairement (67%) âgées de 17 ans. Ce nombre d'accouchements correspond à un taux de 2,3 accouchements par an pour 1 000 jeunes filles de la région âgées de 15 à 17 ans. Ce taux est inférieur pour les jeunes filles du territoire de l'Est (1,8) et du Nord (2,0) et il se situe autour de 2,7 sur les 3 autres territoires. Au niveau de la région, ce taux semble en hausse sur la période 2005-2009, passant de 2,2 accouchements pour 1 000 jeunes femmes de 15-17 ans à 2,5 en 2009.

La durée moyenne de séjours hospitaliers pour les accouchements était en 2009 de 4,8 jours. Près d'un séjour sur cinq (19%) a duré 3 jours ou moins, un sur trois (35%) 4 jours et un sur cinq (21%) 5 jours. Un quart des séjours a excédé 5 jours. Environ un accouchement sur cinq se fait par césarienne.

La baisse de la mortalité infantile est marquée sur les quinze dernières années mais semble se stabiliser. Pour cet indicateur comme pour la mortalité périnatale la région Rhône-Alpes est en situation plus favorable que l'ensemble du territoire national. Selon les sources de données, entre 6,1 et 6,6% des nouveaux-nés de la région sont nés prématurés (moins de 37 semaines de gestation) en 2008-2009. Ce taux de prématurité évolue à la hausse. De même, 7,4% des nouveaux-nés présentent un poids de naissance inférieur à 2 500 grammes, 2,7% moins de 2 000 grammes et 320 de ces nouveaux-nés pesaient, chaque année, 800 grammes ou moins sur cette période.

Selon le registre des malformations en Rhône-Alpes (REMERA) le taux de prévalence des malformations est estimé à 283 pour 10 000 naissances. Ce taux est en hausse par rapport aux années précédentes sans qu'il soit possible de chiffrer les parts respectives de l'amélioration du repérage, de la modification des comportements (recul de l'âge des mères) et de l'environnement dans cette augmentation.

Les jeunes enfants sont globalement en bonne santé, mais certains aspects importants de l'état de santé des enfants de 5-6 ans peuvent être appréciés grâce aux enquêtes triennales réalisées en milieu scolaire, en dernière année de maternelle.

Un enseignement important concerne l'évolution de la prévalence de l'obésité et du surpoids dont l'évolution à la hausse s'est inversée avec une baisse, en Rhône-Alpes de plus de 2,5 points de la prévalence du surpoids entre 2000 et 2006 et d'un point et demi pour la prévalence de l'obésité. Cette évolution positive

n'est cependant pas uniforme et dépend de nombreux facteurs sociaux. De manière schématique la baisse observée est plus marquée dans les milieux sociaux les plus favorisés conduisant ainsi à un accroissement des inégalités sociales.

Pour la prévalence du surpoids la région Rhône-Alpes se situe en position très favorable avec le deuxième taux le plus bas de France.

Sur les autres thématiques on peut mentionner que l'on repère 7,4% d'enfants asthmatiques, qu'un enfant sur sept (14%) porte des verres correcteurs (taux en hausse), avec des disparités qui semblent témoigner d'un dépistage antérieur moins fréquent dans les milieux moins favorisés.

Ces disparités sont observées de manière très forte dans le domaine de la santé bucco-dentaire malgré la poursuite de l'amélioration. Ainsi 17% des enfants de 6 ans scolarisés en ZEP présentent au moins deux caries non soignées contre 6%. Accès économique (avance des frais notamment), facteurs comportementaux et perceptions sociales sur l'intérêt de soigner des dents non définitives sont autant d'éléments pouvant expliquer ces disparités.

Sur ces différents indicateurs la région Rhône-Alpes apparaît en situation favorable ou équivalente par rapport à la France.

En 2009, plus de 16 500 interruptions volontaires de grossesse annuelles sont réalisés, en milieu hospitalier, auprès de femmes résidant dans la région. Les taux comparatifs correspondants varient selon les territoires avec des taux plus faibles sur les territoires du Nord et de l'Ouest. La tranche d'âge la plus concernée est celle de 20 à 24 ans avec 22 IVG par an pour 1 000 jeunes femmes (un quart des IVG se fait à cet âge). A ces IVG réalisées en milieu hospitalier, se rajoutent environ 2 100 IVG réalisées en médecin de ville soit un total de 18 600 IVG.

En termes d'offre de soins (services de maternité, offre libérale de pédiatres, de gynécologues-obstétriciens, et de sages-femmes) on relève à nouveau de fortes disparités entre les territoires. Le territoire du Nord présente les densités les plus faibles alors que le Centre présente des taux élevés sauf pour la densité de sages-femmes. L'Ouest présente une densité de lits hospitaliers élevée mais des densités plutôt basses pour l'offre libérale (gynécologues-obstétriciens et sages-femmes principalement). Le territoire du Sud présente des densités faibles sauf pour les sages-femmes où l'offre est élevée comme sur l'Est.



III - SANTÉ DES JEUNES

III- 1 - CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	48
III- 2 - COMPORTEMENT ET ETAT DE SANTÉ.....	51
III- 3 - RECOURS AUX SOINS	59
III- 4 - SYNTHÈSE.....	61

III-1 - CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

En 5 ans, à l'occasion des échanges migratoires entre régions françaises, l'Insee dénombre 324 000 nouveaux habitants qui sont arrivés en Rhône-Alpes et 280 000 qui en sont partis. Plus de trois arrivants sur cinq ont entre 18 et 40 ans. Les cadres, les professions intermédiaires et les étudiants sont particulièrement nombreux. Traditionnellement, c'est dans ces classes d'âge que les migrations se font le plus souvent, mais le phénomène est accentué dans la région. Les grands pôles universitaires attirent les étudiants : près de 64 000 jeunes sont ainsi arrivés pendant cette période. Les départs sont moins nombreux, les jeunes rhônalpins ayant sans doute moins tendance à partir du fait des possibilités qui s'offrent à eux. Le solde des migrations nettes est donc excédentaire de près de 13 000 personnes chez les 18-24 ans, ce qui représente un taux annuel de croissance de 0,5 %, parmi les premiers de France¹.

Dans ce chapitre consacré à la santé des jeunes la population étudiée est celle des jeunes âgés de 15 à 24 ans.

En Rhône-Alpes, comme en France, les 15-24 ans représentent 13% de la population en 2007

Au 1^{er} janvier 2007, 787 027 personnes de 15-24 ans résident en Rhône-Alpes, soit 13% de la population régionale, part équivalente à ce qu'on observe au niveau national. Parmi les cinq territoires de santé, c'est le territoire Centre qui enregistre le taux de jeunes de 15-24 ans le plus élevé (près de 15%), et le Sud le taux le plus faible (11%).

La part des jeunes de 15-24 ans présente une baisse depuis 25 ans en Rhône-Alpes comme en France (passage de 16 à 13%). On note cependant, une stabilisation entre 1999 et 2007. Le territoire Centre connaît même une légère augmentation de la part de population jeunes sur cette période.

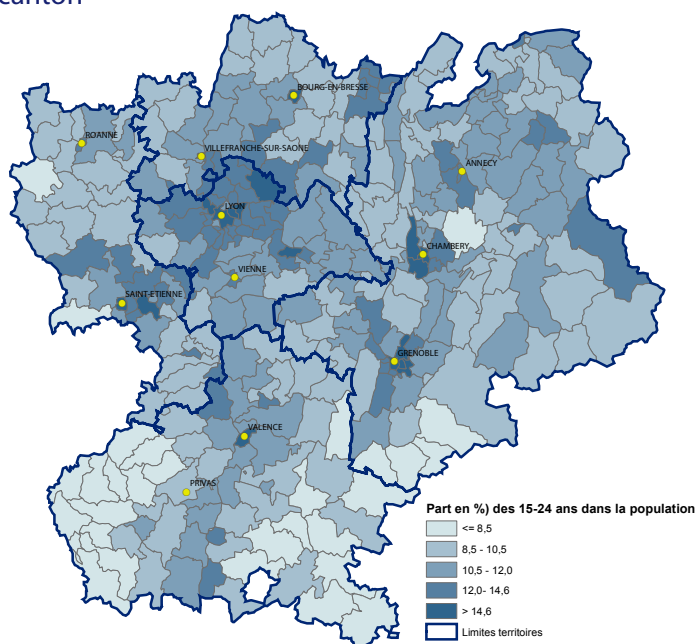
Au niveau local, les parts de jeunes les plus élevées s'observent surtout sur les principales agglomérations (Lyon, St Etienne, Grenoble, Chambéry) et sur certaines zones comme Oyonnax, la vallée du Rhône et certains territoires alpins.

Effectifs des jeunes de 15-24 ans et part en % dans la population en 2007



Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

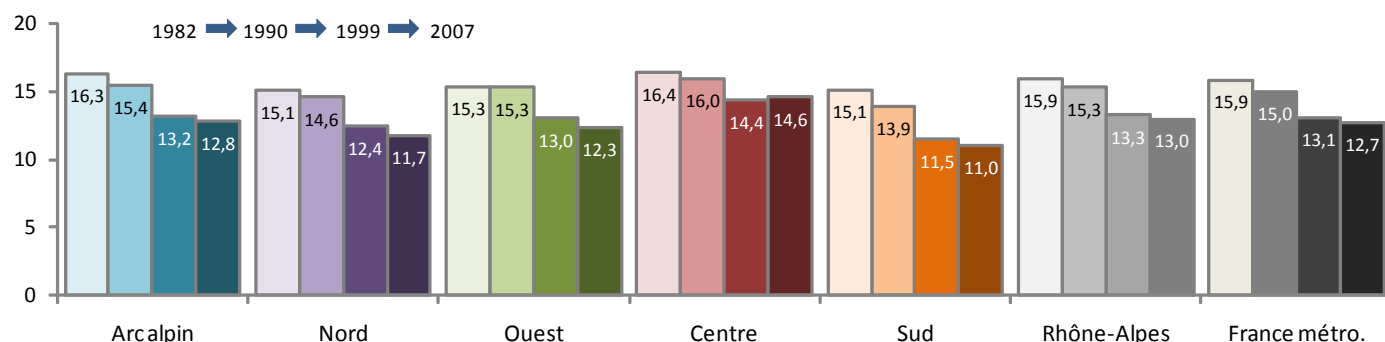
Part des 15-24 ans dans la population en 2007 par canton



Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS



Evolution de la part des 15-24 ans dans la population aux recensements de 1982, 1990, 1999 et 2007



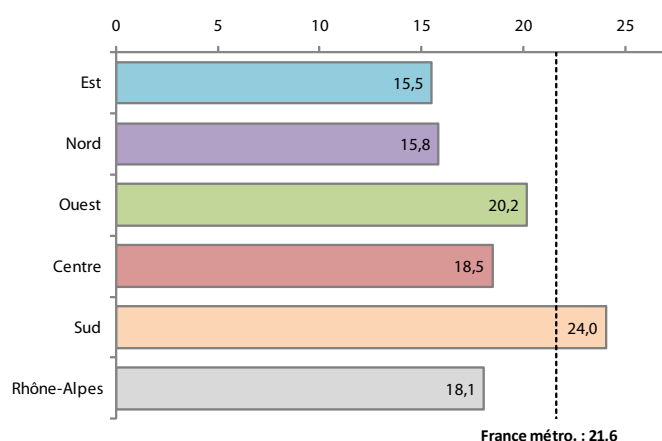
Source : Insee (RP 1982, 1990, 1999, 2007)

Un taux de chômage régional de 18% chez les jeunes

Le chômage des jeunes a atteint en 2007 un taux de 18% en Rhône-Alpes, avec 61 954 chômeurs sur une population de 280 805 actifs de 15-24 ans. Le taux national dans cette classe d'âge est de 22%. Ce taux est deux fois supérieur au taux observé pour l'ensemble de la population. Le chômage chez les jeunes est plus élevé dans le territoire Sud (24%) et plus faible dans les territoires de l'Est et du Nord (inférieur à 16%).

Le taux de chômage des jeunes doit être interprété avec précaution. Il ne concerne pas l'ensemble des jeunes mais uniquement les jeunes actifs, c'est à dire ceux qui disposent d'un emploi ou qui en recherchent un. Une part importante de jeunes étant à cet âge encore étudiants.

Taux de chômage (en %) dans la population active des 15-24 ans en 2007



Source : Insee (RP 2007)

En Rhône-Alpes, parmi les jeunes actifs de 15-24 ans occupant un emploi, la répartition selon les conditions d'emploi n'est pas sensiblement différente de celle de la France métropolitaine (49% en CDI, 22% en CDD, 15% en apprentissage). Sur les territoires, on peut noter une proportion plus importante de contrats courts (CDD et emplois saisonniers) dans l'Est (25%) et plus faible dans le territoire Nord (17%). Dans ce même territoire Nord, ce sont les intérimaires et les apprentis qui sont proportionnellement plus nombreux (respectivement 9% et 17%) par rapport aux autres territoires.

Répartition (en %) des actifs occupés de 15-24 ans selon leurs conditions d'emploi en 2007

Territoire	Nombre d'actifs	Répartition (en %)							Total
		Apprentissage	CDD, vacation, saisonnier	CDI, fonctionnaire	Emploi aidé	Intérim	Non salarié (employeur, indépendant,...)	Stage rémunéré	
Est	93 835	14,3	24,9	47,5	2,9	5,6	3,0	1,7	100,0
Nord	27 718	17,3	17,5	49,6	2,4	8,8	3,2	1,1	100,0
Ouest	35 608	15,2	21,6	48,1	3,4	6,9	3,4	1,5	100,0
Centre	95 976	14,2	21,2	49,7	3,2	6,8	2,5	2,4	100,0
Sud	27 987	14,4	22,8	48,2	3,7	5,8	3,9	1,2	100,0
Rhône-Alpes	281 124	14,7	22,3	48,6	3,1	6,5	3,0	1,8	100,0
France métro.	2 646 204	15,2	21,6	49,5	3,3	5,7	2,6	2,0	100,0

Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

III - SANTÉ DES JEUNES

18% des jeunes de 15-24 ans sortent du système scolaire sans diplôme

En Rhône-Alpes, parmi les jeunes de 15-24 ans sortis du système scolaire en 2007, 17% le sont sans avoir obtenu de diplôme. Près d'un quart en sortent avec un niveau Baccalauréat et un peu moins avec un niveau au moins Bac + 2. A noter que le Centre, territoire de fortes disparités, présente à la fois la part de haut diplômés la plus élevée et une part de sans diplôme forte.

Répartition (en %) des 15-24 ans sortis du système scolaire selon leur niveau d'études en 2007

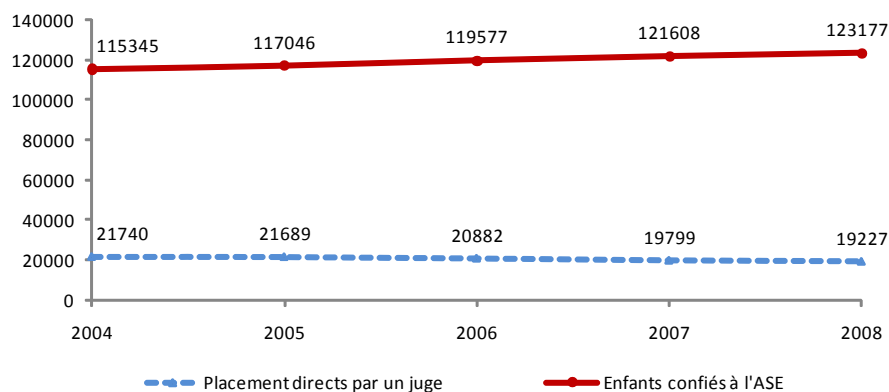
Territoire	Nombre d'actifs	Répartition (en %)					Total
		bac. +2 minimum	Baccalauréat	BEP, CAP	Certificat, brevet	Pas de diplôme	
Est	86 729	23,5	25,8	27,1	7,7	15,9	100,0
Nord	26 970	18,5	24,8	30,1	8,2	18,4	100,0
Ouest	36 224	21,3	26,2	28,5	7,3	16,7	100,0
Centre	89 026	24,7	24,3	24,6	7,9	18,6	100,0
Sud	32 242	18,3	23,3	30,7	8,4	19,3	100,0
Rhône-Alpes	271 190	22,5	24,9	27,2	7,8	17,6	100,0
France métro.	2 757 451	20,5	24,4	28,2	8,6	18,2	100,0

Source : Insee (RP 2007)

Enfance en danger

En France en 2008, plus de 142 000 enfants sont suivis dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Parmi eux, la plupart (86%) sont confiés à la suite de mesures de placement, administratives ou judiciaires, les autres sont placés directement par un juge. Sur la période 2004-2008, cette dernière part est en réduction alors que le total d'enfants suivis augmente.

Les enfants accueillis à l'ASE de 2004 à 2008 - France métropolitaine



Source : DREES - enquête aide sociale 2008

Aide sociale à l'enfance

L'Aide sociale à l'enfance (ASE) est placée sous l'autorité des présidents des conseils généraux. Elle recouvre trois principales prestations :

- les actions éducatives à domicile (AED) ou en milieu ouvert (AEMO),
- les mesures de placement (administratives et judiciaires)
- et des aides financières.

Les prestations de l'ASE sont accordées lorsque la santé de l'enfant, sa sécurité, son entretien ou son éducation l'exigent.

La loi du 05 mars 2007 réformant la protection de l'enfance fait suite à de nombreux rapports soulignant les insuffisances du système de protection de l'enfance : défaut de coordination des acteurs, faiblesse de l'évaluation...

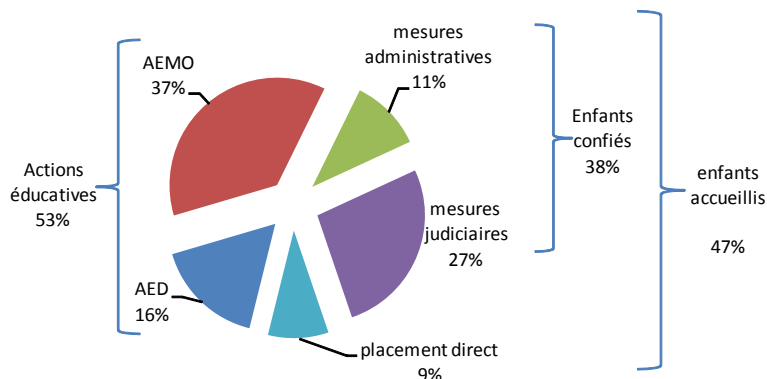
Elle poursuit quatre grands objectifs :

- renforcer la prévention
- améliorer le dispositif d'alerte et de signalement
- rénover et améliorer les modes d'intervention auprès des enfants et de leur famille
- protéger les enfants des dérives sectaires



En Rhône-Alpes, ce sont près de 26 000 enfants qui bénéficient d'un suivi des services d'aide sociale à l'enfance, soit un pour 60 jeunes de moins de 21 ans. 15% ont moins de 6 ans et 13% ont 18 ans et plus.

Répartition des bénéficiaires de l'ASE au 31-12-2008



Parmi ces enfants, près de 14 000 sont suivis dans le cadre d'actions éducatives (soit 53% vs 50%) et environ 12 000 sont accueillis en famille d'accueil ou établissement (soit 47% vs 50%)

Parmi les enfants accueillis, 81% (9713) sont confiés à la suite de mesures de placement, administratives ou judiciaires et 19% sont placés directement par un juge (2310).

Source : DREES - enquête aide sociale 2008

III - 2 - COMPORTEMENT ET ETAT DE SANTÉ

L'analyse de l'état de santé des jeunes montre que la majorité d'entre eux sont en bonne santé. Les comportements à risque et les troubles de santé mentale (du simple mal-être à la pathologie psychiatrique) sont à l'origine d'une part importante des problèmes de santé des jeunes. Ainsi, en termes de mortalité, les accidents et les suicides représentent plus de 60% des décès des 15-24 ans.

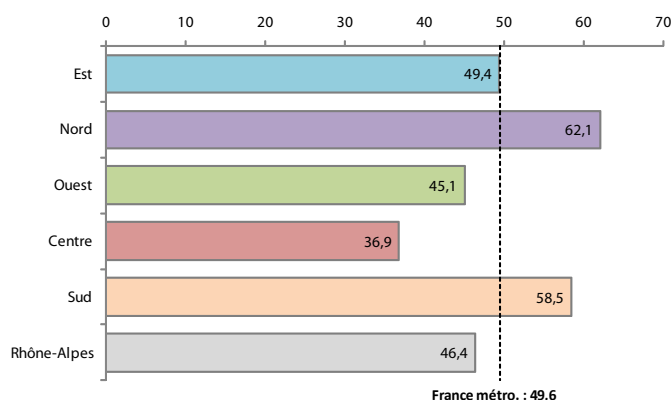
Ce chapitre se focalisera ainsi sur l'accidentologie routière, la santé mentale, la sexualité et contraception et enfin les addictions.

Accidents et suicides à l'origine de 6 décès sur 10 chez les jeunes de 15-24 ans

Entre 2000 et 2008, 361 jeunes rhônalpins âgés de 15-24 ans sont décédés chaque année en Rhône-Alpes. Les accidents de la circulation sont la cause la plus fréquente de décès chez les jeunes. Sur cette période, elles représentent 36% des décès. Les suicides sont la deuxième cause de mortalité (14% des décès), suivis des accidents de la vie courante (11%).

Le taux de mortalité générale chez les jeunes en Rhône-Alpes s'élève à 46 décès pour 100 000 personnes de 15-24 ans, contre 50 en France métropolitaine. Ces taux sont plus élevés dans les territoires Nord et Sud (respectivement 62 et 59 décès pour 100 000 personnes) alors que le territoire Centre présente le taux le plus faible (37 pour 100 000). La répartition des causes de décès chez les jeunes de 15-24 ans est différente selon les territoires de santé. Les accidents de la circulation sont plus fréquents dans les territoires Nord et Sud où

Taux* annuel de mortalité chez les 15-24 ans sur la période 2000-2008, toutes causes



Sources : Insee, Inserm (CépiDC) - Exploitation ORS

* Taux pour 100 000 jeunes de 15-24 ans

III - SANTÉ DES JEUNES

ils représentent 43% et 41% des décès et moins dans le territoire Centre (30%). Les suicides pèsent davantage dans la mortalité des jeunes du territoire Ouest (18%) et moins dans celle du territoire Centre (9%). Entre 2000 et 2008 la mortalité a chuté sur la région comme en France (baisse de 17% du nombre de décès), baisse principalement liée à la baisse de la mortalité routière (près de - 20% du nombre de décès).

Répartition (en %) des décès des 15-24 ans selon la cause sur la période 2000-2008

Territoire	Nombre annuel de décès	Répartition (en %)						
		Accident de la circulation	Accidents de la vie courante	Suicides	Tumeurs malignes	Maladies du syst. Nerveux	Autres causes	Total
Est	124	36,4	13,4	14,7	6,4	4,1	25,0	100,0
Nord	42	43,1	9,6	14,6	5,6	4,8	22,3	100,0
Ouest	46	36,7	10,2	17,8	8,5	6,8	20,0	100,0
Centre	102	30,5	8,7	9,1	9,8	5,5	36,3	100,0
Sud	48	40,6	11,6	15,3	7,4	4,2	20,9	100,0
Rhône-Alpes	361	36,1	11,0	13,6	7,7	5,0	26,7	100,0
France métro.	3 876	37,3	10,0	14,8	8,3	5,4	24,2	100,0

Répartition en 2000

Rhône-Alpes	376	35,1	11,2	14,6	8,5	4,8	25,8	100,0
France métro.	4 405	41,2	11,2	13,7	7,6	4,6	21,7	100,0

Répartition en 2008

Rhône-Alpes	313	33,9	9,6	15,3	8,6	3,5	29,1	100,0
France métro.	3 191	32,3	10,3	16,6	9,2	5,3	26,2	100,0

Sources : Inserm (CépiDC) - - Exploitation ORS

Les accidents de la circulation reste la première cause de décès chez les jeunes de 15-24 ans

Malgré cette baisse, les accidents de la circulation restent la première cause de décès. Les taux correspondants diffèrent fortement selon les territoires, avec des taux plus de deux fois plus élevés dans les territoires Nord et Sud (respectivement 27 et 24 décès pour 100 000 jeunes de 15-24 ans) que sur le territoire Centre (11 pour 100 000). Ce territoire présente également un taux faible de décès par suicides.

Taux* comparatif de mortalité chez les 15-24 ans pour la période 2000-2008 et pour les principales causes de décès

Territoire	Accident de la circulation		Accident de la vie courante		Suicides		Tumeurs malignes		Maladies du système nerveux et troubles	
	Nombre annuel	Taux annuel *	Nombre annuel	Taux annuel *	Nombre annuel	Taux annuel *	Nombre annuel	Taux annuel *	Nombre annuel	Taux annuel *
Est	45	17,9	17	6,6	18	7,2	8	3,1	5	2,0
Nord	18	26,7	4	6,0	6	9,2	2	3,5	2	3,0
Ouest	17	16,5	5	4,6	8	8,0	4	3,8	3	3,1
Centre	31	11,2	9	3,2	9	3,3	10	3,6	6	2,0
Sud	19	24,0	6	6,9	7	9,2	4	4,4	2	2,5
Rhône-Alpes	130	16,7	40	5,1	49	6,3	28	3,5	18	2,3
France métro.	1 447	18,5	387	4,9	572	7,3	322	4,1	210	2,7

Source : Insee, Inserm (CépiDC) - Exploitation ORS

* Taux pour 100 000 jeunes de 15-24 ans

La définition des accidents de la vie courante (AcVC)

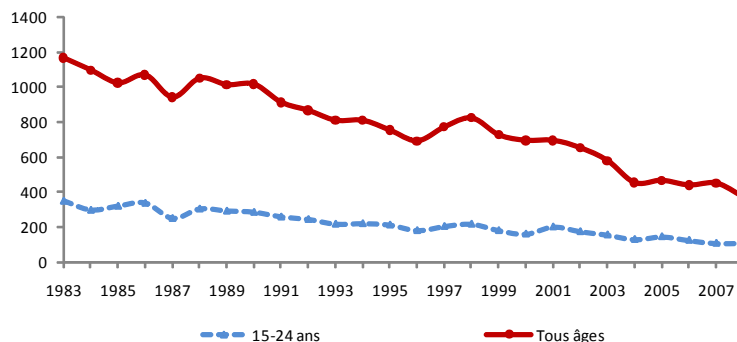
Les accidents de la vie courante (AcVC) sont des traumatismes non intentionnels qui se répartissent usuellement selon le lieu ou l'activité : les accidents domestiques, se produisant à la maison ou dans ses abords immédiats : jardin, cour, garage et autres dépendances, les accidents scolaires, incluant les accidents survenant lors du trajet, durant les heures d'éducation physique et dans les locaux scolaires, de la crèche à l'enseignement supérieur, les accidents de sport ou de vacances, et les accidents de loisirs, les accidents survenant à l'extérieur : dans un magasin, sur un trottoir, à proximité du domicile. Sont exclus : les accidents de travail, les accidents de la circulation, les accidents causés par des éléments naturels, les suicides et les agressions qui ne sont pas considérés comme des accidents.



En Rhône-Alpes, selon le SETRA, 110 jeunes de 15-24 ans ont été tués par accidents de la circulation en 2008, et 2 259 ont été blessés dont 1 033 hospitalisés.

De 1983 à 2008, le nombre de jeunes de 15-24 ans tués sur les routes de Rhône-Alpes est passé de 350 à 110, soit une diminution de près de 70 % sur la période. Sur cette même période de 26 ans, la diminution du nombre de blessés (hospitalisés ou pas) a été plus nette : de 9 407 en 1983, on n'en comptait plus que 2 259 en 2008 (soit une diminution de 76 % sur la période).

Evolution des effectifs de tués sur les routes de Rhône-Alpes entre 1983 et 2008



Source : SETRA - Exploitation ORS

Accidents de la circulation : Depuis le 1er janvier 2005 des changements de définitions sont intervenus. Le SETRA comptabilise le nombre de personnes tuées à 30 jours (au lieu de tuées à 6 jours, auparavant) et les blessés graves sont tous les blessés hospitalisés au moins 24h (au lieu des blessés hospitalisés au moins 6 jours, auparavant).

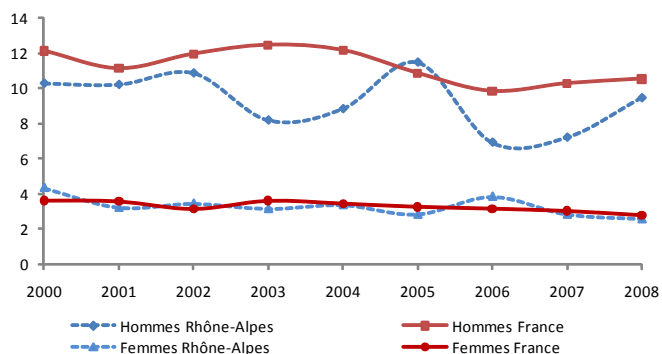
50 suicides et plus de 1 800 hospitalisations pour tentatives de suicide chez les rhônalpins de 15-24 ans

Entre 2000 et 2008, 441 jeunes de 15-24 ans résidant en Rhône-Alpes se sont suicidés, soit 49 par an, ce qui fait du suicide la deuxième cause de décès juste devant les accidents de la vie courante.

Ces données correspondent à un taux annuel moyen de 6,3 décès par suicide pour 100 000 jeunes de 15-24 ans avec une mortalité trois fois supérieure chez les garçons (9,2 chez les hommes et 3,3 chez les femmes). Le taux régional chez les hommes est inférieur à celui observé au niveau national (11,3 pour 100 000 jeunes de 15-24 ans). En dehors de fluctuations liées à la relative faiblesse des effectifs, les taux de suicide chez les jeunes ont, entre 2000 et 2008, poursuivi leur évolution à la baisse.

Selon les territoires, le Centre se démarque des autres territoires avec un taux faible de suicide.

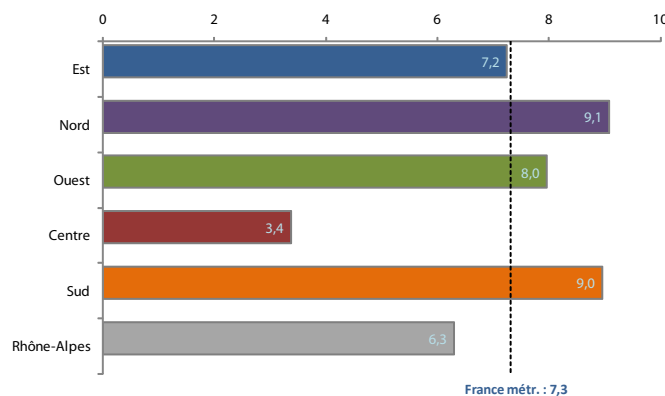
Evolution des taux* de mortalité par suicide en Rhône-Alpes et en France métropolitaine entre 2000 et 2008



Sources : Insee, Inserm (CépiDC) - Exploitation ORS

* Taux pour 100 000 jeunes de 15-24 ans

Taux* annuel de mortalité par suicide des 15-24 ans sur la période 2000-2008



Sources : Insee, Inserm (CépiDC) - Exploitation ORS

* Taux pour 100 000 jeunes de 15-24 ans

III - SANTÉ DES JEUNES

Chez les jeunes, le ratio entre tentatives de suicide et suicide est particulièrement élevé par rapport aux autres tranches d'âge. Ainsi, entre 2005 et 2009, 1 885 hospitalisations pour tentatives de suicides ont concerné 1 600 jeunes de 15-24 ans résidant en Rhône-Alpes chaque année. Ces données correspondent à un taux brut annuel moyen de 240 tentatives de suicides pour 100 000 jeunes de 15-24 ans (131 tentatives de suicide pour 100 000 garçons et 352 tentatives pour 100 000 filles). Par rapport aux suicides le sexe ratio est inversé avec près de 3 hospitalisations chez les jeunes femmes pour 1 hospitalisation chez les hommes.

Sur la période 2005-2009, les taux d'hospitalisation apparaissent relativement stables voire en hausse sur les dernières années.

Tentatives de suicide hospitalisées chez les 15-24 ans, sur la période 2005-2009

Territoires	Hommes		Femmes	
	Effectif annuel	Taux brut* annuel	Effectif annuel	Taux brut* annuel
Est	106	80,6	287	235,6
Nord	66	188,4	154	475,5
Ouest	102	201,5	164	333,7
Centre	160	114,2	556	384,1
Sud	83	196,0	198	502,6
Rhône-Alpes	521	130,5	1 364	351,9

Sources : PMSI, Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

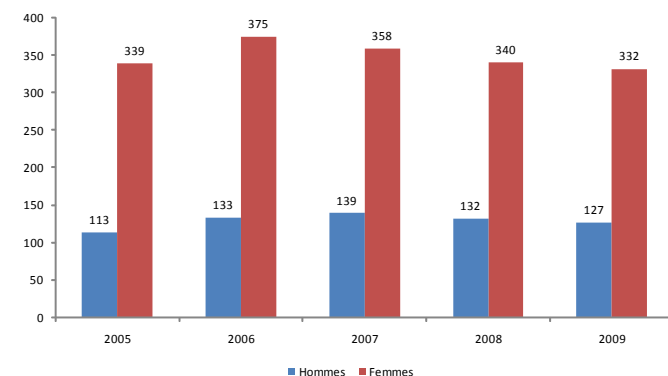
* Taux bruts annuel pour 100 000 jeunes de 15-24 ans

Sur le plan géographique, les territoires Nord et Sud présentent des taux d'hospitalisation plus élevés (respectivement 326 et 343 pour 100 000 jeunes deux sexes confondus), alors que l'Est présente des taux beaucoup plus faibles (155). Le Centre présente un taux d'hospitalisation supérieur à la moyenne régionale en regard d'une mortalité par suicide faible.

L'analyse du taux de tentatives de suicide à un échelon local met en évidence des disparités territoriales importantes avec de vastes zones où les taux sont bas comme le sud-Isère et le bassin annécien. Globalement, l'Est apparaît privilégié : 70% des territoires où on observe un taux inférieur à 100 tentatives de suicide hospitalisées pour 100 000 jeunes sont situées dans ce territoire. A l'inverse, le Beaujolais ou le sud de la région présentent des taux élevés.

Il est cependant important de souligner que, bien que les recommandations médicales soient d'hospitaliser systématiquement toute personne ayant fait une tentative de suicide, une part seulement des tentatives de suicide sont hospitalisées. Le niveau d'hospitalisation pour tentatives de suicide dépend donc de l'incidence de celles-ci mais aussi du taux d'hospitalisation de ces actes. Ainsi un taux d'hospitalisation élevé peut indiquer que les TS sont plus nombreuses mais aussi qu'elles sont mieux prises en charge avec une hospitalisation plus systématique, en accord avec les recommandations.

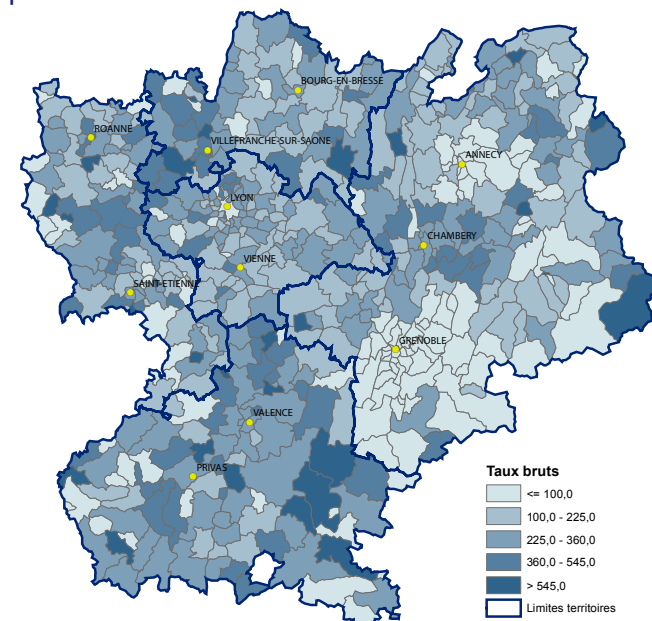
Evolution du taux* de tentatives de suicides hospitalisées chez les 15-24 ans entre 2005 et 2009



Sources : PMSI, Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

* Taux brut annuel pour 100 000 jeunes de 15-24 ans

Taux bruts* annuel de tentatives de suicide hospitalisées chez les 15-24 ans par code postal sur la région pour la période 2005-2009



Sources : PMSI, Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

* Taux bruts annuel pour 100 000 jeunes de 15-24 ans

Méthode : Le code CIM10 correspondant au suicide sont X60 - X84..



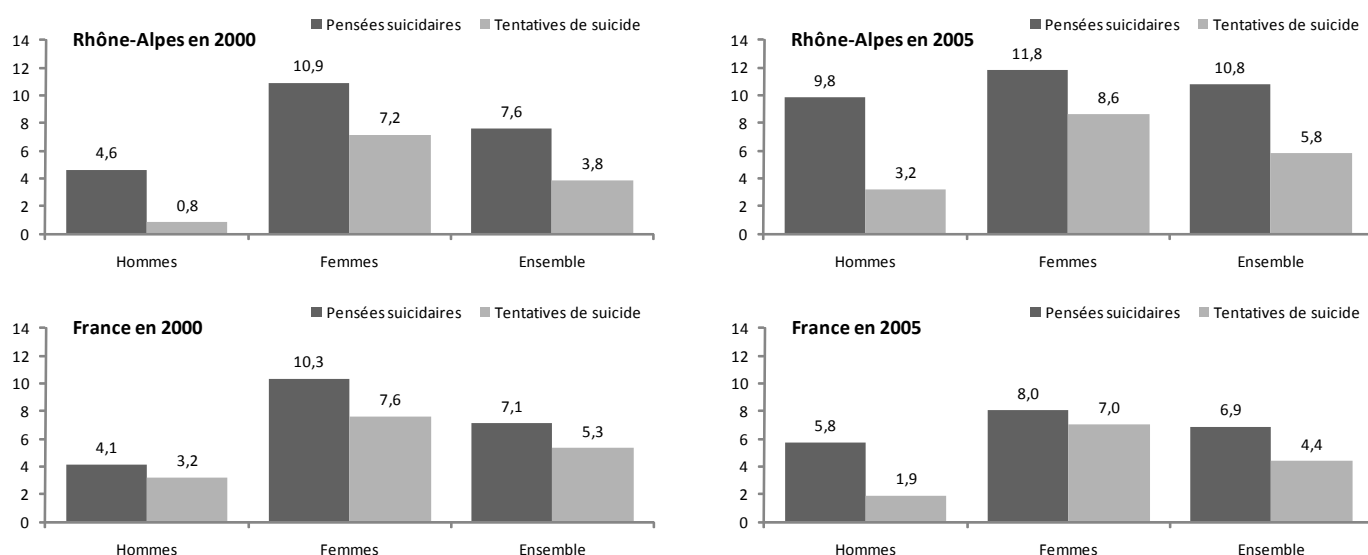
Les pensées suicidaires, un phénomène qui touche les jeunes

En 2005, selon le Baromètre santé de l'Inpes, 6,1% de la population des 15-75 ans de la région Rhône-Alpes déclarent avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois. Les femmes sont davantage concernées par ces pensées suicidaires que les hommes, 8% contre 4%. Les 15-24 ans sont les plus nombreux à avoir pensé au suicide au cours de l'année écoulée puisque 11% de cette population est concernée (10% chez les hommes contre 12% chez les femmes).

En 2005, le Baromètre santé montre que les rhônalpins de 15-24 ans sont 6% à déclarer avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Les femmes sont plus touchées, 8,6% d'entre elles ont fait une tentative de suicide, contre 3,2% des hommes. Comparées à 2000, ces proportions chez les jeunes de 15-24 ans, ont augmenté chez les hommes comme chez les femmes, alors que dans la population générale, elles sont plutôt stables.

Par rapport aux données nationales, les taux de jeunes de la région ayant eu des pensées suicidaires ou cours des 12 derniers mois ou ayant déjà fait une tentative de suicide sont supérieurs pour les hommes comme pour les femmes, en 2005 comme en 2000.

Part (en %) des personnes de 15-24 ans ayant eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et part de celles de 15-24 ans ayant fait une tentative de suicide au cours de leur vie, selon le sexe



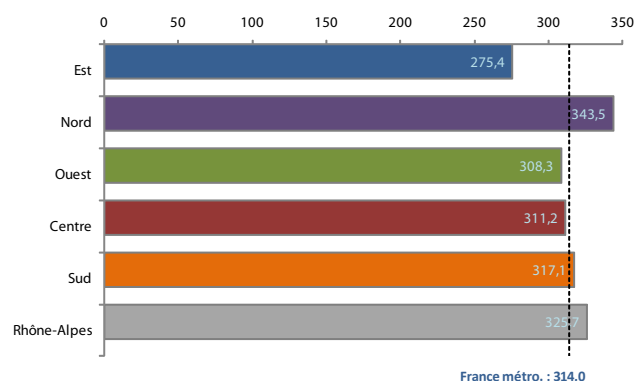
Source : INPES (Baromètre santé 2000, 2005)

Les affections psychiatriques sont le premier motif d'admission en ALD chez les jeunes de 15-24 ans

Entre 2006 et 2008, 2 574 jeunes de 15-24 ans ont été admis, en moyenne, chaque année en affection de longue durée (ALD) en Rhône-Alpes. Les affections psychiatriques sont la cause d'ALD la plus fréquente chez les jeunes. Sur cette période, elles représentent 39% des cas. Elles sont encore plus fréquentes dans le territoire Nord (47%). Les tumeurs représentent 9% des cas et les affections neurologiques 11%.

Le taux d'ALD (tous motifs) chez les jeunes en Rhône-Alpes s'élève à 326 admissions pour 100 000 jeunes de 15-24 ans. Ces taux sont différents selon les territoires. Le territoire du Nord observe le taux le plus élevé (344 admissions pour 100 000 jeunes de 15-24 ans).

Taux comparatifs* annuel d'admission en ALD chez les 15-24 ans sur la période 2006-2008, tous motifs



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, Insee - Exploitation ORS
* Taux comparatifs pour 100 000 jeunes de 15-24 ans

III - SANTÉ DES JEUNES

Répartition (en %) des affections de longue durée des 15-24 ans selon le motif sur la période 2006-2008

	Est	Nord	Ouest	Centre	Sud	Rhône-Alpes	France métro.
Nombre annuel d'ALD	699	231	306	895	253	2 574	24 797
	Répartition (en %)						
Affections psychiatriques	37,8	46,8	33,9	36,1	39,5	37,3	35,2
Maladies neurologiques	11,2	7,2	10,4	9,8	12,4	10,3	11,1
Maladies rhumatologiques	9,7	11,7	11,3	10,9	11,6	10,6	8,5
Tumeurs	8,4	8,8	11,4	8,9	6,5	8,9	9,6
Maladies digestives	8,2	7,1	10,9	9,0	8,3	9,0	10,2
Diabète	7,3	5,3	7,5	8,2	5,9	7,4	7,2
Maladies cardio-vasculaire	6,4	4,9	7,2	5,2	6,6	6,0	5,9
Maladies respiratoires	3,0	2,6	1,4	3,0	2,8	2,7	3,5
Maladies infectieuses	2,4	0,9	1,5	3,5	1,7	2,5	3,6
Autres	5,5	4,6	4,4	5,5	4,7	5,2	5,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee - Exploitation ORS

Entre 2006 et 2008, 960 jeunes de 15-24 ans de la région ont été admis, en moyenne, chaque année en affection de longue durée (ALD) pour affections psychiatriques. Sur cette période, le taux d'ALD pour ce motif chez les jeunes en Rhône-Alpes s'élève à 121 admissions pour 100 000 jeunes de 15-24 ans. Ce taux est supérieur au taux national (110) et cette situation est essentiellement liée à la situation du territoire Nord où on observe le taux le plus élevé (162 admissions pour 100 000 jeunes de 15-24 ans), alors que les territoires Est et Ouest ont les taux les plus faibles (moins de 105 admissions pour 100 000 jeunes de 15-24 ans).

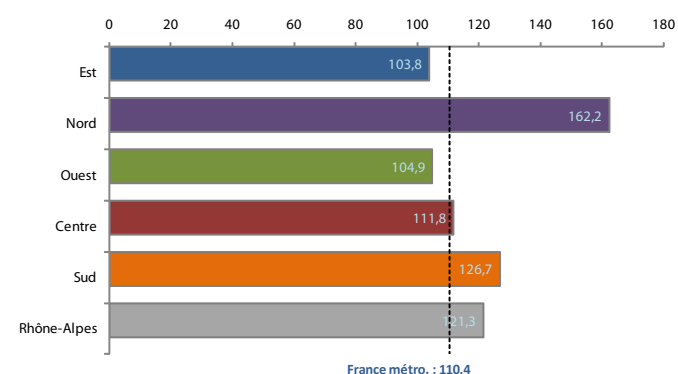
Sur la période 2007-2008, 10 800 jeunes de 15-24 ans, assurés du régime général de l'assurance-maladie en Rhône-Alpes, ont reçu chaque année, un traitement psychotrope en Rhône-Alpes, soit un taux annuel de patients sous traitement qui s'élève à 15 pour 1 000 jeunes (13 patients chez les hommes et 18 chez les femmes).

On observe les taux les plus élevés sur le territoire de l'Ouest. A l'inverse, les territoires du Centre et de l'Est présentent des taux inférieurs aux valeurs régionales.

Patient sous traitement :

Un patient est considéré sous traitement psychotrope à partir de trois délivrances par an d'un médicament des classes N06A1 à N06A5, N06A9, N05B1, N05B5, N05C, N06B, N06C, N06D, N07E, N07F (classification EPHMRA de l'assurance maladie).

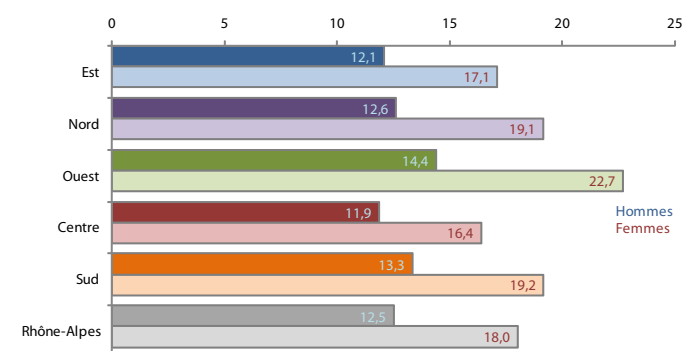
Taux comparatifs* annuel d'admission en ALD pour affections psychiatriques chez les 15-24 ans entre 2006 et 2008



Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee - Exploitation ORS

* Taux comparatif pour 100 000 jeunes de 15-24 ans

Taux bruts* annuel de patients sous traitement psychotrope chez les 15-24 ans entre 2007 et 2008



Sources : Urcam, Insee - Exploitation ORS

* Taux bruts pour 1 000 jeunes de 15-24 ans



Les comportements addictifs (alcool, tabac, drogues illicites) des jeunes de 17 ans en 2008

Selon les données des enquêtes **Escapad***, les jeunes rhônalpins présentent des usages de produits psychoactifs dans l'ensemble peu différents de ceux observés sur l'ensemble du pays, même si quelques niveaux d'usage s'avèrent significativement différents : le tabagisme quotidien est moins fréquent en Rhône-Alpes qu'en France alors que les ivresses répétées et les épisodes ponctuels sévères de consommation d'alcool s'y révèlent plus élevés.

En 2008, les comportements observés ont évolué par rapport à 2005, en Rhône-Alpes comme en France métropolitaine. Seul phénomène en hausse au cours de cette période, les épisodes ponctuels sévères et répétés de consommation d'alcool (au moins 3 fois dans le mois) concernent plus de jeunes aussi bien en Rhône-Alpes (22% contre 19% en 2005) qu'en France métropolitaine (20% contre 18%). La part de jeunes présentant des ivresses répétées est restée stable entre ces deux dates, alors que l'usage quotidien de tabac, l'usage régulier d'alcool, l'expérimentation et l'usage régulier du cannabis ont baissé durant cette période.

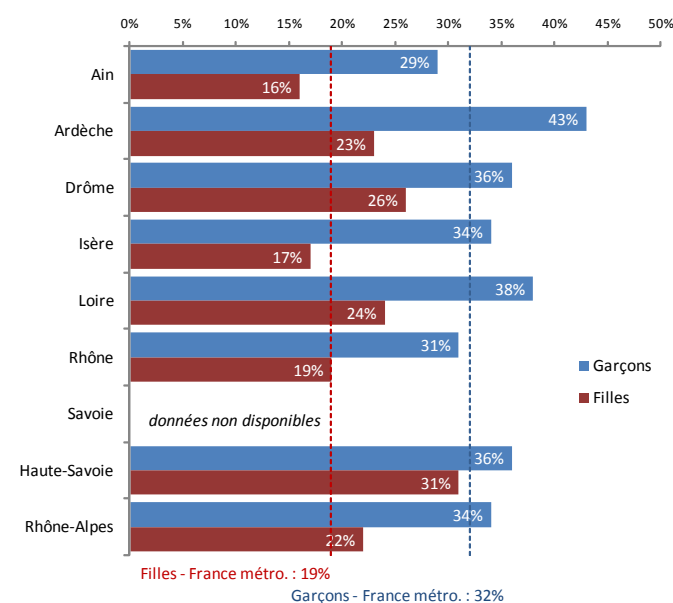
Consommation de produits psychotropes chez les jeunes de 17 ans en 2005 et 2008

Indicateurs (part en %)	Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	2005	2008	2005	2008
Usage quotidien de tabac (>= 1 cigarette par jour)	32	27*	33	29
Usage régulier d'alcool (>=10 fois dans le mois)	13	9	12	9
Episodes répétés d'usage d'alcool ponctuel sévère (>= 3 fois dans le mois)	19	22*	18	20
Ivresses répétées (>= 3 fois dans l'année)	28	28*	26	26
Expérimentation de cannabis (>=1 fois dans sa vie)	50	43	49	42
Usage régulier de cannabis (>=10 fois dans le mois)	11	7	11	7

Source : ESCAPAD 2005, 2008

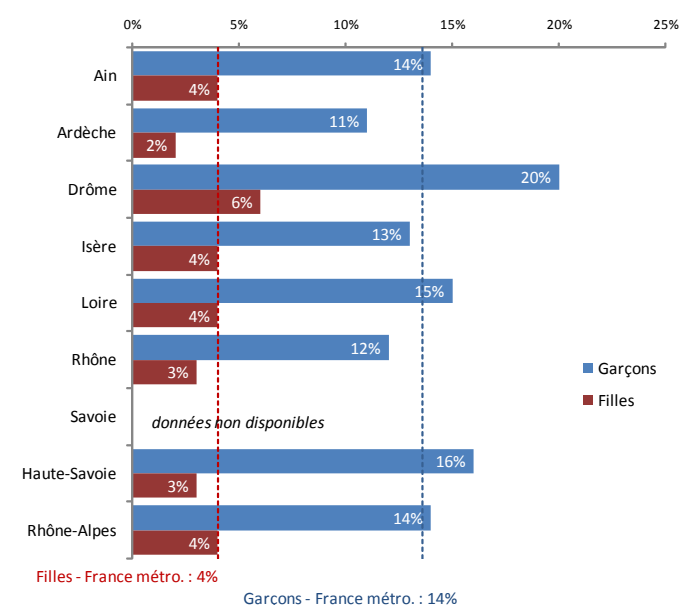
Les différents comportements addictifs sont plus présents chez les jeunes garçons que chez les jeunes filles, à l'exception du tabagisme quotidien où les niveaux sont équivalents et dans une moindre mesure, l'expérimentation du cannabis (38% des filles et 46% des garçons). On rappelle que ce taux d'expérimentation est

Part des jeunes de 17 ans avec ivresses répétées en 2008, selon le sexe



Source : ESCAPAD 2008

Part d'usage régulier d'alcool chez les jeunes de 17 ans en 2008, selon le sexe

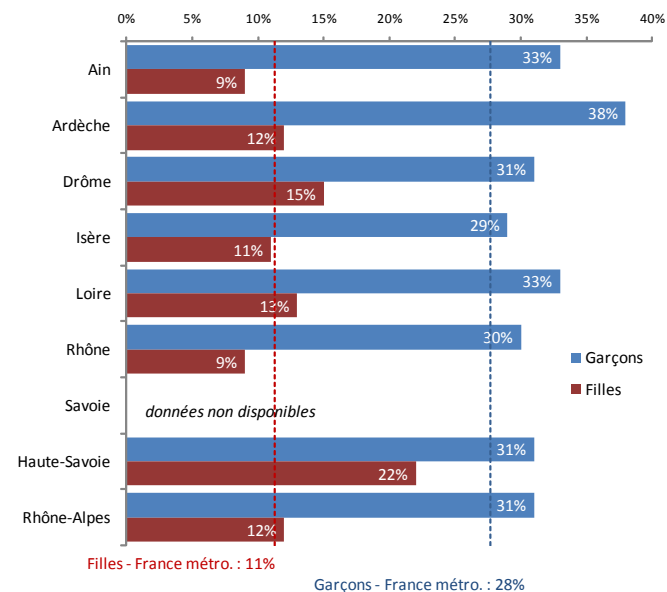


Source : ESCAPAD 2008

*** Enquête ESCAPAD :** Mise en oeuvre par l'OFDT depuis 2000 en partenariat avec la Direction du service national (DSN), l'enquête déclarative ESCAPAD consiste en un questionnaire proposé à l'ensemble des jeunes présents lors d'une Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD). Elle renseigne sur les niveaux d'usage et les évolutions en termes de produits et de modalités de consommation. La dernière enquête s'est déroulée en 2008 et permet une exploitation départementale en Rhône-Alpes (sauf en Savoie où les effectifs sont insuffisants).

III - SANTÉ DES JEUNES

Part d'épisodes répétés d'usage d'alcool ponctuel sévère chez les jeunes de 17 ans en 2008, selon le sexe

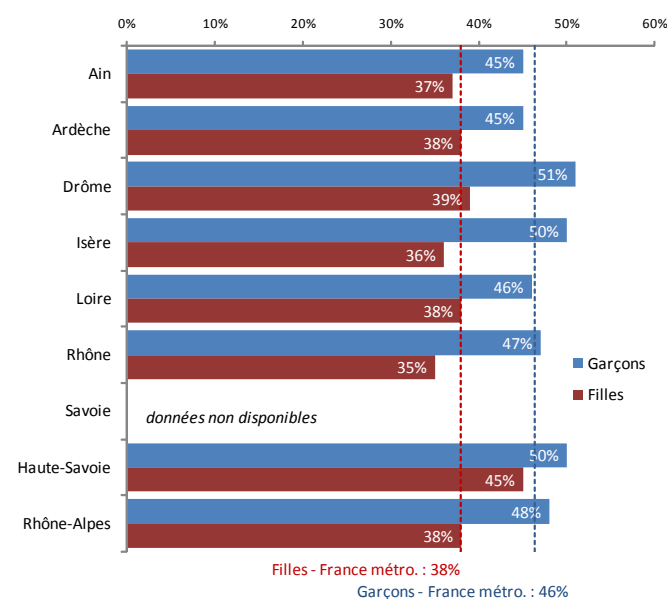


Source : ESCAPAD 2008

plus le reflet de la disponibilité/accessibilité du produit qu'un révélateur du niveau de consommation. Les écarts les plus forts selon le sexe sont observés pour l'usage régulier d'alcool (qui concerne 14% des garçons et 4% des filles), les épisodes répétés d'usage sévère d'alcool (31% contre 12%) et l'usage régulier du cannabis (9% contre 4%).

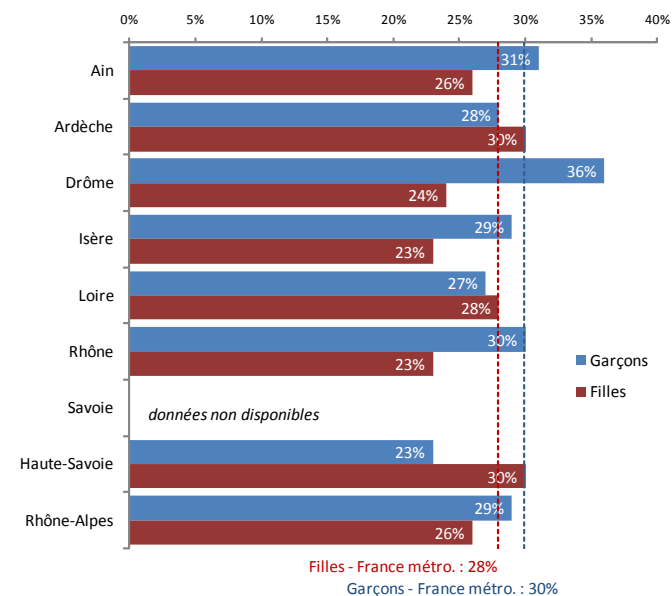
L'étude Escapad permet également d'obtenir des indicateurs départementaux qui restent à interpréter avec mesure en raison de la faiblesse de certains échantillons. Au vu de ces éléments, les deux départements du sud et la Haute-Savoie apparaissent plus concernés que les autres départements de la région pour les problématiques de consommation d'alcool. L'Ardèche se démarque également la consommation régulière de cannabis, chez les garçons et les filles de 17 ans, avec des niveaux supérieurs aux autres départements.

Part des jeunes de 17 ans ayant déjà consommé une fois du cannabis dans leur vie en 2008, selon le sexe



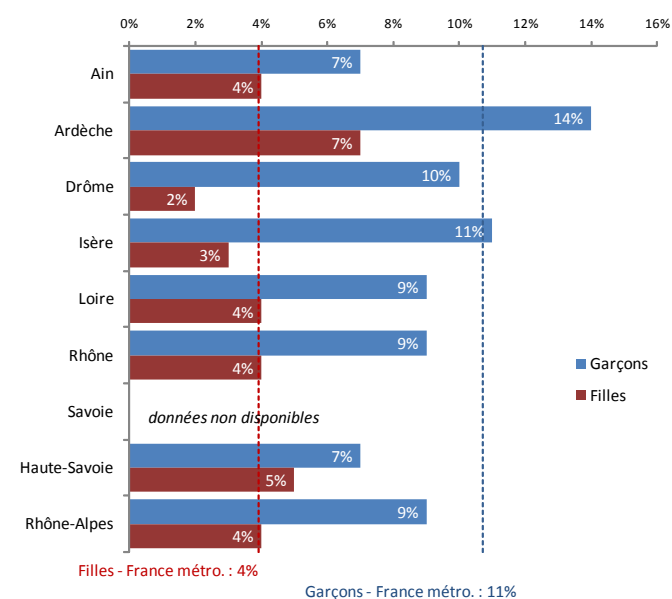
Source : ESCAPAD 2008

Part d'usage quotidien de tabac chez les jeunes de 17 ans en 2008, selon le sexe



Source : ESCAPAD 2008

Part des jeunes de 17 ans ayant un usage régulier du cannabis en 2008, selon le sexe



Source : ESCAPAD 2008



Sexualité et contraception

Parmi les jeunes filles de Rhône-Alpes de 15-25 ans ayant des rapports hétérosexuels et ne désirant pas d'enfant, 95% déclarent utiliser un moyen de contraception en 2005. Ce taux est de 92% en France métropolitaine. Dans cette même période en Rhône-Alpes, 14% des jeunes garçons et 13% des jeunes filles déclarent avoir eu un premier rapport non protégé (respectivement 13% et 12% en France métropolitaine).

Malgré cette prévalence de la contraception, plus de 6 700 IVG sont réalisées en milieu hospitalier¹ chaque année auprès de jeunes rhônalpines de 15 à 24 ans, soit 17 IVG par an pour 1 000 jeunes filles. En Rhône-Alpes, 7,5% des 15 - 24 ans déclarent avoir recours à l'IVG. Sur la période 2005-2009 on observe pas, au niveau régional, de tendance évolutive très nette de ce taux. Par ailleurs, ces taux apparaissent plus faibles chez les jeunes filles du territoire Nord (bien que les taux y ont augmenté) et du territoire Ouest.

Evolution du nombre d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) réalisées à l'hôpital chez les filles de 15-24 ans, sur la période 2005-2008

Territoire	2005		2006		2007		2008		2009		2005-2009	
	Nombre d'IVG	Taux*	Nombre d'IVG	Taux*	Nombre d'IVG	Taux*	Nombre d'IVG	Taux*	Nombre d'IVG	Taux*	Nombre annuel d'IVG	Taux* annuel
Est	2 121	17,4	2 244	18,4	2 318	19,0	2 229	18,3	2 182	17,9	2 219	18,2
Nord	316	9,8	290	9,0	474	14,6	540	16,7	454	14,0	415	12,8
Ouest	678	13,8	734	14,9	642	13,0	627	12,7	732	14,9	683	13,9
Centre	2 559	17,7	2 633	18,2	2 715	18,7	2 594	17,9	2 715	18,7	2 643	18,3
Sud	679	17,3	745	19,0	746	19,0	668	17,0	705	17,9	709	18,0
Rhône-Alpes	6 401	16,5	6 675	17,2	6 925	17,9	6 703	17,3	6 866	17,7	6 714	17,3

Sources : PMSI, Insee - Exploitation ORS

* Taux brut pour 1 000 jeunes filles de 15-24 ans

Méthode : Les séjours pour IVG sont des séjours ayant pour diagnostic principal, associés ou reliés un code CIM10 : Z640.

III- 3 - RECOURS AUX SOINS

Principalement suivis par les médecins généralistes, les jeunes déclarent peu d'affections et celles-ci sont le plus souvent bénignes : problèmes dentaires, troubles de la vue, maladies ORL, problèmes de peau... Bien entendu, d'autres professionnels interviennent auprès d'eux, notamment les infirmiers et les médecins scolaires dont le rôle en termes de prévention et d'orientation dans le système de soins est fondamental.

L'influence du milieu social sur le recours aux soins est mis en évidence par beaucoup d'enquêtes. Le recours au dentiste est plus faible chez les adolescents vivant dans les milieux les moins favorisés. Ce faible recours conduit à une moindre surveillance de l'état dentaire dont se plaignent beaucoup plus d'adolescents des milieux ouvriers que des milieux les plus favorisés. La fréquence du recours au médecin est de la même manière influencée par le milieu social et le niveau de revenu du ménage.

40% des séjours hospitaliers des jeunes de 15-24 ns sont réalisés par les garçons

Les séjours hospitaliers entre 2008 et 2009 en Rhône-Alpes concernent 87 605 patients âgés de 15-24 ans par an, ces derniers effectuant 112 219 séjours en moyenne chaque année. Ces données correspondent à un taux de 142 séjours pour 1 000 habitants de 15-24 ans (111 séjours pour 1 000 garçons et 174 séjours pour 1 000 jeunes filles). Les jeunes garçons effectuent 40% de ces séjours.

Séjours hospitaliers chez les 15-24 ans, sur la période 2008-2009

Territoires	Hommes		Femmes	
	Effectif annuel	Taux brut* annuel	Effectif annuel	Taux brut* annuel
Est	14 251	108,4	20 390	167,4
Nord	4 662	133,1	6 696	206,7
Ouest	5 871	116,0	9 069	184,1
Centre	14 053	100,6	23 512	162,4
Sud	5 314	124,9	7 886	200,6
Rhône-Alpes	44 387	111,1	67 832	175,0

Sources : PMSI, Insee - Exploitation ORS

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

¹ Voir page 41 (Chapitre II §3-Offre et recours au soins) les limites de cet indicateur qui ne prend pas en compte les IVG réalisés en médecine de ville, de plus en plus fréquentes.

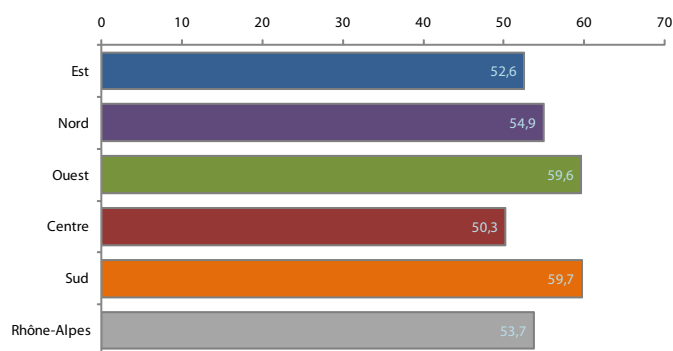
III - SANTÉ DES JEUNES

Au cours de l'année 2008, 50% des jeunes de 15-24 ans ont consulté un médecin généraliste et 17% ont consulté un dentiste

Parmi les jeunes de 15-24 ans en Rhône-Alpes, 54% ont consulté au moins une fois un médecin généraliste au cours de l'année 2008, et 17% ont consulté au moins une fois un dentiste. Les territoires de l'Ouest et du Sud sont ceux dans lesquels le recours au médecin généraliste et au dentiste chez les jeunes de 15-24 ans est le plus élevé (59% à 60% pour le généraliste et 19% pour le dentiste), alors que le territoire Centre observe les taux de recours les plus faibles (respectivement 50% et 15%). L'analyse du taux de recours à un échelon local met en évidence des disparités importantes notamment pour le recours au médecin généraliste. Dans 10% des cantons ce recours est égal ou inférieur à 45% et dans 10% il est supérieur à 65%, la vallée du Rhône coté drômois, le nord de ce département ou une grande part de la Loire apparaissent comme des zones où la part de jeunes qui a eu au moins un contact avec un médecin dans l'année est élevée.

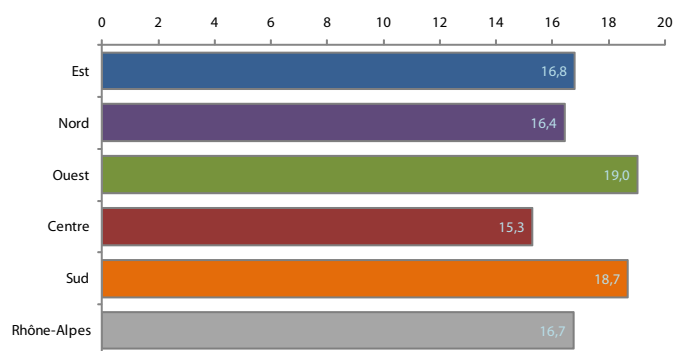
Si les niveaux sont différents pour le recours au dentiste (entre 14 et 21% pour 80% des cantons), la répartition géographique est assez proche.

Recours au médecin généraliste (en %) chez les jeunes de 15-24 ans en 2008



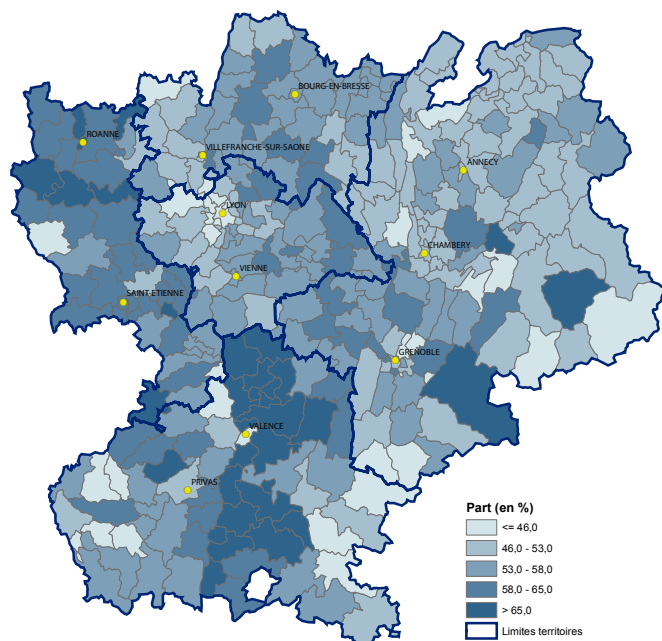
Source : Urcam - Exploitation ORS

Recours au dentiste (en %) chez les jeunes de 15-24 ans en 2008



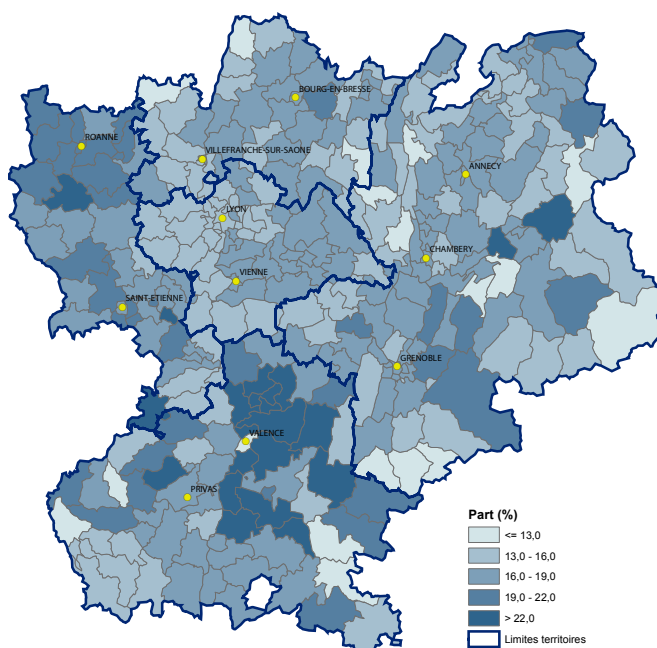
Source : Urcam - Exploitation ORS

Recours au médecin généraliste chez les jeunes de 15-24 ans en 2008 par canton



Source : Urcam - Exploitation ORS

Recours au dentiste chez les jeunes de 15-24 ans en 2008 par canton



Source : Urcam - Exploitation ORS



III- 4 - SYNTHÈSE

La région Rhône-Alpes compte au 1^{er} janvier 2007, 787 027 jeunes âgés de 15-24 ans, soit 13% de la population régionale, part équivalente au niveau national. Région attractive pour cette tranche d'âge la région Rhône-Alpes est la région la plus jeune d'une grande moitié sud de la France et présente un taux annuel de croissance des 18-24 ans parmi les plus élevés de France. A l'intérieur de la région, la part de jeunes de 15-24 ans dans la population varie entre 15% dans le territoire Centre à 11% dans le territoire Sud.

Parmi les jeunes rhônalpins de 15-24 ans sortis du système scolaire en 2007, 17% sont sans diplôme (plus de 19% dans le territoire Sud contre moins de 16% dans l'Est), près d'un quart en sortent avec un niveau Baccalauréat et un peu moins avec un niveau au moins Bac + 2. Le Centre, territoire de fortes disparités, présente à la fois la part de haut diplômés la plus élevée et une part de sans diplôme forte.

Parmi les jeunes actifs (occupant un emploi ou à la recherche d'un emploi), le taux de chômage en Rhône-Alpes est de 18% (62 000 demandeurs d'emploi chômeurs sur une population de 280 800 actifs de 15-24 ans). Ce taux est plus important dans le territoire Sud (24%) et plus faible dans les territoires du Nord et de l'Est (moins de 16%). Parmi les jeunes actifs occupant un emploi, 50% sont en CDI. A noter la part importante des CDD et contrats saisonniers sur l'Est (25%).

L'analyse de l'état de santé des jeunes montre que la majorité d'entre eux sont en bonne santé. Les comportements à risque et les troubles de santé mentale (du simple mal-être à la pathologie psychiatrique) sont à l'origine d'une part importante des problèmes de santé des jeunes. Ainsi, en termes de mortalité, les accidents et les suicides représentent plus de 60% des décès des 15-24 ans.

En Rhône-Alpes, 361 jeunes de 15-24 ans sont décédés chaque année entre 2000 et 2008, soit 46 décès pour 100 000 jeunes (contre 50 au niveau national). Les territoires Nord et Sud sont ceux qui observent les taux de mortalité les plus élevés (respectivement 62 et 59) en lien avec une mortalité liée aux accidents de la circulation élevée. Ceux-ci, première cause de décès, sont à l'origine de 36% des décès (et respectivement 43 et 41% dans les territoires sus-mentionnés). Les suicides représentent 14% des décès, les accidents de la vie courante 11% et les tumeurs 8%. Le poids des accidents de la circulation reste donc important malgré une évolution favorable marquée (baisse en 26 ans de 70% des décès et de 75% des blessés).

Les problématiques de santé mentale représentent la première cause d'admission en affection de longue durée (960 admissions par an chez les jeunes de 15-24 ans en Rhône-Alpes, soit 120 pour 100 000 jeunes et près de 40% du total des admissions en ALD). Le territoire Nord présente un taux élevé par rapport aux autres territoires (162 admissions pour 100 000). Toujours dans le domaine de la santé mentale, on dénombre 50 suicides et plus de 1 800 hospitalisations pour tentatives de suicide chez les jeunes rhônalpins. Les taux correspondant apparaissent plus élevés sur les territoires Sud et Nord. Enfin entre 1 et 2% des jeunes de cette tranche d'âge suivent un traitement psychotrope régulier.

En ce qui concerne les addictions, les jeunes rhônalpins (en particulier les jeunes de 17 ans ciblés par les enquêtes Escapad*) présentent des usages de produits psychoactifs dans l'ensemble peu différents de ceux observés sur l'ensemble du territoire national, même si quelques niveaux d'usage s'avèrent significativement différents : le tabagisme quotidien est moins fréquent en Rhône-Alpes qu'en France alors que les ivresses répétées et les épisodes ponctuels sévères de consommation d'alcool s'y révèlent plus élevés. En 2008, les comportements observés ont évolué par rapport à 2005. Seul phénomène en hausse au cours de cette période, les épisodes ponctuels sévères et répétés de consommation d'alcool (au moins 3 fois dans le mois) concernent plus de jeunes aussi bien en Rhône-Alpes (22% contre 19% en 2005) qu'en France métropolitaine (20% contre 18%). La part de jeunes présentant des ivresses répétées est restée stable entre ces deux dates, alors que l'usage quotidien de tabac, l'usage régulier d'alcool, l'expérimentation et l'usage régulier du cannabis ont baissé durant cette période. Les deux départements du sud et la Haute-Savoie semblent plus concernés que les autres départements de la région pour les problématiques de consommation d'alcool et on retrouve l'Ardèche pour la consommation régulière de cannabis. Pour ce dernier produit, entre 4 et 5 jeunes de 17 ans sur 10 en ont déjà consommé et 7% en consomment régulièrement. Malgré une prévalence déclarée

de la contraception élevée, plus de 6 700 IVG ont été réalisées en moyenne chaque année entre 2005 et 2009 auprès de jeunes rhônalpines de 15 à 24 ans, soit 17 IVG par an pour 1 000 jeunes filles. Sur cette période on observe pas, au niveau régional, de tendance évolutive de ce taux. Par ailleurs, ces taux apparaissent plus faibles sur le territoire du Nord (bien que les taux y ont augmenté) et sur le territoire Ouest.



IV - SANTÉ MENTALE ET ADDICTIONS

IV- 1 - SANTÉ MENTALE	64
IV- 1 - A - ÉTAT DE SANTÉ MENTALE.....	64
IV- 1 - B - OFFRE ET RECOURS AUX SOINS.....	69
IV- 2 - ADDICTIONS	71
IV- 2 - A - ÉTAT DE SANTÉ	71
IV- 2 - B - OFFRE ET RECOURS AUX SOINS.....	76
IV- 3 - SYNTHÈSE	78

IV - SANTÉ MENTALE ET ADDICTIONS

IV- 1 - SANTÉ MENTALE

Les indicateurs suivants abordent l'état de santé mentale, l'offre et le recours aux soins. L'état de santé mentale est appréhendé ici par la mortalité (suicides), les hospitalisations, les admissions en ALD pour troubles mentaux et la prévalence des patients sous traitements psychotropes.

IV- 1 - A - ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

Une mortalité par suicide plus faible en Rhône-Alpes qu'en France

Effectifs annuels et taux* comparatifs annuels de mortalité par suicide pour la période 2000 - 2008

Territoires	Hommes		Femmes	
	Effectif annuel	Taux comparatif* annuel	Effectif annuel	Taux comparatif* annuel
Est	207	24,0	77	7,9
Nord	72	28,9	22	8,0
Ouest	115	31,0	52	11,8
Centre	121	14,9	48	5,0
Sud	93	27,1	35	9,1
Rhône-Alpes	608	23,0	234	7,7
France métro.	7 736	28,3	2 829	8,9

* Taux pour 100 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), CépiDC - Exploitation ORS

Sur l'ensemble de la région, on enregistre en moyenne 842 décès par suicide chaque année sur la période 2000-2008 dont 72% concernent des hommes.

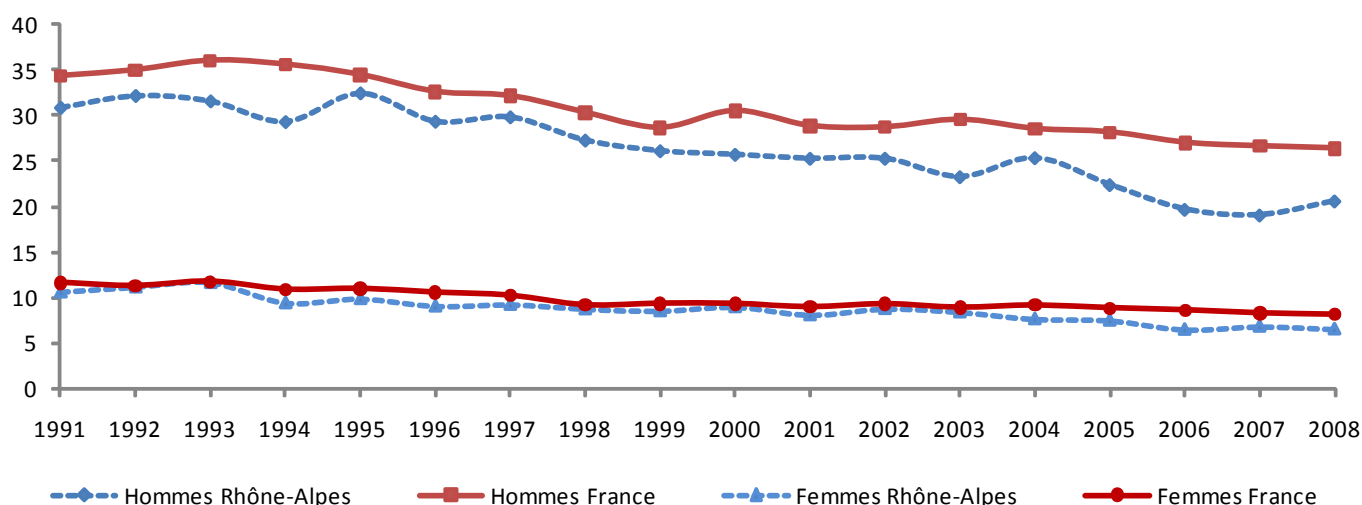
Ces effectifs correspondent à des taux comparatifs de mortalité inférieurs aux valeurs nationales et placent la région Rhône-Alpes parmi les plus privilégiées. Tous les territoires de santé de la région présentent des taux inférieurs à ceux de la France, excepté l'Ouest. Le Centre présente une mortalité très inférieure aux autres territoires.

L'évolution des taux comparatifs de 1991 à 2008 montre que la mortalité par suicide est en baisse en Rhône-Alpes et en France. La situation favorable de la région Rhône-Alpes est ancienne mais semble s'accroître avec une baisse plus marquée qu'au niveau national.

Méthode :

Décès dont la cause a un code CIM10 : X60-X84.

Evolution des taux* comparatifs de mortalité par suicide de 1991 à 2008



* Taux pour 100 000 habitants

Source : Insee, CépiDC - Exploitation ORS



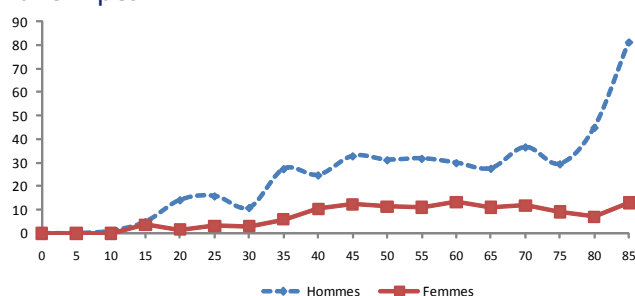
En Rhône-Alpes en 1991, on comptabilise 688 décès par suicide chez les hommes soit 30,8 pour 100 000 habitants (contre 34,3 pour la France). Dix-sept années plus tard, en 2008, 588 personnes se sont suicidées soit 19,1 pour 100 000 habitants (contre 25,4 pour la France). Du côté des femmes, 277 se sont suicidées en 1991 (10,6 pour 100 000 habitantes) contre 208 en 2008 (6,7 pour 100 000 habitantes). En France ces taux ont baissé, sur la même période, de 11,6 à 8,5.

Les taux de mortalité chez les hommes sont trois fois supérieurs à ceux des femmes.

Le taux de suicide augmente avec l'âge, de façon plus nette chez les hommes

Le taux de suicide évolue en fonction de l'âge. Chez les hommes, il augmente jusqu'à 45 ans puis décroît avant de réaugmenter fortement à partir de 75 ans. Le pic vers l'âge de 40-50 ans est, selon la littérature, très associé aux ruptures familiales ou professionnelles.

Taux* bruts de mortalité par suicide par âge en 2008 en Rhône-Alpes



* Taux pour 100 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), CépiDC - Exploitation ORS

Effectifs et taux comparatifs annuels (pour 100 000 hab.) des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide pour la période 2008-2009

Territoires	Hommes		Femmes	
	Effectif annuel	Taux comparatif* annuel	Effectif annuel	Taux comparatif* annuel
Est	620	64,1	1 134	115,5
Nord	372	135,1	668	241,9
Ouest	687	183,7	972	247,7
Centre	961	103,5	2 031	203,7
Sud	508	148,0	862	241,9
Rhône-Alpes	3 182	109,7	5 685	188,8

* taux comparatifs annuels pour 100 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), PMSI - Exploitation ORS

Méthode :

Séjours hospitaliers dont le diagnostic principal, relié ou associé à un code CIM10 : X60-X84..

Les pensées suicidaires, un phénomène qui touche les plus jeunes

Parmi la population rhônalpine, 6% (tous âges confondus) déclarent avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois. Les femmes sont davantage concernées par ces pensées suicidaires que les hommes, 8% contre 5%. Les 15-19 ans sont les plus nombreux à avoir pensé au suicide, soit 15%, contre au maximum 7% pour les autres tranches d'âge. Parmi les personnes ayant eu des pensées suicidaires, la moitié d'entre elles (51%) déclare n'en avoir parlé à personne.

Source : Inpes (Baromètre santé 2005) - Exploitation ORS

Pour les femmes, les variations sont beaucoup moins marquées avec une relative stabilité des taux après 40 ans.

A noter que, dès l'adolescence et quel que soit l'âge, les taux de suicide masculins sont supérieurs aux taux féminins.

Des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide très inférieurs sur l'Est.

Si les hommes sont trois fois plus nombreux à se suicider, les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide sont, à l'inverse, 1,7 fois plus élevés chez les femmes.

Sur la période 2008-2009 sur l'ensemble de la région, en moyenne 8 867 tentatives de suicide ont fait l'objet d'une hospitalisation. Cela correspond à des taux comparatifs de 110 hospitalisations pour 100 000 hommes par an et de 189 hospitalisations pour 100 000 femmes. Les taux enregistrés sur le territoire de l'Est sont très inférieurs à ceux des autres territoires.

Sur les cinq années étudiées, les taux d'hospitalisation augmentent régulièrement chez les hommes, passant de 90 pour 100 000 habitants en 2005 à 111 en 2009. Chez les femmes, ce taux est plus stable, passant de 183 en 2005 à 184 en 2009. Cette évolution des hospitalisations pour tentative de suicide est donc distincte de celle de la mortalité.

IV - SANTÉ MENTALE ET ADDICTIONS

Baromètre Santé :

Réalisé pour la première fois en 1992, le Baromètre Santé est une enquête nationale qui concerne la population âgée de 12 à 75 ans et les professionnels de santé (médecins généralistes et pharmaciens d'officine). L'objectif premier de cette enquête réalisée par l'Institut National de Prévention d'Éducation pour la Santé (INPES, ex CFES) est d'alimenter régulièrement une base de données sur les connaissances, les attitudes et les comportements des Français sur leur santé et leur perception de la santé et des risques.

Près de 120 000 rhônalpins hospitalisés en établissement hospitalier de court séjour pour troubles mentaux, avec 40% des hospitalisations liées à l'usage de substances psychoactives

Sur la période 2008-2009, 56 800 patients ont été hospitalisés pour troubles mentaux chez les hommes et 61 600 chez les femmes. L'Ouest est le territoire présentant les taux les plus élevés (supérieurs de 25 à 50% aux taux des autres territoires). Le Nord ainsi que l'Est ont les taux les plus faibles. Il ne s'agit ici que des hospitalisations ayant lieu dans les établissements de court séjour ou MCO (médecine, chirurgie, obstétrique). Les hospitalisations en établissements spécialisés de psychiatrie ne sont pas intégrées et sont décrites ci-après (chapitre IV-1-B).

Effectifs annuels et taux* comparatifs de patients hospitalisés pour troubles mentaux pour la période 2008-2009

Territoires	Hommes		Femmes	
	Effectif annuel	Taux comparatif* annuel	Effectif annuel	Taux comparatif* annuel
Est	16 275	18,3	17 761	17,1
Nord	4 603	17,7	4 861	16,0
Ouest	10 255	26,5	10 370	22,3
Centre	17 334	20,7	20 341	19,7
Sud	8 004	21,9	7 971	18,6
Rhône-Alpes	56 799	20,6	61 608	18,8

Méthode :

Patients hospitalisés ayant pour diagnostic principal, relié ou associé, un code CIM-10 F00-F99.

* Taux pour 1 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), PMSI - Exploitation ORS

Parmi ces hospitalisations, quatre sur dix concernent des troubles mentaux liés à l'usage de substances psychoactives, deux sur dix des troubles de l'humeur (dépression en premier lieu). Les névroses d'une part et les troubles organiques d'autre part sont, pour chacune des pathologies, à l'origine d'une hospitalisation sur dix.

Plus de 10 000 admissions en ALD pour troubles mentaux par an en Rhône-Alpes

Sur la période 2006-2008, ce sont 10 170 personnes en moyenne par an qui ont été admises en ALD pour troubles mentaux en région Rhône-Alpes, soit 8,5% du total des admissions, dont une grosse moitié (5 481 soit 54%) concernent des femmes. Ceci correspond à des taux d'admission de 158 pour 100 000 hommes et 174 pour 100 000 femmes, contre respectivement 152 et 163 au niveau national. Les taux par territoire font à nouveau apparaître des situations

Effectifs annuels et taux* comparatifs d'admission en ALD pour troubles mentaux pour la période 2006- 2008

Territoires	Hommes		Femmes	
	Effectif annuel	Taux comparatif* annuel	Effectif annuel	Taux comparatif* annuel
Est	1 282	131,3	1 487	145,5
Nord	506	180,4	520	176,7
Ouest	595	152,1	728	170,3
Centre	1 519	161,3	1 868	185,8
Sud	644	178,9	704	177,4
Rhône-Alpes	4 689	158,2	5 481	173,7
France métro.	45 820	152,2	53 366	163,3

* Taux pour 100 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), CNAMTS, CCMSA, RSI - Exploitation ORS

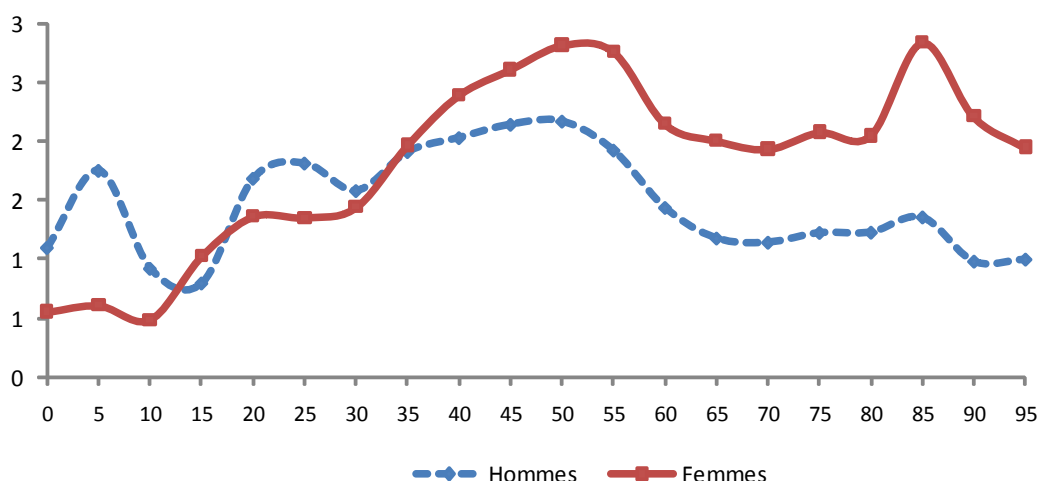
plus favorables pour l'Est. Parmi ces admissions en ALD pour troubles mentaux, plus de 42% sont liées à des troubles de l'humeur (52% chez les femmes et 30% chez les hommes), et 34% à des psychoses ou troubles de la personnalité (respectivement 30 et 39%). Plus d'une admission sur dix (11%) chez l'homme concerne des troubles liés à l'usage de substances psychoactives (3% chez les femmes). Les névroses représentent 4% des admissions et enfin les troubles du développement et le retard mental qui concernent les enfants, représentent 8% de ce total (cf. chapitre handicap).



Les admissions en ALD pour troubles mentaux concernent tous les âges

Alors que la grande majorité des pathologies présentent une évolution croissante marquée des taux d'admission en ALD selon l'âge, la situation est plus atypique pour les troubles mentaux. Chez les hommes les taux par âge sont relativement homogènes avec un pic autour de 50 ans. Chez les femmes, la part des femmes admises en ALD pour troubles mentaux augmente avec l'âge jusqu'à 45-50 ans. A partir de 35 ans, les femmes ont des taux plus importants que ceux des hommes. Globalement, plus de 4 admissions en ALD pour troubles mentaux sur 5 se fait avant 60 ans.

Taux* d'admission en ALD pour troubles mentaux en Rhône-Alpes par âge pour la période 2006-2008



* Taux annuel pour 1 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), CNAMTS, CCMSA, RSI - Exploitation ORS

Méthode :

Les admissions en ALD pour troubles mentaux correspondent à l'ALD 23.

Plus d'une personne sur dix reçoit un traitement psychotrope

Les données des traitements psychotropes sont issues des bases de remboursements de l'Assurance Maladie. Elles concernent les bénéficiaires du Régime général domiciliés en Rhône-Alpes. Les catégories de traitements présentés ici sont :

- ensemble des **psychotropes** : médicaments appartenant aux classes N05A1 à N05A9, N05B1 à N05B8, N05C, N06A1 à N06A5, N06A9, N06B, N06C, N06D, N07E ou N07F selon la classification EPHMRA de l'Assurance Maladie ;
- **neuroleptiques** (sous-catégorie de psychotropes destinés en premier lieu au traitement des psychoses) : médicaments appartenant à la classe N05A selon la classification EPHMRA de l'Assurance Maladie ;
- **antidépresseurs** (sous-catégorie des psychotropes) : médicaments appartenant aux classes N06A1 à N06A5 ou N06A9 selon la classification EPHMRA de l'Assurance Maladie.

Ne sont comptabilisés ici que les patients qui ont eu un remboursement pour au moins 3 délivrances de médicaments dans l'année.

En 2008 en Rhône-Alpes, parmi les assurés du régime général de l'assurance-maladie, plus de 560 000 recevaient un traitement régulier psychotrope, soit un peu plus d'une personne sur 10.

Sur la période 2007-2008, le taux comparatif annuel de personnes qui ont consommé au moins un médicament psychotrope de manière régulière est de 110 pour 1 000 assurés, dont 60 un antidépresseur et 14 un neuroleptique. Ces taux varient en fonction du sexe. Ainsi les femmes sont presque deux fois plus nombreuses à recevoir ces substances que les hommes (exception faite des neuroleptiques).

Le territoire Ouest est marqué par les taux comparatifs de prévalence les plus hauts, pour les deux sexes. Ces taux sont de l'ordre de 20% supérieurs aux taux régionaux. L'Est connaît les plus faibles prévalences.

IV - SANTÉ MENTALE ET ADDICTIONS

Taux* comparatifs de prévalence de patients sous traitement pour la période 2007- 2008

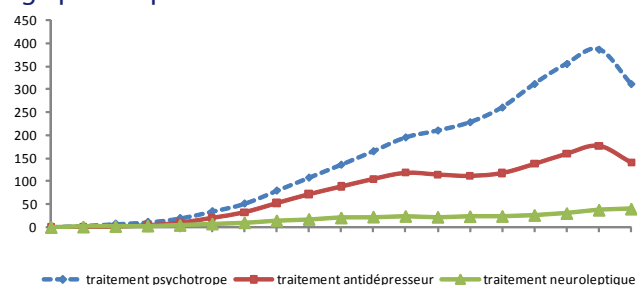
Territoire	Hommes			Femmes		
	Psychotropes	Antidépresseurs	Neuroleptiques	Psychotropes	Antidépresseurs	Neuroleptiques
Est	72,2	34,3	12,9	124,6	72,9	12,9
Nord	81,4	37,0	14,1	141,7	80,6	13,5
Ouest	95,4	46,5	16,3	161,1	97,3	15,7
Centre	77,6	37,8	12,9	139,7	83,0	13,6
Sud	79,2	35,8	15,3	133,5	75,3	15,3
Rhône-Alpes	78,9	37,5	13,8	137,4	80,6	13,9

* Taux pour 1 000 habitants
Source : Urcam (CNAMTS)- Exploitation ORS

Les taux comparatifs de prévalence, par canton, de patients sous traitement psychotrope montrent une concentration d'utilisation de psychotropes très fortement marquée sur Bourg-en-Bresse et sur la frange est du territoire Nord et le Bugey, sur une grande partie du territoire Ouest et particulièrement autour de Saint-Etienne et dans la vallée de l'Ondaine (sud-ouest de Saint-Etienne). Les situations de faible prévalence se retrouvent notamment sur la majeure partie de la Haute-Savoie et sur l'est de la Savoie et de la Drôme.

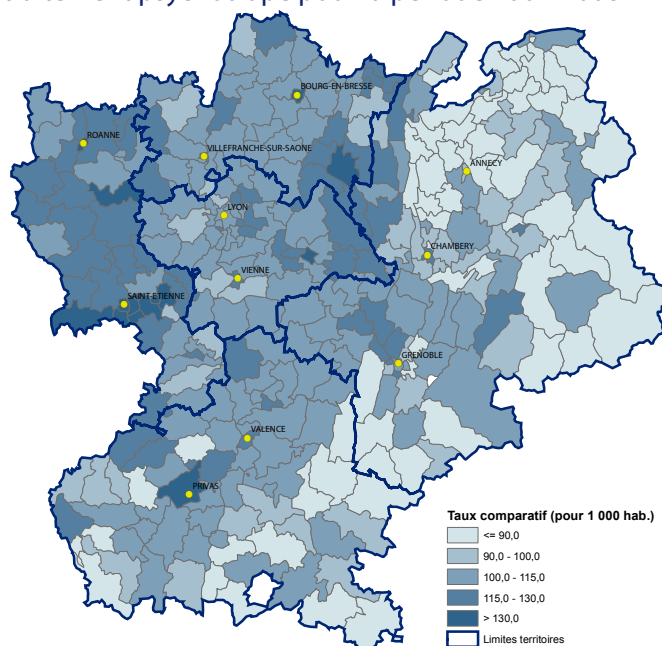
La prévalence des traitements psychotropes augmente fortement avec l'âge, jusqu'à un pic vers 80-85 ans (seule la prévalence des traitements neuroleptiques continue de croître au-delà). La prévalence de ces traitements aux âges avancés de la vie est aussi liée aux vertus antalgiques de certains psychotropes et à leur rôle dans la gestion de la douleur.

Taux* de prévalence de patients sous traitement selon l'âge pour la période 2007-2008



* Taux pour 1 000 habitants
Source : Insee (RP 2007), Urcam - Exploitation ORS

Taux* comparatif de prévalence de patients sous traitement psychotrope pour la période 2007-2008



* Taux pour 1 000 habitants
Source : Insee (RP 2007), Urcam - Exploitation ORS

Les troubles mentaux sont les principales causes d'arrêt de travail et de mises en invalidité

Sur la période 2005-2008, les troubles mentaux sont à l'origine de 30% (35% chez les femmes et 24% chez les hommes) des mises en invalidité chez les personnels salariés relevant du régime général de l'assurance maladie en Rhône-Alpes (soit 2 480 sur 8 300 mises en invalidité annuelles), ils en représentent la première cause. Les troubles mentaux sont également à l'origine du quart (26%) des arrêts de travail de longue durée (supérieurs à 6 mois) des salariés relevant du régime général, ils en constituent le deuxième motif après les maladies ostéo-articulaires et musculaires (7 480 sur 29 000 par an en Rhône-Alpes sur la même période).



IV- 1 - B - OFFRE ET RECOURS AUX SOINS

Des disparités très importantes de densité de médecins psychiatres libéraux

Plus de 630 médecins psychiatres exercent (exclusivement ou non) en mode libéral sur la région, pour une densité moyenne de 10,5 médecins pour 100 000 habitants. Cependant, des variations très fortes existent entre les territoires avec une densité trois fois et demi supérieure (14 contre 4) sur le Centre par rapport au territoire du Nord. Les territoires du Sud et de l'Ouest présentent également des densités très inférieures à la moyenne régionale alors que l'Est en est proche. Les territoires du Nord et du Sud, dont les densités sont les plus basses, présentent également une part élevée de psychiatres âgés de 55 ans et plus (70% dans le Nord), ce qui laisse présager une aggravation de la situation sur ces territoires.

Effectifs et densité* de médecins psychiatres libéraux en 2009

Territoire	Effectif	dont 55 ans et plus	Densité
Est	221	52,0	11,1
Nord	25	64,0	4,4
Ouest	60	56,7	7,4
Centre	283	53,7	14,5
Sud	45	64,4	6,0
Rhône-Alpes	635	54,5	10,5

* Taux pour 100 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), Urcam - Exploitation ORS

Méthode :

Les psychiatres comptés ici sont les psychiatres généraux et les psychiatres de l'enfant et de l'adolescent.

Des interactions fortes entre offre et recours en santé mentale

En regard de cette offre, le taux de recours aux consultations libérales de neuropsychiatrie est très variable d'un territoire à un autre. Ainsi, les assurés des territoires Est ou Ouest présentent des taux de recours environ 1,8 fois supérieurs à ce qui est observé pour la population du territoire Nord.

Par ailleurs, dans la région en 2008, plus de 165 000 personnes ont été suivies au moins une fois en établissements spécialisés soit un taux comparatif de recours de 27 patients pour 1 000 habitants. Là aussi les variations sont extrêmement fortes entre territoires avec par exemple une file active dans le Nord plus de 2 fois supérieure à celle de l'Ouest.

Globalement, on observe des associations très marquées entre offre et recours. Schématiquement, les territoires du Nord et, à un degré moindre du Sud, où l'offre libérale est la plus basse, présentent des taux de recours aux consultations libérales faibles et un report d'une part du recours vers les établissements spécialisés avec des files actives élevées de

File active de personnes suivies en établissements spécialisés en 2008 (ambulatoire et/ou hospitalisation)

Territoire	Effectif	Taux comparatif*
Est	53 056	26,7
Nord	21 987	38,4
Ouest	13 311	16,7
Centre	55 651	28,7
Sud	21 345	29,0
Rhône-Alpes	166 228	27,5

* Taux pour 1 000 habitants

Source : Rim P - Exploitation ORS

Taux* comparatif de consultations libérales de neuropsychiatrie en 2008

Territoires	Taux comparatif*
Est	204,6
Nord	116,0
Ouest	220,9
Centre	193,5
Sud	154,6
Rhône-Alpes	189,2

* Taux pour 1 000 assurés du régime général

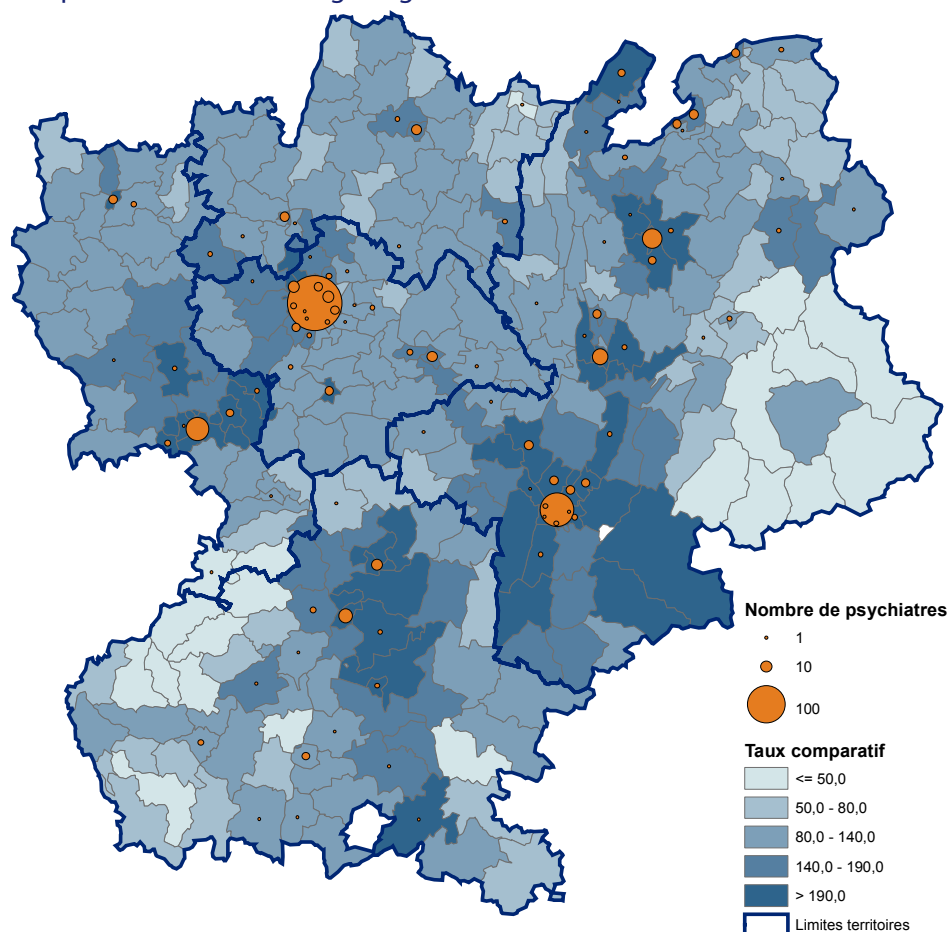
Source : Urcam (CNAMTS) - Exploitation ORS

patients suivis. L'Est et le Centre, mieux dotés, présentent des taux de recours aux consultations libérales supérieurs et des files actives proches des moyennes régionales. Le territoire de l'Ouest ne respecte cependant pas ce schéma avec, malgré une offre libérale quantitativement faible, un niveau de recours aux consultations libérales plutôt élevé et une file active de patients suivis en établissements spécialisés particulièrement basse. On rappelle que sur ce territoire le taux d'hospitalisation pour troubles mentaux en établissements hospitaliers non spécialisés est élevé.

IV - SANTÉ MENTALE ET ADDICTIONS

Cette association très marquée entre offre et recours peut également être objectivée par une analyse géographique du recours à l'échelle des cantons. Les zones où le recours auprès de médecins psychiatres libéraux est important se superposent très explicitement à la localisation de ces médecins. Ainsi, il ressort très clairement que la faible densité ou l'éloignement géographique de l'offre est un frein important au recours qui doit être compensé par d'autres intervenants dont en premier lieu les dispositifs ambulatoires des établissements spécialisés (CMP, centres de thérapie brève,...) mais aussi d'autres dispositifs (ex.: maison des adolescents, lieux écoute, groupes d'entraide mutuelle...) et d'autres professionnels libéraux (médecins généralistes, psychologues...).

Nombre et taux* comparatif de recours aux psychiatres libéraux par canton en 2008 pour les assurés du Régime général



Méthode :

Les psychiatres comptés ici sont :

- les psychiatres généraux;
- les neuro-psychiatre;
- les psychiatres de l'enfant et de l'adolescent.

* Taux pour 1 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), Urcam (CNAMTS) - Exploitation ORS

Effectifs et taux* comparatifs d'hospitalisation sous contrainte en 2008

Territoire	Effectif	Taux comparatif*
Est	2 495	126,4
Nord	957	173,3
Ouest	555	72,3
Centre	2 608	136,4
Sud	1 009	144,1
Rhône-Alpes	7 719	130,0

* Taux pour 100 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), Rim P - Exploitation ORS

Parmi les hospitalisations en établissements spécialisés, 7 700 sont effectuées sous contrainte

En Rhône-Alpes en 2008, on comptabilise plus de 7 700 hospitalisations sous contrainte (HSC) dans les établissements spécialisés, dont près de 85% hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) et 15% d'hospitalisations d'office (HO).

Les taux montrent une nouvelle fois de fortes disparités selon les territoires, avec un taux dans le Nord représentant près de deux fois et demi celui de l'Ouest, et un gradient qui suit celui des taux de patients suivis par les établissements.



IV-2 - ADDICTIONS

IV-2 - A - ÉTAT DE SANTÉ

Les addictions sont analysées ici sous l'angle de la consommation à partir de données d'enquêtes régionales et sous l'angle des conséquences sur la santé à partir de l'incidence et de la mortalité de maladies dont la consommation chronique de ces produits psychoactifs constitue un facteur de risque important. Les données de consommation ciblées sur la population jeune sont détaillées dans le chapitre III - Santé des jeunes».

La consommation de tabac continue de reculer

D'après le Baromètre Santé de 2005, quel que soit l'âge, la consommation régulière (quotidienne) de tabac concerne 24% de la population de 12 à 75 ans, 28% des hommes et 21% des femmes. Cette part poursuit sa diminution puisqu'elle était de 28% en 2000. En contrepartie, la part des anciens fumeurs a fortement augmenté passant de 18% en 2000 à 27% en 2005.

La consommation de tabac dépend beaucoup de l'âge. Plus d'un jeune sur deux (52%) de 20 à 25 ans fume, dont 43% régulièrement puis cette part diminue avec l'âge à partir de 35 ans. Excepté chez les 20-25 ans et chez les 55-64 ans, la part des fumeurs réguliers a diminué d'une manière significative au cours de la période 2000-2005. Les

Données relatives au tabagisme

Indicateurs	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Rhône-Alpes	France	Rhône-Alpes	France	Rhône-Alpes	France
Part (en %) des fumeurs quotidiens de tabac dans la population des 12-75 ans en 2005	28,0	30,0	21,0	23,0	24,0	27,0
Part (en %) des fumeurs quotidiens de tabac chez les jeunes de 15-25 ans en 2005	36,7	31,6	28,9	26,6	32,9	29,2
Volume de cigarettes vendues par habitant de plus de 15 ans en 2006	-	-	-	-	1160,0	1170,0

Source : Baromètres santé (INSPE), CDIT - Exploitation ORS

hommes restent plus consommateurs que les femmes avec des écarts de 4 à 9 points selon les tranches d'âge.

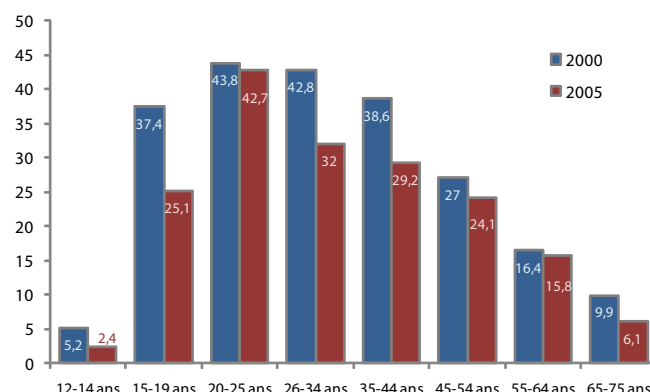
Parmi les fumeurs, 34% déclarent un âge d'initiation inférieur à 15 ans et 61% entre 15 et 20 ans. Pour les femmes ces chiffres sont respectivement de 21 et 67%.

Plus spécifiquement chez les jeunes de 17 ans et selon l'enquête Escapad, 29% des garçons et 26% des jeunes filles déclaraient en 2008 fumer quotidiennement. Ces chiffres étaient en baisse par rapport aux données de 2005 (Cf chapitre Santé des jeunes).

Une consommation qui apparaît fortement associée à la précarité

Selon les données recueillies auprès des consultants rhônalpins des Centres d'examen de santé de l'assurance maladie, le tabagisme est fortement associé à la précarité. Globalement, les personnes «précaires» selon le score de précarité Epices sont plus enclines à fumer (40% chez les hommes et 26% chez les femmes) que les personnes qui ne sont pas en situation de précarité (26% chez les hommes et 19% chez les femmes).

Evolution des parts (en %) des fumeurs réguliers, selon l'âge, en 2000 et 2005, pour la région



Source : Inpes (Baromètre santé 2000 et 2005) - Exploitation ORS

Part des fumeurs selon la précarité en Rhône-Alpes en 2007

	Non précaires	Précaires
Hommes	26,1	40,4
Femmes	18,9	25,7

Source : CETAF - Exploitation ORS

IV - SANTÉ MENTALE ET ADDICTIONS

Une baisse continue de la mortalité liée au tabac notamment chez hommes

Depuis plusieurs années les taux comparatifs de mortalité par pathologies liées au tabac diminuent en France comme en Rhône-Alpes. Cette baisse continue de s'observer depuis 2000 avec une baisse de 20% des taux comparatifs des hommes et des femmes de la région et une baisse légèrement moins marquée au niveau national.

En 2008, les taux de mortalité masculins (185 décès pour 100 000 habitants en Rhône-Alpes et 192 en France) restent 3 fois supérieurs aux taux féminins (respectivement 61 et 65).

Le territoire de l'Est relativement préservé par la mortalité liée au tabac.

Au niveau des territoires de santé, les taux de mortalité les plus faibles se trouvent dans l'Est et les plus élevés dans le Centre et l'Ouest, tous se situent cependant en dessous des références nationales, chez les hommes comme chez les femmes.

Au travers d'une analyse géographique plus locale, des disparités infra-territoriales apparaissent et les zones où la mortalité par maladies liées au tabac est plus élevée sont souvent des zones où la précarité socio-économique est plus présente.

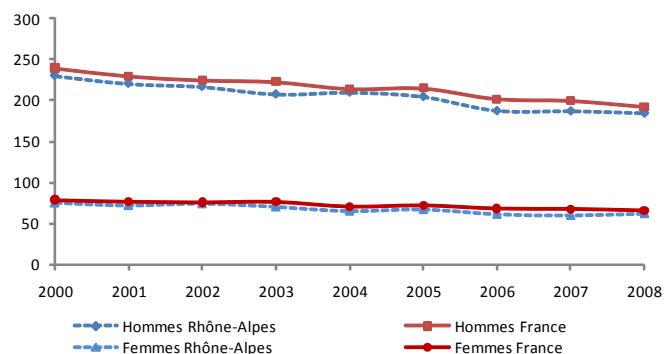
C'est le cas du Bugey, de l'est lyonnais et de l'axe Lyon-Saint-Etienne, du sud du Pays roannais, du nord de l'Isère ou encore du sud de la Drôme.

Méthode :

Les causes de décès concernées sont celles pour lesquelles le tabagisme constitue un facteur de risque majeur. Par convention il s'agit des pathologies suivantes :

- les tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon (Cim-10 : C33-C34);
- les cardiopathies ischémiques (CIM-10 : I20-I25)
- les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (CIM-10 : J40-J44 J47 J961)

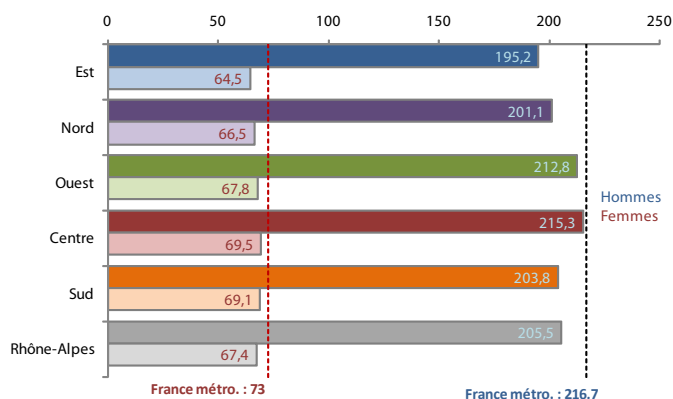
Evolution des taux comparatifs* de mortalité par affections liés au tabac entre 2000 et 2008 en Rhône-Alpes et en France



* Taux pour 100 000 habitants

Source : Insee, CépiDC - Exploitation ORS

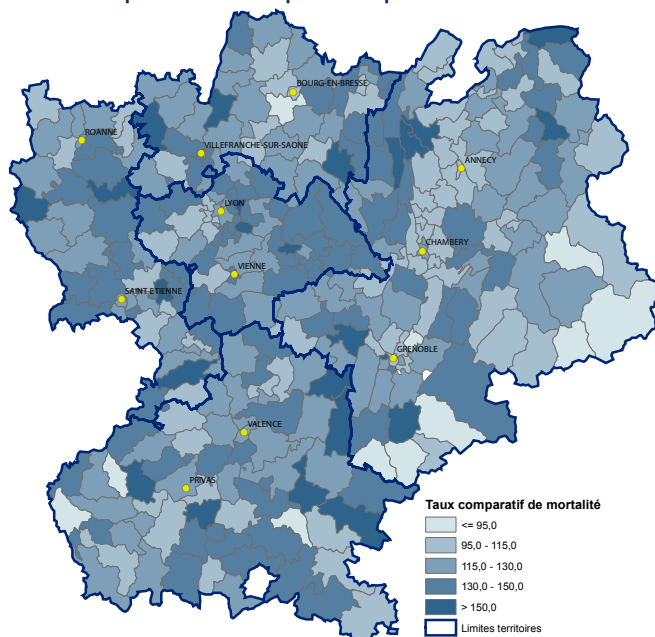
Taux comparatif* de mortalité due à une pathologie liées au tabac pour la période 2000 - 2008



* Taux pour 100 000 habitants

Source : Insee, CépiDC - Exploitation ORS

Taux comparatif* mortalité due à une pathologie liée au tabac par cantons pour la période 2000-2008

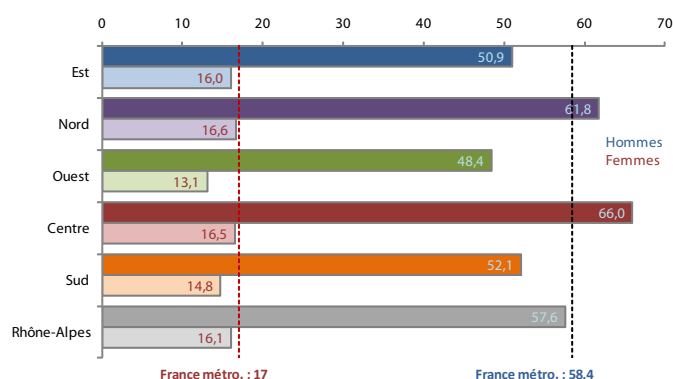


* Taux pour 100 000 habitants

Source : Insee, CépiDC - Exploitation ORS



Taux* comparatifs d'admission en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour la période 2006 - 2008



* Taux pour 100 000 habitants

Source : Insee, CNAMTS, CCMSA, RSI - Exploitation ORS

Par rapport à la France une situation favorable des territoires de santé de la région pour les admissions en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon

En Rhône-Alpes, les taux comparatifs d'admission en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon, pathologie la plus spécifique de la consommation tabagique parmi les motifs d'ALD, sont inférieurs à ceux de la France pour les hommes comme pour les femmes. Comme pour la mortalité, le territoire de l'Est présente le taux le plus bas chez les hommes. Le Centre et le Nord présentent par contre les taux les plus élevés.

Ces taux d'admission en ALD sont chez les hommes trois fois et demi supérieurs à ceux des femmes.

La consommation chronique d'alcool continue de baisser mais les épisodes sévères et répétés de consommation augmentent

L'alcool est le produit psychoactif dont la consommation, au moins ponctuelle, est la plus répandue. D'après le Baromètre santé de 2005, 92% des Rhônalpins (94% en 2000) ont déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie : 95% des hommes (96 % en 2000) et 90% des femmes (92% en 2000).

La consommation régulière continue de reculer dans la population générale, les Rhônalpins étant 13%, en 2005, à déclarer boire de l'alcool tous les jours contre 18 % en 2000. Cette proportion est nettement plus élevée chez les hommes : 19% contre 7% chez les femmes mais elle est en baisse par rapport à 2000 pour les deux sexes (26% chez les hommes et 11% chez les femmes). Cette consommation augmente également avec l'âge. Elle est très faible chez les 15-19 ans (3%) et atteint 36% chez les 65-75 ans.

Chez les hommes, les consommateurs hebdomadaires sont les plus fréquents (42% contre 27% chez les femmes) contrairement aux femmes où ce sont les consommatrices occasionnelles (49%).

Cette évolution à la baisse de la consommation chronique d'alcool est cependant moins évidente pour les personnes qui présentent un risque de dépendance à l'alcool. La part de ces personnes était, en Rhône-Alpes, de 12,4% chez les hommes et de 4,3% chez les femmes en 2005, contre respectivement 13,5 % et 4,3 % en 2000.

Données relatives à la consommation d'alcool en 2005

Indicateurs	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Rhône-Alpes	France	Rhône-Alpes	France	Rhône-Alpes	France
Part (en %) des personnes ayant déjà consommé de l'alcool au cours de sa vie en 2005	95,0	92,8	90,0	90,2	92,0	91,5
Part (en %) des personnes déclarant boire de l'alcool tous les jours en 2005	19,4	20,2	6,9	7,3	13,1	13,7
Part (en %) des consommateurs hebdomadaires d'alcool en 2005	42,0	38,6	26,9	26,9	34,4	32,6
Part (en %) des consommateurs occasionnels d'alcool en 2005	29,6	28,0	48,5	48,5	39,1	38,4
Part (en %) des personnes de 12-75 ans présentant un risque de dépendance à l'alcool	12,4	13,7	4,2	5,0	8,4	9,3
Part (en %) des jeunes de 15-25 ans présentant des ivresses répétées en 2005	41,3	37,7	17,5	18,5	31,7	30,5

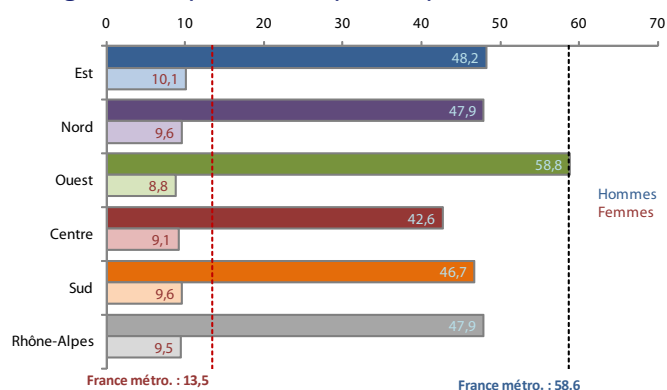
Source : Baromètres santé (INPES) - Exploitation ORS

Le seul mode de consommation pour lequel on n'observe pas, au travers des enquêtes en population, d'évolution à la baisse, concerne les épisodes ponctuels sévères et répétés de consommation d'alcool chez les jeunes (au moins 3 fois dans le mois), qui concernaient en 2008 davantage de jeunes qu'en 2005 aussi bien en Rhône-Alpes (22% contre 19%) qu'en France métropolitaine (20% contre 18%). (Données de l'enquête Escapad auprès des jeunes de 17 ans - Cf. Chapitre Santé des jeunes).

Tous les indicateurs concernant la consommation chronique d'alcool sont plus élevés en France qu'en Rhône-Alpes. Cependant, les indicateurs concernant les ivresses répétées chez les jeunes apparaissent plutôt plus élevés en Rhône-Alpes.

IV - SANTÉ MENTALE ET ADDICTIONS

Taux* comparatifs de mortalité par pathologies liées à l'usage chronique d'alcool pour la période 2000-2008



* Taux pour 100 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), CépiDC - Exploitation ORS

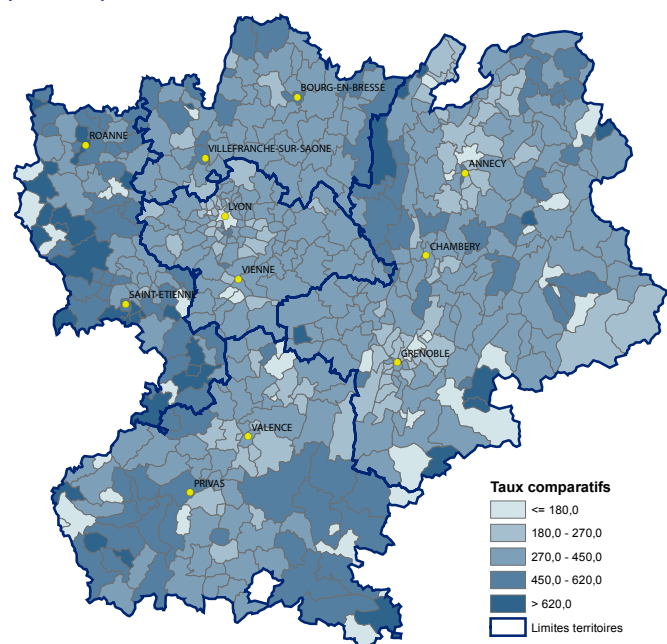
Taux* comparatifs de personnes hospitalisées pour pathologies liées à l'alcool pour la période 2008-2009

Territoires	Hommes		Femmes	
	Effectif annuel	Taux comparatif* annuel	Effectif annuel	Taux comparatif* annuel
Est	5 678	600,1	2 172	212,8
Nord	1 907	683,7	644	220,1
Ouest	3 549	886,9	1 057	248,9
Centre	5 719	652,1	2 072	207,8
Sud	2 564	676,5	967	244,6
Rhône-Alpes	19 524	673,8	6 937	220,2

* Taux pour 100 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), PMSI - Exploitation ORS

Taux* comparatifs de personnes hospitalisées au moins une fois pour pathologies liées à l'alcool par code postal pour la période 2005-2009



* Taux pour 100 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), PMSI - Exploitation ORS

Une mortalité régionale pour pathologies liées à la consommation chronique d'alcool nettement inférieure au taux national sauf sur le territoire Ouest

Concernant la mortalité liée à l'usage chronique d'alcool, deux constats ressortent. D'une part, l'ensemble des territoires de la région Rhône-Alpes se situe en dessous de la moyenne nationale pour les hommes et pour les femmes, sauf l'Ouest qui se démarque négativement des autres territoires pour les hommes et rejoint la valeur nationale. D'autre part, les femmes sont beaucoup moins touchées que les hommes avec des taux de mortalité cinq fois supérieurs chez ces derniers.

On souligne également que cette mortalité continue de baisser en France comme en Rhône-Alpes, tout spécialement chez les hommes. Entre 2000 et 2008, les taux ont baissé de 22% chez les hommes (54,3 décès pour 100 000 habitants en 2000 contre 42,2 en 2008) et de 10% chez les femmes (respectivement 9,7 et 8,7).

Des taux de personnes hospitalisées pour pathologies liées à l'alcool plus élevés sur l'Ouest

En moyenne par an sur la période 2008-2009, 26 460 personnes sont hospitalisées pour des pathologies liées à l'alcool, 19 500 hommes et 6 900 femmes, soit des taux de 673 et 220 personnes hospitalisées au moins une fois pour 100 000 habitants.

Ces taux apparaissent significativement plus élevés sur le territoire de l'Ouest avec des taux supérieurs de plus de 30% chez les hommes et de plus de 13% chez les femmes par rapport aux taux régionaux. Sur ce territoire ces taux supérieurs sont notamment observés sur une part du Roannais, dans les vallées de l'Ondaine et du Giers, le Pilat et la pointe nord de l'Ardèche. L'Est présente une situation favorable malgré des taux élevés sur le Bugey et le Chablais. Le sud-est de la Drôme présente également des taux supérieurs aux valeurs régionales.

Méthode : Les codes CIM10 des décès pour pathologie liées à l'usage chronique d'alcool sont :

- Les tumeurs de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx : C0, C10 - C14
- Tumeur de l'oesophage : C15
- Tumeur du larynx : C32
- Trouble mental et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : F10
- Maladie alcoolique du foie et cirrhose du foie sans précision : K70, K746

Les codes CIM-10 retenues en diagnostic principal, associé ou relié pour pathologies liées à l'alcool, sont :

- Ethylisme : F10.0, F10.1, F10.2, R78.0, Z50.2
- Troubles mentaux organiques et neuropathie : F10.4, F10.5, F10.6, F10.7, G31.2, G40.5, G62.1, T510
- Maladies du foie : K70.0, K70.1, K70.2, K70.3, K70.4
- Autres affections digestives, gastrites et pancréatites : K29.2, K86.0



La majorité des jeunes a consommé du cannabis

Le cannabis est une plante dont sont extraites la marijuana (herbe) et la résine de cannabis (haschisch). Le plus souvent sous forme de cigarette (joint), le cannabis peut être consommé sous forme de gâteau (spacecake) ou d'infusion.

Données relatives à la consommation de cannabis en 2005

Indicateurs	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Rhône-Alpes	France	Rhône-Alpes	France	Rhône-Alpes	France
Part (en %) de personnes de 12-75 ans fumant régulièrement du cannabis en 2005	4,2	3,6	1,4	1,1	2,8	2,3
Part (en %) des jeunes de 15-25 ans fumant régulièrement du cannabis en 2005	13,4	10,5	5,5	4,3	9,5	7,6

Source : Baromètres santé (INSPE) - Exploitation ORS

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée. Presque un tiers des personnes de 12 à 75 ans en a consommé au moins une fois dans sa vie. En 2005, les poppers et les champignons hallucinogènes étaient les drogues les plus expérimentées après le cannabis (4% pour la première et 3% pour la seconde) et devant la cocaïne (2%), l'ecstasy, les produits à inhaler, le LSD et les amphétamines (entre 1 et 2%).

L'âge ou plus exactement la génération est une composante liée à la consommation de cannabis : en 2005, 63% des 20-25 ans et 49% des 26-34 ans ont déjà fait usage de cette substance. Entre 2000 et 2005, toutes les tranches d'âge ont vu leur pourcentage de personnes ayant expérimenté le cannabis augmenter. Ainsi, la génération actuelle des 20-25 ans a davantage expérimenté le cannabis que les générations précédentes aux mêmes âges.

En 2005, toutes les personnes ayant déjà consommé du cannabis avaient été initié avant 20 ans dans plus de 80% des cas (5% avant 15 ans et 76 % entre 15 et 20 ans). L'âge moyen de cette initiation est de 19,3 ans. Il est stable depuis 2000.

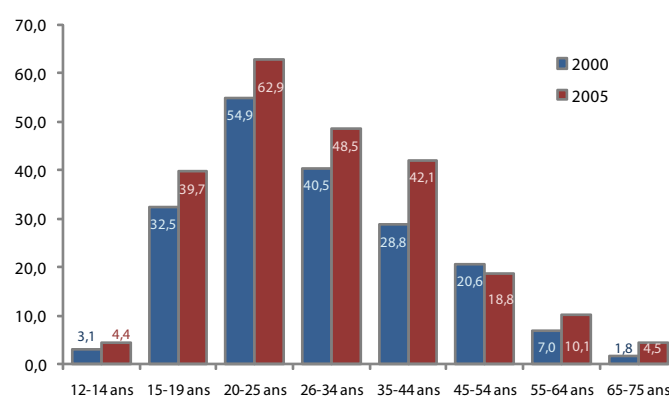
L'expérimentation est davantage masculine : en Rhône-Alpes, 38% des hommes ont déjà consommé cette substance au cours de leur vie, contre 25 % chez les femmes, et 12% des hommes en ont consommé au cours de l'année contre 6 % des femmes. Ces pourcentages sont supérieurs à ceux de la France, où 26% des personnes ont expérimenté le cannabis (32 % des hommes, 20 % des femmes).

Sur l'ensemble de la population, les consommateurs occasionnels représentaient en 2005, 7,2% des hommes et 3,7% des femmes et les consommateurs réguliers 4,8% chez les hommes et 1,7 % chez les femmes. Ces parts de consommateurs réguliers ont doublé par rapport à 2000.

Les principales raisons évoquées lors de la dernière prise de cannabis sont à 19% la détente, à 19% la curiosité, à 13 % pour y goûter et 10 % pour essayer. Les consommateurs réguliers et occasionnels invoquent aussi le plaisir, la convivialité et l'amusement.

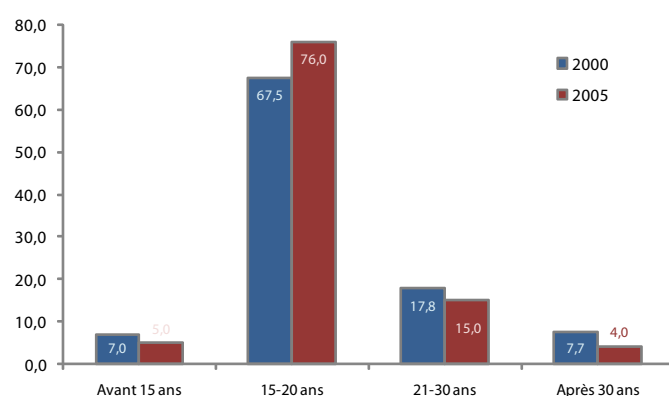
Plus spécifiquement chez les jeunes de 17 ans en 2008 (*Enquête Escapad*), un jeune garçon sur deux et plus d'une

Evolution des parts (en %) des personnes ayant expérimenté le cannabis selon l'âge et le sexe, en 2000 et 2005 en Rhône-Alpes



Source : Inpes (Baromètre santé 2000 et 2005) - Exploitation ORS

Répartition (en %) des personnes ayant expérimenté le cannabis selon l'âge d'initiation au produit, en 2000 et 2005 en Rhône-Alpes



Source : Inpes (Baromètre santé 2000 et 2005) - Exploitation ORS

IV - SANTÉ MENTALE ET ADDICTIONS

filles sur trois a déjà consommé du cannabis et respectivement 9 et 4% en consomment régulièrement (Cf. Chapitre Santé des jeunes). A l'inverse des évolutions constatées entre 2000 et 2005 pour le Baromètre santé chez les 15-24 ans, ces dernières données montrent une évolution à la baisse entre 2005 et 2008, évolution qui reste à confirmer.

Comparativement à la France tous les indicateurs concernant l'expérimentation (qui est liée notamment à l'accessibilité du produit) sont plus élevés en Rhône-Alpes. Les indicateurs de consommation régulière sont par contre assez proches des références nationales avec quelques variations selon les sources et les âges.

Ancien consommateur : personne déclarant avoir déjà pris du cannabis dans sa vie mais pas au cours de l'année.

Consommateur occasionnel : personne qui a consommé du cannabis dans l'année, mais en moyenne sur l'année moins de 10 fois par mois.

Consommateur régulier : personne qui déclare consommer du cannabis, en moyenne sur l'année, au moins 10 fois par mois et qui en a consommé au moins quatre fois au cours des 30 derniers jours.

IV- 2 - B - OFFRE ET RECOURS AUX SOINS

25 000 personnes suivies dans les structures spécialisées en addictologie dans la région

Il existe différents types de structures permettant aux personnes dépendantes à l'alcool ou aux drogues de se renseigner ou de consulter :

- Les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) peuvent être généralistes ou spécialisés sur l'alcool, ou sur les drogues illicites.

- Les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues) accueillent les personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou celles dont les modes de consommation ou les drogues exposent à des risques majeurs.

- Les ACT (Appartements de Coordination Thérapeutiques) sont destinés aux personnes atteintes de pathologies chroniques graves en situation de précarité. Ils prennent en charge des personnes souffrant d'une maladie chronique et invalidante, sevrées ou sous traitement de substitution et ne présentant pas de troubles psychiatriques sévères.

Ces différentes structures ne sont pas réparties de manière homogène dans les territoires de santé et les variations de file active sont importantes. La file active de personnes suivies par l'ensemble de ces structures sur la région était en 2009 d'environ 25 000 personnes.

Nombre de centres spécialisés en addictologie en 2009

Territoire	CSAPA	CAARUD	ACT
Est	11	3	3
Nord	2	0	0
Ouest	8	2	0
Centre	8	2	3
Sud	7	2	1
Rhône-Alpes	36	9	7

Source : ARS - Exploitation ORS

File active des centres spécialisés en addictologie en 2009

Territoire	CSAPA	CAARUD	ACT *
Est	8 780	346	22
Nord	2 677	0	0
Ouest	3 650	379	0
Centre	4 481	990	56
Sud	3 129	63	18
Rhône-Alpes	22 717	1 778	96

* nombre de places

Pour 3 CSAPA et 3 CAARUD les files actives n'ont pu être renseignées.

Source : ARS - Exploitation ORS

Méthode :

Pour les structures, les antennes des centres spécialisés ne sont pas comptabilisées ici, le nombre de sites est donc supérieur au nombre de structures recensées dans les tableaux ci-dessus.

Pour les files actives comprend l'ensemble des personnes suivies en centres gestionnaires mais aussi dans leurs antennes.



Les aides pour les usagers de drogues

Pour les usagers de produits stupéfiants par voie intraveineuse, les kits Stéribox, disponibles en pharmacie, permettent de disposer d'un matériel d'injection stérile et de limiter ainsi les risques de contamination. Pour les personnes qui souhaitent arrêter la prise de drogue, la buprénorphine (Subbutex®) ou la méthadone, vendues sous forme de médicaments, constituent une aide au sevrage pour les personnes dépendantes principalement aux opiacés (produits dérivés, au sens large, de l'opium).

L'analyse de la délivrance de ces différents éléments peut fournir des indicateurs partiels sur la prévalence de personnes consommatrices ou anciennes consommatrices de drogue mais aussi sur leurs recours aux dispositifs proposés et sur les activités de prévention (programmes d'échange de seringues) et de consultations menées sur les différents territoires.

Sur l'ensemble de ces éléments les niveaux constatés en Rhône-Alpes sont inférieurs aux références nationales et ce de manière significative. A l'intérieur de la région, la Drôme présente des indicateurs plus élevés que le niveau régional pour l'ensemble des produits, la Haute-Savoie et l'Ardèche pour les kits de prévention et la méthadone, la Savoie pour la délivrance de méthadone.

Taux de délivrance de kits de prévention, de buprénorphine et de méthadone en 2008

Territoires	Kit de prévention	Buprénorphine	Méthadone
	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Ain	4 553,0	4 200,0	5 560,5
Ardèche	4 970,7	4 560,0	9 234,7
Drôme	6 106,2	7 485,7	10 561,2
Isère	2 576,4	4 176,4	6 795,5
Loire	1 730,9	2 307,1	5 507,0
Rhône	3 910,4	7 684,7	7 600,8
Savoie	3 353,1	3 585,4	11 624,2
Haute-Savoie	5 252,8	4 499,6	12 725,6
Rhône-Alpes	3 790,5	5 196,3	8 175,9
France	4 198,9	6 238,1	12 212,6

*Taux bruts pour 100 000 habitants

Source : Insee, Iliad - Exploitation ORS

Kit de prévention : 2 seringues 1ml Beckton Dickinson, 1 flacons eau stérile, 1 tampon alcoolisé, 1 préservatif + message prévention ; 2 stericups (récipient + filtre stérile). Les programmes d'échange de seringues en distribuent entre 10% et 20% selon des estimations réalisées en 1996. Bonne qualité et fiabilité des données pour la vente des seringues en pharmacie. Par contre le nombre de seringues distribuées dans les programmes d'échange de seringues n'a pas été ré-estimé depuis plusieurs années.

La buprénorphine est vendue sous différents conditionnements. Pour éviter de fournir des chiffres pour chacun des conditionnements l'ensemble des quantités vendues est exprimé en nombre de boîtes «théoriques» de 7 comprimés dosés à 8 mg, à partir de 2007.

La Méthadone est vendue sous différents conditionnements. L'ensemble des quantités vendues est ici exprimé en nombre de flacons «théoriques» de 60 mg. Il ne s'agit pas du nombre de personnes à qui ces traitements ont été prescrits. Il s'agit ici des quantités de méthadone délivrées par les pharmacies de ville, qui correspondent principalement aux prescriptions des médecins de ville. Seule une partie des prescriptions de méthadone faites par les médecins exerçant dans un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) est délivrée en pharmacie de ville. Le reste, ainsi que toutes les quantités prescrites dans les établissements hospitaliers, sont délivrées par les pharmacies centrales des hôpitaux. Ces quantités ne sont pas comprises dans les chiffres fournis dans les fiches ILIAD. Ces chiffres ne correspondent donc pas à la totalité des quantités de méthadone délivrées dans un département ou une région.

IV- 3 - SYNTHÈSE

Dans son acception large allant du mal-être et du besoin d'écoute à la pathologie psychiatrique, la santé mentale est extrêmement vaste et les problèmes de santé mentale concernent une grande part de la population. Ils représentent donc une préoccupation majeure pour de nombreux acteurs de santé publique. Les enjeux sont multiples et concernent le repérage et le diagnostic précoce, l'offre d'écoute, les actions de prévention ou de développement des compétences psychosociales, l'accompagnement et la prise en charge, le développement d'une offre d'accueil diverse et adaptée, la réhabilitation sociale et l'insertion des malades mentaux dans la cité, la participation des familles des malades mentaux aux projets individualisés, ou encore le développement de partenariats entre les acteurs concernés permettant de proposer un véritable continuum d'offre...

Face à ces enjeux l'observation quantitative ne permet d'approcher qu'une part de ce vaste champ. Il s'agit de l'état de santé mentale et de l'impact des troubles psychiatriques et mentaux ayant fait l'objet d'un diagnostic, de l'offre de soins spécialisée existante et du recours aux soins psychiatriques. Le champ des addictions, en termes de consommation et d'impact sur la santé, a également été inclus à ce dossier.

Les troubles mentaux ont un poids considérable parmi les problèmes de santé et ce à tous les âges de la vie. On peut ainsi souligner que les troubles mentaux sont à l'origine chaque année en Rhône-Alpes de 850 suicides, et de plus de 8 800 hospitalisations pour tentatives de suicide, de 120 000 personnes hospitalisées en établissements hospitaliers de court séjour ou encore de plus de 10 000 admissions en ALD (soit près de 9% du total des admissions en ALD). Ils représentent également la première cause de mise en invalidité (30%) et le deuxième motif d'arrêt de travail prolongé (26%). Plus d'une personne sur dix reçoit également, de manière régulière, un traitement psychotrope et plus de 165 000 personnes de la région sont suivies par les établissements spécialisés en psychiatrie.

En ce qui concerne les suicides, malgré la poursuite ces dernières années de la baisse du taux de suicide, 608 hommes et 234 femmes de la région se sont suicidés en 2008. Les taux de mortalité correspondants sont inférieurs aux données nationales et placent la région Rhône-Alpes dans le trio de tête des régions de France. Les disparités sont cependant fortes entre les territoires avec une mortalité proche des valeurs nationales pour les territoires de l'Ouest (au-dessus), du Sud et du Nord et des taux très bas dans le Centre. Les tentatives de suicide ayant fait l'objet d'une hospitalisation sont également plus fréquentes dans le Sud, mais la situation favorable du Centre n'est pas retrouvée, illustrant peut-être des différences de modalités de prise en charge et de recours à l'hospitalisation.

Les taux d'admission en ALD pour troubles mentaux font apparaître des taux plutôt supérieurs en Rhône-Alpes par rapport à la France malgré des taux très inférieurs sur le territoire de l'Est. La situation favorable de ce territoire se retrouve à nouveau pour la prévalence de patients sous traitement qui est également constatée sur le Centre, alors que les taux sont élevés sur le territoire du Nord.

Concernant le recours aux soins, des disparités très fortes sont observées et apparaissent fortement en lien avec l'offre. Le recours aux consultations libérales de psychiatrie notamment ne se faisant semble-t-il que lorsque l'offre est présente en proximité. On peut ainsi souligner que la densité de psychiatres libéraux est entre trois et quatre fois inférieure sur le Nord et le Sud par rapport à celle observée sur le Centre, ce qui réduit le niveau de recours sur ces territoires, et on assiste à un report d'une part du recours vers les établissements spécialisés dont la file active de patients suivis est très supérieure, notamment sur le Nord.

En ce qui concerne les établissements hospitaliers non spécialisés (hôpitaux dits de court séjour), près de 120 000 rhônalpins ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année pour troubles mentaux dont 40% le sont pour des troubles liés à l'usage de substances psychoactives. Les habitants du territoire Ouest présentent des taux d'hospitalisation de 25% à 50% supérieurs aux autres territoires.



Sur cette thématique des addictions, plusieurs constats très généraux peuvent être formulés. La baisse des consommations chroniques de tabac et d'alcool se poursuit alors que la consommation régulière de cannabis semble se stabiliser. Le seul phénomène qui apparaisse clairement en augmentation sur les dernières années, au travers des enquêtes en population, est celui de la part de jeunes présentant des épisodes ponctuels sévères et répétés de consommation d'alcool.

Cette part, comme celle des jeunes présentant des ivresses répétées ou ayant expérimenté le cannabis, apparaît plutôt plus élevée en Rhône-Alpes qu'en France. En ce qui concerne la consommation chronique tous âges la situation de la région est proche de la France, alors que les indicateurs (mortalité et admissions en ALD) concernant les maladies dont l'usage chronique d'alcool est un facteur de risque important sont beaucoup plus favorables en Rhône-Alpes.

En infra-régional on constate une situation nettement défavorable du territoire Ouest concernant les pathologies liées à l'alcool et une correspondance claire avec les zones où la précarité socio-économique est plus présente pour les pathologies liées au tabac.

Plus spécifiquement sur la population des jeunes (cf. chapitre III - Santé des jeunes), les deux départements du sud et la Haute-Savoie semblent plus concernés que les autres départements de la région pour les problématiques de consommation d'alcool et on retrouve l'Ardèche pour la consommation régulière de cannabis. Pour ce dernier produit, entre 4 et 5 jeunes de 17 ans de la région sur 10 en ont déjà consommé et 7% en consomment régulièrement.

En l'absence de données de consommation sur des échantillons de population suffisamment importants, il est plus difficile pour les autres drogues de situer les territoires les uns par rapport aux autres. Cependant, les chiffres concernant la délivrance de kits d'injection ou de produits de substitution sont plus élevés sur le sud de la région et sur la Haute-Savoie.



V - MALADIES CHRONIQUES

V- 1 - LES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE	82
V- 2 - LA MORTALITE	83
V- 3 - LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES	85
V- 4 - LES CANCERS	88
V- 5 - LE DIABETE.....	93
V- 6 - LES MALADIES NEUROLOGIQUES	96
V- 7 - LES MALADIES RESPIRATOIRES	98
V- 8 - LES MALADIES RHUMATOLOGIQUES.....	101
V- 9 - LES MALADIES DIGESTIVES	102
V- 10 - LES MALADIES INFECTIEUSES	104
V- 11 - SYNTHÈSE	108

V-1 - LES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE

Le dispositif des Affections de Longue Durée (ALD) concerne les patients ayant « des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, ouvrant droit, pour ceux qui en sont atteints, à l'exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire à une prise en charge intégrale de leurs frais de traitement, dans la limite du périmètre remboursable » (article L322-3 du Code de la Sécurité Sociale). Du fait de leur définition, de leur étendue (30 catégories de pathologies) et du potentiel qu'elles représentent en termes de possibilités d'observation, les admissions en affections de longue durée (incidence) constituent la trame de ce chapitre consacré aux maladies chroniques. Selon les pathologies, les données sont complétées par des indicateurs de prévalence de patients sous traitement, de mortalité, d'hospitalisation ou d'indicateurs issus de systèmes ou d'enquêtes spécifiques.

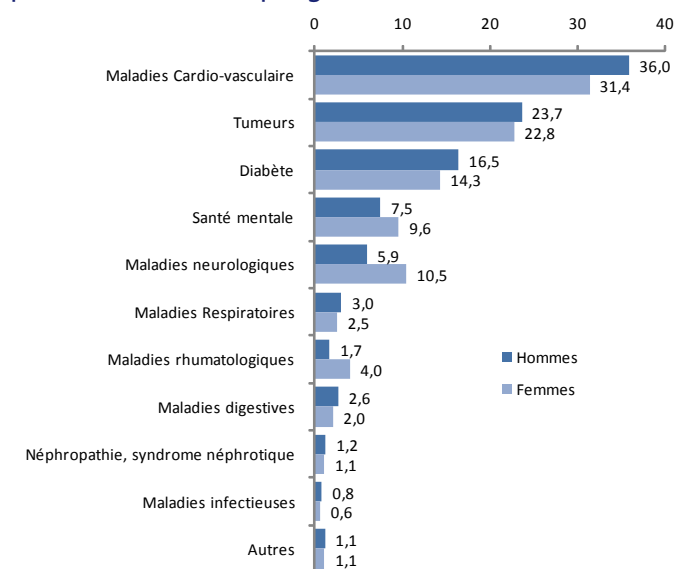
Au 31 décembre 2008, 8,3 millions de personnes du Régime général bénéficient de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD) en France, soit près d'une personne sur sept. En 2008, le Régime général a compté 280 000 personnes nouvellement admises en ALD (incidence), soit une augmentation de 3,5 %. Les affections cardiovasculaires avec 2,8 millions de personnes, les tumeurs malignes (1,7 million), le diabète (1,6 million) et les affections psychiatriques de longue durée (0,95 million) concentrent plus des trois-quarts des personnes qui étaient porteuses d'une ALD en 2008 (prévalence).

Près de 120 000 nouvelles admissions en ALD par an en Rhône-Alpes entre 2006 et 2008

Sur la période 2006-2008, 119 900 nouveaux cas annuels d'admissions en affection de longue durée (ALD) ont concerné des rhônalpins des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes). Parmi eux, 3% concernent des enfants de moins de 15 ans, 45% des personnes âgées de 15 à 64 ans et 52% des personnes de 65 ans et plus.

Les maladies cardiovasculaires (34% des cas), les tumeurs (23%) et le diabète (15%) sont les principaux motifs. Les troubles mentaux (détaillés dans le chapitre précédent) puis les maladies neurologiques représentent chacun environ 8% des admissions (10% chez les femmes). Les autres catégories représentent moins de 3%.

Répartition (en %) des admissions en ALD sur la période 2006 - 2008 par grands motifs



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS

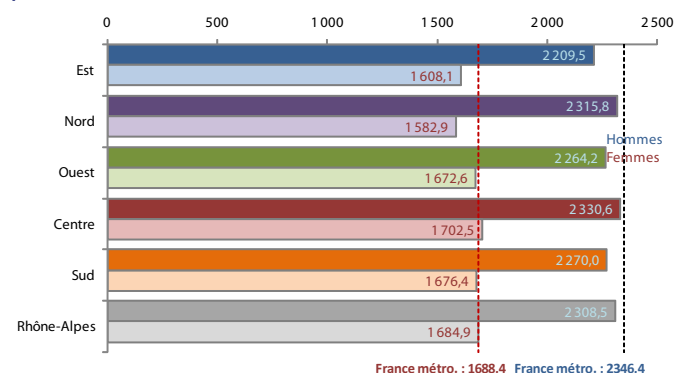
Effectifs et taux comparatifs* d'admissions en ALD sur la période 2006 - 2008

Territoires	Hommes		Femmes	
	Effectif annuel	Taux comparatif* annuel	Effectif annuel	Taux comparatif* annuel
Est	18 987	2 209,5	17 110	1 608,1
Nord	6 004	2 315,8	4 988	1 582,9
Ouest	9 020	2 264,2	8 579	1 672,6
Centre	18 999	2 330,6	17 663	1 702,5
Sud	8 613	2 270,0	7 703	1 676,4
Rhône-Alpes	62 751	2 308,5	57 141	1 684,9
France métro.	669 527	2 346,4	605 460	1 688,4

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS

* Taux comparatifs pour 100 000 habitants

Taux comparatifs* annuels d'admissions en ALD sur la période 2006 - 2008



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS

* Taux comparatifs pour 100 000 habitants

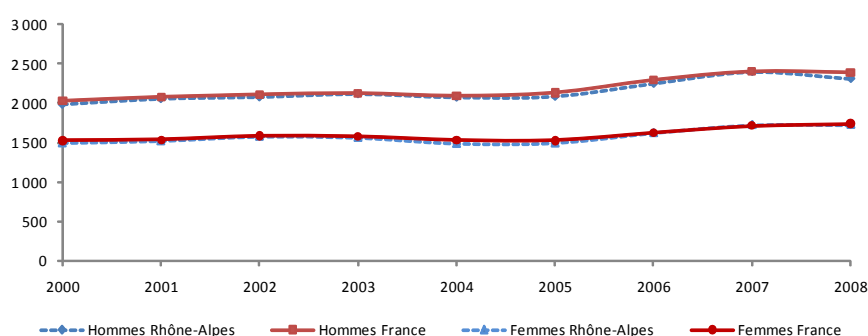


Chez les moins de 15 ans, la santé mentale (affections psychiatriques) prédomine : elle est à l'origine de 33% des prises en charge pour ALD (hommes et femmes confondus). Viennent ensuite, dans cette catégorie d'âge, les cas d'ALD pour maladies neurologiques (myopathies, épilepsies graves) et les maladies rhumatologiques pour 12% (essentiellement scoliose), les maladies cardiovasculaires (cardiopathies congénitales notamment) pour 11%, les maladies respiratoires (7%), les tumeurs et le diabète (6%).

Dans la tranche d'âge des 15 ans et plus, les maladies cardiovasculaires (34%), les tumeurs (24%) et le diabète (16%) restent les principaux motifs (hommes et femmes confondus).

Au niveau régional, on observe 2 309 admissions annuelles pour 100 000 hommes et 1 685 admissions pour 100 000 femmes. Ces taux varient selon le territoire : un maximum de 2 330 pour les hommes et 1 703 pour les femmes dans le territoire Centre ; un minimum de 2 210 pour les hommes dans le territoire de l'Est et de 1 583 pour les femmes dans le territoire Nord (1 608 sur l'Est).

Evolution du taux* d'admission en ALD (toutes causes confondues) sur la période 2000 - 2008



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS

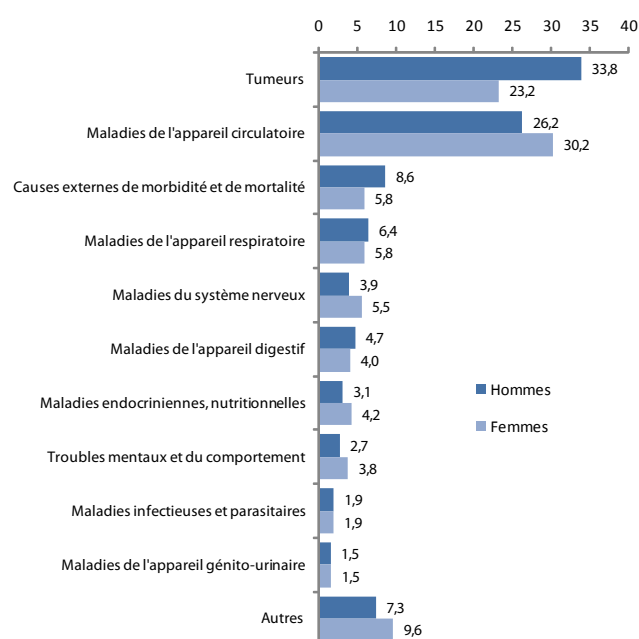
*Taux comparatifs pour 100 000 habitants

Entre 2000 et 2008, le nombre d'admissions en affections de longue durée a augmenté en Rhône-Alpes de 38% chez les hommes et de 34% chez les femmes (35% et 28% en France). Ceci correspond à une augmentation des taux comparatifs d'admission en Rhône-Alpes de 16% pour les deux sexes, avec une évolution similaire en France.

Plus spécifiquement entre 2006 et 2008, le nombre d'admissions en ALD sur la

région a augmenté de 9% (de 113 184 à 123 524). Les principaux groupes de pathologies qui ont le plus augmenté sont les maladies rhumatologiques (+ 21%), les maladies de l'appareil génito-urinaire (+ 17%), le diabète ou les maladies neurologiques (+12%). Celles pour lesquelles l'augmentation est la moins marquée sont les tumeurs (+6%), les maladies respiratoires (+4%) et les maladies infectieuses (+2%).

Répartition (en %) des décès sur la période 2000 - 2008 par grandes causes



Sources : Inserm, CépiDC

V-2 - LA MORTALITE

En regard de ces motifs d'admissions en ALD on peut analyser la répartition des causes de décès. On retrouve ainsi, sur la période 2000-2008, comme premières causes de décès, mais en ordre inversé, les tumeurs puis les maladies cardio-vasculaires qui représentent au total 60% des décès.

Les maladies respiratoires représentent le troisième motif de décès pour maladies avec 6% des décès, suivies par les maladies du système nerveux (5%).

Au niveau régional, on observe chaque année 1 142 décès pour 100 000 hommes et 652 décès pour 100 000 femmes. Ces taux varient selon le territoire avec des maxima observés dans les territoires Ouest pour les hommes (1 211) et dans les territoires Ouest et Nord pour les femmes (672) ; et des minima dans le territoire

V - MALADIES CHRONIQUES

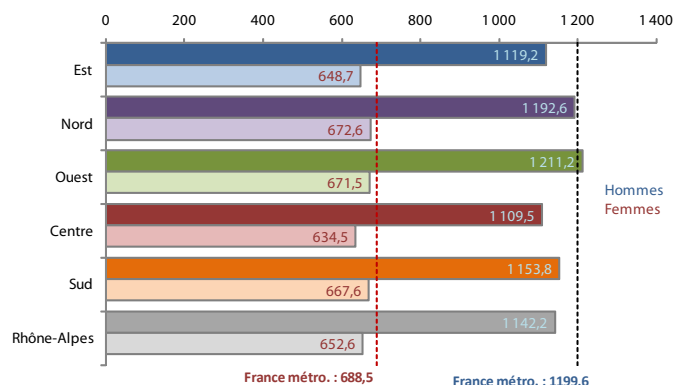
Centre (respectivement 1 109 et 634). Tous les taux sont cependant inférieurs aux valeurs nationales, à l'exception du taux masculin de l'Ouest.

Effectifs et taux comparatifs* annuels de mortalité toutes causes sur la période 2000 - 2008

Territoires	Hommes		Femmes	
	Effectif annuel	Taux comparatif* annuel	Effectif annuel	Taux comparatif* annuel
Est	6 980	1 119,2	6 594	648,7
Nord	2 324	1 192,6	2 117	672,6
Ouest	3 899	1 211,2	3 861	671,5
Centre	6 640	1 109,5	6 577	634,5
Sud	3 489	1 153,8	3 304	667,6
Rhône-Alpes	23 332	1 142,2	22 454	652,6
France métro.	270 049	1 199,6	257 743	688,5

Sources : Inserm (CépiDC), Insee
*Taux comparatif pour 100 000 habitants

Taux comparatifs* annuels de mortalité toutes causes sur la période 2000 - 2008

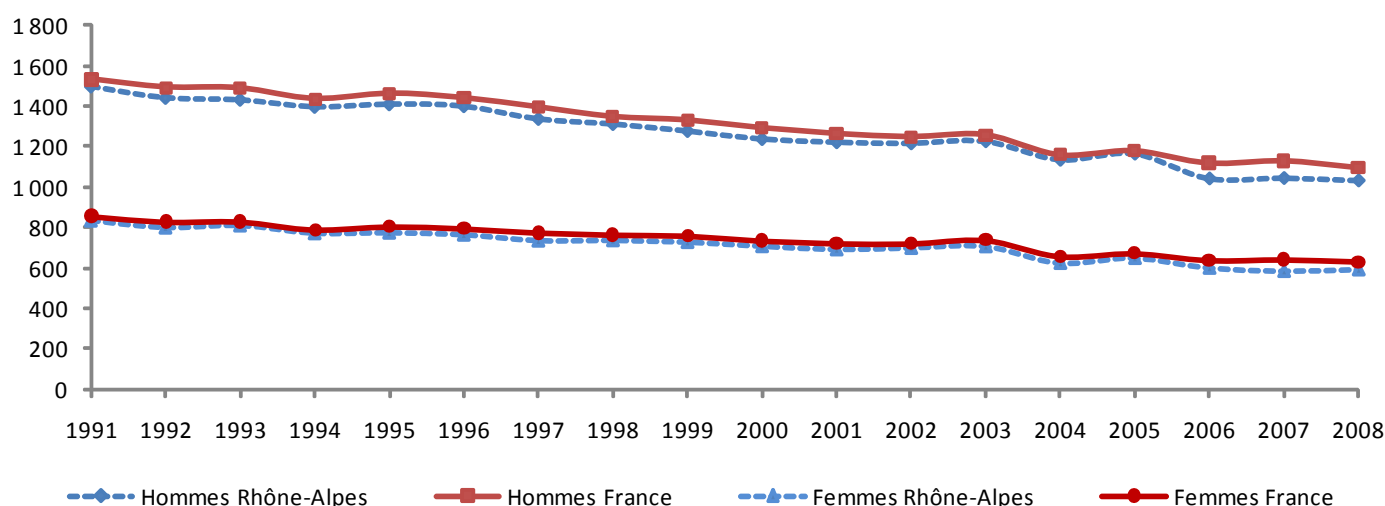


Sources : Inserm (CépiDC), Insee
*Taux comparatif pour 100 000 habitants

Le taux de mortalité a baissé de 30% entre 1991 et 2008

Entre 1991 et 2008, le nombre de décès toutes causes confondus en Rhône-Alpes est passé de 44 997 à 46 574, soit une augmentation 3,5%. Sur la même période, la population a connu une hausse de 13,5%. Cette situation se traduit par une baisse de la mortalité en Rhône-Alpes : le taux comparatif de mortalité a baissé de 30%, chez les hommes et chez les femmes. La même situation est observée au niveau national, avec un nombre de décès qui a augmenté de 1,7% entre 1991 et 2008, une population qui augmente de 9,3% pour un taux comparatif de mortalité en baisse de 28% chez les hommes et de 26% chez les femmes.

Evolution du taux* comparatif de mortalité toutes causes confondues entre 1991 et 2008



Sources : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation ORS
*Taux pour 100 000 habitants



V-3 - LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Les affections cardiovasculaires occupent une place prépondérante dans la mortalité et la morbidité : en France, elles ont longtemps constitué la première cause de décès et, depuis 2004, elles sont la deuxième cause derrière les cancers. Ces maladies représentent également le premier motif d'admission en affection de longue durée (ALD) et le troisième motif d'hospitalisation en soins de courte durée.

Plusieurs facteurs influencent l'incidence des pathologies cardiovasculaires avec des interrelations entre eux : l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle et le diabète, des facteurs comportementaux comme le tabagisme, l'alimentation et le mode de vie (notamment la sédentarité et le manque d'exercice physique).

Plus de 40 500 admissions en ALD par an par maladies cardiovasculaires

Entre 2000 et 2008, les affections cardiovasculaires ont provoqué chaque année plus de 13 000 décès en Rhône-Alpes. Parmi ces décès, près de 15% chez les hommes et 4% chez les femmes sont considérés comme prématurés, étant survenus avant l'âge de 65 ans.

Sur la période 2006-2008, plus de 40 500 nouveaux cas d'admission en affections de longue durée (ALD) pour affections cardio-vasculaires ont concerné des rhônalpins. Parmi eux, 43% chez les hommes et 24% chez les femmes concernent des personnes âgées de moins de 65 ans. L'hypertension artérielle (31% des cas), l'insuffisance cardiaque (27%) et les maladies coronaires (25%) sont les principaux motifs.

Effectifs annuels d'admission en ALD et effectifs annuels de décès par maladies cardiovasculaires

Territoire	Admissions en ALD*		Mortalité**	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Est	7 107	5 706	1 772	2 022
Nord	2 044	1 461	595	644
Ouest	3 351	2 845	1 035	1 241
Centre	6 375	5 000	1 687	2 034
Sud	3 382	2 704	965	1 070
Rhône-Alpes	22 577	17 955	6 054	7 011
France métro.	246 353	197 008	70 915	81 600

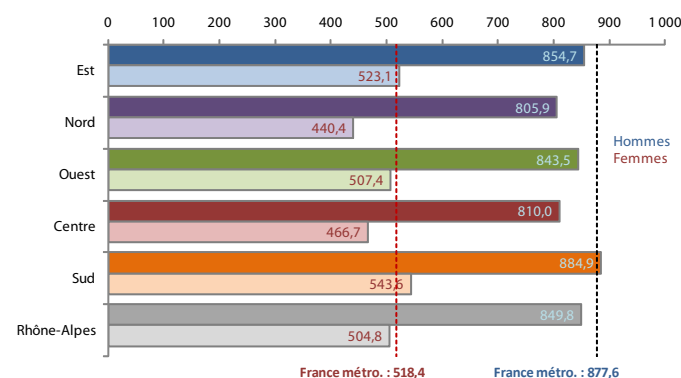
* Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Période 2006-2008

** Source : Inserm (CépiDC) - Période 2000-2008

Au niveau régional, on observe chaque année 850 admissions en ALD pour 100 000 hommes et 505 admissions en ALD pour 100 000 femmes concernant des affections cardio-vasculaires. Ces taux sont inférieurs à ceux observés au niveau national (respectivement 878 et 518). Ceci est observé pour les principaux types de pathologies cardio-vasculaires sauf pour l'insuffisance cardiaque.

En termes de mortalité, les taux annuels observés en Rhône-Alpes sont de 323 décès pour 100 000 hommes et 200 décès pour 100 000 femmes. Ces taux de mortalité sont également inférieurs à ceux observés au niveau national (respectivement 339 pour 100 000 hommes et 212 pour 100 000 femmes) comme c'est le cas pour les grandes causes de décès cardio-vasculaires (insuffisance cardiaque, coronaropathies, accident vasculaire cérébral).

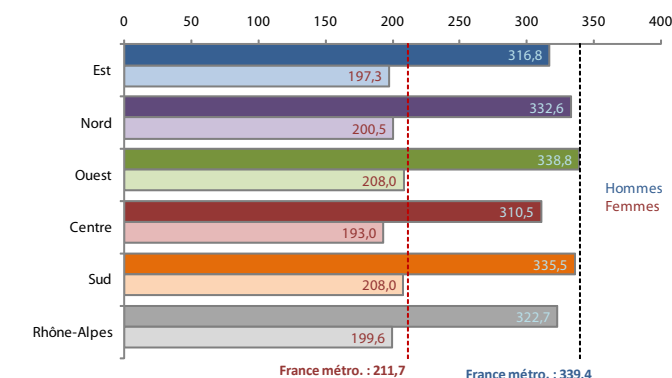
Taux comparatifs* annuels d'admission en ALD pour maladies cardiovasculaires sur la période 2006 - 2008



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Insee - Exploitation ORS

* Taux annuels d'admissions pour 100 000 habitants

Taux comparatifs* annuels de décès par maladies cardiovasculaires sur la période 2000 - 2008



Sources : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation ORS

* Taux annuels de décès pour 100 000 habitants

V - MALADIES CHRONIQUES

En Rhône-Alpes comme en France, trois pathologies sont chacune à l'origine d'un quart des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires chez les hommes : l'hypertension artérielle (HTA), l'insuffisance cardiaque et les maladies coronaires. Chez les femmes, l'HTA est à l'origine de 38% des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires, l'insuffisance cardiaque 29% et les maladies coronaires 13% (39%, 27% et 15% en France).

Par territoire et au vu de l'ensemble des indicateurs, le Centre présente la situation la plus favorable avec des indicateurs qui sont parmi les plus bas sauf pour les accidents vasculaires cérébraux. L'Est est également bien situé pour la mortalité et moins bien pour les ALD avec des taux d'admission pour HTA plus élevés que les taux régionaux. Le Nord présente une situation inverse avec faible taux d'ALD (taux très inférieur aux autres territoires pour l'HTA) et une mortalité plus élevée. Les territoires de l'Ouest pour la mortalité, et du Sud pour la mortalité et les admissions en ALD, présentent des indicateurs moins favorables que les autres territoires.

Des différences de niveau de dépistage, de délai de prise en charge et de survie, constituent des facteurs qui peuvent être à l'origine de situations dissociées entre taux d'ALD et taux de mortalité. Ainsi, un meilleur repérage et une prise en charge plus précoce de certaines pathologies cardio-vasculaires peut conduire à un taux d'ALD plus élevé que la référence et à un taux de mortalité plus faible.

Entre 2000 et 2008, en Rhône-Alpes, le nombre d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires a augmenté de 44% chez les hommes et de 35% chez les femmes (39% et 25% en France). Cette évolution à la hausse est également constatée lorsque l'on élimine l'effet des changements démographiques (accroissement et vieillissement de la population) avec une augmentation des taux comparatifs d'admission de 18% chez les hommes et 14% chez les femmes en Rhône-Alpes (respectivement 17% et 10% en France).

Effectifs annuel et taux comparatifs d'admission en ALD pour maladies cardiovasculaires par motif sur la période 2006-2008

Territoire	Hypertension artérielle		Insuffisance cardiaque		Maladie coronaire		Accident vasculaire cérébral	
	Hommes							
	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*
Est	2 049	241,2	1 699	221,3	1 788	204,1	583	70,7
Nord	404	157,9	601	251,2	539	199,6	201	80,0
Ouest	901	221,7	824	217,9	813	199,8	263	67,7
Centre	1 476	184,9	1 523	203,1	1 669	204,2	611	79,7
Sud	1 054	272,1	837	226,6	740	189,6	247	66,9
Rhône-Alpes	5 962	220,6	5 562	221,5	5 633	203,7	1 935	74,4
France métro.	66 292	232,9	55 833	209,0	66 000	228,2	21 145	76,6
	Femmes							
	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*
	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*
Est	2 281	211,6	1 647	147,8	745	68,3	519	48,2
Nord	447	137,3	478	139,8	232	71,7	171	52,6
Ouest	1 059	194,1	889	153,0	367	64,9	251	45,8
Centre	1 756	166,2	1 432	130,4	657	62,0	597	56,3
Sud	1 131	231,1	736	144,3	339	67,7	244	50,1
Rhône-Alpes	6 758	193,1	5 260	144,0	2 374	67,1	1 812	51,6
France métro.	76 275	204,3	52 871	135,0	29 120	77,0	19 690	52,2

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, Insee - Exploitation ORS

* Taux d'admissions pour 100 000 habitants

Effectifs annuel et taux comparatifs* de mortalité par maladies cardiovasculaires par motif sur la période 2000-2008

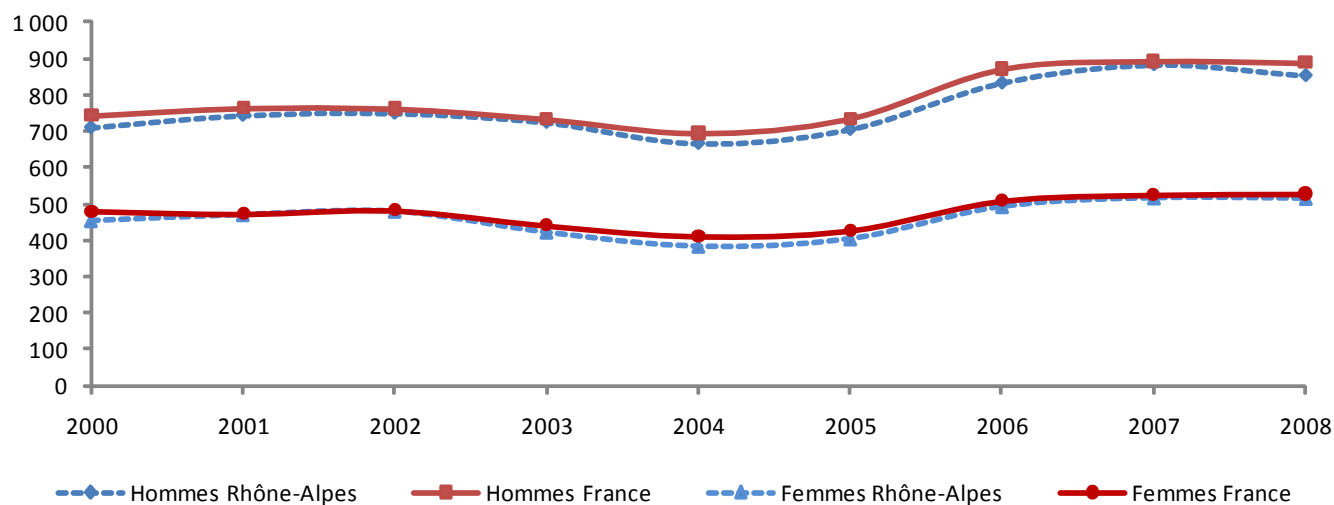
Territoire	Hypertension artérielle		Insuffisance cardiaque		Maladie coronaire		Accident vasculaire cérébral	
	Hommes							
	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*
Est	76	14,7	244	51,3	560	92,3	345	62,4
Nord	25	14,2	69	45,1	181	94,7	126	69,7
Ouest	45	15,4	120	44,9	339	105,5	189	62,0
Centre	68	13,9	170	36,5	583	100,9	339	62,6
Sud	52	18,8	137	54,3	301	98,8	192	66,2
Rhône-Alpes	266	15,1	740	45,9	1 964	98,0	1 192	63,6
France métro.	2 891	14,6	8 832	48,6	23 150	104,9	14 650	70,1
	Femmes							
	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*
	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*
Est	132	12,9	373	36,2	407	40,0	497	48,5
Nord	42	12,7	101	30,5	139	43,9	163	51,1
Ouest	86	14,3	193	31,5	279	47,0	275	46,4
Centre	144	13,4	291	27,0	470	44,9	517	49,4
Sud	82	15,9	195	36,8	228	45,0	263	51,2
Rhône-Alpes	486	13,7	1 153	32,1	1 523	43,7	1 716	49,0
France métro.	5 293	13,6	13 490	34,3	18 118	47,2	20 274	52,9

Sources : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation ORS

* Taux comparatif de mortalité pour 100 000 habitants



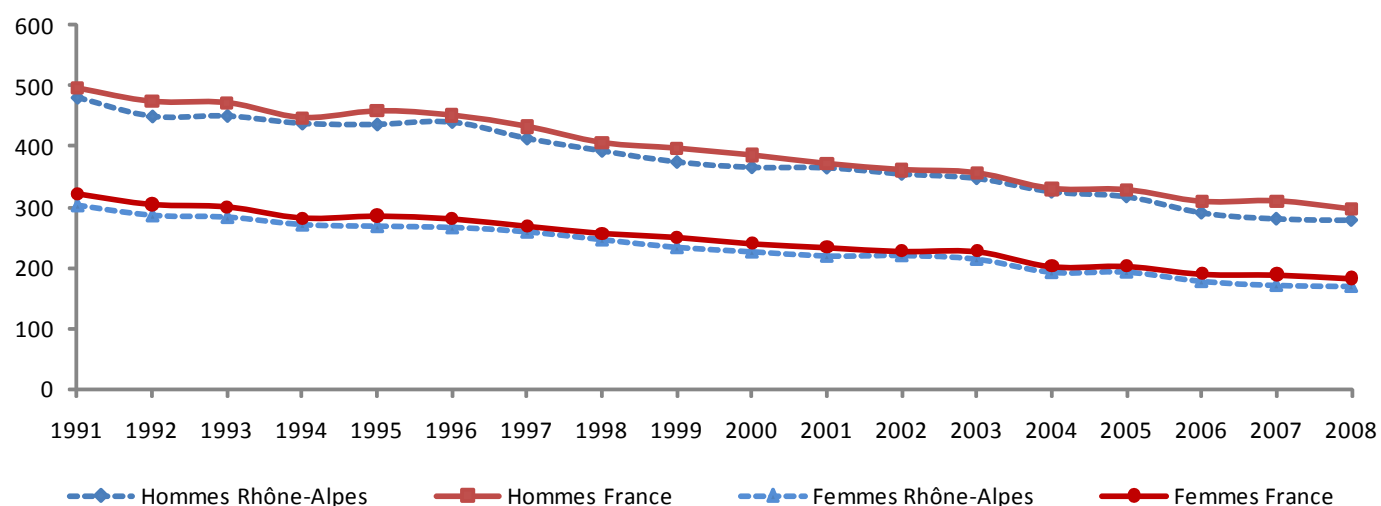
Evolution des taux* d'admission en ALD pour maladies cardiovasculaires sur la période 2000 - 2008



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS
* Taux comparatifs pour 100 000 habitants

Entre 1991 et 2008, le nombre de décès par maladies cardiovasculaires en Rhône-Alpes est passé de 14 731 à 12 652, soit une baisse de 14%. Sur la même période, la population ayant connu une hausse de 13,5%, la situation se traduit par une baisse de la mortalité par maladies cardiovasculaires en Rhône-Alpes : le taux comparatif de mortalité a baissé de 42%, chez les hommes et de 44% chez les femmes. La même situation est observée en France, avec un nombre de décès qui a baissé de 16% entre 1991 et 2008, une population qui augmente de 9,3% pour un taux comparatif de mortalité en baisse de 40% chez les hommes et de 43% chez les femmes. Cette évolution positive, résultat des avancées thérapeutiques et d'un meilleur contrôle de certains facteurs de risque, semble toutefois se ralentir sur les dernières années.

Evolution du taux comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires entre 1991 et 2008



Sources : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation ORS

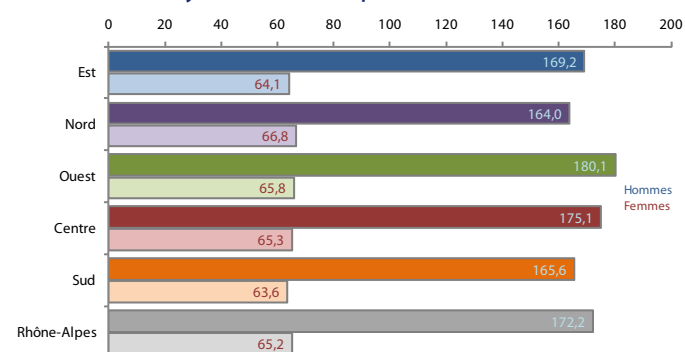
V - MALADIES CHRONIQUES

En ce qui concerne les maladies coronariennes, on peut souligner qu'entre 2008 et 2009, plus de 6 900 personnes de la région ont été hospitalisées en moyenne chaque année pour un infarctus du myocarde. Deux tiers (66%) d'entre elles sont des hommes.

Chez les hommes, la moitié des séjours concernent des personnes âgées de moins de 65 ans, alors que cette proportion chez les femmes est seulement de 20%.

En Rhône-Alpes, les taux comparatifs de patients hospitalisés pour infarctus du myocarde s'élèvent à 172 personnes pour 100 000 hommes et 65 pour 100 000 femmes. Les taux d'hospitalisation varient relativement peu à l'échelle des territoires de santé mais les taux les plus élevés sont observés pour les habitants du territoire Ouest (taux de 180 chez les hommes).

Taux* comparatifs annuels de patients hospitalisés pour infarctus du myocarde sur la période 2008 - 2009



Méthode :

Patients hospitalisés dont un séjour au moins a pour diagnostic principal, relié ou associé, un code CIM-10 : I21, I22, I23.

Source : PMSI - Exploitation ORS

* Taux : nombre de patients hospitaliers pour 100 000 habitants

V-4 - LES CANCERS

En France, les cancers occupent une place grandissante en termes de morbidité. Le Réseau français des registres du cancer (Francim) estime à environ 320 000 le nombre de nouveaux cas de cancers pour l'année 2005 en France hexagonale, soit une progression de 88 % par rapport à 1980. Cette augmentation est due pour 45 % à des facteurs démographiques (augmentation et vieillissement de la population). En conséquence, un peu plus de la moitié des cas supplémentaires est due à l'augmentation du risque, mais aussi à l'amélioration du dépistage et du diagnostic.

En 2008, 151 160 décès enregistrés en France ont été attribués aux cancers. Ces derniers représentent la première cause de décès chez les hommes (33 % des décès masculins) et la deuxième chez les femmes (24 % des décès féminins). La mortalité par cancers a régressé : le taux comparatif de mortalité en France a baissé de 18,5% entre 1991 et 2008. Ainsi, l'évolution de la maladie depuis trente ans se traduit à la fois par une augmentation du nombre de nouveaux cas et par une baisse du taux de mortalité. Cette évolution dissociée est due à la réduction de fréquence des cancers les plus agressifs (voies aérodigestives supérieures, estomac, poumon chez l'homme) en lien notamment avec la baisse de la consommation éthylo-tabagique, au diagnostic plus précoce de certains cancers et aux progrès thérapeutiques. Il faut toutefois signaler des augmentations de taux de mortalité pour certaines localisations, telles que le cancer du poumon chez la femme, celui du pancréas, le mélanome ou les myélomes. L'augmentation du nombre de cas de cancers entre 1980 et 2005, repose à 50% sur le cancer du sein chez la femme et à 70% sur le cancer de la prostate chez l'homme.

Les personnes atteintes d'un cancer sont le plus souvent admises en affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie. En 2008, 290 000 admissions en ALD ont ainsi été prononcées parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie dont 53% pour des hommes et 47% pour des femmes.



Le nombre de nouveaux cas de cancers a augmenté de 93% en Rhône-Alpes entre 1980 et 2005

Pour l'année 2005, le Réseau français des registres de cancer estime à plus de 27 800 le nombre de nouveaux cas de cancers en Rhône-Alpes contre 14 400 en 1980, soit une hausse de 93% (98% chez les hommes et 87% chez les femmes). Un tiers (33%) de cette augmentation est due à l'accroissement de la population (effet taille). Le vieillissement de la population (effet structure) est également responsable d'une part de l'augmentation du nombre de cas (30% chez les hommes, 18% chez les femmes). Au final, l'augmentation du risque d'avoir un cancer a augmenté d'environ 35% entre 1980 et 2005. Ainsi, le taux comparatif d'incidence, entre 1980 et 2005, a augmenté de 0,9% par an chez les hommes et de 1,1% chez les femmes. L'évolution de ce taux d'incidence s'explique par l'amélioration du dépistage et du diagnostic (stades plus précoces) et pour certaines localisations à l'augmentation de facteurs de risques individuels (cancer du poumon et tabagisme chez la femme). Mais des évolutions observées sur certaines localisations restent inexpliquées et peuvent faire envisager des facteurs environnementaux (tumeurs du système nerveux central, lymphômes, cancers de la vessie et du rein, mélanome...)

En termes de mortalité, les cancers sont responsables de 12 900 décès en Rhône-Alpes en 2005, contre 10 600 en 1980, soit une hausse de 22%. Entre 1980 et 2005, le taux comparatif de mortalité par cancer est passé de 396 à 312 décès pour 100 000 chez l'homme, soit une baisse de 1,4% par an. Chez la femme, il est passé de 185 à 152 décès pour 100 000, soit une baisse de 1,1% par an. La baisse au cours des cinq dernières années de cette période s'est accentuée puisque entre 2000 et 2005 elle est passée à 2,6% par an chez les hommes et à 1,4% par an chez les femmes. Si globalement les décès par cancers ont augmenté entre 1980 et 2005, l'effet strictement lié au risque (en dehors de la taille et de la structure de la population) a donc diminué pour les deux sexes.

Evolution de la mortalité et de l'incidence des cancers en Rhône-Alpes sur la période 1980 - 2005

		Evolution des effectifs						Taux standardisés (Réf. Pop France RP 1999)				
		Effectifs		Taux d'évolution globale				Taux			Evolution annuel	
		1980	2005	Evolution globale	Effet structure	Effet taille	Effet risque	1980	2000	2005	1980-2005	2000-2005
Hommes	Incidence	8 037	15 892	97,7	29,3	33,1	35,4	465,6	570,9	611,2	0,9	1,4
	Mortalité	6 282	7 697	22,5	33,9	20,5	-31,8	395,8	339,1	311,8	-1,4	-2,6
Femmes	Incidence	6 418	11 977	86,6	18,1	32,8	35,7	276,1	342,2	363,8	1,1	1,2
	Mortalité	4 338	5 266	21,4	22,9	21,3	-22,8	185,3	161,5	152,1	-1,1	-1,4

Sources : Insee, CépiDC, Inserm, Francim - Exploitation ORS et Registre des cancers de l'Isère

* Taux comparatifs pour 100 000 habitants

27 800 nouvelles admissions en ALD pour cancers en moyenne par an en 2006-2008

Entre 2000 et 2008, les cancers ont provoqué chaque année en moyenne plus de 14 500 décès en Rhône-Alpes (13 570 en 2008). Parmi ces décès, 53% concernent des hommes et 47% des femmes. On peut noter que 70% des décès masculins et 75% des décès féminins surviennent après 65 ans.

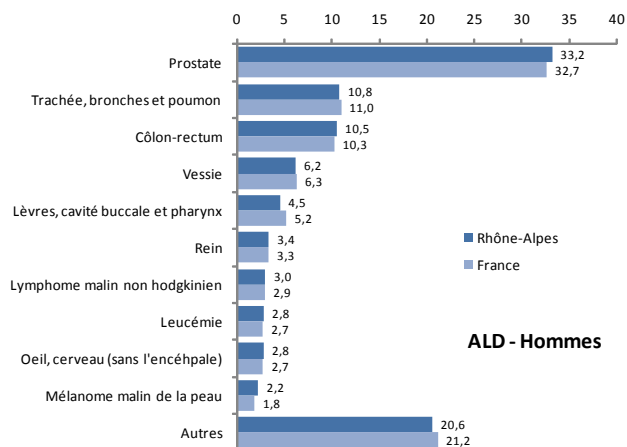
Les cancers de la trachée, des bronches et du poumon représentent un quart des décès (24%), les cancers de la prostate et du côlon-rectum chacun 10%. Ces 3 localisations sont à l'origine de près de 45% des décès par cancer. Chez les femmes, trois localisations représentent 40% de ces décès, il s'agit du sein (18%), du côlon-rectum (13%) et des cancers de la trachée, des bronches et du poumon (8%).

Sur la période 2006-2008, plus de 27 800 nouveaux cas annuels de cancers ont fait l'objet d'une admission en affections de longue durée (ALD). Parmi ces nouveaux cas, 54% concernent des hommes et 46% des femmes. Près d'une admission sur deux a lieu chez des personnes de moins de 65 ans (43% chez les hommes et 53% chez les femmes).

Chez les hommes, la prostate (33% des cas), la trachée, les bronches et le poumon (11%) et le côlon-rectum (11%) représentent plus d'un cancer sur deux. Chez les femmes, le sein (36%), le côlon-rectum (9%) sont les principales localisations cancéreuses, suivies par les cancers du cerveau et de l'œil et par ceux de l'utérus (5% pour chaque localisation). A noter que les cancers gynécologiques (sein, utérus, ovaires) représentent près de 45% des admissions en ALD pour cancer.

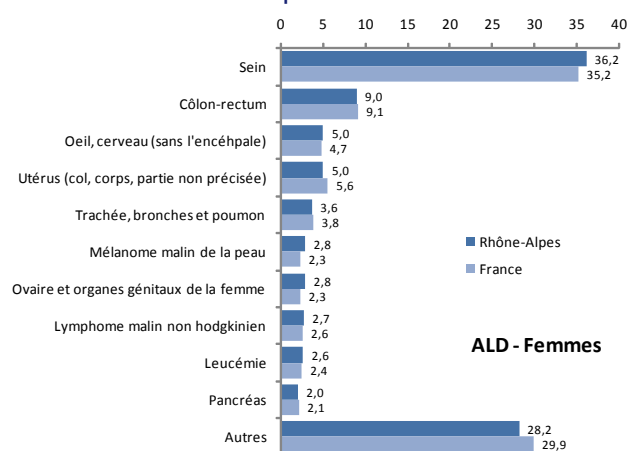
V - MALADIES CHRONIQUES

Répartition (en %) des admissions en ALD pour tumeurs selon la localisation sur la période 2006 - 2008



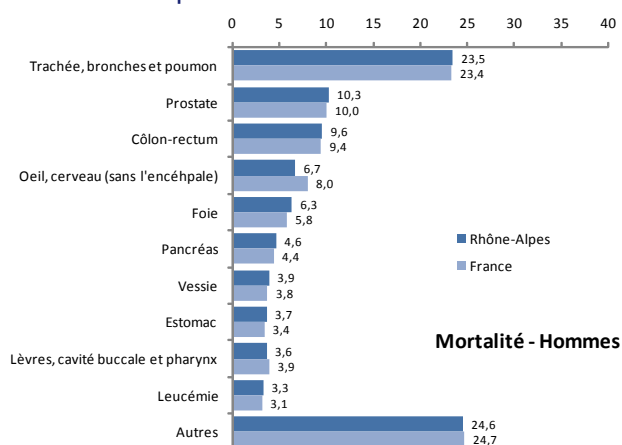
Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Insee - Exploitation ORS
* Taux annuels d'admissions pour 100 000 habitants

Répartition (en %) des admissions en ALD pour tumeurs selon la localisation sur la période 2006 - 2008



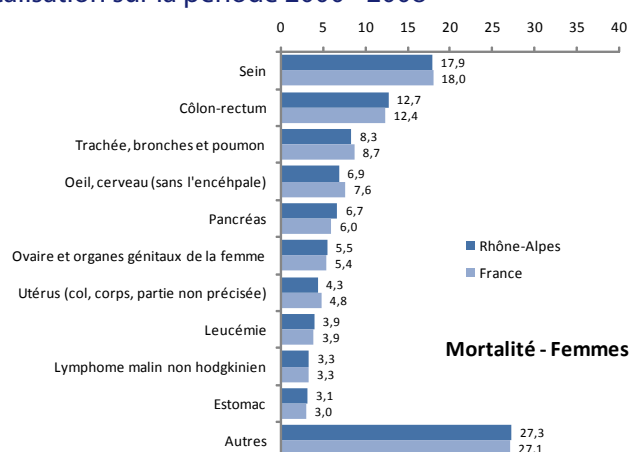
Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Insee - Exploitation ORS
* Taux annuels d'admissions pour 100 000 habitants

Répartition (en %) des décès par cancers selon la localisation sur la période 2000 - 2008



Sources : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation ORS
* Taux annuels de décès pour 100 000 habitants

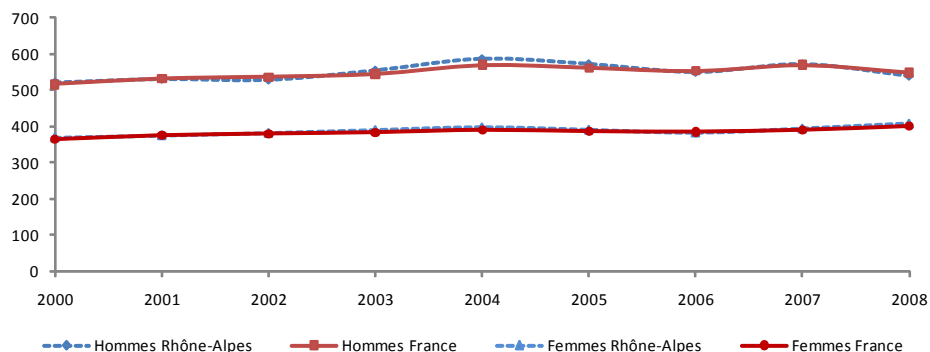
Répartition (en %) des décès par cancers selon la localisation sur la période 2000 - 2008



Sources : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation ORS
* Taux annuels de décès pour 100 000 habitants



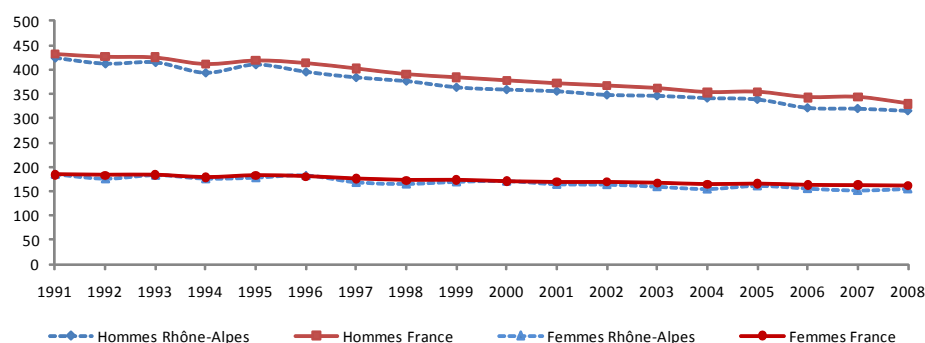
Evolution des taux* d'admissions en ALD pour tumeurs sur la période 2000 - 2008



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS

* Taux comparatifs pour 100 000 habitants

Evolution du taux comparatif de mortalité par cancer entre 1991 et 2008



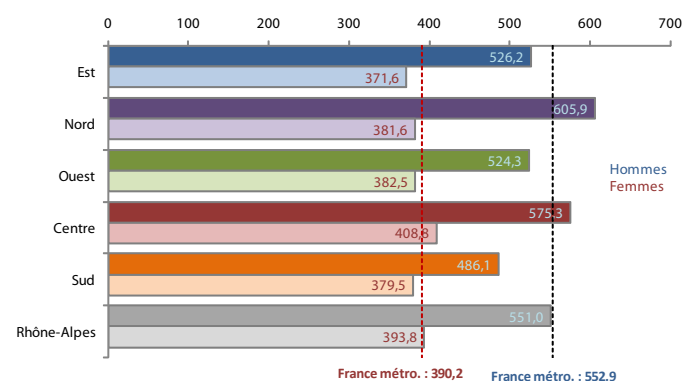
Sources : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation ORS

* Taux comparatifs pour 100 000 habitants

un nombre de décès qui a baissé de 9% entre 1991 et 2008 pour des taux comparatifs en baisse de 24% chez les hommes et de 12% chez les femmes.

Si les taux d'admission en ALD pour cancers sont équivalents entre la région Rhône-Alpes et la France, on observe des différences selon les territoires de santé, notamment chez les hommes où les taux sont supérieurs sur les territoires du Centre et du Nord. Le taux de ce territoire est de 25% supérieur à celui du Sud. La situation défavorable du Centre se retrouve également chez les femmes.

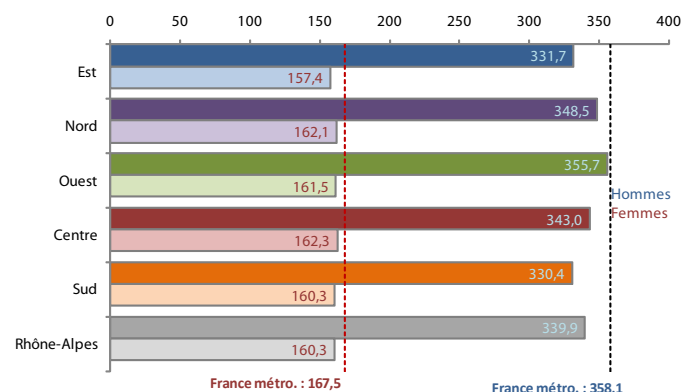
Taux* comparatifs annuels d'admission en ALD pour cancers sur la période 2006 - 2008



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Insee - Exploitation ORS

* Taux annuels d'admissions pour 100 000 habitants

Taux* comparatifs annuels de décès par cancers sur la période 2000 - 2008



Sources : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation ORS

* Taux annuels de décès pour 100 000 habitants

V - MALADIES CHRONIQUES

Pour la mortalité, sur la période 2000-2008, tous les territoires présentent des taux inférieurs aux taux nationaux, mais la mortalité masculine apparaît supérieure sur les territoires de l'Ouest et du Nord par rapport aux autres territoires. La situation défavorable observée pour la population du territoire Centre pour les ALD n'est pas retrouvée pour la mortalité. Cette situation dissociée peut faire évoquer des pratiques de diagnostic plus précoce pour les localisations cancéreuses où la précocité du diagnostic est un facteur pronostic important (sein, côlon-rectum, ...).

Pour les trois localisations cancéreuses qui sont les plus fréquentes en termes de mortalité (poumon, côlon-rectum, et prostate chez les hommes, poumon, côlon-rectum, et sein chez les femmes) on retrouve les mêmes constats entre les territoires, pour les taux d'ALD comme pour les taux de mortalité.

Les situations les plus marquées sont observées pour le cancer de la prostate sur le territoire Nord et pour celui du poumon sur le territoire Centre.

On notera enfin que les disparités entre territoires soit plus marquées chez les hommes que chez les femmes.

Méthode :

Les admissions en ALD pour cancers sont celles répertoriées dans l'ALD 30.

Les décès pour cancers sont ceux dont les codes CIM10 sont : C00-C99.

Effectifs annuels et taux comparatifs d'admission en ALD par type de cancer sur la période 2006-2008

Territoire	Prostate		Poumon		Colon rectum	
	Hommes					
	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*
Est	1 567	188,4	451	50,9	450	55,1
Nord	528	210,2	164	61,8	168	67,5
Ouest	685	170,7	203	48,4	239	60,4
Centre	1 506	195,0	542	66,0	472	59,6
Sud	576	150,9	206	52,1	217	56,9
Rhône-Alpes	4 934	186,9	1 608	57,6	1 564	59,3
France métro.	51 255	184,4	17 209	58,4	16 112	57,7

Territoire	Sein		Poumon		Colon rectum	
	Femmes					
	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*
Est	1 639	157,8	169	16,0	375	35,0
Nord	474	156,7	53	16,6	125	38,8
Ouest	753	158,4	65	13,1	205	37,5
Centre	1 707	171,5	170	16,5	420	40,3
Sud	698	158,2	67	14,8	191	40,0
Rhône-Alpes	5 370	165,0	540	16,1	1 330	38,4
France métro.	55 274	161,5	5 995	17,0	14 266	38,7

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, Insee - Exploitation ORS

* Taux d'admissions pour 100 000 habitants

Effectifs annuel de décès et taux comparatifs de mortalité par type de cancers sur la période 2000-2008

Territoire	Prostate		Poumon		Colon rectum	
	Hommes					
	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*
Est	248	45,0	555	72,9	223	33,6
Nord	79	46,5	176	74,6	70	33,8
Ouest	143	48,2	278	72,5	124	36,6
Centre	225	43,2	614	85,1	225	35,9
Sud	121	42,9	260	73,4	123	38,4
Rhône-Alpes	816	44,8	1 882	76,5	765	35,5
France métro.	9 130	44,2	21 395	81,2	8 640	36,6

Territoire	Sein		Poumon		Colon rectum	
	Femmes					
	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*
Est	302	30,4	155	15,7	193	19,2
Nord	94	31,8	40	13,7	63	21,0
Ouest	162	31,6	63	12,6	115	20,7
Centre	298	30,6	156	16,1	224	22,1
Sud	143	31,9	63	14,6	109	22,5
Rhône-Alpes	999	31,0	478	15,0	703	20,9
France métro.	11 226	32,5	5 538	16,2	7 717	21,1

Sources : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation ORS

* Taux d'admissions pour 100 000 habitants



V-5 - LE DIABETE

Le diabète est une maladie métabolique chronique qui apparaît lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou que l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline qu'il produit. L'insuline est une hormone qui régule la concentration de sucre dans le sang (glycémie).

On différencie le diabète de type 1, lié à une déficience d'activité du pancréas (qui apparaît généralement avant 30 ans, de façon rapide, et qui nécessite une prise d'insuline) et le diabète de type 2, plutôt lié à l'alimentation, qui s'installe de manière progressive et peut rester longtemps asymptomatique. Ce dernier représente environ 92% des cas de diabète et est traité par des mesures diététiques associées à des médicaments, avec ou sans prise d'insuline.

Il s'agit d'une maladie grave et progressive, caractérisée par l'hyperglycémie et par le développement à long terme de nombreuses complications graves qui peuvent survenir chez des gens jeunes. Il augmente le risque de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral : 50% des diabétiques meurent d'une maladie cardio-vasculaire. Associée à une diminution du débit sanguin, la neuropathie qui touche les pieds augmente la probabilité d'apparition d'ulcères des pieds et d'amputation. La rétinopathie diabétique est une cause importante de cécité, au bout de 15 ans de diabète, près de 2% des sujets deviennent aveugles et environ 10% présentent des atteintes visuelles graves. Le diabète figure parmi les principales causes d'insuffisance rénale : 10 à 20% des diabétiques meurent d'une insuffisance rénale.

Tous les indicateurs développés ci-après concernent l'ensemble des cas de diabète, qu'ils soient de type 1 ou de type 2.

En Rhône-Alpes on enregistre 18 500 admissions annuelles en ALD pour diabète entre 2006 et 2008

Sur la période 2006-2008, on recense plus de 18 500 nouvelles admissions annuelles en affections de longue durée (ALD) pour diabète parmi les rhônalpins. Parmi ces admissions, 56% concernent des hommes en Rhône-Alpes comme en France. Plus de la moitié de ces admissions (56%) se font avant l'âge de 65 ans.

Le diabète conduit également à un millier de décès annuels parmi la population régionale (moyenne annuelle sur la période 2000-2008).

Effectifs annuels d'admissions en ALD et de décès pour diabète

Territoire	Admissions en ALD*		Mortalité**	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Est	2 941	2 261	135	145
Nord	985	731	45	50
Ouest	1 597	1 368	77	97
Centre	3 290	2 630	126	148
Sud	1 351	1 085	81	89
Rhône-Alpes	10 338	8 200	466	527
France métro.	108 569	86 055	5 200	5 968

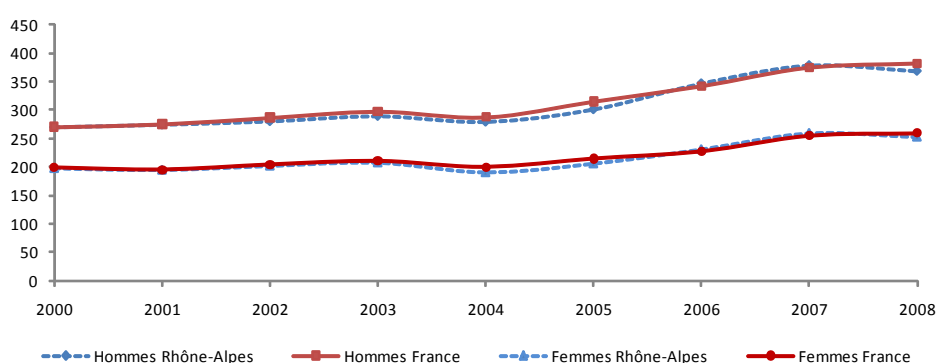
* Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Période 2006-2008

** Source : Inserm (CépiDC) - Période 2000-2008

Entre 2000 et 2008, le nombre d'admissions en ALD pour diabète est passé chez les hommes en Rhône-Alpes de 6 700 cas à 10 700 cas, soit une augmentation de 59% (contre 61% en France). Chez les femmes, le nombre d'admissions en ALD pour diabète est passé de 5 800 cas à 8 500 cas, soit une hausse de 46% (45% en France).

Sur cette période, les taux masculins d'admission en ALD pour diabète sont passés en Rhône-Alpes de 271 cas à 369 cas pour 100 000 hommes, soit une hausse de 36% (40% en France), et de 198 cas à 256 cas chez les femmes, soit une hausse de 28% (+31% en France).

Evolution des taux* d'admission en ALD pour diabète entre 2000 et 2008



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS

* Taux comparatifs pour 100 000 habitants

V - MALADIES CHRONIQUES

Des disparités qui apparaissent très liées à la situation socio-économique

Les taux d'admission en ALD, observés sur la région (363 admissions en ALD pour 100 000 hommes et 248 admissions en ALD pour 100 000 femmes) concernant le diabète, sont équivalents à ceux observés au niveau national (respectivement 365 et 247). Cependant, les taux observés sur les territoires de l'Ouest et du Centre sont supérieurs à ces références, alors que les taux sont plus bas sur l'Est et le Sud.

Entre 2008 et 2009, 69 900 patients résidents de Rhône-Alpes ont effectué, en moyenne, chaque année, 108 630 séjours hospitaliers pour diabète. Une bonne moitié de ces séjours concernent des hommes (53%) et des personnes âgées de moins de 65 ans (58%).

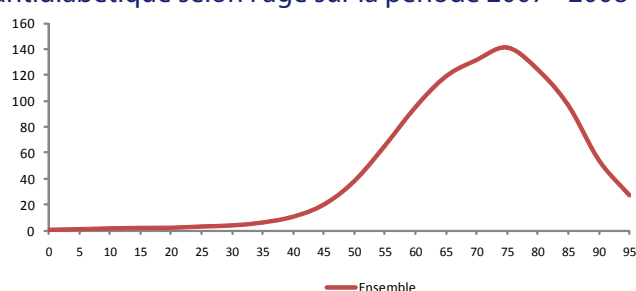
Les disparités entre territoires observées pour les admissions en ALD se retrouvent également pour les taux d'hospitalisation avec des taux maximaux dans le Centre et l'Ouest alors que les trois autres territoires présentent des taux plus faibles.

Les taux comparatifs d'hospitalisation pour diabète dans ces deux territoires à taux forts sont de 20 à 30% plus élevés que ceux observés pour la population de l'Est où les taux sont les plus bas.

Parmi les assurés du régime général de l'assurance-maladie en Rhône-Alpes, 164 300 patients bénéficient d'un traitement antidiabétique, soit un taux comparatif annuel de patients sous traitement qui s'élève à 34 pour 1 000 habitants, 39 patients pour 1 000 hommes et 29 pour 1 000 femmes. Ce taux de prévalence varie et augmente avec l'âge. Sur la tranche d'âge des 75-79 ans, plus de 14% de la population est traitée avec des médicaments antidiabétiques.

Par rapport aux indicateurs précédents (qui concernent plus les formes plus graves de diabète), on note que l'on retrouve des situations similaires entre les territoires.

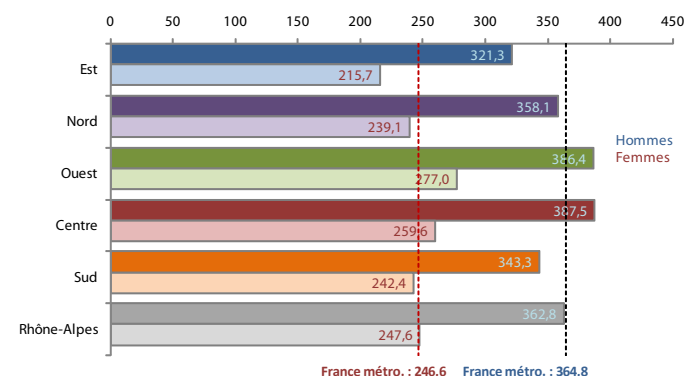
Taux de prévalence de patients sous traitement antidiabétique selon l'âge sur la période 2007 - 2008



Source : Urcam - Exploitation ORS

* Taux de personne sous-traitement anti-diabétique pour 1000 habitants

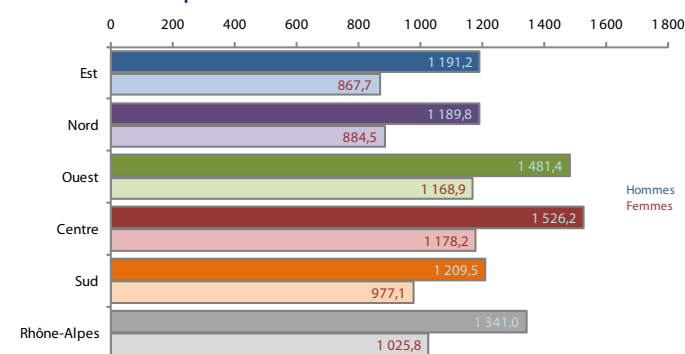
Taux* comparatifs annuels d'admission en ALD pour diabète sur la période 2006 - 2008



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Insee - Exploitation ORS

* Taux annuels d'admissions pour 100 000 habitants

Taux* comparatifs annuels de patients hospitalisés pour diabète sur la période 2008 - 2009



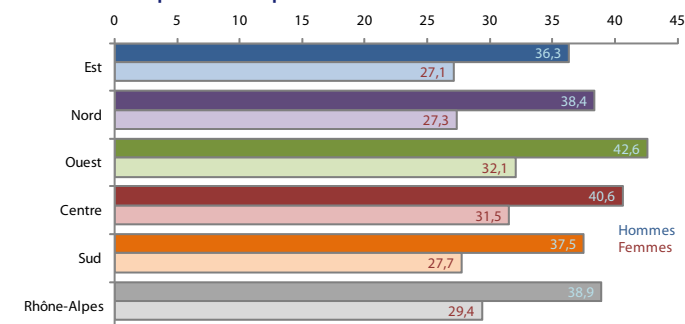
Source : PMSI - Exploitation ORS

* Taux : nombre de séjours hospitaliers pour 100 000 habitants

Méthode :

Patients hospitalisés ayant pour diagnostic principal, relié ou associé, un code CIM-10 : E10, E11, E12, E13, E14, O24, G590, G632, H280, H360, I792, M142, No83.

Taux* comparatifs annuels de patients sous traitement antidiabétique sur la période 2007 - 2008



Source : Urcam - Exploitation ORS

* Taux de personnes sous-traitement anti-diabétique pour 1000 habitants



L'analyse géographique locale de la prévalence de patients sous traitement permet de mettre en évidence des disparités fortes qui apparaissent très liées au profil socio-économique des populations. Ainsi on note des prévalences fortes sur des territoires plus défavorisés économiquement comme l'Est lyonnais, l'axe Lyon-St Etienne, le Nord-Isère, la zone d'Oyonnax ou encore le Roannais.

Celienavecla situation socio-économique est également mis en évidence par l'analyse de la prévalence des traitements antidiabétiques, selon le statut par rapport à la CMUc des populations. Cette prévalence est en effet, pour chaque tranche d'âge, deux fois supérieure parmi la population des bénéficiaires de la CMU par rapport aux non bénéficiaires.

Le surpoids, un facteur de risque dont la prévalence continue d'augmenter chez les adultes mais se stabilise chez les enfants

Selon l'enquête OBEPI, la prévalence de l'obésité chez les adultes de 18 ans et plus en Rhône-Alpes en 2009 est, avec 11,9%, la deuxième plus faible de France après celle de la région Provence-Alpes-Cote-d'Azur (11,5%), alors que la prévalence nationale est estimée à 14,5%. De vastes disparités interrégionales demeurent avec une prévalence qui augmente du sud au nord et d'ouest en est. Entre 1997 et 2009, la prévalence de l'obésité chez les adultes qui était, en France de 8,1% en 1997, a augmenté dans toutes les régions et de manière plus marquée au niveau national (+71%) qu'en Rhône-Alpes (+51%). En 1997, la prévalence de Rhône-Alpes était, avec 7,9%, la

Prévalence (en %) de l'obésité chez les adultes entre 1997 et 2009

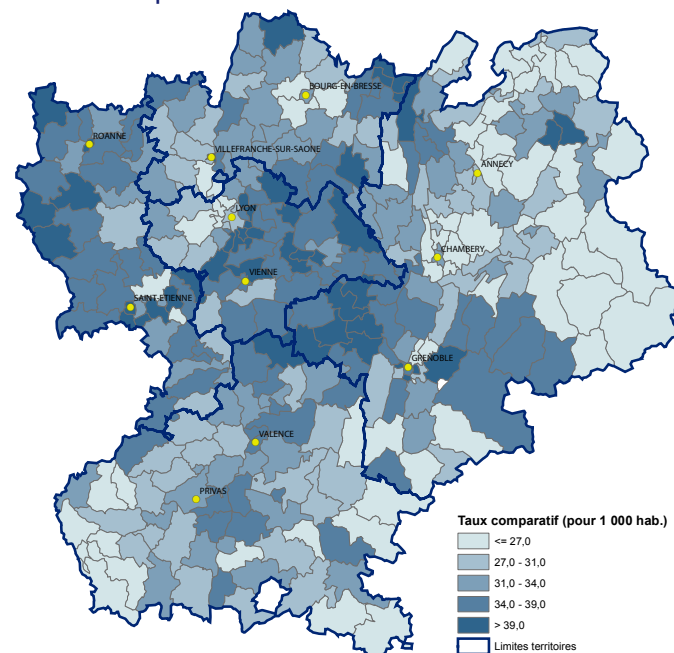
	1997	2000	2003	2006	2009	Evolution 1997-2009
Rhône-Alpes	7,9	9	9,8	10,6	11,9	+50,6%
France entière	8,5	10,1	11,9	13,1	14,5	+70,6%

Source : OBEPI 2009 (Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité)

Chez les enfants scolarisés en grande section de maternelle, la prévalence du surpoids en Rhône-Alpes est, en 2006, la deuxième plus faible en France, comparée aux autres régions. Elle est autour de 9,6%, après celle des Pays-de-Loire (6,6%). Le taux national (France entière) est de 12,1%.

En 2000, la prévalence parmi la population de Rhône-Alpes, qui s'élevait à 12,2%, était la quatrième la plus faible, devant les départements d'outre-mer (10,5%), les Pays-de-Loire (10,6%) et la Franche-Comté (11,6%). La baisse de la surcharge pondérale et de l'obésité entre 2000 et 2006 a touché toutes les régions de façon plus ou moins importante.

Taux comparatifs de personnes sous traitements antidiabétiques en 2007-2008



Sources : Urcam, Insee - Exploitation ORS
* Taux annuel pour 100 000 habitants

sixième la plus faible, après la Franche-Comté (6,3%), la Bretagne (6,7%), les Pays-de-Loire (6,8%), Provence-Alpes-Cote-d'Azur (6,8%) et Ile de France (7,0%).

Enquête auprès des enfants en dernière année de maternelle : Enquête du cycle triennal qui recueille des informations sur l'état de santé, le recours aux soins ou à la prévention des enfants âgés de cinq à six ans. D'après l'enquête, on estime que 12,2% des enfants scolarisés en grande section de maternelle en Rhône-Alpes sont en surcharge pondérale. Compte tenu du nombre d'enfants enquêtés en Rhône-Alpes, il y a 90% de chances que la valeur exacte de la prévalence de la surcharge pondérale en Rhône-Alpes soit comprise entre 11,2% et 13,2% : l'amplitude de l'intervalle de confiance donne une indication sur la précision de la prévalence estimée.

Enquête OBEPI (Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité) : Enquête réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus, par questionnaire auto-administré adressé par voie postale. L'enquête a été réalisée en 1997, 2000, 2003, 2006 et 2009, afin d'estimer la prévalence du surpoids et de l'obésité et son évolution, ainsi que la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires et métaboliques associés en fonction de l'Indice de Masse Corporelle.

V-6 - LES MALADIES NEUROLOGIQUES

Les maladies affectant des cellules nerveuses ou neurones demeurent très variées dans leur mode d'expression et sont, pour certaines d'entre elles, associées au vieillissement. Longtemps réputées incurables, elles bénéficient depuis une dizaine d'années d'une gamme de nouveaux traitements qui contribuent à améliorer la qualité de vie des malades. Mieux connues et mieux repérées leur fréquence apparaît en croissance.

La maladie d'Alzheimer représente aujourd'hui dans les pays développés la principale cause de démence et de dépendance chez les personnes âgées, elle sera plus spécifiquement étudiée dans le chapitre «Handicap et vieillissement».

La maladie de Parkinson représente la troisième maladie neurologique après la migraine et la maladie d'Alzheimer, et survient, en moyenne, vers la soixantaine et constitue le premier motif d'admission en ALD parmi les maladies neurologiques après la maladie d'Alzheimer. Les statistiques donnent à penser qu'elle toucherait 100 000 personnes en France.

La sclérose en plaques est une affection de nature auto-immune qui est due à une réaction anormale du système immunitaire contre la gaine de myéline entourant les nerfs. Concernant 30 000 à 50 000 personnes en France, souvent d'âge jeune, elle se traduit par des troubles très variés et d'intensité différente d'un malade à l'autre, à type de fourmillements, de paralysie des jambes, de diminution de la force, d'anomalies de la vision qui apparaissent souvent par poussées en différentes régions du corps.

De nombreuses autres pathologies comme l'épilepsie, la, sclérose latérale amyotrophique ou différents troubles sensitivo-moteurs font également partie des maladies neurologiques chroniques pouvant avoir des répercussions importantes sur la qualité de vie des personnes.

En Rhône-Alpes on enregistre près de 10 000 admissions annuelles en ALD pour maladies neurologiques

Sur la période 2006-2008, 9 720 personnes résidant en Rhône-Alpes ont été admises en affections de longue durée pour maladies neurologiques. Parmi ces admissions, 38% concernent des hommes.

Cinq pathologies constituent l'ensemble des admissions en ALD pour maladies neurologiques : la maladie d'Alzheimer (56% des cas), les formes graves de maladies neurologiques dont la myopathie et l'épilepsie (23%), la maladie de Parkinson (15%), la sclérose en plaques (4%) et la paraplégie (2%). Les âges de survenue de ces différentes pathologies sont très variables, certaines apparaissant préférentiellement chez l'enfant comme les myopathies et l'épilepsie, certaines majoritairement chez les personnes âgées (maladie d'Alzheimer, maladies de Parkinson) d'autres enfin, comme la sclérose en plaques, plus volontiers aux âges intermédiaires.

Les maladies neurologiques sont également à l'origine de près de 2 400 décès en Rhône-Alpes, dont 41% surviennent chez des hommes. On peut noter que 84% des décès masculins et 93% des décès féminins surviennent après 65 ans.

Au niveau régional, on observe chaque année, sur la période 2006-2008, 151 admissions en ALD pour 100 000 hommes et 164 admissions en ALD pour 100 000 femmes concernant des maladies neurologiques. Ces taux sont inférieurs à ceux observés au niveau national (146 pour 100 000 hommes et 159 pour 100 000 femmes). Les disparités entre territoires sont modérées. Les taux apparaissent plus élevés sur les territoires du Centre, de l'Ouest et du Nord.

En termes de mortalité par maladies neurologiques sur la période 2000-2008, les taux annuels observés en Rhône-Alpes sont de 50 décès pour 100 000 hommes et 40 décès pour 100 000 femmes, équivalents aux taux observés au niveau national (respectivement 48 et 39). Les taux de mortalité de l'Ouest et du Nord sont supérieurs aux taux régionaux et nationaux alors que l'Est présente une situation favorable.

Effectifs annuels d'admissions en ALD et de décès pour maladies neurologiques

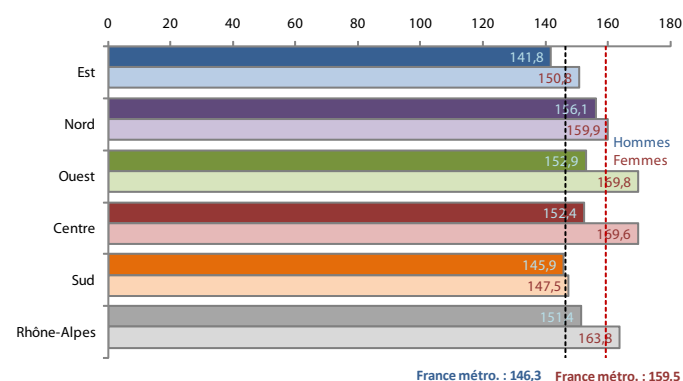
Territoire	Admissions en ALD*		Mortalité**	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Est	1 078	1 682	264	404
Nord	356	548	106	144
Ouest	568	1 009	176	264
Centre	1 129	1 876	276	396
Sud	516	740	147	194
Rhône-Alpes	3 720	6 002	969	1 402
France métro.	38 314	62 280	10 400	14 661

* Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Période 2006-2008

** Source : Inserm (CépiDC) - Période 2000-2008

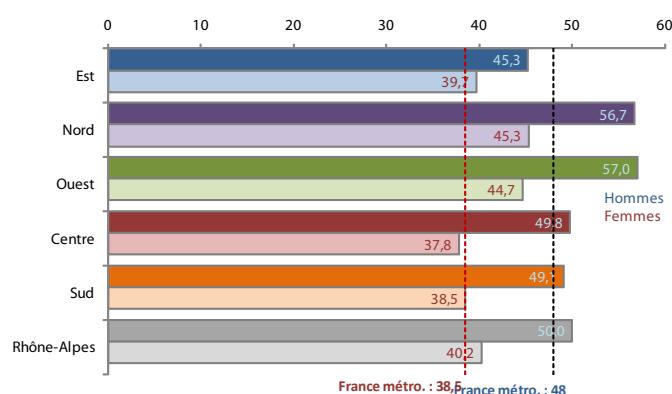


Taux* comparatifs annuels d'admission en ALD pour maladies neurologiques sur la période 2006 - 2008



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Insee - Exploitation ORS
* Taux annuels d'admissions pour 100 000 habitants

Taux* comparatifs annuels de décès par maladies neurologiques sur la période 2000 - 2008



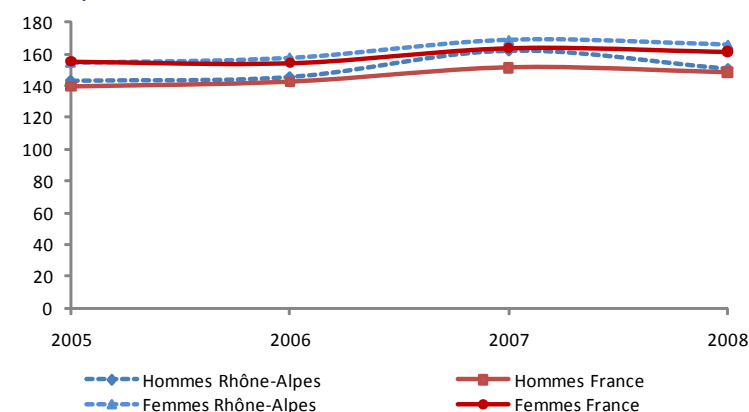
Sources : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation ORS
* Taux annuels de décès pour 100 000 habitants

Effectifs annuel et taux comparatifs d'admission en ALD par type de maladies neurologiques (période 2006-2008)

Territoire	Maladie d'Alzheimer		Formes graves dont myopathie et épilepsie		Maladie de Parkinson		Sclérose en plaques		Paraplégie	
	Hommes									
	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*
Est	448	69,6	363	38,9	183	24,4	40	4,1	45	4,8
Nord	152	75,3	98	35,0	81	36,9	13	4,4	13	4,5
Ouest	261	73,8	148	37,1	129	34,1	17	4,5	13	3,4
Centre	443	69,4	378	41,3	231	33,4	38	4,1	39	4,3
Sud	228	67,4	146	39,5	105	28,2	15	4,4	22	6,3
Rhône-Alpes	1 561	71,7	1 159	39,8	740	30,8	125	4,3	136	4,8
France métro.	16 640	70,4	11 910	39,8	7 146	27,2	1 404	4,7	1 213	4,1
	Femmes									
	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*	Effectif	Taux*
Est	1 066	91,1	330	32,1	174	16,4	90	9,0	23	2,2
Nord	370	101,6	90	30,6	59	17,5	24	8,6	5	1,6
Ouest	689	104,2	131	29,9	138	23,0	42	11,0	8	1,6
Centre	1 192	103,6	324	31,8	237	21,8	95	9,7	28	2,7
Sud	472	83,7	140	35,6	93	18,5	27	7,6	9	2,1
Rhône-Alpes	3 878	99,1	1 050	33,0	711	19,8	286	9,5	77	2,4
France métro.	40 380	95,1	10 876	33,1	6 766	17,5	3 527	11,6	732	2,2

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, Insee - Exploitation ORS
* Taux d'admissions pour 100 000 habitants

Evolution des taux* d'admission en ALD pour maladies neurologiques sur la période 2005 - 2008



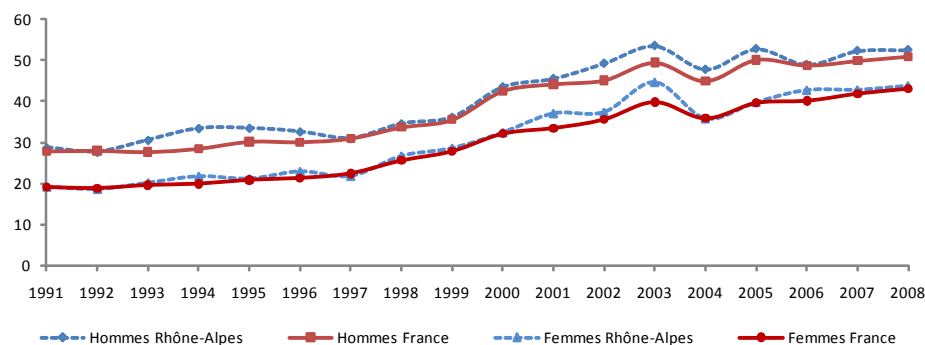
Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS
* Taux comparatifs pour 100 000 habitants

En termes d'évolution, le nombre d'admissions en ALD pour maladies neurologiques est passé chez les hommes en Rhône-Alpes de 3 036 cas à 3 823 cas, soit une augmentation de 26% (contre 21% en France) entre 2004 et 2008. Chez les femmes, le nombre d'admissions en ALD pour maladies neurologiques est passé de 4 968 cas à 6 265 cas, soit une hausse de 26% (15% en France). Sur cette période, les taux d'admission en ALD pour maladies neurologiques ont augmenté chez les hommes (+10% en Rhône-Alpes et +11% en France) et chez les femmes (+12% en Rhône-Alpes et 4% en France).

V - MALADIES CHRONIQUES

Pour la mortalité, le nombre de décès par maladies neurologiques en Rhône-Alpes est passé, entre 1991 et 2008, de 1 014 à 2 903, soit une hausse de 186%. Sur la même période, les taux de mortalité ont été doublés passant de 29 à 52 décès pour 100 000 hommes et de 19 à 44 décès pour 100 000 femmes. La même situation est observée au niveau national, avec un effectif en hausse de 177%, et un taux comparatif de mortalité passant de 28 à 51 décès pour 100 000 hommes et de 19 à 43 décès pour 100 000 femmes. Cette évolution des taux est probablement, pour une part importante, liée à une amélioration du repérage et du diagnostic de certains maladies neurologiques.

Evolution du taux comparatif de mortalité par maladies neurologiques entre 1991 et 2007



Sources : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation ORS
* Taux comparatifs pour 100 000 habitants

V-7 - LES MALADIES RESPIRATOIRES

Les maladies respiratoires regroupent des affections très fréquentes qui peuvent être aiguës, essentiellement d'origine infectieuse (bronchite aiguë, pneumonie, pathologies des voies respiratoires supérieures), mais aussi souvent d'évolution chronique, comme la bronchite chronique ou l'asthme. En conséquence, les indicateurs de mortalité des maladies respiratoires ne traduisent que très partiellement leur impact médico-social et leur poids économique. Il en est de même pour les admissions en ALD qui se font en cas d'insuffisance respiratoire sévère consécutive principalement à une maladie asthmatique ou à une maladie chronique obstructive évoluée.

Ainsi, alors que la mortalité liée à l'asthme est en baisse, les données de morbidité soulignent une augmentation de la prévalence de cette affection, notamment chez les jeunes. Selon une enquête de l'Irdes en 2006, plus de 4,1 millions de personnes en France souffrent d'asthme, soit 6,7 % de la population générale (5,8 % de la population lors de la précédente enquête en 1998).

Le tabac représente le facteur de risque majeur des bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives. Mais d'autres facteurs jouent un rôle, comme les facteurs génétiques, l'exposition professionnelle (gaz toxiques, solvants, colles, ciments, poussières...) ou la pollution domestique (poussières, produits toxiques, fumées) ou atmosphérique. Le rôle des infections (notamment dans la petite enfance) reste discuté. Presque un tiers des décès par maladies respiratoires est dû à des bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives.

Des admissions en affections de longue durée qui ne reflètent pas la forte prévalence des maladies respiratoires

Sur la période 2006-2008, on compte, en Rhône-Alpes, plus de 3 340 nouveaux cas annuels d'admission en affections de longue durée (ALD) pour maladies respiratoires, soit moins de 3% des admissions totales. Parmi ces admissions, 57% concernent des hommes. On peut noter que 31% des admissions en ALD chez les hommes et 37% des admissions en ALD chez les femmes surviennent après 75 ans (respectivement 29% et 35% en France).

Effectifs annuels d'admission en ALD et de décès pour maladies respiratoires

Territoire	Admissions en ALD*		Mortalité**	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Est	627	508	418	393
Nord	170	119	146	130
Ouest	233	160	277	237
Centre	563	437	386	368
Sud	277	191	221	199
Rhône-Alpes	1 901	1 441	1 448	1 328
France métro.	22 262	17 286	17 311	15 807

* Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Période 2006-2008

** Source : Inserm (CépiDC) - Période 2000-2008

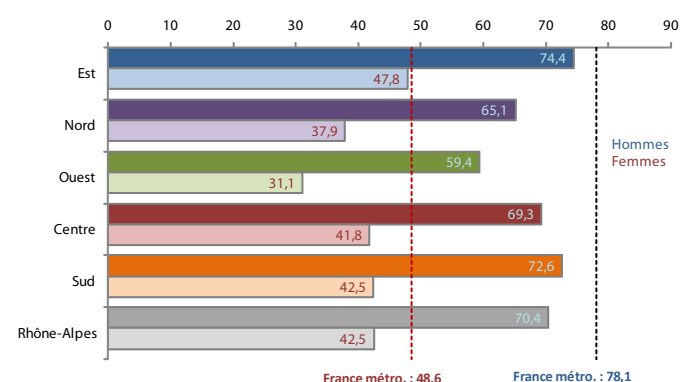


Entre 2000 et 2008, les maladies respiratoires ont provoqué chaque année plus de 2 770 décès en Rhône-Alpes, ce qui constitue la troisième cause de mortalité par maladie et 6% du total des décès. Parmi ces décès, 52% concernent des hommes chez lesquels 74% des décès surviennent après 75 ans. C'est le cas pour 89% des décès chez les femmes.

Au niveau régional, on observe chaque année, sur la période 2006-2008, 70 admissions en ALD pour 100 000 hommes et 42 admissions en ALD pour 100 000 femmes concernant des maladies respiratoires. Ces taux sont inférieurs à ceux observés au niveau national (78 pour 100 000 hommes et 49 pour 100 000 femmes) et tous les territoires de santé de la région présentent des taux inférieurs aux références nationales.

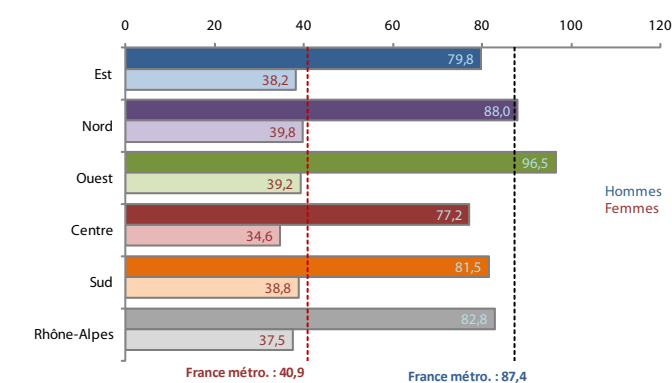
En termes de mortalité par maladies respiratoires sur la période 2000-2008, les taux annuels observés en Rhône-Alpes sont de 83 décès pour 100 000 hommes et 37 décès pour 100 000 femmes. Ces taux de mortalités sont également inférieurs à ceux observés au niveau national (87 pour 100 000 hommes et 41 pour 100 000 femmes) comme ceux de chaque territoire de santé, à l'exception du territoire Ouest chez les hommes.

Taux* comparatifs annuels d'admission en ALD pour maladies respiratoires sur la période 2006 - 2008



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Insee - Exploitation ORS
* Taux annuels d'admissions pour 100 000 habitants

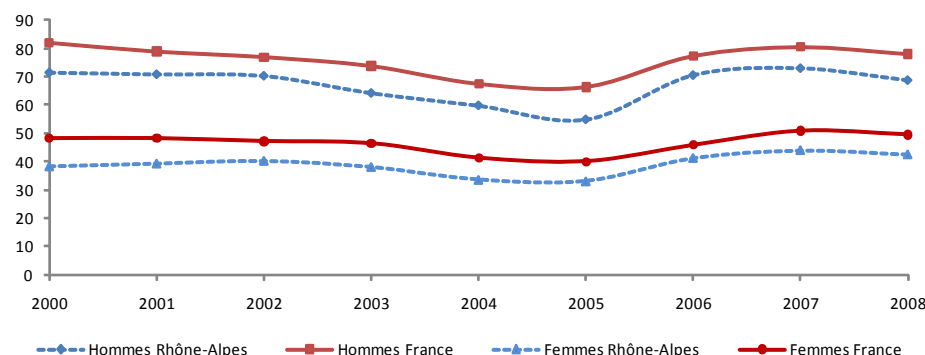
Taux* comparatifs annuels de décès par maladies de l'appareil respiratoire sur la période 2000 - 2008



Sources : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation ORS
* Taux annuels de décès pour 100 000 habitants

Entre 2000 et 2008, le nombre d'admissions en ALD pour maladies respiratoires est passé chez les hommes en Rhône-Alpes de 1 648 cas à 1 889 cas, soit une augmentation de 15% (contre 9% en France). Chez les femmes, le nombre d'admissions en ALD pour maladies respiratoires est passé de 1 143 cas à 1 470 cas, soit une hausse de 29% (15% en France). Sur cette période, les taux d'admission en ALD pour maladies respiratoires ont baissé chez les hommes (-5% en Rhône-Alpes et -6% en France) et augmenté chez les femmes (+11% en Rhône-Alpes et +3% en France).

Evolution des taux* d'admission en ALD pour maladies respiratoires sur la période 2000 - 2008



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS
* Taux comparatifs pour 100 000 habitants

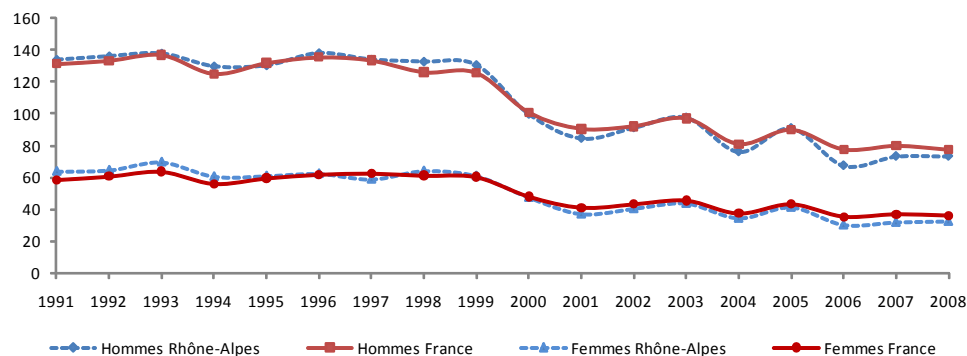
Globalement on observe une phase de décroissance ou de stabilisation (chez les femmes) de ce taux sur la période de 2000-2005 puis une phase d'augmentation.

Entre 1991 et 2008, le nombre de décès par maladies respiratoires en Rhône-Alpes est passé de 3 318 à 2 792, soit une baisse de 16%. Sur la même période, la population ayant connu une hausse de 13%, la situation se traduit par une baisse importante, à structure démographique égale, de la mortalité par maladie de l'appareil respiratoire en Rhône-Alpes : le taux comparatif de mortalité a baissé de 45%, chez les hommes et de 49% chez les femmes. La même

V - MALADIES CHRONIQUES

situation est observée au niveau national, avec un nombre de décès qui a baissé de -9% entre 1991 et 2007 pour un taux comparatif de mortalité en baisse de 41% chez les hommes et de 38% chez les femmes. Une part de ces baisses est «artificielle» et correspond au changement de classification internationale des maladies utilisée pour le codage des décès (passage de la CIM 9 à la CIM 10) intervenu en 2000. Suite à ce changement plusieurs pathologies initialement codées en maladies respiratoires ont été reclassées sur d'autres groupes de maladies privilégiant un classement selon le

Evolution du taux comparatif de mortalité par maladies respiratoires entre 1991 et 2007



Sources : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation ORS
* Taux comparatifs pour 100 000 habitants

processus physiopathologique de la maladie plutôt que selon l'organe touché (ex. : maladie infectieuse au lieu de maladie de l'appareil respiratoire).

Si l'on cible l'analyse de l'évolution sur la période postérieure à ce changement, l'évolution à la baisse des taux en Rhône-Alpes, reste cependant importante avec 32% chez les femmes et de 27% chez les hommes entre 2000 et 2008.

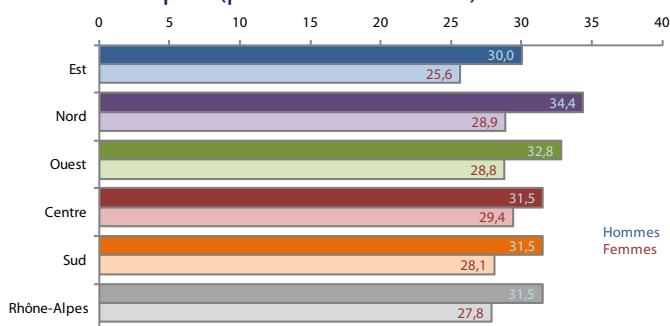
Comme mentionné en introduction, la mortalité et les admissions en ALD constituent

un reflet extrêmement partiel de la fréquence des maladies de l'appareil respiratoire dans la population.

Pour illustrer ce phénomène on peut souligner, par exemple, la prévalence des traitements antiasthmatiques qui concernent environ 3% de la population.

Sur la période 2007-2008, près de 152 000 assurés du régime général de l'assurance-maladie recevait en Rhône-Alpes, un traitement antiasthmatique régulier (au moins 3 délivrances de médicaments dans l'année), soit un taux comparatif annuel de patients sous traitement qui s'élève à 31 patients pour 1 000 hommes et 28 pour 1 000 femmes.

De manière plus ciblée, les zones où la prévalence de Taux* comparatifs annuels de patients sous traitements antiasthmatiques (période 2007 - 2008)

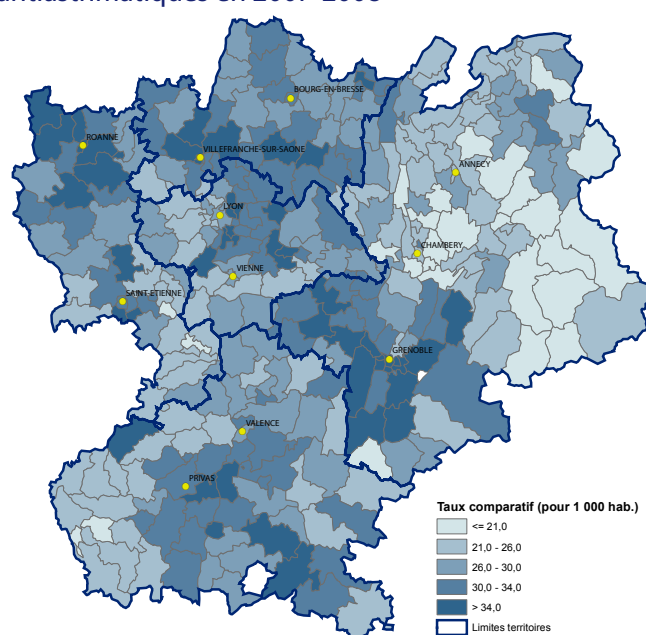


Source : Urcam - Exploitation ORS

* Taux de personne sous-traitement anti-diabétique pour 1000 habitants

personnes sous traitement est élevée se retrouvent principalement sur le Beaujolais, la plaine de l'Ain, l'Est lyonnais, le Roannais, la Bièvre et le Vercors. Les deux Savoie présentent à l'inverse des taux très majoritairement bas.

Taux comparatifs de personnes sous traitements antiasthmatiques en 2007-2008



Sources : Urcam, Insee - Exploitation ORS

* Taux annuel pour 100 000 habitants



V-8 - LES MALADIES RHUMATOLOGIQUES

La rhumatologie s'intéresse au diagnostic et au traitement des maladies de l'appareil locomoteur, c'est-à-dire des maladies des os, des articulations, des muscles, des tendons et des ligaments, mais également certaines affections neurologiques périphériques comme la sciatique et l'ensemble des rhumatismes inflammatoires, maladies auto-immunes qui peuvent avoir de nombreuses manifestations extra-articulaires (peau, œil, rein, poumons, etc.).

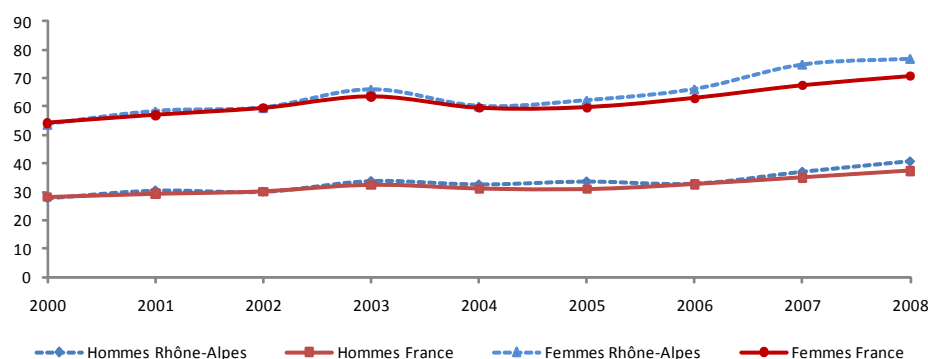
L'ostéoporose, l'arthrose, les lombalgies, la polyarthrite rhumatoïde représentent autant de problèmes de santé publique : les années 2000-2010 ont été déclarées « décennie des os et des articulations » (OMS 2000). Ces maladies concernent des millions de personnes. Elles sont sous-estimées, quelquefois mal diagnostiquées et mal traitées. Leur impact individuel est considérable et diminue gravement la qualité de vie. Cette situation devrait s'accroître avec le vieillissement de la population.

Les trois quarts des admissions en ALD pour maladies rhumatologiques concernent des personnes de moins de 65 ans

Sur la période 2006-2008, 3 322 personnes de la région ont été admises, en moyenne chaque année, en affections de longue durée (ALD) pour maladies rhumatologiques. Parmi ces admissions, 32% concernent des hommes (32% en France). On peut noter que 74% des admissions en ALD chez les hommes et 73% des admissions en ALD chez les femmes concernent des personnes de moins de 65 ans (respectivement 73% et 72% en France). Sur l'ensemble des admissions en ALD pour maladie rhumatologique, la moitié est liée à des polyarthrites rhumatoïdes, et près d'un sixième à des spondylarthrites ankylosantes, à des atteintes disséminées du tissu conjonctif (périartérite noueuse, lupus érythémateux disséminé, sclérodermie,...) et à des scolioses.

Au niveau régional, on observe chaque année, sur la période 2006-2008, 37 admissions en ALD pour 100 000 hommes et 72 admissions en ALD pour 100 000 femmes concernant des maladies rhumatologiques. Ces taux sont supérieurs à ceux observés au niveau national (35 pour 100 000 hommes et 67 pour 100 000 femmes). Par territoire, on observe des taux plus élevés sur le Nord et le Centre.

Evolution des taux* d'admissions en ALD pour maladies rhumatologiques sur la période 2000 - 2008



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS

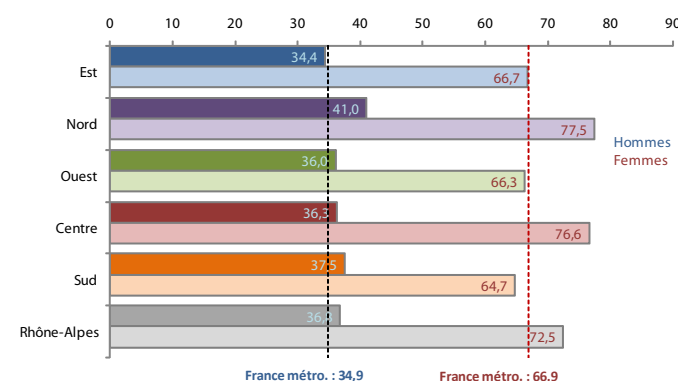
* Taux comparatifs pour 100 000 habitants

Effectifs annuels d'admissions en ALD pour maladies rhumatologiques

Territoire	Admissions en ALD*	
	Hommes	Femmes
Est	321	677
Nord	113	231
Ouest	139	287
Centre	317	761
Sud	137	259
Rhône-Alpes	1 048	2 274
France métro.	10 252	21 877

* Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Période 2006-2008

Taux* comparatifs annuels d'admission en ALD pour maladies rhumatologiques sur la période 2006 - 2008



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Insee - Exploitation ORS

* Taux annuels d'admissions pour 100 000 habitants

Entre 2000 et 2008, le nombre d'admissions en ALD pour maladies rhumatologiques est passé chez les hommes en Rhône-Alpes de 723 cas à 1 172 cas, soit une augmentation de 62% (contre 45% en France).

Sur cette même période, les taux d'admission en ALD pour maladies rhumatologiques ont augmenté de 45% environ en Rhône-Alpes et de 30% en France.

Toujours sur les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, on peut rappeler qu'elles représentent plus du quart des mises en invalidité et des arrêts de travail de longue durée (plus de 6 mois) parmi les salariés du régime général de l'assurance-maladie de la région. Il s'agit du premier motif d'arrêts de travail de longue durée et du deuxième pour les mises en invalidité.

V-9 - LES MALADIES DIGESTIVES

Les maladies digestives regroupent l'ensemble des altérations du fonctionnement du système gastro-intestinal et du foie. Elles peuvent être aiguës ou chroniques. Certaines sont des affections sévères, comme les pathologies chroniques du foie (dont les cirrhoses), ou encore les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. D'autres maladies sont de moindre sévérité mais peuvent altérer la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes, par exemple les lithiases biliaires, la diverticulose colique, le reflux gastro-oesophagien et l'ulcère gastroduodénal ou les troubles fonctionnels digestifs. Selon l'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2006, plus d'une personne sur cinq serait concernée par une maladie digestive. Les facteurs de risques sont aussi divers que les pathologies en cause et sont en lien avec l'environnement, le mode de vie (alcool, le tabac, café, alimentation, stress psycho-actifs,...) ou d'origine génétique.

Des taux d'admission en ALD pour maladies digestives inférieurs en Rhône-Alpes par rapport à la France

Deux grands types de pathologies digestives constituent les motifs d'admissions en ALD : les maladies chroniques actives du foie, hépatites chroniques et cirrhoses qui regroupent 67% des cas (73% des cas chez les hommes et 57% chez les femmes), et les maladies inflammatoires de l'intestin, rectocolites hémorragiques et maladie de Crohn, avec 33% des cas (27% des cas chez les hommes et 43% chez les femmes).

Sur la période 2006-2008, 2 826 rhônalpins ont été admis, en moyenne chaque année, en affections de longue durée pour ces motifs. Parmi eux, 59% sont des hommes. On peut noter que 85% des admissions en ALD chez les hommes et 82% des admissions en ALD chez les femmes surviennent avant 65 ans.

Au niveau régional, on observe chaque année, sur la période 2006-2008, 57 admissions en ALD pour 100 000 hommes et 38 admissions en ALD pour 100 000 femmes concernant des maladies digestives. Ces taux sont inférieurs à ceux observés au niveau national (64 pour 100 000 hommes et 43 pour 100 000 femmes) comme l'ensemble des taux des différents territoires de santé.

Entre 2000 et 2008, l'ensemble des maladies digestives a provoqué chaque année près de 1 900 décès en Rhône-Alpes. Parmi ces décès, 54% concernent des hommes. On peut noter que 32% des décès masculins et 13% des décès féminins surviennent après 65 ans (respectivement 38% et 18% en France).

En termes de mortalité par maladies digestives sur la période 2000-2008, les taux annuels observés en Rhône-Alpes sont de 48 décès pour 100 000 hommes et 25 décès pour 100 000 femmes. Ces taux de mortalités sont inférieurs à ceux observés au niveau national (53 pour 100 000 hommes et 30 pour 100 000 femmes). Le taux de mortalité masculine par maladies digestives du territoire Ouest est le seul qui soit supérieur au taux national.

Effectifs annuels d'admissions en ALD et de décès pour maladies digestives

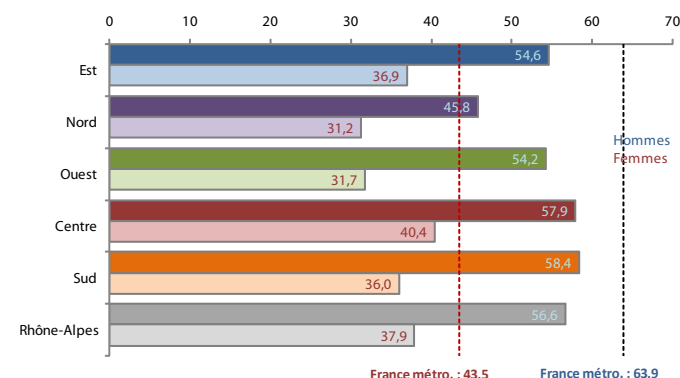
Territoire	Admissions en ALD*		Mortalité**	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Est	530	371	309	258
Nord	127	89	92	77
Ouest	214	132	193	157
Centre	524	402	283	266
Sud	217	136	141	121
Rhône-Alpes	1 657	1 169	1 018	879
France métro.	19 204	13 901	12 631	10 949

* Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Période 2006-2008

** Source : Inserm (CépiDC) - Période 2000-2008

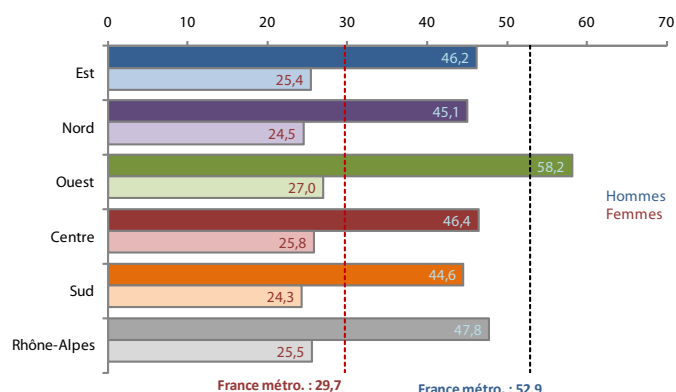


Taux* comparatifs annuels d'admission en ALD pour maladies digestives sur la période 2006 - 2008



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Insee - Exploitation ORS
* Taux annuels d'admissions pour 100 000 habitants

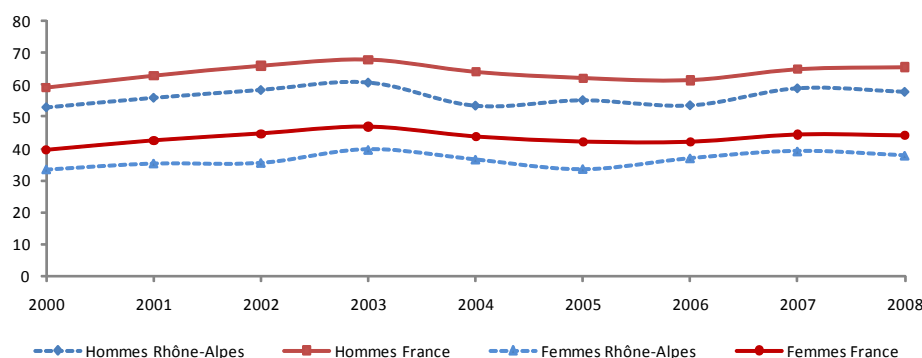
Taux* comparatifs annuels de décès par maladies digestives sur la période 2000 - 2008



Sources : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation ORS
* Taux annuels de décès pour 100 000 habitants

Entre 2000 et 2008, le nombre d'admissions en ALD pour maladies digestives est passé chez les hommes en Rhône-Alpes de 2 380 cas à 2 882, soit une augmentation de 21% (contre 19% en France). Sur cette période, les taux d'admission en ALD pour maladies digestives ont augmenté de 9% chez les hommes (11% en France) et de 13% chez les femmes (12% en France).

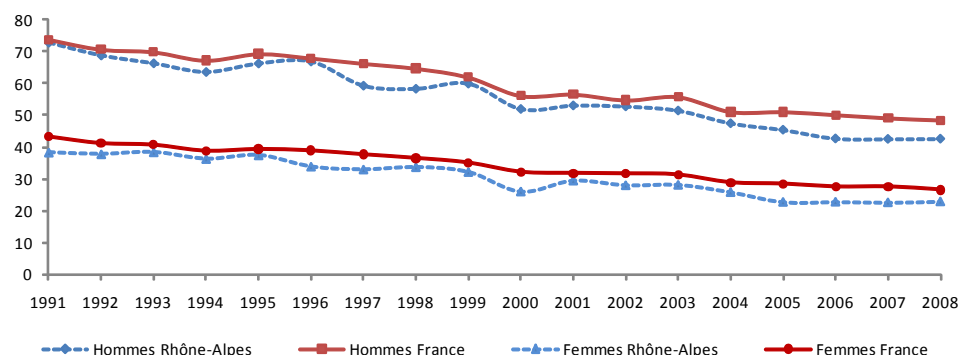
Evolution des taux* d'admission en ALD pour maladies digestives sur la période 2000 - 2008



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS
* Taux comparatifs pour 100 000 habitants

Entre 1991 et 2008, le nombre décès par maladies digestives en Rhône-Alpes est passé de 2 212 à 1 919, soit une baisse de 13%. Sur la même période, la population ayant subi une hausse de 13%, la situation se traduit par une baisse de la mortalité par maladies digestives en Rhône-Alpes : le taux comparatif de mortalité a baissé de 42%, chez les hommes et de 41% chez les femmes. La même situation est observée au niveau national, avec un taux comparatif de mortalité en baisse de 34% chez les hommes et de 39% chez les femmes.

Evolution du taux comparatif de mortalité par maladies digestives entre 1991 et 2008



Sources : Inserm (CépiDC), Insee - Exploitation ORS
* Taux comparatifs pour 100 000 habitants

V- 10 - LES MALADIES INFECTIEUSES

Après avoir été longtemps la première cause de mortalité, les maladies infectieuses et parasitaires ont vu leur poids diminuer considérablement au cours du XX^{ème} siècle dans les pays développés, sous l'effet de l'amélioration des conditions de vie, des conditions d'hygiène, et de l'apparition des traitements antibiotiques à partir des années quarante. La survenue au début des années quatre-vingt de l'épidémie de sida a réinstallé ces pathologies parmi les causes importantes de mortalité. Enfin, la prise de conscience du problème représenté par les infections nosocomiales a révélé que les infections bactériennes avaient encore un poids non négligeable dans la mortalité.

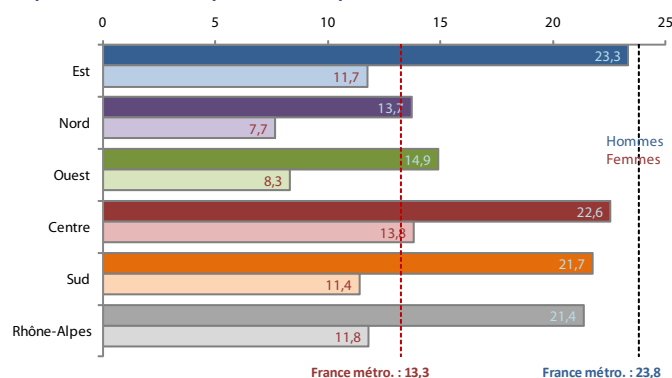
Les maladies infectieuses et parasitaires en 2007 en France ont été responsables de 2 % de la mortalité totale, dont une grande part liée à des infections aiguës.

Dans ce chapitre consacré aux maladies chroniques, un focus sera réalisé sur 3 types de pathologies : les hépatites virales, les infections à VIH et enfin la tuberculose.

V- 10 - A - LES HEPATITES

La situation actuelle des hépatites B et C reste préoccupante, malgré les progrès thérapeutiques, tant au niveau régional que national. En France on observe 221 000 personnes infectées par le VHC et 2 640 décès annuels, ainsi que 281 000 personnes infectées par le VHB et 1 330 décès annuels. La transmission virale pour le VHC persiste principalement du fait de l'usage de drogues illicites. Pour le VHB, elle persiste principalement du fait des pratiques sexuelles à risques. Deux facteurs sont aggravants pour l'évolution des hépatites vers la cirrhose ou le cancer du foie : la consommation excessive d'alcool et la co-infection VIH.

Taux* comparatifs annuels d'admission en ALD pour hépatites chroniques sur la période 2006 - 2008



Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee - Exploitation ORS

* Taux annuels de décès pour 100 000 habitants

En Rhône-Alpes, près d'un millier de personnes ont été admises en ALD pour hépatites virales chroniques (sans précision sur le virus en causes), en moyenne chaque année sur la période 2006-2008. Les taux régionaux (21 admissions pour 100 000 hommes et 12 pour 100 000 femmes) sont proches des taux nationaux (respectivement 24 et 13) mais les taux par territoires de santé se répartissent en deux groupes : l'Est, le Centre et le Sud avec des taux légèrement supérieurs aux taux régionaux et les territoires de l'Ouest et du Nord qui présentent des taux très inférieurs.

File active hospitalière de patients porteurs d'une hépatite C en 2008

	Nombre
Ain	74
Ardèche	28
Drôme	214
Isère	868
Loire	165
Rhône	2 142
Savoie	598
Haute-Savoie	111
Rhône-Alpes	4 200

Source : ARS Rhône-Alpes/Enquête file active - Exploitation ORS

Plus spécifiquement sur l'hépatite C, 4 200 patients porteurs d'hépatites C ont été recensés, en 2008, à partir des files actives hospitalières, dont 33% de patients hospitalisés et 67% de consultants (enquête auprès des centres ayant une activité «hépatite C»). Parmi eux, 28% présentaient une hépatite minime, 39% une hépatite chronique C sans complication et 33% une hépatite sévère compliquée. La moitié de ces patients sont recensés dans le département du Rhône. Depuis 1999, il n'existe pas de tendance évolutive nette de cette file active régionale.

Les données régionales issues de la base PMSI indiquent que 2 831 patients ont été hospitalisés avec une hépatite C au cours de l'année 2008, dont 2 665 avec une hépatite C chronique. Ces données indiquent que parmi les patients hospitalisés porteurs du VHC, 229



Nombre de patients hospitalisés pour hépatite C chronique en 2008

	Nombre de patients
Ain	78
Ardèche	107
Drôme	162
Isère	533
Loire	156
Rhône	1 221
Savoie	166
Haute-Savoie	242
Rhône-Alpes	2 665

Source : PMSI - Exploitation ARS

présentent également un carcinome hépato-cellulaire, et 1 222 une cirrhose. Le facteur de risque prédominant pour l'ensemble des patients pris en charge reste la toxicomanie intraveineuse ou par voie nasale (46%) suivie de la transfusion (19%) et l'exposition nosocomiale (17%).

Le nombre de patients hospitalisés tend à diminuer sur les dernières (2 875 en 2005) essentiellement du fait d'un taux d'hospitalisation plus faible des patients porteurs du VHC (part de personnes suivies uniquement en consultation plus forte).

Là encore, près de la moitié des personnes hospitalisées proviennent du département du Rhône.

Nombre de patients hospitalisés pour hépatite B chronique en 2008

	Nombre de patients
Ain	22
Ardèche	27
Drôme	35
Isère	235
Loire	64
Rhône	517
Savoie	39
Haute-Savoie	63
Rhône-Alpes	1 002

Source : PMSI - Exploitation ARS

Pour l'hépatite B, un millier de patients ont été hospitalisés avec une hépatite B chronique mentionnée comme diagnostic principal ou associé de leur séjour hospitalier au cours de l'année 2008. Ces données indiquent également que parmi ces patients, 162 présentaient aussi un carcinome hépato-cellulaire, et 452 une cirrhose.

Comme pour les indicateurs concernant l'hépatite C, la moitié de ces patients sont issus du Rhône.

V- 10 - B - LE VIH / SIDA

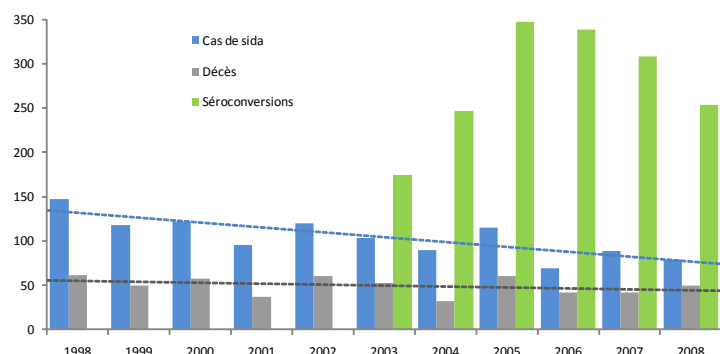
Depuis l'apparition de l'épidémie, 40 000 à 50 000 personnes sont décédées à ce jour en France du fait d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Grâce à l'efficacité des multithérapies à partir de 1996, la mortalité induite par cette pathologie a cependant fortement diminué de même que le nombre de séroconversions et le nombre annuel de nouveaux cas de maladie. Le nombre de personnes infectées par le VIH peut être estimé à 152 000 en 2008 dont 50 000 ignorent leur statut ou ne sont pas suivies. Le nombre de nouvelles contaminations peut être estimé à 7 000 à 8 000 par an sur la période 2004-2007. Malgré la baisse de l'incidence des séroconversions, la diffusion de l'épidémie est toujours active, en particulier dans la population des hommes homosexuels où l'incidence atteint 1%. Le nombre actuel de nouveaux diagnostics en France est estimé à 6 500 en 2008. La quasi-totalité des nouvelles infections en France est due à un contact sexuel, les hommes ayant des rapports homosexuels représentant près de 50% de celles-ci.

En Rhône-Alpes le nombre de nouveaux cas de sida suit une tendance à la baisse sur la dernière décennie pour atteindre 79 cas déclarés en 2008 soit une baisse de près de 50% depuis 1998. Plus de la moitié de ces cas enregistrés concernent des résidents du département du Rhône.

Le dispositif de déclaration obligatoire des séroconversions a été mis en place plus récemment et n'offre pas les mêmes possibilités d'observation dans le temps. Cependant après une période de montée en charge de ce dispositif

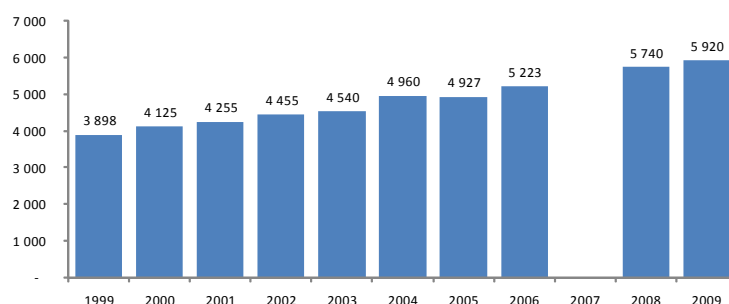
V - MALADIES CHRONIQUES

Evolution du nombre de cas, de décès et de séroconversions entre 1998 et 2008 en Rhône-Alpes



Source : InVS - Exploitation ORS

Evolution de la file active de patients porteurs du VIH suivis par les établissements hospitaliers en Rhône-Alpes de 1999 à 2009



Source : ARSRhône-alpes - Exploitation ORS

femme en 2009, avec une diminution de la part des patients de la tranche d'âge des 30-44 ans (vieillessement de la file active) et une augmentation de la part des personnes contaminées dans la tranche des 45 ans et plus. Cette tranche d'âge est ainsi la plus représentée (51% des patients) devant celle des 30-44 ans (42%).

V-10 - C - LA TUBERCULOSE

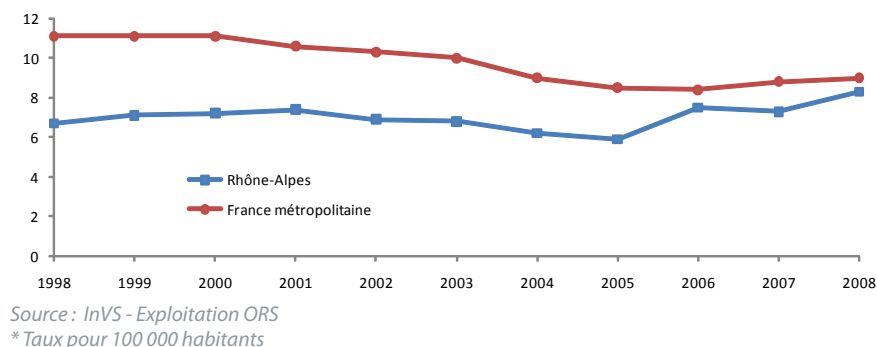
La tuberculose est une maladie due à un bacille qui atteint le plus souvent les poumons (tuberculose pulmonaire) mais qui peut atteindre d'autres organes (tuberculose extrapulmonaire). Elle est transmissible par voie aérienne, par dispersion de gouttelettes de sécrétions bronchiques. Seules les formes de la maladie affectant l'appareil respiratoire peuvent être contagieuses.

Après avoir été exposées au bacille de la tuberculose, un certain nombre de personnes vont être infectées et environ 10 % d'entre elles vont secondairement développer la maladie, dont une grande partie dans les premières années suivant l'infection. Il y a donc une distinction entre infection tuberculeuse et maladie tuberculeuse. La personne avec une primo-infection tuberculeuse ne présente pas de signes cliniques et n'est pas contagieuse.

En France, la tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1964. Le nombre de cas de tuberculose maladie déclarés était de 5 758 cas en 2008, soit 9 cas pour 100 000 habitants, mais ce chiffre pourrait être sous-estimé d'environ 50%. L'incidence de la tuberculose a baissé régulièrement depuis 1972, à l'exception du début des années 1990 et semble se stabiliser dans les années récentes. La France est aujourd'hui considérée comme un pays à faible incidence de tuberculose avec cependant des incidences élevées dans certains groupes de population et dans certaines zones géographiques. La maladie touche principalement les sujets âgés, les populations en situation de précarité (SDF, personnes vivant en collectivité...) et les migrants en provenance de régions comme l'Afrique subsaharienne où les prévalences de la tuberculose et de l'infection à VIH sont élevées. On trouve également des



Taux de déclaration des cas de tuberculose entre 1998 et 2008



taux de déclaration plus élevés en Ile-de-France et en Guyane comparés aux autres régions françaises.

En Rhône-Alpes, 506 cas ont été déclarés en 2008, soit une hausse de 35% par rapport à l'année 1998. Dans le même temps, le nombre de cas déclarés en France métropolitaine a connu une baisse de 14%. Le taux d'incidence en Rhône-Alpes en 2008 (8,3 pour 100 000 habitants) est proche de la moyenne nationale. En 1998, les taux étaient 6,7 pour 100 000 en Rhône-Alpes et de

11,1 en France métropolitaine. On observe donc une dégradation relative de la position de la région par rapport à la France au cours de la dernière décennie, cependant cette évolution est à interpréter avec prudence au vu des niveaux d'exhaustivité des déclarations qui sont faibles et qui peuvent varier d'une région à une autre et dans le temps.

V- 11 - SYNTHÈSE

Le dispositif des Affections de Longue Durée (ALD) concerne les patients ayant « des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, ouvrant droit, pour ceux qui en sont atteints, à l'exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire à une prise en charge intégrale de leurs frais de traitement, dans la limite du périmètre remboursable » (article L322-3 du Code de la Sécurité Sociale). Du fait de leur définition, de leur étendue (30 catégories de pathologies) et du potentiel qu'elles représentent en termes de possibilités d'observation, les admissions en affections de longue durée (incidence) constituent la trame de ce chapitre consacré aux maladies chroniques. Cependant, les ALD ne sont qu'un reflet incomplet des maladies chroniques et dans la mesure du possible, les données ont été complétées par des indicateurs de prévalence de patients sous traitement, de mortalité, d'hospitalisation ou d'indicateurs issus de systèmes ou d'enquêtes spécifiques pour mieux estimer le poids des pathologies chroniques dans l'état de santé de la population.

On rappelle tout d'abord qu'environ 120 000 nouvelles admissions en ALD concernent annuellement les rhônalpins ce qui correspond à des taux équivalents aux références nationales. Schématiquement la moitié de ces admissions concernent des personnes de moins de 65 ans et la moitié des personnes plus âgées. Les maladies cardiovasculaires (34% des cas), les tumeurs (23%) et le diabète (15%) sont les principaux motifs. Les troubles mentaux (détaillés dans le chapitre précédent de ce rapport) puis les maladies neurologiques représentent chacun environ 8% des admissions (10% chez les femmes). Les autres catégories représentent moins de 3%.

Entre 2006 et 2008, le nombre d'admissions en ALD sur la région a augmenté de 9% (de 113 184 à 123 524). Les principaux groupes de pathologies qui ont le plus augmenté sont les maladies rhumatologiques (+ 21%), les maladies de l'appareil génito-urinaire (+ 17%), le diabète ou les maladies neurologiques (+12%). Celles pour lesquelles l'augmentation est la moins marquée sont les tumeurs (+6%), les maladies respiratoires (+4%) et les maladies infectieuses (+2%).

En regard de ces motifs d'admissions en ALD on peut analyser la répartition des causes de décès. On retrouve ainsi comme premières causes de décès, mais en ordre inversé, les tumeurs puis les maladies cardio-vasculaires qui représentent 60% des décès. Les maladies respiratoires représentent le troisième motif de décès pour maladies avec 6% des décès, suivies par les maladies du système nerveux (5%).

Les **affections cardiovasculaires** occupent une place prépondérante dans la mortalité et la morbidité. Ces maladies représentent notamment le premier motif d'admission en affection de longue durée avec plus de 40 000 admissions annuelles en Rhône-Alpes. Les avancées thérapeutiques et certaines modifications de comportement (baisse du tabagisme par exemple) ont entraîné une baisse importante de la mortalité depuis plusieurs décennies mais la prévalence des patients concernés ne cesse de croître. De plus l'évolution positive de la mortalité semble ralentir.

Les indicateurs régionaux d'admission en ALD ou de mortalité pour l'ensemble des maladies cardio-vasculaires ou pour les principales pathologies sont équivalents ou plus favorables que les références nationales. A l'échelle des territoires de santé, le Centre présente la situation la plus favorable avec des indicateurs qui sont parmi les plus bas sauf pour les accidents vasculaires cérébraux. L'Est est également bien situé pour la mortalité et moins bien pour les ALD avec des taux d'admission pour HTA plus élevés que les taux régionaux.

On rappelle ces situations dissociées entre taux d'ALD et taux de mortalité peuvent être liées à des différences de niveau de dépistage, et de délai et de qualité de prise en charge. Ainsi, un meilleur repérage, un recours et une prise en charge plus précoces de certaines pathologies cardio-vasculaires peut conduire à un taux d'ALD plus élevé que la référence et à un taux de mortalité plus faible.

Le Nord présente, lui, une situation inverse avec faible taux d'ALD (taux très inférieur aux autres territoires pour l'HTA) et une mortalité plus élevée. Les territoires de l'Ouest pour la mortalité, et du Sud pour la mortalité et les admissions en ALD, présentent des indicateurs moins favorables que les autres territoires.



Même si l'évolution à la hausse de leur incidence semble ralentir de manière récente, les **cancers** occupent une place grandissante en termes de morbidité, en raison des modifications démographiques, de l'amélioration du dépistage et du diagnostic mais aussi pour certains types de cancer de l'accroissement de certains facteurs risques avérés ou suspectés (tabagisme féminin, expositions professionnelles ou environnementales...). Les cancers sont devenus, malgré la baisse constante de la mortalité, la première cause de décès et représentent le deuxième motif d'admissions en ALD (près de 28 000 par an en Rhône-Alpes).

Si les taux d'admission en ALD pour cancers sont équivalents entre la région Rhône-Alpes et la France, on observe des différences selon les territoires de santé, notamment chez les hommes où les taux sont supérieurs sur les territoires du Centre et du Nord. La situation défavorable du Centre se retrouve également chez les femmes. Pour la mortalité, tous les territoires présentent des taux inférieurs aux taux nationaux, mais la mortalité masculine apparaît supérieure sur les territoires de l'Ouest et du Nord par rapport aux autres territoires. La situation défavorable observée pour la population du territoire Centre pour les ALD n'est pas retrouvée pour la mortalité. Ici encore, les situations dissociées entre admissions en ALD et mortalité peut faire évoquer des pratiques de diagnostic plus précoce pour les localisations cancéreuses où la précocité du diagnostic est un facteur pronostic important (sein, côlon-rectum, ...).

Pour les trois localisations cancéreuses qui sont les plus fréquentes en termes de mortalité (poumon, côlon-rectum, et prostate chez les hommes, poumon, côlon-rectum, et sein chez les femmes) on retrouve les mêmes constats entre les territoires. Les situations les plus marquées sont observées pour le cancer de la prostate sur le territoire Nord et pour celui du poumon sur le territoire Centre.

L'incidence et la prévalence du **diabète** (tous types confondus) apparaît en croissance significative alors qu'il s'agit d'une maladie grave, progressive, constituant un facteur de risque de nombreuses pathologies, cardiovasculaires notamment, à l'origine de nombreuses complications et accessible aux mesures de prévention. Le nombre d'admissions en ALD pour diabète a augmenté de plus de 50% entre l'année 2000 et l'année 2008 (19 200 admissions) et 3,5 % de la population serait sous traitement antidiabétique.

Cette pathologie semble par ailleurs très sujette aux disparités géographiques et sociales de santé. Les zones géographiques où la population présente globalement un profil socio-économique plus défavorisé, notamment en milieu urbain et péri-urbain, apparaissent comme des zones de forte prévalence (Est lyonnais, axe Lyon-St Etienne, Oyonnax, Nord-Isère,...). A l'exception de certaines zones, telles que la Bièvre ou la vallée de l'Arve, les territoires de l'Est et du Sud apparaissent plus préservés.

En lien avec cette thématique du diabète, on peut souligner que si l'évolution à la hausse de la prévalence du surpoids et de l'obésité se poursuit chez l'adulte, elle semble s'inverser chez les jeunes enfants, illustrations probables des effets de la prévention. Que ce soit chez l'adulte ou chez l'enfant les taux de prévalence observés en région Rhône-Alpes sont parmi les plus bas de France.

Les **maladies neurologiques** demeurent très variées dans leur mode d'expression et sont, pour certaines d'entre elles, associées au vieillissement. Longtemps réputées incurables, elles bénéficient depuis une dizaine d'années d'une gamme de nouveaux traitements qui contribuent à améliorer la qualité de vie des malades. Mieux connues et mieux repérées, leur fréquence et la mortalité qui leur est attribuée apparaît en forte croissance. Ainsi, environ 10 000 personnes résidant en Rhône-Alpes ont été admises en affections de longue durée pour maladies neurologiques en 2008.

Cinq pathologies constituent l'ensemble des admissions en ALD pour maladies neurologiques : la maladie d'Alzheimer et autres démences (56% des cas), les formes graves de maladies neurologiques dont la myopathie et l'épilepsie (23%), la maladie de Parkinson (15%), la sclérose en plaques (4%) et la paraplégie (2%). Les âges de survenue de ces différentes pathologies sont très variables.

Les taux régionaux d'admissions en ALD sont inférieurs à ceux observés au niveau national et les taux par territoire apparaissent plus élevés sur le Centre, l'Ouest et le Nord même si les disparités sont modérées. En termes de mortalité par maladies neurologiques, les taux observés en Rhône-Alpes sont équivalents aux taux nationaux. Les taux de mortalité de l'Ouest et du Nord sont supérieurs à ceux-ci alors que l'Est présente une

situation favorable.

Les **maladies de l'appareil respiratoire** regroupent des affections très fréquentes qui peuvent être aiguës, essentiellement d'origine infectieuse, mais aussi souvent d'évolution chronique, comme la bronchite chronique ou l'asthme. En conséquence, les indicateurs de mortalité des maladies respiratoires ou d'admissions en ALD qui ne concernent que les cas d'insuffisance respiratoire sévère, ne traduisent que très partiellement leur impact médico-social.

Le tabac représente le facteur de risque majeur des bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives. Mais d'autres facteurs jouent un rôle, comme les facteurs génétiques, l'exposition professionnelle et la pollution domestique ou atmosphérique.

Ces maladies sont cependant à l'origine en Rhône-Alpes de 3% des admissions en ALD (près de 3 500) et de 6% des décès (près de 2 800). Les taux correspondants sont significativement inférieurs en Rhône-Alpes par rapport à la France. Le territoire de l'Ouest a la particularité de présenter les taux d'admissions en ALD les plus bas et les taux de mortalité les plus hauts (seul taux supérieur à la référence nationale).

A côté de la mortalité et des ALD on peut rappeler, pour illustrer la prévalence des maladies respiratoires que 3% de la population suit un traitement anti-asthmatique régulier.

Les **maladies ostéo-articulaires, musculaires et du tissu conjonctif (maladies rhumatologiques)**, sont très répandues, souvent sous-estimées, quelquefois mal diagnostiquées et mal traitées. Leur impact individuel est considérable et diminue gravement la qualité de vie. Cette situation devrait s'accroître avec le vieillissement de la population.

Les formes graves de ces pathologies sont à l'origine de plus de 3 300 admissions en ALD sur la région ce qui correspond à des taux supérieurs aux taux nationaux. Les territoires du Centre et du Nord apparaissent les plus concernés.

On peut également souligner que ces maladies représentent plus du quart des mises en invalidité et des arrêts de travail de longue durée (plus de 6 mois) parmi les salariés du régime général de l'assurance-maladie de la région. Il s'agit du premier motif d'arrêts de travail de longue durée et du deuxième pour les mises en invalidité.

Les **maladies digestives** regroupent l'ensemble des altérations du fonctionnement du système gastro-intestinal et du foie. Elles peuvent être aiguës ou chroniques. Selon l'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2006, plus d'une personne sur cinq serait concernée par une maladie digestive. Les facteurs de risques sont aussi divers que les pathologies en cause et sont en lien avec l'environnement, le mode de vie (alcool, tabac, café, alimentation, stress psycho-actifs,...) ou d'origine génétique.

Les taux de décès (en forte baisse) et d'admissions en ALD place la région en situation favorable par rapport à la France. Seul le territoire de l'Ouest présente un taux supérieur à la référence nationale pour la mortalité masculine.

Dans ce rapport consacré aux maladies chroniques, les **maladies infectieuses** sont abordées au travers de trois pathologies : les hépatites virales, les infections à VIH et la tuberculose.

En Rhône-Alpes, près d'un million de personnes sont admises annuellement en ALD pour hépatites virales chroniques (sans précision sur le virus en causes). Les taux correspondants sont proches des taux nationaux mais les taux par territoires de santé montrent que les territoires de l'Ouest et du Nord présentent des taux très inférieurs aux autres territoires. Les données de file active de patients suivis (4 200 sur la région) ou d'hospitalisation pour hépatite C met en évidence la particularité du Rhône qui concentre la moitié des cas. Le nombre de patients apparaît stable sur la dernière décennie. Par ailleurs, un million de patients ont été hospitalisés pour une hépatite B chronique dont la moitié, là encore sur le Rhône.

On rappelle que la transmission virale repose principalement sur l'usage intra-veineux de drogues pour le VHC et sur des pratiques sexuelles à risques, pour le VHB.



Concernant le VIH, l'impact des actions de prévention et l'efficacité des multithérapies depuis le milieu des années 1990 a considérablement modifié le profil de l'épidémie. Ainsi sur la région, bien que la diffusion de l'épidémie soit toujours active, la mortalité, l'incidence du sida ou de la séroconversion continuent d'évoluer à la baisse. On dénombre en Rhône-Alpes, 80 nouveaux cas déclarés de maladie, et plus de 250 cas de séroconversions déclarés en 2008, dont plus de la moitié concernent des résidents du département du Rhône.

La baisse de la mortalité et la poursuite d'un certain niveau d'incidence de la maladie conduit cependant à une augmentation du nombre de cas de personnes porteuses du VIH. La file active des personnes suivies par les établissements de santé est estimée à près de 6 500.

La quasi-totalité des nouvelles infections en France est due à un contact sexuel, les hommes ayant des rapports homosexuels représentant près de 50% de celles-ci.

L'incidence de la tuberculose a baissé régulièrement depuis 1972, à l'exception du début des années 1990 et semble se stabiliser dans les années récentes. Au vu des données issues du système de déclaration obligatoire des cas de tuberculose la région Rhône-Alpes, reste plutôt une région à incidence basse, malgré une évolution moins favorable sur la dernière décennie (506 cas ont été déclarés en 2008). Cependant ces éléments et cette évolution sont à interpréter avec prudence au vu des niveaux d'exhaustivité des déclarations qui peuvent varier d'une région à une autre et dans le temps.



VI - HANDICAP ET VIEILLISSEMENT

VI- 1 - PERSONNES HANDICAPÉES	114
VI- 1 - A - LE HANDICAP : DES FAITS DIFFILES À ÉVALUER.....	114
VI- 1 - B - LE HANDICAP CHEZ LES ENFANTS : SCOLARISATION ET AIDES SOCIALES	115
VI- 1 - C - LES ÉQUIPEMENTS ET SERVICES POUR ENFANTS HANDICAPÉS	120
VI- 1 - D - LE HANDICAP CHEZ LES ADULTES	122
VI- 1 - E - LES ÉQUIPEMENTS ET SERVICES POUR ADULTES HANDICAPÉS	125
VI- 1 - F - SYNTHÈSE.....	128
VI- 2 - VIEILLISSEMENT	130
VI- 2 - A - CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE	130
VI- 2 - B - PERTE D'AUTONOMIE.....	132
VI- 2 - C - ÉTAT DE SANTÉ	134
VI- 2 - D - L'OFFRE EN ÉTABLISSEMENT	144
VI- 2 - E - SYNTHÈSE.....	146

VI- 1 - PERSONNES HANDICAPÉES

Le handicap est une notion complexe, qui tient à la santé physique et psychique des personnes mais également à l'adaptation de leur cadre de vie et de travail et à l'assistance dont ils peuvent bénéficier.

Du fait de cette complexité, de la multiplicité des situations, et d'un certain nombre de caractéristiques des systèmes d'observation dédiés au handicap, les possibilités d'observation et d'évaluation du domaine du handicap à l'échelle de populations régionales et territoriales est une tâche difficile, aux résultats souvent décevants.

Après avoir détaillé ces difficultés et limites et présenté des éléments de prévalence du handicap issues d'enquêtes spécifiques, nous aborderons le handicap chez les enfants et chez les adultes avec les éléments suivants :

- la prévalence du handicap de l'enfant à partir des données du Registre du handicap de l'enfant et observatoire périnatal (RHEOP) ;
- la scolarisation des enfants présentant un handicap ;
- les allocations et aides sociales ;
- certains indicateurs relevant du domaine sanitaire comme les admissions en affections de longue durée et les hospitalisations pour certains motifs en lien avec le handicap ;
- l'offre en établissements et services et la prévalence des différents troubles parmi les personnes accueillies ;
- des indicateurs concernant les situations de handicap dans le monde du travail.

Par ailleurs, nombre d'informations n'étant pas disponibles à un échelon local, beaucoup d'indicateurs ne sont présentés ici qu'à l'échelle de la région ou des départements. La présentation de données à l'échelle des territoires de santé est de fait difficile.

VI- 1 - A - LE HANDICAP : DES FAITS DIFFILES À ÉVALUER

D'après l'OMS, le handicap recouvre les trois notions suivantes :

- les déficiences qui sont des pertes ou un dysfonctionnement des diverses parties du corps ou du cerveau. Elles font suite en général à une maladie ou à un traumatisme. On parle aussi d'invalidité.
 - les incapacités sont les difficultés ou impossibilités d'effectuer des gestes simples comme se tenir debout, s'habiller, mémoriser, parler... Elles découlent généralement d'une ou plusieurs déficiences.
 - les désavantages désignent les difficultés ou impossibilités qu'une personne éprouve pour remplir les rôles sociaux auxquels elle peut aspirer, ou que la société attend (suivre les cours scolaires, accomplir un travail...).
- Selon les termes de la loi du 11 février 2005, une situation de handicap est définie comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Ces définitions introductives qui montrent l'étendue du champ du handicap et le caractère très « personnel et contextualisé » de la notion de handicap qui dépend, à la fois, de la personne et de son environnement mettent déjà en avant la complexité de répondre aux questions telles que « combien existe-il de personnes handicapées dans la région et quels types de handicap présentent-elles ? ».

De plus, les systèmes d'observation existants ont été mis en place dans une logique de gestion de prestations ou de services et non d'observation de la population à visée « épidémiologique » d'acquisition de connaissances. Les différents partenaires intervenant auprès des personnes handicapées ont ainsi souvent mis en place des dispositifs propres de suivi et des systèmes d'information qui rendent difficiles la collecte, l'analyse et la comparaison des données, sur un thème dont encore une fois, la complexité et le caractère évolutif nécessiterait d'autant plus d'harmonisation. A titre d'illustration les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) créées dans les suites de la loi sus-mentionnée ne sont pas encore en mesure de fournir des informations consolidées et harmonisées sur le profil des personnes qui sollicitent une aide (effectifs, déficiences, pathologies, orientations,...). Globalement les données existantes concernent en premier lieu les prestations délivrées et l'offre existante.



De fait, pour avoir une estimation de la prévalence des différents types de handicap, des enquêtes sont réalisées à l'échelle nationale auprès d'échantillons de populations. C'est le cas de l'enquête HID (Handicap Incapacité Dépendance) réalisée en 2000, renouvelée en 2008 sous l'appellation enquête Handicap Santé, toutes deux réalisées par l'Insee.

Selon une estimation réalisée par l'ORS et la DRASS Rhône-Alpes en 2005 à partir des données nationales de l'étude HID, près de 160 000 personnes (soit 2,6% de la population), âgées de plus de 5 ans et vivant à domicile en Rhône-Alpes, étaient en situation de dépendance physique (selon la grille d'évaluation Colvez) dont un petit tiers (50 000) avaient moins de 60 ans. Pour 45 000 de ces personnes, la dépendance physique se doublait d'une dépendance psychique. De plus, 52 000 étaient en situation de dépendance mentale¹. La prévalence de la dépendance, estimée à 3% au niveau régional, apparaissait plus forte sur les départements de la Drôme, de la Loire et de l'Ardèche et plus faible dans l'Ain et la Haute-Savoie.

Dans la région, 39% des individus déclaraient souffrir d'au moins une déficience. Cette part est identique à celle de la France métropolitaine. Elle est estimée plus faible dans le Rhône, la Haute-Savoie et l'Isère et plus haute dans la Loire, l'Ardèche et la Drôme. En fonction de l'âge, la prévalence des déficiences augmente. Pour les 75 ans et plus, la déficience motrice est la plus présente (55%) suivie des troubles viscéraux ou métaboliques (plus de 45%). Chez les moins de 20 ans, 12% déclarent au moins une déficience intellectuelle ou mentale. Le second trouble reste les déficiences viscérales ou métaboliques.

Selon l'étude nationale Handicap Santé de 2008, qui a été déclinée sur le département du Rhône, 15% de la population de ce département, vivant en milieu ordinaire (c.a.d. hors établissement), serait touchée par une forme de handicap (ressenti, identifié ou reconnu) soit le même niveau de prévalence que sur le territoire national².

En termes de déficiences, la déficience visuelle concerne un habitant sur deux (52% sur l'ensemble de la population, 44% avant 60 ans et 83% des 60 ans et plus), les déficiences motrices (respectivement 19%, 13% et 45%) et psychiques (20%, 17% et 33%) un sur cinq, les troubles de l'audition un sur 10 (11%, 6% avant 60 ans et 33% à partir de 60 ans). Les troubles de la parole concernent, eux, environ 2% de la population. Bien que non extrapolables aux autres départements ou à la région ces chiffres donnent des repères de niveaux de prévalence.

VI- 1 - B - LE HANDICAP CHEZ LES ENFANTS : SCOLARISATION ET AIDES SOCIALES

Près d'un enfant sur cent est porteur d'une déficience neuro-sensorielle sévère dans sa huitième année de vie

La région Rhône-Alpes a la chance de compter sur son territoire un registre du handicap de l'enfant qui fournit notamment des données de prévalence du handicap chez les enfants. Le RHEOP (Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal) couvre 3 départements (Isère depuis 1988, Savoie et Haute-Savoie depuis 2005) et cible son observation sur les enfants dans leur 8^{ème} année de vie.

Chez les enfants nés en 2000, 8,6 pour 1 000 présentent une déficience neuro-sensorielle sévère : trouble envahissant du développement, déficience intellectuelle, déficience motrice, déficience sensorielle. Il n'y a pas de différence significative entre les taux des 3 départements³. Cette situation de handicap interdira à plus de la moitié d'entre eux une scolarisation normale dès l'école élémentaire.

Dans chacun de ces départements plus de 40% des enfants avec une déficience sévère souffrent de troubles envahissants du développement, associés ou non à d'autres déficiences. Entre 31% et 36 % présentent une déficience intellectuelle, entre 18 et 31% un handicap moteur, 13 à 20% une déficience sensorielle sévère, visuelle ou auditive.

Seulement la moitié de ces enfants est scolarisée en établissement adapté : un quart (27%) est scolarisé en établissements spécialisés (ex. : Institut Médico-éducatif ou Institut pour jeunes sourds) ou sanitaires (ex. : hôpital de jour, CMP) et un quart (27%) en classe d'inclusion scolaire (CLIS, cf. encadré). La moitié restante (46%) suit le cursus normal en milieu ordinaire.

¹ «Le handicap en Rhône-Alpes. Estimations sur la dépendance et les déficiences des personnes vivant à domicile.» DRASS et ORS Rhône-Alpes. La Lettre de la DRASS N°2005-03-L, avril 2005.

² Les situations de handicap, une question d'âge. Insee Rhône-Alpes et département du Rhône. La Lettre-Résultats N°126, avril 2010.

³ Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal. Rapport annuel 2009.

VI - HANDICAP ET VIEILLISSEMENT

Pour ces enfants, la prise en charge apparaît différente selon les départements de résidence. En Savoie, 47% des enfants scolarisés en milieu ordinaire sont pris en charge en SESSAD, contre 31 % en Haute-Savoie et 27% en Isère. A l'inverse, davantage d'enfants sont pris en charge en libéral en Haute-Savoie (38%) et en Isère (44%) qu'en Savoie (18%).

CLIS : depuis 2009 abréviation de Classe d'Inclusion Scolaire. la CLIS permet, à partir de la fin du cycle 1 et parfois même à l'âge pré-élémentaire (de 3 à 5 ans), d'orienter les enfants en difficultés vers ce type de classe qui accueille 12 élèves au maximum. L'objectif est de scolariser tous les enfants et de permettre aux enfants en situation de handicap de suivre totalement ou partiellement un cursus scolaire ordinaire. Elles sont divisées en 4 types en fonction du handicap de l'élève.

Près de 20 000 enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire et 7 500 en établissements spécialisés ou hospitaliers

Selon les informations de l'éducation nationale, le milieu ordinaire accueille près de 20 000 enfants handicapés pour l'année 2009-2010 dans la région, soit 1,6% des élèves scolarisés. Deux sur trois sont en primaire, ce qui représente 1,9% de tous les élèves de ce niveau alors que 1,3% des élèves inscrits dans le secondaire présentent un handicap. Selon les départements, ce taux varie. Si cinq départements présentent des taux entre 1,5 et 1,7%, les départements de l'Ardèche et du Rhône présentent des taux supérieurs alors que la Haute-Savoie se démarque avec un taux de 1,2%.

Parmi ces élèves, la majorité (75%) présentent des troubles des fonctions supérieures dont 25% ont développé des troubles du langage et de la parole. Plus d'un sur six (18%) souffre de handicap physique isolé.

Enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire dans le 1^{er} et 2nd degré en 2009-2010

Départements	Primaire et secondaire	Taux (%) *	Primaire	Taux (%) *	Secondaire	Taux (%) *
Ain	1885	1,7	1153	1,8	732	1,5
Ardèche	1017	1,8	506	1,6	511	2,0
Drôme	1568	1,7	1004	2,0	564	1,4
Isère	3387	1,5	2193	1,7	1194	1,2
Loire	2030	1,5	1423	1,8	607	1,0
Rhône	6394	1,9	4063	2,2	2331	1,6
Savoie	1284	1,7	835	2,0	449	1,3
Haute-Savoie	1711	1,2	1216	1,6	495	0,8
Rhône-Alpes	19276	1,6	12393	1,9	6883	1,3

* Taux (%) d'enfants handicapés scolarisés selon le degré parmi les élèves du niveau

Source : Insee, Ministère de l'éducation nationale, DEPP - Exploitation CRDI Rhône-Alpes/ORS Rhône-Alpes

Déficiences des élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire selon le niveau en 2009-2010

Départements	Fonctions supérieures	dont troubles langage et parole (%)	Physiques	% dans l'ensemble des déficiences	Associées	% dans l'ensemble des déficiences
Ain	1 442	25,8	317	16,8	124	6,6
Ardèche	803	43,0	173	17,0	34	3,3
Drôme	1 144	24,3	387	24,7	37	2,4
Isère	2 551	27,3	614	18,1	206	6,1
Loire	1 536	18,3	340	16,7	137	6,7
Rhône	4 543	26,8	955	14,9	538	8,4
Savoie	995	26,9	188	14,6	84	6,5
Haute-Savoie	1 199	20,4	412	24,1	94	5,5
Rhône-Alpes	14 213	26,1	3 386	17,6	1 254	6,5

Source : Insee, Ministère de l'éducation nationale, DEPP - Exploitation CRDI Rhône-Alpes



Les enfants handicapés peuvent également être accueillis et scolarisés en établissements médico-éducatifs ou hospitaliers. On compte plus de 7 500 enfants dans ces structures dans la région soit 0,6% du total des enfants scolarisés, dont les trois quarts au niveau du primaire. L'Ain est le département ayant le plus d'enfants qui suivent leur scolarité en établissement adapté. L'Ardèche, à l'opposé, présente le taux le plus faible (0,4%) et les autres départements se situent entre 0,6 et 0,7%.

Nombre d'élèves scolarisés dans les établissements médico-éducatifs et hospitaliers et taux en 2009-2010

Départements	Tous niveaux	Taux (%)*	Primaire	Taux (%)*	Secondaire	Taux (%)*
Ain	908	0,8	639	1,0	230	0,5
Ardèche	211	0,4	197	0,6	14	0,1
Drôme	616	0,7	582	1,1	29	0,1
Isère	1 551	0,7	1 337	1,0	175	0,2
Loire	985	0,7	560	0,7	173	0,3
Rhône	2 010	0,6	1 473	0,8	318	0,2
Savoie	456	0,6	342	0,8	83	0,2
Haute-Savoie	839	0,6	670	0,9	30	0,0
Rhône-Alpes	7 576	0,6	5 800	0,9	1 052	0,2

* Taux (%) d'enfants handicapés scolarisés en établissements médico-éducatifs et hospitaliers parmi tous les élèves scolarisés de ce niveau
Source : Insee, Ministère de l'éducation nationale, DEPP Exploitation CRDI Rhône-Alpes/ORS Rhône-Alpes

Nombre et taux* d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire parmi tous les enfants handicapés scolarisés en 2009-2010

Départements	Enfants handicapés scolarisés	Taux* (%) d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire
Ain	2793	67,5%
Ardèche	1228	82,8%
Drôme	2184	71,8%
Isère	4938	68,6%
Loire	3015	67,3%
Rhône	8404	76,1%
Savoie	1740	73,8%
Haute-Savoie	2550	67,1%
Rhône-Alpes	26852	71,8%

* Taux (%) d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire parmi tous les enfants handicapés scolarisés
Source : Insee, Ministère de l'éducation nationale, DEPP Exploitation CRDI Rhône-Alpes/ORS Rhône-Alpes

taux d'incapacité (cf. encadré). Si le handicap nécessite des dépenses coûteuses ou le recours à une tierce personne, un complément d'allocation peut être accordé.

En Rhône-Alpes en 2009, 14 642 enfants de moins de 20 ans soit un peu moins de 10 enfants sur 1 000 étaient bénéficiaires de l'AEEH (9,5) contre un peu plus en France (10,5 enfants sur 1 000, pour un nombre total de bénéficiaires de 160 300). Au sein de la région, la Loire présente un taux élevé (12,9 pour 1 000) et supérieur aux taux régional et national. A l'inverse, le taux observé en Ardèche est bien en deçà de ces taux.

Le nombre et le taux de bénéficiaires tendent à augmenter dans la région comme en France. Selon les données des CAF, le nombre de bénéficiaires de l'AEEH (et de l'AES avant 2006) a connu, en Rhône-Alpes un taux d'accroissement annuel de 4,9% sur la décennie qui s'est ralenti sur les dernières années, soit 3,0% entre 2007 et 2009.

Une majorité des enfants handicapés sont scolarisés en milieu ordinaire

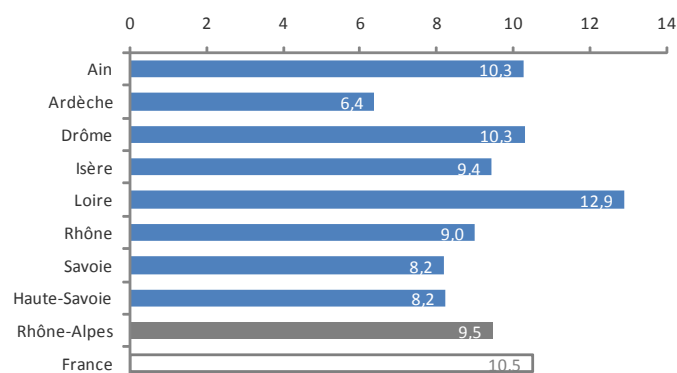
Plus de 70% des enfants handicapés scolarisés de Rhône-Alpes sont scolarisés en milieu ordinaire. Le département de l'Ardèche présente le taux le plus élevé avec une insertion dans le milieu ordinaire s'élevant à 83%. L'Ain, la Loire et la Haute-Savoie présente les parts les plus faibles avec 67%.

Près d'un enfant sur cent bénéficie d'une allocation d'éducation du fait de son handicap, un taux en croissance et plus élevé sur la Loire

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est destinée à soutenir les personnes qui assurent la charge d'un enfant en situation de handicap. L'AEEH n'est pas soumise à condition de ressources, elle est versée après décision de la CDAPH en fonction d'un

VI - HANDICAP ET VIEILLISSEMENT

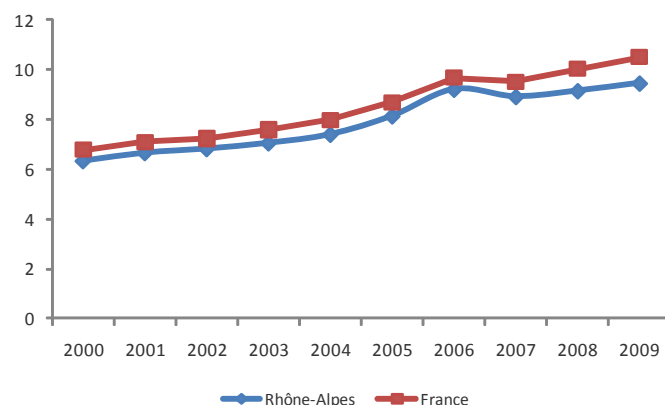
Taux* de bénéficiaires de l'AEEH en 2009



*taux pour 1 000 habitants de moins de 20 ans

Source : Insee (RP 2007), CAF, CCMSA - Exploitation ORS

Evolution du taux* de bénéficiaires de l'AEEH entre 2000 et 2009



*taux pour 1 000 habitants de moins de 20 ans

Source : Insee (RP 2007), CAF - Exploitation ORS

AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant handicapé) : L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est destinée à soutenir les personnes qui assurent la charge d'un enfant de moins de 20 ans en situation de handicap. L'attribution de l'AEEH et de son éventuel complément est décidée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées selon l'état de l'enfant. Ces prestations sont versées par la Caisse d'allocations familiales (CAF) lorsque l'enfant est atteint d'une incapacité permanente au moins égale à un certain taux et pour une durée déterminée. Le taux d'incapacité de l'enfant doit être :

- d'au moins 80%,
- ou compris entre 50% et 79%, s'il fréquente un établissement d'enseignement adapté, ou si son état exige soit le recours à un dispositif adapté, soit le recours à des soins dans le cadre de mesures préconisées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

L'AEEH est composée d'une allocation de base, s'élevant à 126,41 € (au 1er janvier 2011), à laquelle peut être ajouté un complément d'allocation, dont le montant est gradué en 6 catégories, en fonction : du coût du handicap de l'enfant, de la cessation ou de la réduction d'activité professionnelle de l'un des parents nécessitée par ce handicap, de l'embauche d'une tierce personne.

Elle remplace l'allocation d'éducation spéciale (AES) depuis le 1er janvier 2006.

Plus de 600 jeunes de la région sont admis en ALD (affections de longue durée) pour retard mental ou troubles envahissants du développement chaque année et une soixantaine pour trisomie 21

Comme énoncé en introduction les indicateurs sur les pathologies à l'origine de handicap sont peu nombreuses et parcellaires. Le retard mental et les troubles envahissants du développement d'une part, la trisomie 21 d'autre part constituent des motifs d'admissions en ALD (voir chapitre maladies chroniques) qui peuvent, de ce fait, être dénombrés lorsque ces situations font l'objet d'une demande d'admission, et donner des indications d'incidence de ces pathologies.

Plus de 600 jeunes de moins de 20 ans sont admis annuellement en ALD pour retard mental ou troubles envahissants du développement en Rhône-Alpes (période 2006-2008), dont une majorité (61%) pour autisme. Les effectifs d'admissions en ALD pour trisomie 21 sont dix fois inférieurs avec 65 enfants concernés par an sur la région. Rapporté au nombre de naissances cela correspond à un taux de 0,8 cas de trisomie 21 pour 1 000 naissances. Pour les situations de retard mental ou troubles envahissants du développement le taux est de 7,8 pour 1 000.

Méthode : Les codes CIM-10 correspondant aux retards mentaux sont F70-F79 et le code des troubles envahissants du développement (autisme principalement) est F84.

Pour la trisomie 21 le code CIM-10 concernée est Q90.

Les séjours de pose d'implants cochléaire sont des séjours dont le code GHM est 03C18Z.



Effectif annuel et taux d'admissions en ALD pour retard mental et troubles du développement chez les moins de 20 ans sur la période 2006-2008

Territoire	Retard mental et trouble du développement			Trisomie 21	
	Effectif	Dont autisme	Taux*	Effectif	Taux*
Est	171	66,2%	6,8	14	0,6
Nord	57	52,9%	7,4	5	0,7
Ouest	80	57,7%	8,0	9	0,9
Centre	225	66,2%	7,8	28	1,0
Sud	83	45,8%	9,3	8	0,9
Rhône-Alpes	630	61,3%	7,8	65	0,8
France métro.	6 155	57,2%	7,5	562	0,7

* Taux brut pour 1 000 naissances

Source : Insee (RP 2007), CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS

Chirurgie de la surdité : une soixantaine de poses d'implants cochléaires par an pour des personnes résidant sur la région

La surdité est un handicap provoqué par une anomalie dans la transmission des ondes sonores entre l'oreille externe et le cerveau, ou dû à une mauvaise analyse par l'oreille interne ou par le cerveau. La pose d'un implant cochléaire, véritable prothèse auditive, est réservée aux surdités profondes des deux oreilles lorsque les autres techniques ne donnent pas de résultat. Elle est proposée à l'adulte comme à l'enfant. Chez ce dernier cela favorise le langage en redonnant la capacité d'entendre.

Les implantations de ce système restent rares ; selon le Centre d'Information sur la Surdité et l'Implant Cochléaire (CISIC), 6 000 personnes en France seraient déjà implantées. Suite à cette implantation les personnes sont suivies par un orthophoniste pour la rééducation. La scolarisation des enfants implantés est différente selon leur maîtrise du langage oral. Ils peuvent suivre une scolarisation normale avec une aide si nécessaire, ils peuvent être admis en CLIS ou si la maîtrise du langage est trop insuffisante l'enfant est scolarisé en établissement spécialisé.

En Rhône-Alpes en moyenne par an, on recense entre 50 et 60 séjours hospitaliers pour implantation cochléaire, dont 50% chez les moins de 20 ans. Ces opérations s'effectuent dans les deux services habilités en Rhône-Alpes, à Lyon (Hôpital Edouard Herriot) et à Grenoble (CHU).

Jeunes et musique amplifiée : des niveaux d'exposition supérieurs au seuil considéré comme sans danger pour la moitié des jeunes

Les musiques amplifiées constituent, par la pratique ou l'écoute, une activité largement répandue, en particulier chez les jeunes. De plus, les durées d'écoute et de pratique musicale ont augmenté dans les discothèques, salles de concert, en répétition musicale et par l'usage du baladeur. Or, à haut niveau sonore et sur des temps d'exposition trop longs, ces musiques, qui se rajoutent aux autres expositions sonores (bruits du trafic routier, bruits de voisinage, bruits professionnels,...) peuvent provoquer des lésions irréversibles de l'appareil auditif (surdité précoce, hyperacousie, acouphènes...) engendrant tout un ensemble de troubles et de difficultés communicationnelles et cognitives très invalidants. Alors que les personnes exposées ne connaissent pas toujours les risques et les méthodes de protection, ces comportements peuvent causer une surdité plus ou moins importante.

Dans le cadre de l'évaluation d'un programme de prévention coordonné par la Nouvelle Agence Culturelle Régionale (NACRe Rhône-Alpes) et intitulé «Dose le son !», l'ORS a pu recueillir des informations sur l'exposition des jeunes aux musiques amplifiées. Pour 1 144 jeunes colégiens et lycéens enquêtés, une estimation de la dose de son hebdomadaire globale à laquelle ils étaient exposés a été calculée en additionnant les doses de son associées à l'écoute de musique avec des oreillettes, à la fréquentation des concerts, soirées techno et discothèques, ainsi qu'à la pratique musicale. On constate ainsi qu'environ la moitié des répondants présente une dose hebdomadaire globale inférieure à 1, dose maximale considérée comme sans danger (87 dBA pendant 40 heures), un quart a une dose entre 1 et 2,99, et un quart reçoit au moins 3 fois la dose maximale. Pour compléter les informations sur l'exposition des répondants, environ un tiers des jeunes déclare avoir des loisirs bruyants autres que la musique au moins 4 fois par mois, en particulier les garçons. De plus, un tiers des répondants est exposé au bruit dans son activité professionnelle/en apprentissage au moins 4 fois par mois. Cette exposition hebdomadaire à une activité professionnelle bruyante ou à des loisirs bruyants n'a pu être quantifiée en «dose» mais elle peut être prise en compte comme un facteur aggravant.

Evaluation du programme «Dose le son!». Prévention des risques auditifs en Rhône-Alpes. Année 2007-2008. ORS Rhône-Alpes, novembre 2008, 115 p. Etude financée par la Région Rhône-Alpes.

VI- 1 - C - LES ÉQUIPEMENTS ET SERVICES POUR ENFANTS HANDICAPÉS

Des situations en équipement contrastées en fonction des territoires

Globalement, les taux régionaux d'équipement en établissements et services pour enfants handicapés sont équivalents aux références nationales. La région présente cependant un taux d'équipement plus favorable que le niveau national pour les ITEP (1,4 place pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans contre 1,0) contrebalancé par un taux plus faible pour les IME (4,0 places contre 4,4). L'équipement en instituts pour déficients auditifs apparaît également moins élevé sur la région (0,3 places pour 1 000 enfants contre 0,5). Pour les autres types d'établissements et services (SESSAD, établissements pour polyhandicapés et IEM) les taux régionaux et nationaux sont identiques.

Des différences plus importantes de taux d'équipement sont mises en évidence entre les territoires de santé. Il faut cependant rappeler qu'il s'agit là d'une approche globale par grands types d'établissements et que derrière un même intitulé de type de structures des orientations ou spécialisations différentes peuvent exister. Ainsi à titre d'exemple, parmi les SESSAD certains sont spécialisés par type de handicap.

Les différences de taux d'équipement entre territoires de santé sont assez marquées. Les niveaux relatifs des taux d'équipement d'un même territoire varient le plus souvent selon le type d'établissement mais la situation peut parfois être plus récurrente comme c'est le cas du territoire Centre. Celui-ci présente, en effet, des taux plus bas que les taux régionaux pour l'ensemble des services ou établissements à la seule exception des ITEP pour lesquels le niveau d'équipement est le même que la référence régionale. Les niveaux d'équipement en établissements pour polyhandicapés ou pour déficients auditifs sont notamment particulièrement bas.

Le territoire Nord présente, lui, des taux supérieurs aux taux régionaux pour pratiquement tous les types d'établissements et même le taux maximum pour les instituts pour déficients auditifs (dont il concentre 30% de l'offre régionale), les ITEP (près du quart de l'offre régionale) et les IEM. Ce territoire présente cependant un taux faible pour les IME qui constituent de loin le premier type d'établissement en termes de capacité sur la région.

Le territoire Ouest présente également des taux élevés ou dans la moyenne pour tous les types d'établissement et le taux d'équipement le plus élevé en places d'IME.

Le Sud présente les taux les plus élevés en CAMSP et SESSAD et des taux élevés pour les autres établissements à l'exception des ITEP et surtout des IEM dont la capacité est très basse sur ce territoire.

Enfin, l'Est présente une situation très variable selon le type d'équipement.

Les différents dispositifs ou types d'établissements de prise en charge

Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) : les CAMSP sont des centres qui accueillent des enfants, de la naissance à 6 ans, présentant ou susceptibles de présenter des retards psychomoteurs, des troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels, avec ou sans difficultés relationnelles associées.

Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : ces services ont pour principales missions de conseiller, d'accompagner la famille et l'entourage, d'aider au développement (notamment psychomoteur), de soutenir l'intégration scolaire et sociale et de favoriser l'acquisition de l'autonomie de l'enfant handicapé suivi. Ces actions peuvent avoir lieu au domicile familial comme à l'école, au centre aéré ou encore dans les locaux du SESSAD.

Instituts médico-éducatifs (IME) : ces établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels ont pour vocation de favoriser l'épanouissement des enfants accueillis, tout en tendant à améliorer la réalisation des potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, ainsi que l'autonomie quotidienne, sociale et professionnelle.

Etablissements pour enfants et adolescents polyhandicapés : ils accueillent des enfants et des adolescents atteints de handicap grave à expressions multiples, avec restriction extrême de l'autonomie et dispensent des soins et une éducation adaptée aux enfants pris en charge.

Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) : spécialisés dans l'accueil d'enfants présentant des troubles du caractère et du comportement et ayant des capacités intellectuelles normales à quasi-normales, ils mettent en oeuvre des moyens médico-éducatifs pour le bon déroulement de la scolarité des enfants suivis.

Etablissements pour déficients moteurs ou Instituts d'éducation motrice (IEM) : ont pour mission d'assurer des soins, une éducation spécialisée ainsi qu'une formation générale ou professionnelle aux enfants déficients moteurs ou moteurs cérébraux.

Instituts d'éducation sensorielle : ils comprennent les établissements pour déficients auditifs, les instituts pour déficients visuels et les instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds et aveugles. Ils ont pour but de fournir des soins et une éducation spécialisée ou professionnelle à ces enfants.



Places et taux d'équipement* en CAMSP et SESSAD en 2010

Territoire	CAMSP		SESSAD	
	Places	Taux d'équipement*	Places	Taux d'équipement*
Est	370	2,5	1 264	2,5
Nord	167	3,6	461	3,0
Ouest	223	3,8	479	2,4
Centre	390	2,5	960	1,9
Sud	219	4,1	544	3,0
Rhône-Alpes	1 369	2,9	3 708	2,4

* CAMSP : taux pour 1 000 habitants de moins de 6 ans

SESSAD : taux pour 1 000 habitants de moins de 20 ans

Source : Insee (RP 2007), Finess (ARS extraction du 04-08-2010) - Exploitation ORS

Places et taux d'équipement* en établissement pour enfants handicapés en 2010

Territoire	Etablissement enfants et adolescents handicapés		IME		ITEP	
	Places	Taux d'équipement*	Places	Taux d'équipement*	Places	Taux d'équipement*
Est	110	0,2	2 295	4,5	470	0,9
Nord	49	0,3	503	3,3	449	2,9
Ouest	104	0,5	1 000	5,1	277	1,4
Centre	52	0,1	1 700	3,3	708	1,4
Sud	95	0,5	738	4,1	219	1,2
Rhône-Alpes	410	0,3	6 236	4,0	2 123	1,4

* taux pour 1 000 habitants de moins de 20 ans

Source : Insee (RP 2007), Finess (ARS extraction du 04-08-2010) - Exploitation ORS

Places et taux d'équipement* en établissement pour enfants handicapés en 2010

Territoire	Instituts pour déficients auditifs		IEM	
	Places	Taux d'équipement*	Places	Taux d'équipement*
Est	190	0,4	305	0,6
Nord	158	1,0	110	0,7
Ouest	70	0,4	75	0,4
Centre	50	0,1	216	0,4
Sud	74	0,4	20	0,1
Rhône-Alpes	542	0,3	726	0,5

* taux pour 1 000 habitants de moins de 20 ans

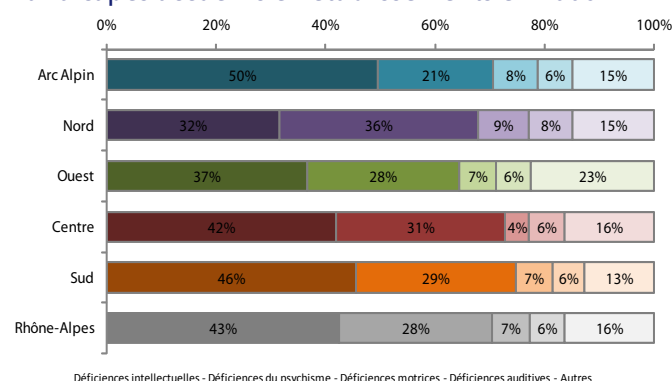
Source : Insee (RP 2007), Finess (ARS extraction du 04-08-2010) - Exploitation ORS

Plus de 4 enfants sur 10 accueillis en établissements spécialisés présentent une déficience intellectuelle comme déficience principale

L'enquête sociale réalisée auprès des établissements (dernière édition en 2006) permet de disposer d'informations sur le type de déficiences présentées par les enfants accueillis dans les établissements spécialisés pour enfants et adolescents handicapés. La déficience principale dont souffrent ces enfants est majoritairement une déficience intellectuelle (trisomies, retard mentaux,...). Elles représentent 43% des déficiences. Les troubles du psychisme (hyperactivité, schizophrénie, autisme...) constituent la déficience principale dans 28% des cas.

VI - HANDICAP ET VIEILLISSEMENT

Prévalence des différentes déficiences parmi les enfants handicapés accueillis en établissements en 2006



Source : Insee (RP 2007), Finess - Exploitation ORS

La tendance est la même dans chaque territoire avec cependant certaines variations liées notamment à l'offre présente sur le territoire.

La part d'enfants présentant une déficience du psychisme comme déficience principale est notamment particulièrement élevée parmi les enfants accueillis dans le territoire Nord (36%). Un enfant sur deux suivi dans l'Est présente des troubles du psychisme comme déficience principale.

VI- 1 - D - LE HANDICAP CHEZ LES ADULTES

L'AAH : une aide pour assurer un revenu minimum qui compte de plus en plus de bénéficiaires et deux fois et demi plus dans la Loire qu'en Haute-Savoie

Après l'âge de vingt ans, l'allocation pour adulte handicapé (AAH) vient en aide aux personnes handicapées pour leur assurer un revenu minimum. Il s'agit d'une allocation dont l'attribution et le montant dépendent des ressources de la personne handicapée.

Près de 26 personnes sur 1 000 en sont bénéficiaires en France au 31 décembre 2009, soit 853 000 personnes. A cette date on compte 73 660 personnes bénéficiaires de l'AAH. Le taux régional est inférieur avec 23 bénéficiaires pour 1 000 personnes avec à nouveau de fortes variations entre les départements. La Loire présente le taux de bénéficiaires le plus haut, suivie par l'Ardèche. Le taux ligérien est deux fois et demi plus élevé que celui observé en Haute-Savoie.

Le taux et le nombre de bénéficiaires de l'AAH présentent une évolution à la hausse tout au long de la dernière décennie avec une accélération de cette tendance sur les deux dernières années, en Rhône-Alpes comme en France. Sur la décennie (2000-2009), le nombre de bénéficiaires a ainsi augmenté de 2,6% par an et de 4,1% par an sur la période 2007-2009.

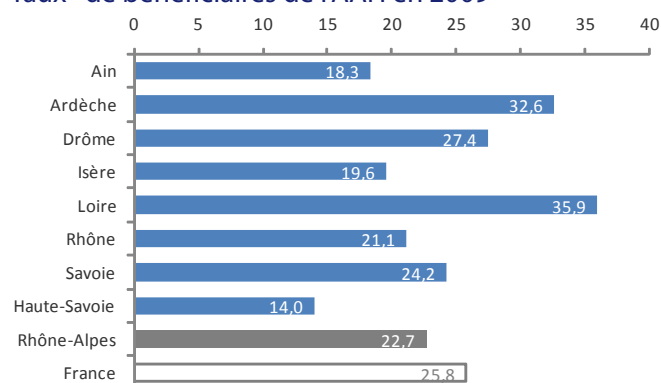
AAH (Allocation pour Adulte Handicapé) : a pour objet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées pour qu'elles puissent faire face aux dépenses de la vie courante. Son versement est subsidiaire. Ainsi, le droit à l'allocation n'est ouvert que lorsque la personne handicapée ne peut prétendre à un avantage de vieillesse, d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à celui de l'AAH. L'AAH est attribuée à partir d'un certain taux d'incapacité, sous réserve de remplir des conditions de résidence et de nationalité, d'âge et de ressource.

La personne doit être atteinte d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %, ou compris entre 50 et 79 % et avoir une restriction substantielle d'accès à l'emploi du fait de son handicap. La personne handicapée doit être âgée de plus de 20 ans, ou de plus de 16 ans, si elle n'est plus considérée comme à charge pour le bénéfice des prestations familiales. L'AAH n'est plus versée à partir de 60 ans en cas d'incapacité de 50 % à 79 %. A cet âge, les bénéficiaires basculent dans le régime de retraite pour inaptitude. En cas d'incapacité d'au moins 80 %, une AAH différentielle peut être versée au-delà de 60 ans en complément d'une retraite inférieure au minimum vieillesse.

La personne qui ne dispose d'aucune ressource peut percevoir le montant maximum de l'AAH qui était fixé à 711,95 € au 30 septembre 2010.



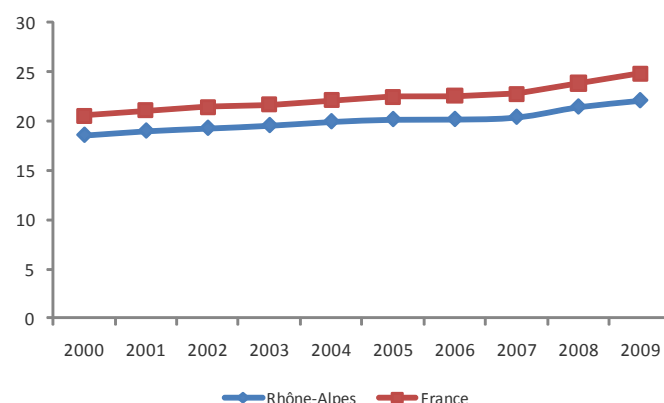
Taux* de bénéficiaires de l'AAH en 2009



*taux pour 1 000 habitants de moins de 20 à 59 ans

Source : Insee (RP 2007), CAF, CCMSA - Exploitation ORS

Evolution du taux* de bénéficiaires de l'AAH entre 2000 et 2009



*taux pour 1 000 habitants de moins de 20 à 59 ans

Source : Insee (RP 2007), CAF - Exploitation ORS

L'emploi des personnes handicapées est plus difficile que chez les personnes valides

Un enjeu de la société actuelle est d'adapter les structures, l'espace urbain et rural, ainsi que les entreprises aux contraintes physiques et mentales qu'engendre le handicap. L'insertion dans la société se fait en partie par l'insertion professionnelle. Cependant la situation professionnelle des personnes handicapées est plus difficile que celle des valides.

Selon l'enquête Handicap-Santé de 2008 réalisée dans le Rhône (cf. chapitre VI-I-A), le taux de chômage est plus de deux fois supérieur chez les personnes handicapées actives à celui des personnes valides. Environ 15% d'entre elles ont bénéficié d'aménagements dans leur travail et autant en ressentent le besoin. En France métropolitaine, la situation est similaire. Le risque d'être confronté à une situation de handicap est aussi associée à la catégorie socio-professionnelle. A âge égal, les ouvriers sont deux à trois fois plus sujets au handicap que les cadres avec une progression le long de l'échelle sociale. De même, les déficiences faisant suite à un accident de travail sont cinq fois plus nombreuses chez les ouvriers que chez les cadres.

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) est attribuée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Elle permet d'avoir le statut de bénéficiaire de l'obligation d'emploi auxquelles sont soumis les établissements de 20 salariés et plus. Une personne handicapée ayant une RQTH bénéficie de mesures telles que : l'orientation par la CDAPH vers une entreprise adaptée, un établissement ou service d'aide par le travail ou une formation, le soutien du réseau de placement spécialisé Cap Emploi, l'accès à la fonction publique par concours, aménagé ou non, ou par recrutement contractuel spécifique, les aides de l'Agefiph pour l'insertion en milieu ordinaire de travail ou enfin la priorité d'accès à diverses mesures d'aides à l'emploi et à la formation.

En 2009, plus de 34 000 demandes de RQTH ont été déposées en Rhône-Alpes, 90% d'entre elles ont été accordées avec des variations entre les départements (83% pour la Loire, 96% pour la Haute-Savoie). Cela correspond, au niveau régional, à près de 10 personnes sur 1 000 âgées de 16 à 59 ans. Ce taux varie cependant du simple au double d'un département à l'autre avec un maximum sur la Loire (près de 14 personnes pour 1 000) et un minimum en Haute-Savoie (près de 7 personnes pour 1 000).

VI - HANDICAP ET VIEILLISSEMENT

Nombre et taux de demandes de reconnaissance de travailleurs handicapés en 2009

Départements	Nombre de demandes RQTH déposées en 2009	Taux de demandes pour 1 000 personnes de 16-59 ans	Nombre de décisions prononcées	Nombre d'accords	Pourcentage d'accords
Ain	2 855	8,5	2 484	2326	93,6
Ardèche**	1 379	8,1	1 515	1411	93,1
Drôme	2 329	8,7	2 443	2334	95,5
Isère**	5 369	7,6	5 628	5257	93,4
Loire	5 675	13,6	5 796	4825	83,2
Rhône	11 673	11,5	8 203	7038	85,8
Savoie	2 250	9,4	2 237	2047	91,5
Haute-Savoie	2 881	6,8	2 527	2423	95,9
Rhône-Alpes*	34 111	9,6	30 833	27661	89,7

Source : MDPH de la région Rhône-Alpes, Exploitation CRDI Rhône-Alpes

* Données estimées ** Données 2008

Plus de 23 000 demandeurs d'emploi relevant de l'obligation d'emploi et un demandeur d'emploi travailleur handicapé sur deux est en recherche d'emploi depuis plus d'un an

Pour favoriser l'insertion des personnes en situation de handicap dans le monde du travail, toutes les entreprises de 20 salariés ou plus, qu'elles soient publiques ou privées, ont l'obligation d'employer (à temps plein ou à temps partiel) des personnes en situation de handicap dans la proportion de 6% de l'effectif total de salariés.

Au 31 décembre 2009, 23 400 demandeurs d'emploi étaient bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi soit 6,6% de l'ensemble des personnes en situation de chômage. On retrouve selon les départements le même ordre de grandeur de disparités avec une part maximum dans la Loire (9,2%) près de deux fois supérieure à celui de la Haute-Savoie (4,8%).

Parmi les demandeurs d'emploi travailleurs handicapés, la moitié (49%) est dans cette situation depuis plus d'un an (chômage de longue et très longue durée) soit une part 1,7 fois supérieure (29%) à celle concernant l'ensemble des demandeurs d'emploi. Cette part est supérieure à la moitié dans les départements du sud et sur la Loire, départements où la part de chômeurs de longue durée est également importante dans la population générale.

RQTH (Reconnaissance de Travailleur Handicapé) : est attribuée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Cette reconnaissance permet notamment de bénéficier du statut de bénéficiaire de l'obligation d'emploi (**OETH**) à laquelle sont soumis les établissements de 20 salariés et plus.

Le Code du travail considère comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites à la suite d'une altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique. Ainsi, de nombreuses pathologies peuvent faire l'objet d'une reconnaissance administrative si le handicap a une incidence sur l'emploi.

- Handicap moteur : difficultés de motricité des membres inférieurs/supérieurs, amputation, lombalgies, troubles musculo-squelettiques, arthrose, sclérose en plaque, etc
- Handicap sensoriel : diminution ou perte de l'audition ou de la vue
- Maladie invalidante et/ou chronique : maladies respiratoires, digestives, parasitaires, infectieuses (diabète, déficience cardiaque, cancer, hépatite, allergie, épilepsie, VIH, maladie orpheline, etc.)
- Handicap psychique : dysfonctionnement de la personnalité pouvant entraîner des troubles du comportement et de l'adaptation sociale : dépression, névrose, psychose, etc
- Déficience intellectuelle : difficultés de compréhension ; limitation sur le plan de l'apprentissage des connaissances, de la réflexion, de la mémoire ou de la concentration (déficience légère, moyenne, sévère ou profonde).



Nombre de demandeurs d'emplois bénéficiaires de l'obligation d'emploi et part (en %) dans l'ensemble des demandeurs d'emploi en 2009

Départements	Nombre	Part
Ain	2 253	7,8
Ardèche	1 646	8,3
Drôme	2 463	7,4
Isère	4 164	6,2
Loire	4 167	9,2
Rhône	5 337	5,2
Savoie	1 522	7,5
Haute-Savoie	1 857	4,8
Rhône-Alpes	23 409	6,6

Source : Pôle emploi, DEFM Persée au 31/12/2009 - Demandeurs d'emploi de catégories A, B et C Exploitation CRDI Rhône-Alpes

Part (en %) de chômeurs de longue durée et de très longue durée parmi les demandeurs d'emploi handicapés et parmi l'ensemble des demandeurs d'emploi en 2009

Départements	Parmi les demandeurs d'emploi travailleurs handicapés	Parmi l'ensemble des demandeurs d'emploi
Ain	44,6	28,1
Ardèche	53,5	34,3
Drôme	53,9	33,0
Isère	49,3	27,6
Loire	50,7	31,5
Rhône	48,4	28,8
Savoie	40,6	22,6
Haute-Savoie	48,5	25,4
Rhône-Alpes	49,0	28,8

Demandeurs d'emploi de catégories A, B et C

Source : Pôle emploi - DEFM Persée au 31/12/2009 -

Demandeurs d'emploi de catégorie A, B et C - Exploitation CRDI Rhône-Alpes

30% des mises en invalidité liées à un trouble mental

Un salarié en arrêt maladie depuis plusieurs mois peut bénéficier d'une mise en invalidité qui est appréciée et accordée par le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie, sous réserve que la personne ait moins de 60 ans et qu'il soit estimé qu'elle ait perdu au moins deux tiers de sa capacité de travail ou de gain. La pension d'invalidité a ainsi pour objectif de compenser une perte de gain qui résulte d'une réduction de la capacité de travail.

Chaque année en moyenne sur la période 2005-2008, 8 300 mises en invalidité concernent les seuls salariés relevant du régime général de la région Rhône-Alpes. Celles accordées pour trouble mental représentent 30% de l'ensemble, suivies des maladies ostéo-articulaires qui sont à l'origine de plus du quart de ces situations.

VI- 1 - E - LES ÉQUIPEMENTS ET SERVICES POUR ADULTES HANDICAPÉS

Globalement, les taux régionaux d'équipement en établissements et services pour adultes handicapés sont équivalents ou supérieurs aux références nationales. La situation est notamment plus favorable en Rhône-Alpes pour les foyers d'accueil médicalisé (FAM) avec 0,7 place pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans contre 0,5 au niveau national ou les foyers d'hébergement (1,4 contre 1,2). A l'inverse le taux rhônalpin est plus bas pour les maisons d'accueil spécialisées (0,5 contre 0,6) et surtout pour les places de SSIAD destinées aux personnes handicapées (379 places soit 11,7 places pour 1 000 personnes contre 17,6 au niveau national).

Pour les places en foyers de vie, en SAMSAH et en ESAT les taux d'équipement observés en Rhône-Alpes sont équivalents au taux nationaux (respectivement 1,3, 0,97, 3,3).

Nombre de places et taux d'équipement* pour adultes handicapés en 2010

Territoire	Foyers d'hébergement		MAS		Foyers de vie		FAM	
	Places	Taux d'équipement*	Places	Taux d'équipement*	Places	Taux d'équipement*	Places	Taux d'équipement*
Est	1 576	1,5	355	0,3	1 349	1,2	914	0,8
Nord	580	1,9	172	0,6	241	0,8	225	0,7
Ouest	412	1,0	211	0,5	554	1,3	256	0,6
Centre	1 204	1,1	354	0,3	1 380	1,3	498	0,5
Sud	756	2,0	600	1,6	778	2,0	247	0,7
Rhône-Alpes	4 528	1,4	1 692	0,5	4 302	1,3	2 140	0,7

* Taux pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans

Source : Insee (RP 2007), Finess (ARS extraction du 04-08-2010) - Exploitation ORS

VI - HANDICAP ET VIEILLISSEMENT

Le territoire Sud présente la situation la plus favorable en termes d'équipement avec des taux plus élevés que les autres territoires pour tous les types d'équipements à l'exception des FAM où le taux est dans la moyenne régionale.

A l'inverse, le territoire Centre présente les taux les plus bas pour l'ensemble des équipements et services, mis à part les foyers de vie (taux dans la moyenne régionale).

La situation est plus contrastée pour les autres territoires. L'Est présente le taux le plus faible au niveau des MAS mais des taux plus élevés que la région en SAVS, FAM et SSIAD.

Le Nord possède des taux supérieurs à ceux de la région pour les SSIAD et les foyers d'hébergement mais inférieurs pour les foyers de vie et les SAVS.

Enfin, l'Ouest a le profil le plus proche de la situation régionale avec cependant des taux moins favorables pour les foyers d'hébergement et les SAVS. Il est, avec le Sud, le territoire qui a le taux le plus élevé pour les ESAT.

Taux d'équipement* en SAVS pour les personnes handicapées en 2010

Territoire	SAVS	
	Places	Taux d'équipement*
Est	1 432	1,3
Nord	286	0,9
Ouest	279	0,7
Centre	776	0,7
Sud	581	1,5
Rhône-Alpes	3 354	1,0

* Taux pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans

Source : Insee (RP 2007), Finess (ARS extraction du 04-08-2010) - Exploitation ORS

Taux d'équipement* en ESAT pour les personnes handicapées en 2010

Territoire	ESAT	
	Places	Taux d'équipement*
Est	3 551	3,3
Nord	1 056	3,5
Ouest	1 615	3,9
Centre	3 050	2,9
Sud	1 545	4,1
Rhône-Alpes	10 817	3,3

* Taux pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans

Source : Insee (RP 2007), Finess (ARS extraction du 04-08-2010) - Exploitation ORS

Taux d'équipement* en SSIAD pour les personnes handicapées en 2010

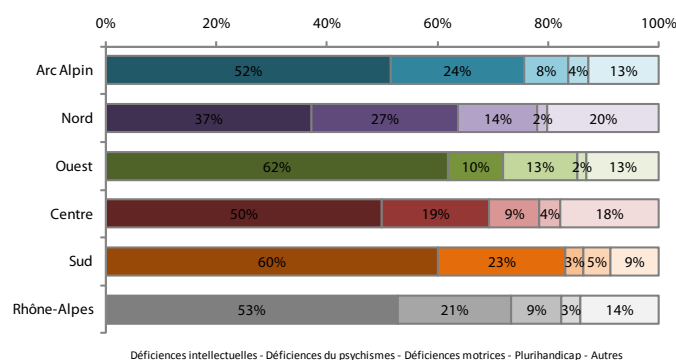
Territoire	Nombre d'établissements	Places	Taux d'équipement*
Est	34	136	12,5
Nord	11	49	16,1
Ouest	17	49	11,8
Centre	11	79	7,4
Sud	24	55	14,5
Rhône-Alpes	98	379	11,7

* Taux pour 100 000 habitants de 20 à 59 ans

Source : Insee (RP 2007), Finess (ARS extraction du 04-08-2010) - Exploitation ORS

Comme chez les enfants, les adultes handicapés suivis dans ces différents établissements présentent en premier lieu des troubles intellectuels (53%) et des troubles du psychisme (21%) comme déficience principale. Des variations de répartition sont observées selon les territoires.

Prévalence des différentes déficiences parmi les adultes handicapés en 2006



Source : Insee (RP 2007), Finess - Exploitation ORS



Les différents dispositifs ou établissements pour la prise en charge des personnes handicapées

Foyers d'hébergement : souvent annexés à un ESAT (établissement et service d'aide par le travail), ils hébergent des travailleurs handicapés.

Foyers d'Accueil Médicalisé (ou foyers à double tarification) (FAM) : cette catégorie d'établissement médico-social accueille des adultes gravement handicapés, mentalement ou physiquement, dont la dépendance :

- les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel ;
- rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants ; ou qui, en dehors du besoin de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels, ont besoin d'un soutien et d'une stimulation constante, ainsi que d'un suivi médical et paramédical régulier.

Maisons d'accueil spécialisées (MAS) : en principe, les MAS accueillent des personnes dont le profil est proche de celui des FAM mais avec un niveau de dépendance supérieur.

Foyers de vie : ces établissements accueillent des adultes handicapés qui ne sont pas en capacité d'exercer une activité professionnelle. Ces personnes bénéficient cependant d'une autonomie et n'ont pas besoin de soins constants. Les foyers occupationnels offrent un accueil permanent ou de jour.

ESAT : établissement et service d'aide par le travail

Entreprises adaptées : anciennement ateliers protégés ces structures emploient uniquement des personnes handicapées, déclarées et orientées par la MDPH, dans un objectif de réinsertion dans le milieu ordinaire.

Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) : ils ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) : ils ont la même vocation, avec un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de la vie ainsi qu'un suivi médical en milieu ouvert. Ces prestations visent l'apprentissage de l'autonomie en milieu ouvert.

VI- 1 - F - SYNTHÈSE

Selon les termes de la loi du 11 février 2005, une situation de handicap est définie comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Du fait de l'étendue et de la complexité du champ du handicap ainsi défini et des lacunes des systèmes d'information non harmonisés et mis en place dans une logique de gestion de prestations ou de services plutôt que d'observation de la population à visée «épidémiologique» d'acquisition de connaissances, il s'avère difficile de bien évaluer le nombre de personnes handicapées sur la région et de décrire les déficiences et incapacités dont elles souffrent.

Certaines études nationales peuvent cependant fournir des estimations de prévalence des différents types de handicap, comme l'enquête HID (Handicap Incapacité Dépendance) réalisée en 2000 renouvelée en 2008, sous l'appellation enquête Handicap Santé. Selon une estimation faite par l'ORS et la DRASS Rhône-Alpes en 2005 à partir des données nationales de l'étude HID, près de 160 000 personnes (soit 2,6% de la population), âgées de plus de 5 ans et vivant à domicile en Rhône-Alpes, étaient en situation de dépendance physique (selon la grille d'évaluation Colvez) dont un petit tiers (50 000) avaient moins de 60 ans. Pour 45 000 de ces personnes, la dépendance physique se doublait d'une dépendance psychique. De plus, 52 000 étaient en situation de dépendance mentale¹. La prévalence de la dépendance, estimée à 3% au niveau régional, apparaissait plus forte sur les départements de la Drôme, de la Loire et de l'Ardèche. Dans la région, 39% des individus déclaraient souffrir d'au moins une déficience avec une prévalence plus forte sur les mêmes départements.

Selon l'étude nationale Handicap Santé de 2008, qui a été déclinée sur le département du Rhône, 15% de la population de ce département, vivant en milieu ordinaire (c.a.d. hors établissement), serait touchée par une forme de handicap (ressenti, identifié ou reconnu), soit le même niveau de prévalence que sur le territoire national². En termes de déficiences, la déficience visuelle concerne un habitant sur deux (dont 44% avant 60 ans), les déficiences motrices et psychiques un sur cinq, les troubles de l'audition un sur 10.

Le RHEOP (Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal) couvre 3 départements de la région (Isère depuis 1988, Savoie et Haute-Savoie depuis 2005) et cible son observation sur les enfants dans leur 8^{ème} année de vie. Chez les enfants nés en 2 000 et résidant sur ces 3 départements, près de 9 pour 1 000 présentent une déficience neuro-sensorielle sévère qui leur interdira une scolarisation normale dès l'école élémentaire : trouble du développement, retard mental, déficience motrice, déficience sensorielle. Près de 40% de ces enfants souffrent de troubles envahissants du développement, entre 31 et 36 % présentent un retard mental, entre 18 et 31% un handicap moteur, 13 à 20% une déficience sensorielle sévère.

Près de 20 000 enfants porteurs de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire (année scolaire 2009-2010) soit 1,6% des élèves scolarisés, dont deux sur trois en primaire. A l'échelle des départements, les départements de l'Ardèche et du Rhône présentent des taux supérieurs alors que la Haute-Savoie se démarque avec un taux de 1,2%. La majorité de ces enfants (75%) présentent des troubles des fonctions supérieures. Par ailleurs, plus de 7 500 enfants soit 0,6% sont scolarisés en établissements spécialisés ou sanitaires. L'Ain est le département ayant le plus d'enfants qui suivent leur scolarité en établissement adapté.

En Rhône-Alpes en 2009, 14 600 enfants de moins de 20 ans soit un peu moins de 10 enfants sur 1 000 étaient bénéficiaires de l'AEEH (9,5) contre un peu plus en France (10,5). A l'intérieur de la région, la Loire présente un taux élevé (12,9 pour 1 000) et l'Ardèche un taux faible (6,4). Tous ces taux augmentent avec, en Rhône-Alpes, un taux d'accroissement annuel du nombre de bénéficiaires de 3% entre 2007 et 2009.

Les données concernant les pathologies à l'origine des situations de handicap sont rares, cependant pour certaines pathologies spécifiques les systèmes d'information sanitaire peuvent fournir des informations d'incidence. Ainsi, 630 jeunes de moins de 20 ans sont admis chaque année en ALD dans la région, pour retard mental ou troubles envahissants du développement et une soixantaine pour trisomie 21. Rapporté au nombre de naissances, cela donne

¹ «Le handicap en Rhône-Alpes. Estimations sur la dépendance et les déficiences des personnes vivant à domicile.» DRASS et ORS Rhône-Alpes. La Lettre de la DRASS N°2005-03-L, avril 2005.

² Les situations de handicap, une question d'âge. Insee Rhône-Alpes et département du Rhône. La Lettre-Résultats N°126, avril 2010.



des taux d'incidence respectifs de 7,8 et 0,8 cas pour 1 000 naissances, taux équivalents aux références nationales.

En termes de services et établissements spécialisés pour les enfants porteurs de handicap, les taux régionaux d'équipement sont proches des références nationales avec un taux plus favorable pour les ITEP contrebalancé par un taux plus faible pour les IME qui constituent le premier type d'établissements en terme de capacités. L'équipement en instituts pour déficients auditifs apparaît également moins élevé sur la région. Des différences plus importantes de taux d'équipement sont mises en évidence entre les territoires de santé. Le territoire Centre présente des taux plus bas que les taux régionaux pour l'ensemble des services ou établissements à la seule exception des ITEP pour lesquels le niveau d'équipement est le même que la référence régionale. Le Sud présente les taux les plus élevés en CAMSP et SESSAD et des taux élevés pour les autres établissements à l'exception des ITEP et surtout des IEM dont la capacité est très basse sur ce territoire. Le territoire Nord présente des taux supérieurs (parfois très supérieurs) aux taux régionaux pour pratiquement tous les types d'établissements mais présente un taux faible pour les IME. Le territoire Ouest présente également des taux élevés ou dans la moyenne et le taux le plus élevé en places d'IME. Enfin, l'Est présente une situation très variable selon le type d'équipements.

Chez les adultes, l'allocation pour adulte handicapé (AAH) vient en aide aux personnes handicapées pour leur assurer si besoin et sous conditions de ressources un revenu minimum. Près de 23 personnes de 20 à 59 ans sur 1 000 en sont bénéficiaires en Rhône-Alpes au 31 décembre 2009, soit près de 74 000 personnes, contre 26 bénéficiaires pour 1 000 personnes au niveau national. La Loire présente le taux de bénéficiaires le plus haut suivi par l'Ardèche. Le taux ligérien est deux fois et demi plus élevé que celui observé en Haute-Savoie. Le taux de bénéficiaires de l'AAH présente une évolution à la hausse tout au long de la dernière décennie avec une accélération de cette tendance sur les deux dernières années, où le nombre de bénéficiaires a augmenté de 4,1% par an en Rhône-Alpes.

Selon l'enquête Handicap Santé, le taux de chômage est deux fois plus important parmi les personnes handicapées actives que dans la population générale. La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) peut faciliter cet accès à l'emploi. En 2009, plus de 34 000 demandes de RQTH ont été déposées en Rhône-Alpes dont 90% ont reçu un accord. Cela correspond, au niveau régional, à près de 10 personnes sur 1 000 âgées de 16 à 59 ans, taux qui varie cependant du simple au double selon les départements avec un maximum sur la Loire (près de 14 personnes pour 1 000) et un minimum en Haute-Savoie (près de 7).

Au 31 décembre 2009, 23 400 demandeurs d'emploi étaient bénéficiaires de l'obligation d'emploi soit 6,6% de l'ensemble des personnes en situation de chômage, avec encore une fois un taux maximum dans la Loire (9,2%) et un taux minimum en Haute-Savoie (4,8%). Parmi les demandeurs d'emploi travailleurs handicapés, la moitié (49%) est dans cette situation depuis plus d'un an contre 29% pour l'ensemble des demandeurs d'emploi.

On rappelle enfin que parmi les salariés relevant du régime général de l'assurance maladie, 8 300 ont connu une perte de capacité de travail ayant conduit à une mise en invalidité, principalement suite à des troubles mentaux ou des maladies ostéo-articulaires.

Globalement, les taux régionaux d'équipement en établissements et services pour adultes handicapés sont équivalents ou supérieurs aux références nationales. Seul l'équipement en maisons d'accueil spécialisées et surtout en places de SSIAD destinées aux personnes handicapées apparaît inférieur aux références nationales.

Le territoire Sud présente la situation la plus favorable en termes d'équipement avec des taux plus élevés que les autres territoires pour tous les types d'équipements à l'exception des FAM. A l'inverse, le territoire Centre présente les taux les plus bas pour l'ensemble des équipements et services, mis à part pour les foyers de vie. La situation est plus contrastée pour les autres territoires selon les types d'établissements.

Comme chez les enfants, les adultes handicapés suivis dans ces différents établissements présentent en premier lieu des troubles intellectuels (53%, 43% pour les enfants) et des troubles du psychisme (21%, 28% chez les enfants) comme déficience principale.

VI-2 - VIEILLISSEMENT

VI-2 - A - CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

La population des personnes de 75 ans et plus ne cesse de croître en Rhône-Alpes comme en France. Elles représentaient 6,8% en 1990, contre 3,8% 40 ans plus tôt. Après une baisse entre 1990 et 1995 due à l'arrivée des générations creuses (nées pendant la première guerre mondiale) à des âges élevés, la part des 75 ans et plus a augmenté de nouveau pour atteindre 8,5% en 2007. Entre 2000 et 2005, pour les mêmes raisons, c'est la part des 85 ans et plus qui a connu cette baisse temporaire avant d'augmenter fortement actuellement. Cette évolution vers un vieillissement de la population (augmentation de la part relative des personnes les plus âgées) résulte de l'accroissement de l'espérance de vie lié essentiellement à la baisse de la mortalité des personnes âgées, accompagnée d'une baisse de la mortalité infantile depuis les années 70.

Entre 1990 et 2007, les effectifs de personnes de plus de 75 ans ont augmenté de 30% avec un taux d'accroissement annuel moyen plus important sur la période 1999-2007 que pour la décennie précédente. Dans la région, la population de cette tranche d'âge a augmenté entre 1999 et 2007 de 2,4% par an, comptabilisant respectivement 350 800 puis 482 840 personnes, soit 8% de l'ensemble de la population.

Si globalement la part de personnes âgées de 75 ans et plus est plus basse sur la région qu'au niveau national, on observe des profils très différents selon les territoires de santé. Deux d'entre eux, l'Ouest et le Sud, présentent une part supérieure à la référence nationale avec près de 10% alors qu'elle est proche de 7,5% sur les trois autres. Les territoires les plus jeunes sont cependant ceux dont la population âgée connaît la plus forte augmentation en effectifs avec notamment un accroissement annuel supérieur à 2,5% sur le Centre et l'Est.

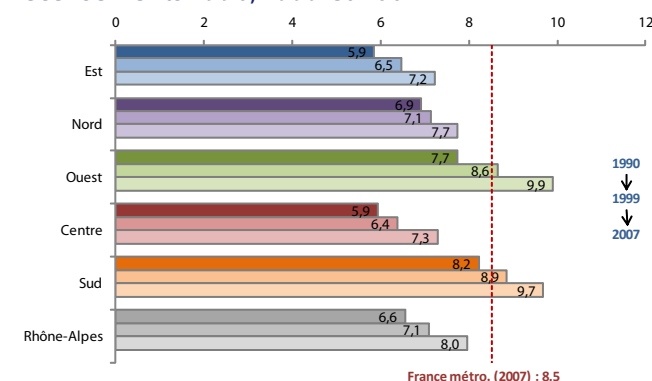
A un échelon local, les territoires où la part de personnes âgées est la plus importante se situent à distance de la vallée du Rhône dans le Sud, sur la moitié nord du territoire Ouest ou encore sur le Bugey et la Bresse. Il faut cependant souligner que l'essentiel de ces territoires sont ruraux et faiblement peuplés. En termes d'effectifs, pour les personnes âgées comme pour l'ensemble de la population ce sont les zones urbaines qui concentrent le plus de personnes avec près de 80% de la population.

Taux d'accroissement (en %) annuel moyen de la population âgée de 75 ans et plus

Territoire	1990-1999	1999-2007
Est	2,0	2,5
Nord	1,2	2,3
Ouest	1,0	1,9
Centre	1,4	2,6
Sud	1,4	2,1
Rhône-Alpes	1,5	2,4
France métro.	1,2	2,0

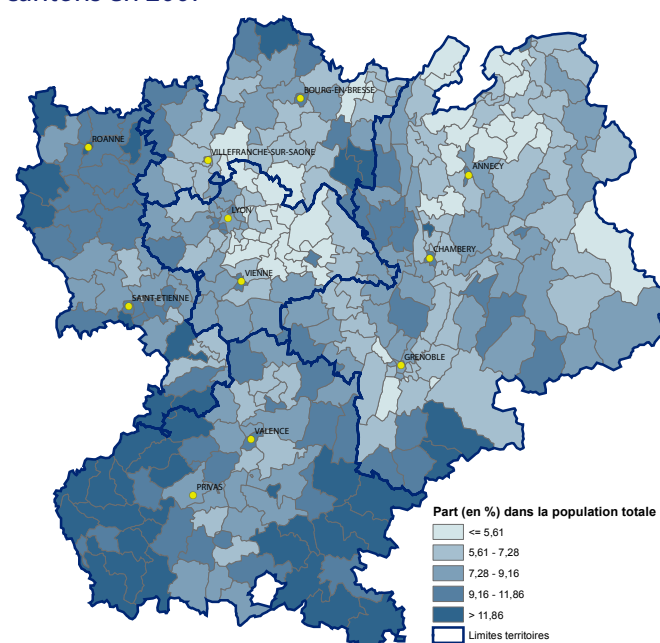
Source : Insee (RP 1990, 1999 et 2007) - Exploitation ORS

Part (en %) de la population de 75 ans et plus aux recensements 1990, 1999 et 2007



Source : Insee (RP) - Exploitation ORS

Part des 75 ans et plus dans la population générale par cantons en 2007



Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS



Près d'une personne de 80 ans et plus sur deux vit seule

Entre 65 et 79 ans, 24% des personnes vivent seules. Elles sont près de 45% en Rhône-Alpes chez les 80 ans et plus. La région s'inscrit dans la tendance nationale. Les parts des personnes vivant seules sont assez stables selon les territoires avec cependant une part plus basse dans le Sud.

90 % des personnes de 75 ans et plus vivent à domicile

Isolement et vieillissement posent la question du maintien à domicile. Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, neuf sur dix vivent en domicile ordinaire et une en établissement. Pour les personnes de 85 ans et plus, la part de personnes vivant en établissement reste minoritaire et correspond à un quart de la population (24%). Cette part est cependant significativement plus importante dans l'Ouest et le Nord (plus de 28%) et plus faible dans l'Est. Cette répartition semble en partie liée à l'offre en établissement de chaque territoire, avec une part de personnes vivant en établissement d'autant plus importante que l'offre est élevée (cf. chapitre VI - 2 -D).

Par rapport à la France, on observe en Rhône-Alpes une part légèrement plus importante de personnes vivant en établissement dans la région (10%).

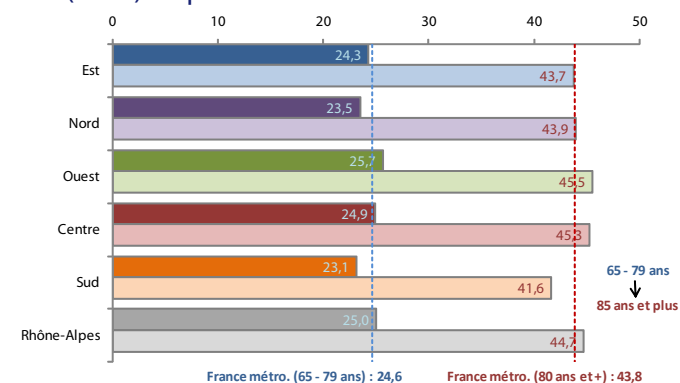
Trois personnes de plus de 65 ans sur cent bénéficient du minimum vieillesse

Le minimum vieillesse est un dispositif, constitué de plusieurs allocations, qui permet aux personnes âgées les moins favorisées, ayant 65 ans au moins (60 ans en cas d'inaptitude au travail), d'atteindre un seuil minimal de niveau de revenu. Pour en bénéficier, elles doivent satisfaire certaines conditions de ressources et de résidence. Les allocations du minimum vieillesse sont des avantages à caractère non contributif (c'est-à-dire versées sans contrepartie de cotisations) qui relèvent de la solidarité nationale.

Dans la région près de 3 personnes sur 100 bénéficient du minimum vieillesse. Le Centre et le Sud ont des parts plus importantes que la région. Les trois autres territoires ont moins de 2,5% de personnes bénéficiaires. L'Est se démarque par le pourcentage le plus faible.

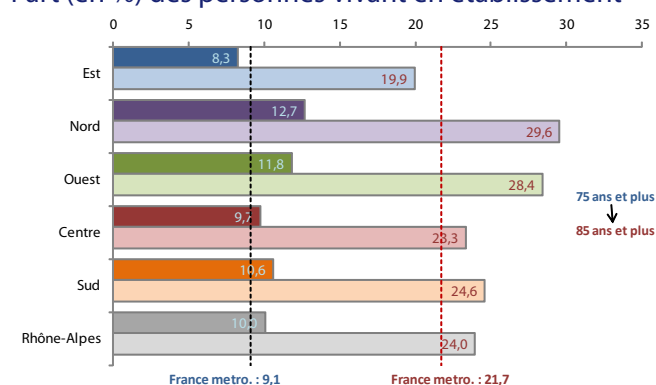
Différentes prestations de retraite sont dites « portées au minimum », car elles permettent d'atteindre un minimum de pension. La plus importante est le « minimum contributif » dont la logique est différente de celle du minimum vieillesse. Le minimum contributif est un droit contributif direct, cela signifie que l'assuré concerné doit avoir, grâce à ses cotisations, acquis des droits propres liquidés au taux plein. Le minimum contributif concerne des personnes ayant eu de faibles salaires mais, contrairement au minimum vieillesse, il est attaché à la personne ayant cotisé sans condition de niveau de vie ou de résidence. Plus de 37% en sont bénéficiaires, en 2008, sur l'ensemble de la région

Part (en %) de personnes vivant seules en 2007



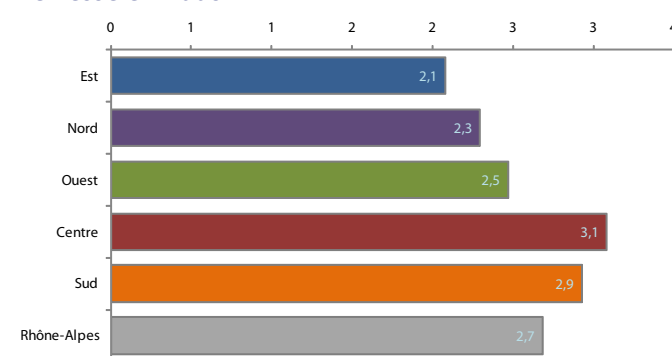
Source : Insee - Exploitation ORS

Part (en %) des personnes vivant en établissement



Source : Insee (RP 2007) - Exploitation ORS

Part (en %) de retraités bénéficiant du minimum vieillesse en 2008



Source : Insee (RP 2007), Cram - Exploitation ORS

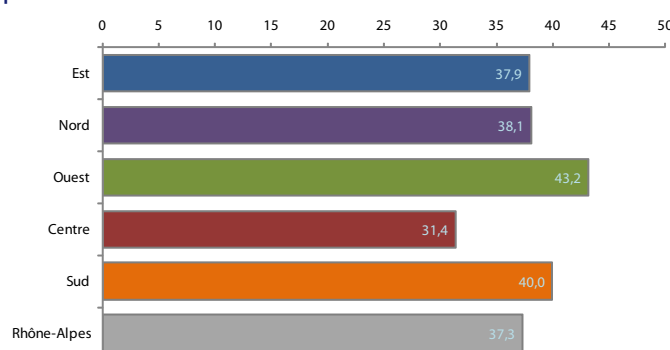
VI - HANDICAP ET VIEILLISSEMENT

Rhône-Alpes, avec un taux significativement plus élevé sur la Loire (43%) et plus bas sur le Centre (31%).

A côté du minimum contributif, figurent d'autres prestations « portées au minimum », telles que les anciennes allocations dites « de premier étage » (comme l'AVTS) qui ne sont plus attribuées depuis le 1^{er} janvier 2007 mais qui continuent à être versées aux anciens allocataires (3,3% des retraités en sont bénéficiaires en Rhône-Alpes en 2008), ainsi que des pensions de réversion (PR) portées au minimum (droits dérivés contributifs).

Remarque : la part de retraités bénéficiant du minimum vieillesse et des prestations portées au minimum sont calculés sur le découpage des ZSP. Les résultats peuvent donc différer légèrement du découpage finale.

Part (en %) de retraités bénéficiant des prestations portées au minimum* en 2008



* Minimum contributif et AVTS

Source : Insee (RP 2007), Cram - Exploitation ORS

VI- 2 - B - PERTE D'AUTONOMIE

Selon les estimations régionales de prévalence de la dépendance réalisées à partir de l'enquête HID en 2000, appliquée à la population régionale de 2008, près de 90 000 personnes âgées de plus de 65 ans étaient en situation de dépendance (groupe 1 à 4 selon la grille AGGIR).

Les premiers résultats nationaux de l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM) réalisée en 2008 permet d'actualiser les résultats de l'enquête HID et de mieux explorer les limitations fonctionnelles¹.

Au niveau national, les personnes âgées de 60 à 79 ans restent majoritairement autonomes (83%), alors que la perte d'autonomie modérée touche 14% des personnes (soit environ 134 000 personnes en Rhône-Alpes si l'on applique les mêmes taux). Parmi elles, 62% connaissent au moins une limitation physique absolue, 41% des restrictions pour des activités instrumentales, et 23% déclarent au moins une limitation cognitive grave. La dépendance chez les personnes âgées de 60 à 79 ans concerne 2,7% des personnes (soit plus de 26 000 en Rhône-Alpes), dont neuf sur dix sont limitées physiquement, ce qui leur interdit certaines activités instrumentales courantes (courses, déplacements,...).

Six sur dix présentent des problèmes cognitifs, tels que la résolution de problèmes quotidiens, et un tiers de ces personnes sont dans l'impossibilité d'assurer des actes essentiels de la vie quotidienne. Enfin, 0,6% des personnes âgées de 60-79 ans, sont fortement dépendantes (6 000 personnes si cette part est la même en Rhône-Alpes).

Parmi les personnes âgées de 80 ans ou plus, près de six personnes sur dix, sont relativement autonomes. Plus d'un quart souffrent d'une perte modérée d'autonomie (60 000 en Rhône-Alpes) avec une fréquence élevée de limitations physiques absolues (80%) et de restrictions absolues dans les activités instrumentales. Les personnes dépendantes représentent 11% de cette classe d'âge (31 000 personnes) et se caractérisent par l'incapacité totale d'utiliser les fonctions motrices avec au moins une restriction absolue dans les activités instrumentales. Les difficultés cognitives graves sont aussi très fréquentes (80 %) et 53 % souffrent d'au moins une restriction absolue dans les activités essentielles de la vie quotidienne.

La forte dépendance touche quant à elle 2,5 % des personnes de cet âge vivant à domicile (environ 6 000 personnes si cette part est la même en Rhône-Alpes). Elles cumulent alors différents types de difficultés. Elles déclarent ainsi une restriction totale dans la quasi-totalité des tâches de la vie courante, à l'exception de l'alimentation. Plus des deux tiers sont confinés au lit ou au fauteuil et plus de 9 sur 10 présentent au moins une limitation cognitive grave.

Le papy boom peut causer un déséquilibre aidés/aidants

Toujours selon cette enquête, toutes les personnes en forte dépendance sont aidées au quotidien par l'entourage, et

¹ Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. Drees. Etudes et résultats, n°718, février 2010.



dans plus de huit cas sur dix les professionnels assistent la personne pour la toilette, l'habillage, mais aussi assurent les tâches ménagères et la préparation des repas.

Pour aider ces personnes de plus en plus nombreuses, et les maintenir à domicile, le nombre d'aidants devrait croître en fonction de l'augmentation des personnes âgées. Cependant, la structure par âge des populations nationale et régionale et les évolutions démographiques envisagées devraient conduire à une baisse du potentiel d'aidants informels (entourage proche) par personne âgée dépendante. En effet, les effectifs de personnes de 40-64 ans augmenteront moins vite que le nombre de personnes âgées dépendantes.

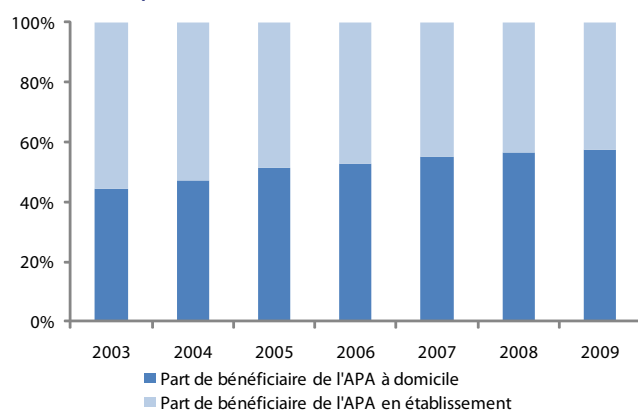
Cette perspective peut être accentuée ou atténuée par d'autres facteurs difficiles à estimer : augmentation de l'activité féminine, éloignement des enfants du domicile de leurs parents âgés, part croissante de fils aidant leurs parents...

Près de 100 000 personnes sont bénéficiaires de l'APA sur la région en 2009

Les personnes qui perdent leur autonomie ont besoin d'une aide ou d'un accueil en établissement. Pour cela, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) a pour but de renforcer leur prise en charge en leur permettant de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante.

Près de 100 000 personnes étaient bénéficiaires de l'APA dans la région au 1^{er} janvier 2009 (contre 52 500 au 1^{er} janvier 2003), soit 8% de la population des plus de 60 ans (seulement 5% en 2003). On compte une majorité des versements pour les habitants vivant à domicile (57% contre 43% pour les personnes en établissement). Cette tendance s'est inversée depuis 2003 puisqu'auparavant les bénéficiaires de l'APA en établissement étaient majoritaires.

Part (en %) de bénéficiaires de l'APA chez les plus de 60 ans selon le type d'APA de 2003 à 2009* en Rhône-Alpes



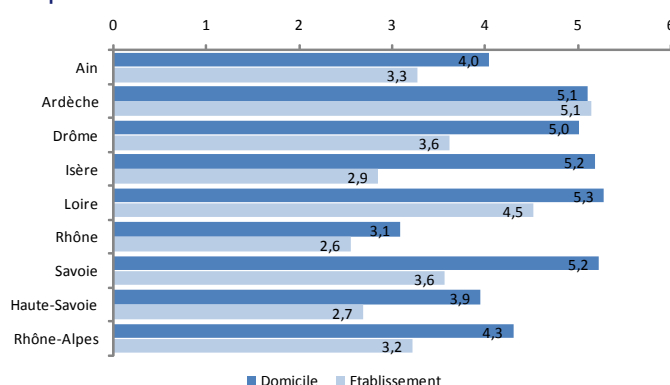
* Données au 1^{er} janvier de chaque année

Source : Insee, Drees - Exploitation ORS

Selon les départements la part des bénéficiaires diffère. Le Rhône présente les parts les plus faibles contrairement à l'Ardèche qui compte 5 personnes sur 100, à domicile comme en établissement, bénéficiaires de l'APA. On remarque que dans les autres départements la part des receveurs de l'aide est toujours plus importante à domicile qu'en établissement.

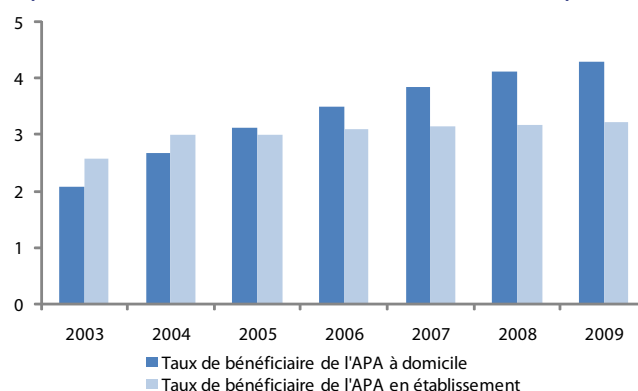
D'après une enquête de la Drees, les résidents en établissement sont plus âgés que ceux vivant à domicile : la moitié

Taux (en %) de bénéficiaires de l'APA chez les personnes de plus de 60 ans au 1^{er} Janvier 2009



Source : Insee (RP 2007), Drees - Exploitation ORS

Taux (en %) de bénéficiaires de l'APA chez les personnes de plus de 60 ans de 2003 à 2009* en Rhône-Alpes



* Données au 1^{er} janvier de chaque année

Source : Insee, Drees - Exploitation ORS

VI - HANDICAP ET VIEILLISSEMENT

des bénéficiaires de l'APA en établissement a plus de 86,4 ans et un bénéficiaire de l'APA à domicile sur deux a plus de 84,1 ans. Avant 80 ans la plupart des personnes vivent encore chez elles, puis, aux âges plus avancés, elles sont plus souvent accueillies en établissement.

Les parts élevées de bénéficiaires de l'APA en établissement sont observées sur les départements dont le niveau d'équipement en établissements est élevée.

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : aide versée à des personnes de plus de 60 ans résidant à domicile ou en établissement. Cette prestation varie selon le degré d'autonomie de la personne (GIR). Elle est versée par le Conseil général soit directement au bénéficiaires, soit aux établissements sous forme d'une dotation budgétaire globale afférente à la dépendance. Elle peut être demandée pour financer toute une palette de services tels que l'aide ménagère, l'accueil de jour, l'accueil temporaire, les aides techniques ou l'adaptation du logement et de l'environnement matériel. Cette allocation a été créée en juillet 2001.

Handicap identifié : on considère que le handicap est identifié dès lors que la personne enquêtée déclare une impossibilité totale à effectuer une tâche courante (voir, parler, marcher, se souvenir...). Entrent aussi dans cette catégorie les personnes qui reçoivent une aide de tiers en raison de leur handicap, dont le logement a été aménagé spécialement ou qui utilisent une prothèse, un appareillage ou une autre aide technique.

VI- 2 - C - ÉTAT DE SANTÉ

En 2007, fruit de la baisse de la mortalité aux âges élevés, une personne de 65 ans peut espérer vivre en moyenne plus de 22 ans et demi pour une femme et plus de 18 ans et demi pour un homme. Bien que cette espérance de vie, comme l'espérance de vie en bonne santé, s'accroissent, la morbidité et la mortalité sont particulièrement élevées pour la population de plus de 75 ans. Ainsi, les personnes de cet âge déclarent en moyenne souffrir de plus de 7 affections (affections sensorielles, problèmes bucco-dentaires, affections cardio-vasculaires et leurs facteurs de risque, pathologies ostéo-articulaires, troubles du sommeil, troubles de l'humeur,...).

Conséquence de ces troubles, le recours aux soins est également maximum chez les personnes les plus âgées. A titre d'exemple on compte sur la région 6 séjours hospitaliers et 60 consultations de médecin généraliste par an pour 10 personnes âgées de 75 ans et plus.

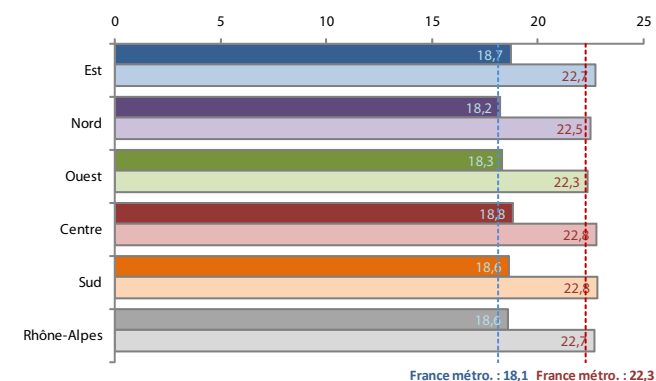
Dans le présent chapitre seront abordées, de manière non exhaustive, les principales causes de mortalité et de morbidité avec un focus sur certaines pathologies (maladies d'Alzheimer, chutes).

Comme vu en introduction, l'évolution démographique constatée avec la forte progression de la part et des effectifs de personnes de plus de 75 ans, est, en grande partie, le fruit de la baisse de la mortalité aux âges élevés. L'espérance de vie à 65 ans qui connaît une hausse régulière et importante depuis la fin de la seconde guerre mondiale, est ainsi, en Rhône-Alpes, de 22,7 années pour les femmes et de 18,6 années pour les hommes. Ces chiffres régionaux comme les chiffres par territoire sont tous supérieurs aux valeurs nationales. Le Nord et l'Ouest présentent cependant les espérances de vie les moins longues de la région (période 2006-2008).

En 2008, 46 570 décès sont enregistrés en Rhône-Alpes dont 21 190, soit deux tiers, pour des personnes âgées de 75 ans et plus (qui représentent 8% de la population générale).

Les taux comparatifs de mortalité générale correspondants sur la période 2000-2008, mettent en évidence une mortalité inférieure en Rhône-Alpes à celle de la France, chez les femmes comme chez les hommes dont la mortalité est de plus de 50% supérieure à celle des femmes. La mortalité masculine place les territoires de l'Ouest et du Nord dans une situation défavorable par rapport à la France. A l'inverse, l'Est et surtout le Centre présentent des taux très significativement inférieurs aux références nationale et régionale pour les deux sexes.

Espérance de vie* à 65 ans calculée sur la période 2006-2008



*Espérance de vie calculée par âge quinquennal
Source : Insee (RP2007), CépiDC - Exploitation ORS



Parmi ces décès, les maladies cardio-vasculaires sont à l'origine de plus du tiers alors que les cancers représentent la deuxième cause avec près du quart des décès. Pour les autres causes, on trouve les maladies respiratoires (8%), les maladies neurologiques (6%), les causes externes (chutes, accidents, suicides... - 5%) puis les maladies endocriniennes et les maladies endocriniennes (4%).

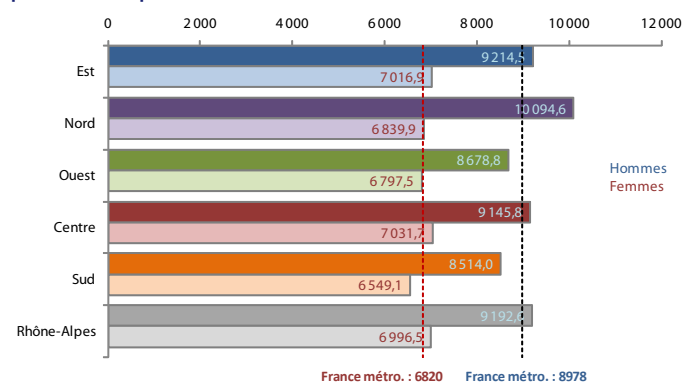
Plus d'une admission en affection de longue durée sur trois se fait après 75 ans

Le nombre de nouvelles admissions en affection de longue durée (ALD, cf. introduction chapitre «maladies chroniques») représentent plus de 30% du nombre total d'admissions. Les taux comparatifs montrent une situation par territoire différente de celle observée pour la mortalité. Les taux régionaux sont ainsi supérieurs aux taux nationaux, et les taux les plus élevés concernent la population du Nord (déjà en situation défavorable pour la mortalité) mais aussi celle des territoires Centre et de l'Est.

Maladies cardio-vasculaires (46%) et tumeurs (19%) représentent à nouveau les deux premiers motifs d'admission en ALD chez les 75 ans et plus.

Avec le diabète, troisième motif d'admission et la maladie d'Alzheimer et autres démences, quatrième motif d'admission et troisième chez les femmes avec 16% des admissions, on obtient près de 90% des admissions en ALD des personnes de 75 ans et plus.

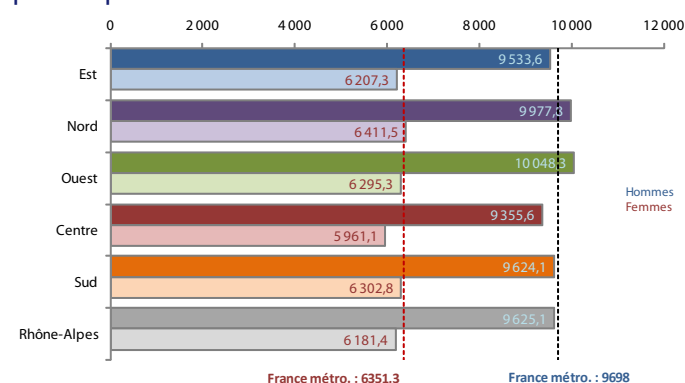
Taux comparatif* d'admission en ALD chez les 75 ans et plus sur la période 2006-2008



*Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans

Source : Insee (RP 2007), CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS

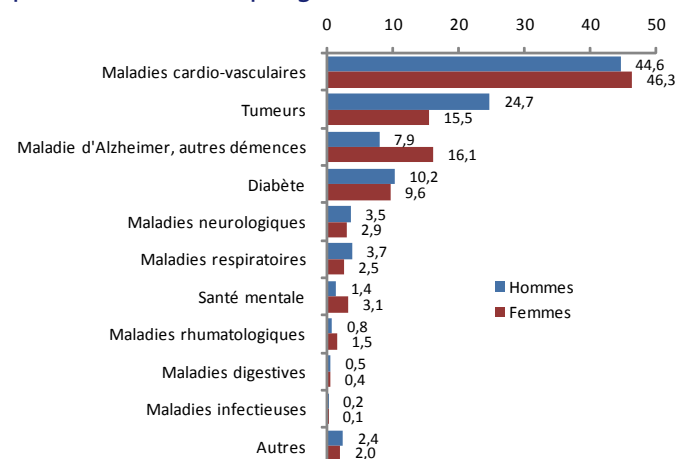
Taux comparatif* de mortalité chez les 75 ans et plus pour la période 2000-2008



*Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans

Source : Insee (RP 2007), CépiDC - Exploitation ORS

Répartition des ALD chez les 75 ans et plus pour la période 2006-2008 par grands motifs



Source : Insee (RP 2007), CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS

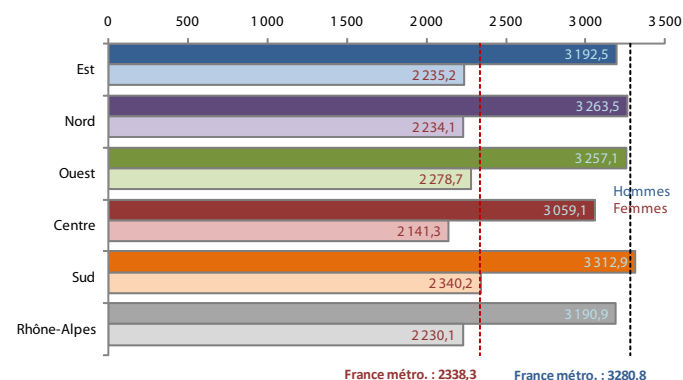
Les maladies cardio-vasculaires première cause de mortalité et d'admission en ALD chez les 75 ans et plus

Près d'une personne sur trois meurt d'une de ces pathologies. En Rhône-Alpes on a enregistré en 2008, 10 200 décès dus à ces maladies et concernant des personnes de plus de 75 ans, soit 80% de l'ensemble des décès par maladies cardio-vasculaires. La région présente des taux inférieurs aux taux nationaux pour la mortalité (période 2000-2008) et équivalents pour les admissions en ALD (période 2006-2008).

VI - HANDICAP ET VIEILLISSEMENT

Sur ces périodes, le territoire du Nord présente une situation défavorable pour la mortalité, comme pour les admissions en ALD, alors que la population du Centre montre la situation la plus favorable par rapport aux autres territoires et, au niveau régional et national.

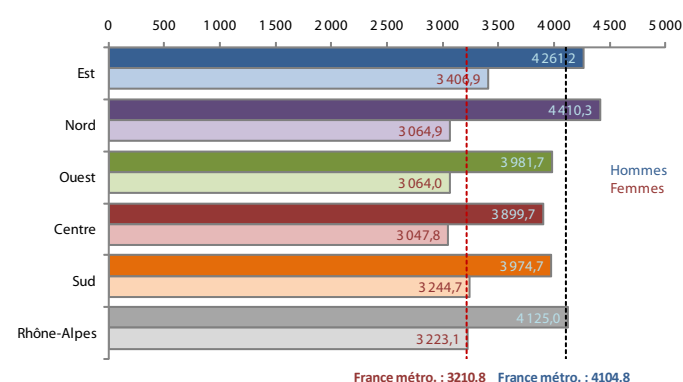
Taux comparatif* de mortalité par maladies cardio-vasculaires chez les 75 ans et plus pour la période 2000-2008



*Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans

Source : Insee (RP 2007), CépiDC - Exploitation ORS

Taux comparatif* d'admission en ALD pour maladies cardio-vasculaires chez les 75 ans et plus sur la période 2006-2008



*Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans

Source : Insee (RP 2007), CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS

Parmi les décès classés dans les maladies cardio-vasculaires, la principale cause chez les hommes est la cardiopathie ischémique (29%), suivie des maladies cérébrovasculaires (20%) puis de l'insuffisance cardiaque (15%). Chez les femmes, près d'un quart des décès par maladies cardio-vasculaires sont liés à une maladie cérébrovasculaire. La deuxième cause de mortalité est la cardiopathie ischémique (21%) suivie par l'insuffisance cardiaque (17%).

Les causes d'admission en ALD pour maladies cardio-vasculaires sont, chez les hommes comme chez les femmes, dominées par les accidents vasculaires cérébraux avec 34% pour les deux sexes. Chez les hommes le deuxième motif d'admission en ALD est comme des artériopathies chroniques avec manifestation ischémique (24%). Il est suivi par les admissions pour maladies coronaires. Chez les femmes, les deux autres principales causes d'admission sont les artériopathies chroniques (33%) et les maladies coronariennes (13%).

La région en situation favorable pour les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux mais le territoire Nord en situation défavorable pour les AVC

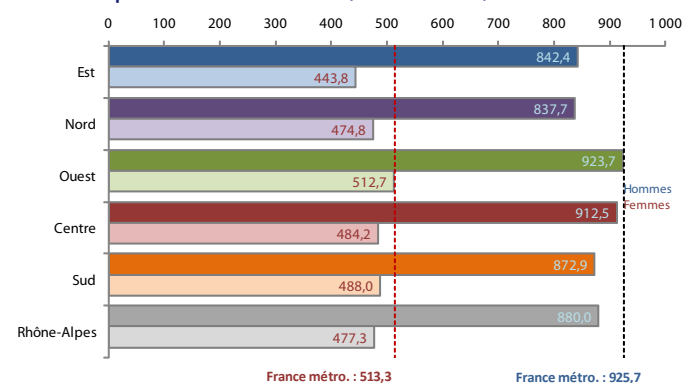
Les cardiopathies ischémiques correspondent à une ischémie, insuffisance d'oxygénation du muscle cardiaque, par rétrécissement des artères coronaires irrigant le cœur. Les formes les plus caractéristiques en sont l'angor (angine de poitrine) et l'infarctus du myocarde.

Plus de 2 400 personnes de plus de 75 ans de la région sont décédées de ces pathologies en 2008. La situation des hommes de plus de 75 ans face à cette maladie est particulièrement défavorable avec des taux de mortalité près de deux fois supérieurs à ceux des femmes.

Les taux de mortalité de l'Ouest sont les plus importants pour les deux sexes. Les taux de la région ainsi que de tous les territoires sont inférieurs aux taux nationaux.

L'accident vasculaire cérébral, ou AVC, est une attaque cérébrale grave et subite. Il survient à la suite de l'obstruction ou de la rupture d'un vaisseau qui

Taux comparatif* de mortalité par cardiopathie ischémique chez les 75 ans (2000-2008)



*Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans

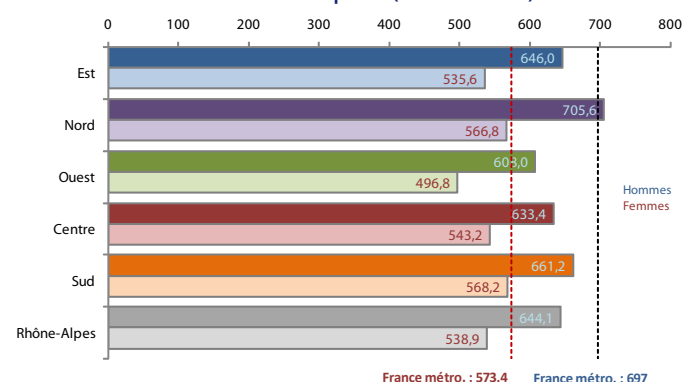
Source : Insee (RP 2007), CépiDC - Exploitation ORS



transporte le sang au cerveau, ce qui entraîne un manque d'oxygène parfois fatal. Outre leur poids en termes de morbidité (première cause d'admission en ALD chez les personnes de plus de 75 ans) et de mortalité (létalité importante) les accidents vasculaires cérébraux sont également à l'origine de nombreuses déficiences et incapacités. Celles-ci peuvent entraver fortement l'autonomie et avoir un impact majeur sur la vie quotidienne des personnes atteintes et de leur entourage.

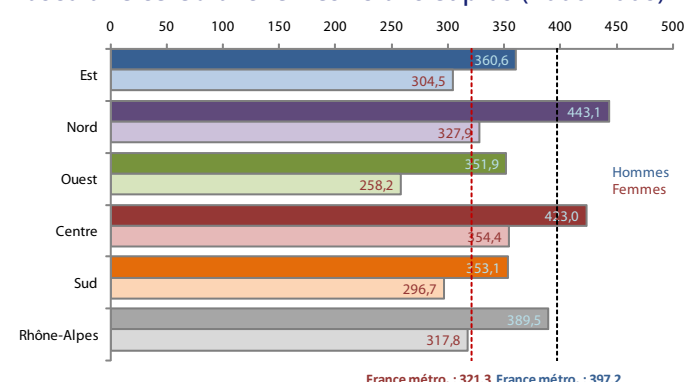
Cette maladie est à l'origine de 2 150 décès chez les personnes de 75 ans et plus en 2008 sur la région, soit près de 80% du total tous âges, dont près de deux tiers chez les femmes. Elle est également responsable de plus de 1 600 admissions en ALD par an parmi la population des 75 ans et plus (3 750 pour l'ensemble de la population).

Taux comparatif* de mortalité par accident vasculaire cérébral chez les 75 ans et plus (2000-2008)



*Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans
Source : Insee (RP 2007), CépiDC - Exploitation ORS

Taux comparatif* d'admission en ALD pour accident vasculaire cérébral chez les 75 ans et plus (2006-2008)

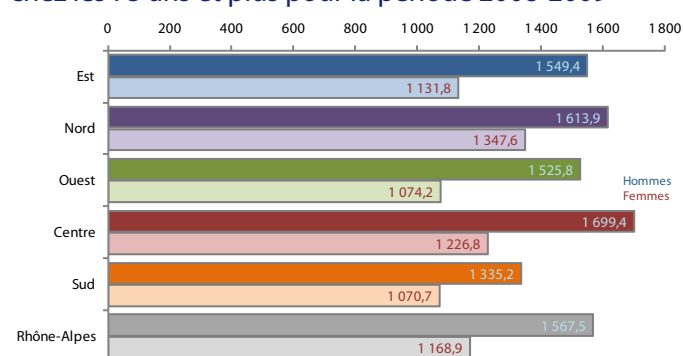


*Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans
Source : Insee (RP 2007), CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS

Les taux régionaux de mortalité et d'admission en ALD sont inférieurs aux taux nationaux. Tous les territoires présentent des taux de mortalité très inférieurs aux références nationales à l'exception du territoire Nord. La situation défavorable de ce territoire se retrouve également au niveau des taux d'admission en ALD, pour lesquels le territoire Centre présente également un profil moins favorable.

On rappelle que les accidents vasculaires ayant conduit à un décès rapide, ou à l'inverse n'ayant pas entraîné de séquelles, ne donnent évidemment pas lieu à une admission en ALD.

Taux comparatif* annuel d'hospitalisation pour AVC chez les 75 ans et plus pour la période 2008-2009



*Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans
Source : Insee (RP 2007), PMSI - Exploitation ORS

La prise en charge hospitalière rapide des AVC réduit fortement les risques de complications. En moyenne par an on enregistre 11 320 séjours hospitaliers liés à un AVC parmi la population de Rhône-Alpes, dont 6 200 concernent des personnes de plus de 75 ans. Pour ces indicateurs d'hospitalisation on retrouve des taux élevés dans le Nord et le Centre.

Méthode :

Séjours ayant pour diagnostic principal un code CIM-10 : I60 - I64.

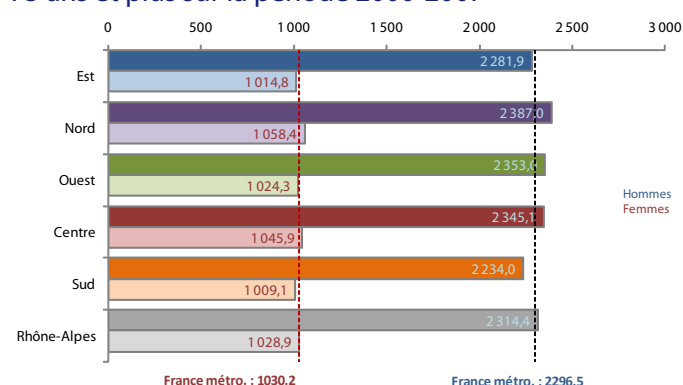
VI - HANDICAP ET VIEILLISSEMENT

Des taux d'admissions en ALD et de mortalité, pour cancers, équivalents aux taux nationaux chez les personnes de plus de 75 ans

En Rhône-Alpes, il y a en moyenne 7 600 admissions en ALD pour cancers chez des personnes de 75 ans et plus, soit un quart de l'ensemble des admissions en ALD pour cancers (26%). Une grosse moitié (54%) concernent des hommes. Au niveau de la mortalité, on enregistre en 2008, 6 850 décès chez les 75 ans et plus dont la cause est le cancer, soit la moitié de l'ensemble des décès par cancers. Chez les hommes, le cancer causant le plus de décès est le cancer de la prostate (18,4%), suivi du cancer de la trachée, des bronches et du poumon (17,3%), puis du cancer du côlon-rectum (12,4%). Ce dernier est le cancer qui cause le plus de décès chez les femmes (16,3%). Le cancer du sein reste, pour cette tranche d'âge, le deuxième cancer en effectif de décès (14,8%).

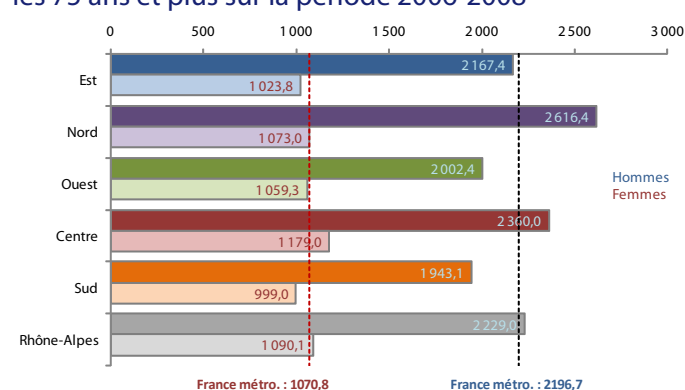
La région enregistre des taux de mortalité et d'admission en ALD proches des taux nationaux. Par territoire de santé, on observe des disparités essentiellement chez les hommes et particulièrement pour les admissions en ALD, avec une situation défavorable des territoires Nord et Centre pour la mortalité et les ALD, et Ouest pour la mortalité.

Taux comparatif* de mortalité pour cancers chez les 75 ans et plus sur la période 2000-2007



*Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans
Source : Insee (RP 2007), CépiDC - Exploitation ORS

Taux comparatif* d'admission en ALD pour cancers chez les 75 ans et plus sur la période 2006-2008

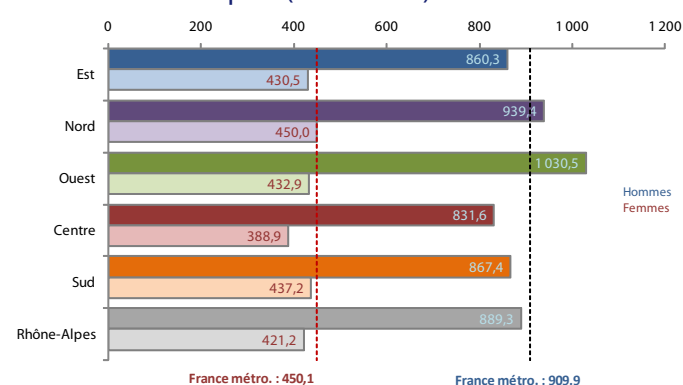


*Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans
Source : Insee (RP 2007), CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS

A l'exception du territoire Ouest, une situation favorable face à la mortalité par maladies respiratoires

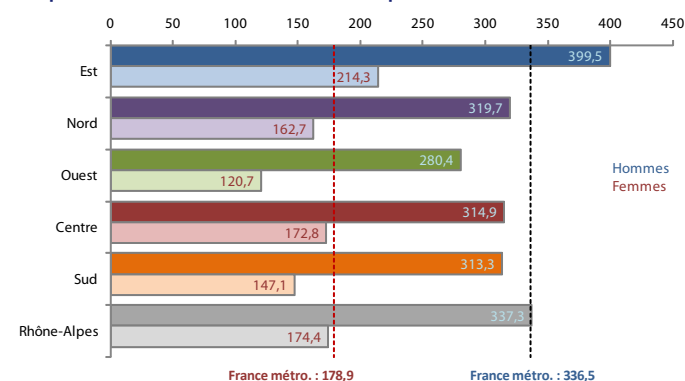
Si les maladies de l'appareil respiratoire sont très prévalentes quel que soit l'âge et que deux tiers des admissions en ALD pour insuffisance respiratoire surviennent avant 75 ans, la mortalité liée à ces pathologies augmente, elle, de manière exponentielle avec l'âge et près de 85% des décès surviennent à partir de 75 ans (2 330 décès sur 2 790 en 2008).

Taux comparatif* de mortalité par maladies respiratoires chez les 75 ans et plus (2000-2008)



*Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans
Source : Insee (RP 2007), CépiDC - Exploitation ORS

Taux comparatif* d'admission en ALD pour maladies respiratoires chez les 75 ans et plus (2006-2008)



*Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans
Source : Insee (RP 2007), CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS



Pour les personnes de 75 ans et plus, les taux comparatifs de mortalité pour maladies respiratoires sont plus faibles que les taux nationaux sur tous les territoires à l'exception de l'Ouest et dans une moindre mesure du Nord. Pour les admissions en ALD, l'Est se distingue avec un taux très au-dessus de la région et de la France pour cette tranche d'âge.

Les chutes accidentelles, une problématique très présente chez les personnes âgées, tout particulièrement en Rhône-Alpes

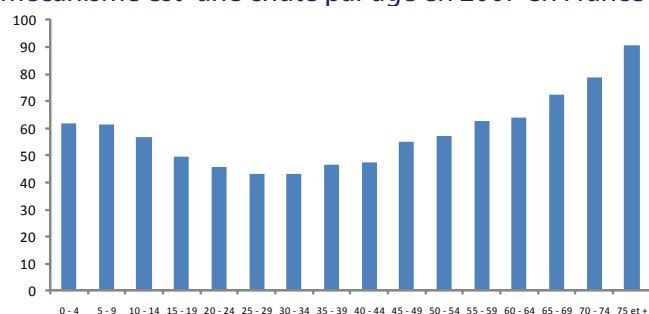
Les personnes âgées sont plus touchées par le handicap. La motricité est un des principaux troubles dont sont victimes ces personnes (par exemple 45 % des rhôdaniens de 60 ans et plus, selon l'enquête HSM 2008). Le déplacement est un problème quotidien chez une majorité de personnes âgées. La perte d'équilibre, le manque de repères et d'appuis pour aider la marche, peuvent occasionner des chutes plus ou moins importantes.

Selon l'enquête EPAC de l'InVS, les chutes représentent 80% des accidents de la vie courante pour les Français de 70-74 ans et 91% pour les plus de 75 ans. On note que 70% des accidents de la vie courante des plus de 75 ans se sont déroulés à l'intérieur d'une habitation et seulement 25 % dans une zone de transport ou un lieu public.

On estime, toujours selon cette étude nationale, que 4 à 5% des plus de 65 ans ont recours aux urgences hospitalières chaque année pour chute, soit entre 38 000 et 48 000 personnes en Rhône-Alpes. Deux chutes sur trois entraînent une hospitalisation ou un traitement prolongé.

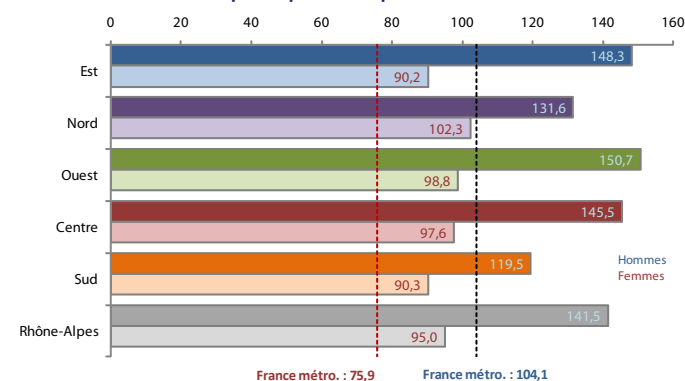
La région Rhône-Alpes et tous ses territoires de santé, présentent des taux de mortalité par chutes accidentelles, chez les personnes âgées de 75 ans et plus, beaucoup plus élevés que ceux de la France, et ce quel que soit le sexe. Ainsi la mortalité régionale masculine est supérieure de plus d'un tiers à la mortalité nationale et la mortalité féminine d'un quart. Les disparités entre territoires sont plus marquées chez les hommes avec des taux élevés observés sur l'Est, l'Ouest puis le Centre. Le Sud présente les risques les moins élevés de la région.

Part (en %) d'accidents de la vie courante dont le mécanisme est une chute par âge en 2007 en France



Source : InVS (Enquête Epac) - Exploitation ORS

Taux comparatif* de mortalité par chutes accidentelles chez les 75 ans et plus pour la période 2000-2008



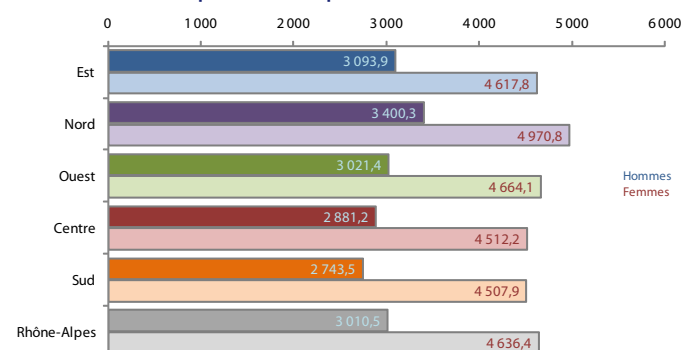
*Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans
Source : Insee (RP 2007), CépiDC - Exploitation ORS

En ce qui concerne les hospitalisations, on enregistre en moyenne 18 950 hospitalisations pour traumatisme (quel qu'en soit le type) par an, chez les 75 ans et plus, 25% d'hommes et 75% de femmes. C'est dans le Nord que les taux sont les plus élevés de la région.

Les hospitalisations pour fracture du col du fémur sont en moyenne de 6 440 par an, 78% concernent des femmes et 22% des hommes. Le territoire Sud se détache par un taux féminin plus important que celui de la région.

VI - HANDICAP ET VIEILLISSEMENT

Taux comparatif* d'hospitalisation pour traumatisme chez les 75 ans plus sur la période 2008-2009



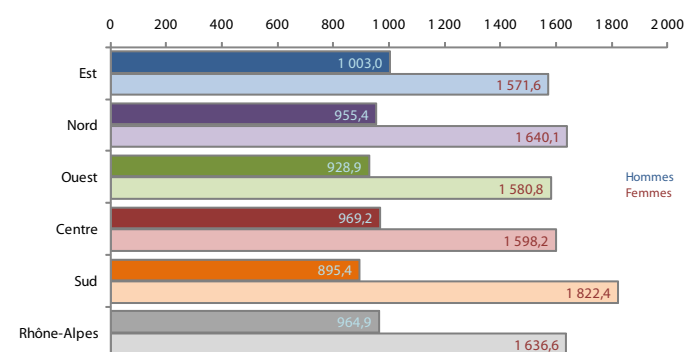
* Taux annuel pour 100 000 habitants de plus de 75 ans

Source : Insee (RP 2007), PMSI - Exploitation ORS

Méthode :

Les séjours pour traumatisme sont des séjours ayant pour diagnostic principal un code CIM-10 : S00 - T14, T90-T94.

Taux comparatif* d'hospitalisation pour fracture du col du fémur chez les 75 ans et plus sur la période 2008-2009



* Taux annuel pour 100 000 habitants de plus de 75 ans

Source : Insee (RP 2007), PMSI - Exploitation ORS

Méthode :

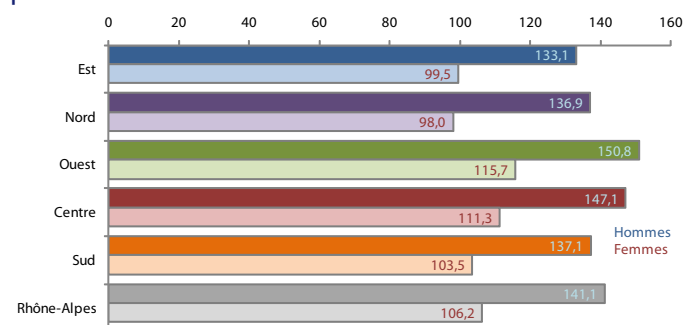
Les séjours pour fracture du col du fémur sont des séjours ayant pour diagnostic principal un code CIM-10 : S720, S721, S722.

Le diabète, une pathologie fortement prévalente chez les personnes âgées et plus présente dans l'Ouest et le Centre

Si 80% des admissions en ALD pour diabète se font avant 75 ans (3 700 sur 18 500 admissions annuelles pour diabète dans la région), la prévalence du diabète augmente avec l'âge. D'une majorité de type 2 (diabète lié à l'hygiène de vie et à l'absorption de sucre) à partir de 40 ans, la prévalence du diabète traité augmente fortement jusqu'à 75 ans puis s'abaisse. Ainsi dans la région, 12% des 65 ans et plus sont sous traitement antidiabétique, 14% chez les hommes et 10% chez les femmes.

A l'échelle des territoires, c'est dans l'Ouest et le Centre qu'on observe les taux de prévalence les plus élevés, alors que les autres territoires présentent des taux plus homogènes.

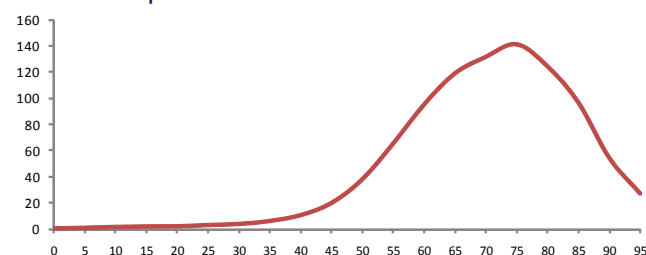
Taux comparatif* de prévalence de patients sous traitement antidiabétique chez les 65 ans et plus sur la période 2007-2008



*Taux pour 1 000 habitants de 65 ans et plus

Source : Insee (RP 2007), Urcam - Exploitation ORS

Taux de prévalence* de patients sous traitement antidiabétique selon l'âge sur la période 2007 - 2008 en Rhône-Alpes



Source : Urcam - Exploitation ORS

* Taux de personnes sous traitement antidiabétique pour 1000 habitants



La région en situation défavorable pour les maladies neurologiques, avec une mortalité en forte croissance

Les maladies neurologiques sont un groupe de maladies qui regroupent diverses pathologies telles que la maladie de Parkinson, les neuropathies, la sclérose en plaque, etc... Ces maladies attaquent le système nerveux central et le système nerveux périphérique.

Entermesdemortalité,touteslesmaladiesneurologiques y compris les démences et la maladie d'Alzheimer sont à l'origine de près de 1 830 décès annuels sur la période 2000-2008 parmi la population âgée de 75 ans et plus (soit près de 80% des décès tous âges). Le nombre de décès a fortement augmenté tout au long de cette période passant de 1 240 en 2 000 à 2 290 en 2008 soit une augmentation annuelle moyenne de 8%.

Cette évolution est, cependant, en partie liée au vieillissement de la population qui favorise l'incidence de ce type de pathologies, et en partie à un meilleur diagnostic.

Les taux de mortalité régionaux sont supérieurs à ceux de la France. Les territoires du Nord et de l'Ouest présentent des taux plus élevés que ceux de la région.

Les maladies neurologiques qui peuvent faire l'objet d'une admission en ALD sont de cinq grands types, trois sont observés préférentiellement chez les personnes âgées.

La maladie d'Alzheimer (ALD 15) représente 80% des admissions pour maladie neurologique. Cette pathologie est donc déclinée plus en détail dans les paragraphes suivants.

La maladie de Parkinson (ALD 16) est la deuxième maladie avec 15% des admissions, suivie de l'ALD 9 constituées des formes graves d'affections neurologiques.

En moyenne par an on compte près de 1 200 admissions en ALD pour ces maladies, dont plus de 850 pour maladie de Parkinson, chez les personnes de 75 ans et plus, dont 48% chez les hommes et 52% chez les femmes.

Les taux comparatifs d'admission en ALD pour maladies neurologiques (hors Alzheimer) sont supérieurs dans la région à ceux de la France, surtout chez les hommes. Seul l'Est présente des taux inférieurs aux chiffres nationaux. Le Sud rejoint l'Est chez les femmes, avec une situation plus favorable, en dessous du taux de la France.

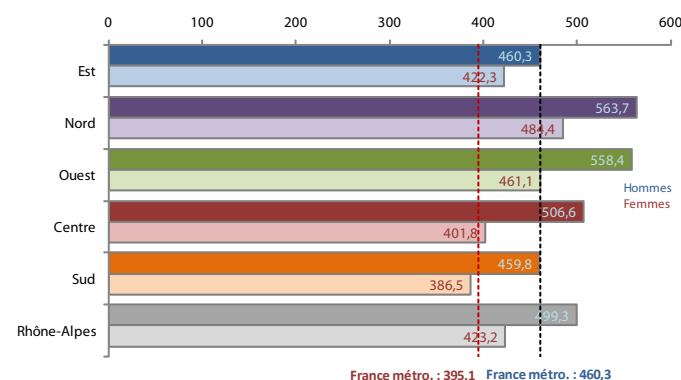
Près de 87 000 personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et de démences en Rhône-Alpes en 2007

Des études européennes¹ ont fourni des estimations de taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer. L'application de ces taux à la population de la région Rhône-Alpes de 2007, fait évaluer à près de 87 000 le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus atteintes de démences, dont 80 % avec un diagnostic de maladie d'Alzheimer.

Selon ces mêmes études, on estime que 18 à 19 000 personnes de la région sont nouvellement atteintes de la maladie d'Alzheimer chaque année.

¹ Etude « Faenza e Granarolo » en Italie (2005), étude PAQUID conduite par l'Inserm en France (2003)

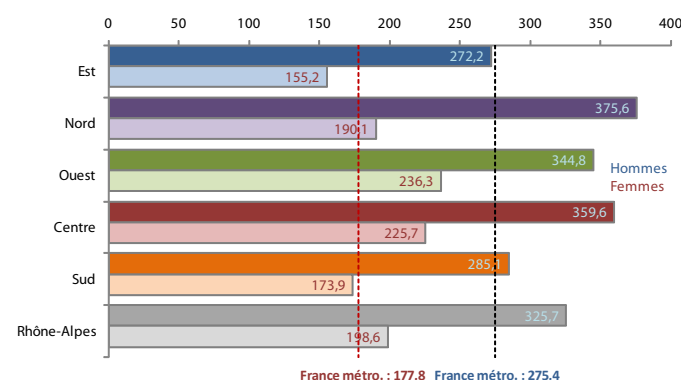
Taux comparatif* de mortalité par maladies neurologiques chez les 75 ans et plus sur la période 2000-2008



*Taux pour 1100 000 habitants de plus de 75 ans

Source : Insee (RP 2007), CépiDC - Exploitation ORS

Taux comparatif* d'admission en ALD pour maladies neurologiques** chez les 75 ans et plus sur la période 2006-2008



*Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans

** Hors maladie d'Alzheimer

Source : Insee (RP 2007), CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS

VI - HANDICAP ET VIEILLISSEMENT

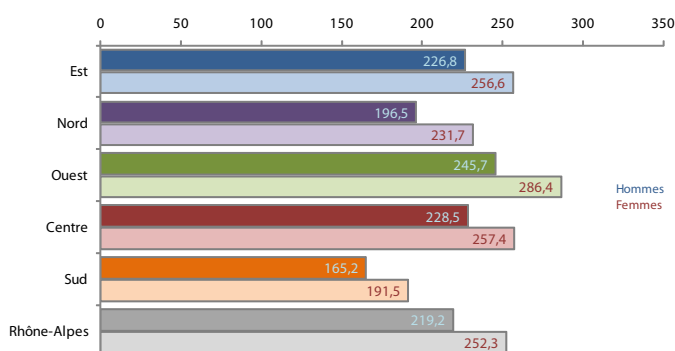
La maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés se rencontrent majoritairement après 65 ans et augmentent avec l'âge. Les femmes sont plus touchées que les hommes et à partir de 90 ans une femme sur deux serait atteinte de démence. Du fait de la surreprésentation féminine dans la population générale âgée et de ces taux de prévalence plus élevés, les femmes représentent 70% des personnes sous traitement dans la région.

Parmi les assurés du régime général, la part de personnes traitées est inférieure à la prévalence de la maladie puisqu'un peu plus de 30 personnes âgées de 75 ans et plus sur 1 000 sont concernées (prévalence plus forte chez les femmes). Au niveau des territoires de santé, ces niveaux de prévalence sont assez stables. La prévalence de ces traitements anti-Alzheimer apparaît à partir de 65 ans et augmente pour atteindre un pic vers 85 ans. La mortalité des personnes malades et les contre-indications des traitements expliquent la baisse après cet âge.

Les différences de prévalence de patients sous traitement peuvent être liées à des différences de prévalence de la maladie mais aussi à des différences de repérage de la maladie, de pratiques médicales et de recours aux soins.

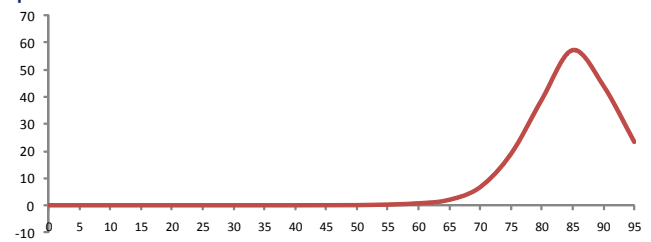
En moyenne par an, il y a 5 440 nouvelles admissions en ALD dans la région dont 4 700 concernent des personnes de 75 ans et plus. Bien que l'admission en ALD repose sur une définition médicale ne mentionnant aucun critère d'évaluation, notamment de la gravité, on peut penser que toutes les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ne font pas l'objet d'une admission en ALD (absence ou retard de diagnostic, démarche de demande non effectuée ou effectuée uniquement pour les cas les plus évolués, etc). Cela peut expliquer que le nombre d'admissions en ALD soit très inférieur au nombre théorique estimé de nouveaux cas de démences. Les taux d'admission sont plus élevés sur la région qu'en France, et à l'intérieur de la région les taux les plus élevés sont observés sur les territoires du Nord, du Centre et de l'Ouest.

Taux comparatif annuel de patients hospitalisés pour maladie d'Alzheimer chez les plus de 75 ans (2008-2009)



*Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans
Source : Insee (RP 2007), PMSI - Exploitation ORS

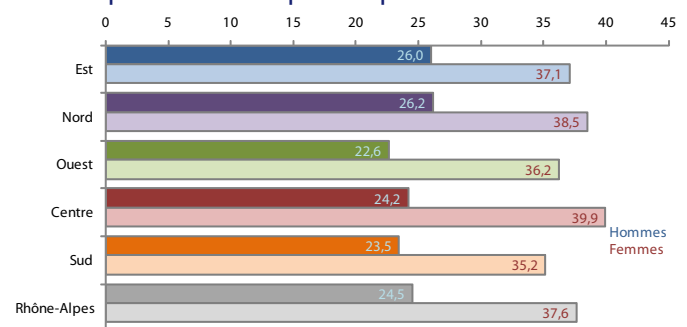
Taux de prévalence* de patients sous traitement anti-alzheimer selon l'âge (2007 - 2008) en Rhône-Alpes



Source : Urcam - Exploitation ORS

* Taux de personne sous-traitement anti-alzheimer pour 1000 habitants

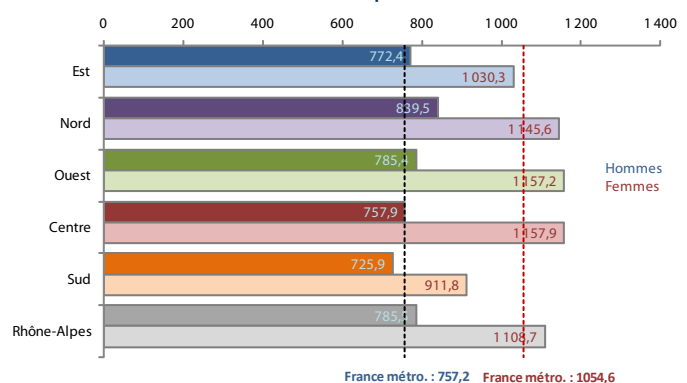
Taux comparatif* de patients sous traitement Alzheimer chez les plus de 75 ans pour la période 2007-2008



* Taux annuel pour 1 000 habitants de plus de 75 ans

Source : Insee (RP 2007), Urcam - Exploitation ORS

Taux comparatif* d'admission en ALD pour maladie d'Alzheimer chez les 75 ans et plus (2006-2008)



France métro. : 757,2 France métro. : 1054,6

*Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans

Source : Insee (RP 2007), CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS



Environ 18 000 hospitalisations par an sont repérées comme associées à une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée dont près de 13 500 hospitalisations chez les 75 ans et plus. Un petit tiers (31%) concernent des hommes. La population du Centre présente des taux d'hospitalisation nettement au-dessus de la région, alors que la population du Sud est très en deçà.

Méthode :

Les séjours pour maladie d'Alzheimer sont des séjours ayant pour diagnostic principal, relié ou associé, un code CIM-10 : G30, F00.

Les consultations mémoires un premier pas dans le dispositif de diagnostic, auxquelles près de 19 000 personnes ont eu recours en Rhône-Alpes en 2009

Les centres de consultation mémoire sont des centres spécialisés dans le diagnostic et la prise en charge des troubles de la mémoire et/ou des troubles cognitifs (troubles du raisonnement, du jugement, de la compréhension...). Ces consultations, hébergées par des services hospitaliers, sont constituées d'équipes pluridisciplinaires associant d'une part des médecins neurologues, psychiatres, gériatres, et d'autre part des neuropsychologues, orthophonistes, ergothérapeutes... Les consultations mémoire constituent, au côté des professionnels libéraux, un premier niveau du dispositif de diagnostic et de prise en charge de la maladie d'Alzheimer, dont les Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CM2R) constituent le second niveau avec une expertise plus approfondie. Trois CM2R existent sur la région, à St Etienne, Lyon et Grenoble.

Les deux maladies les plus diagnostiquées dans les consultations mémoire sont la maladie d'Alzheimer et les démences vasculaires.

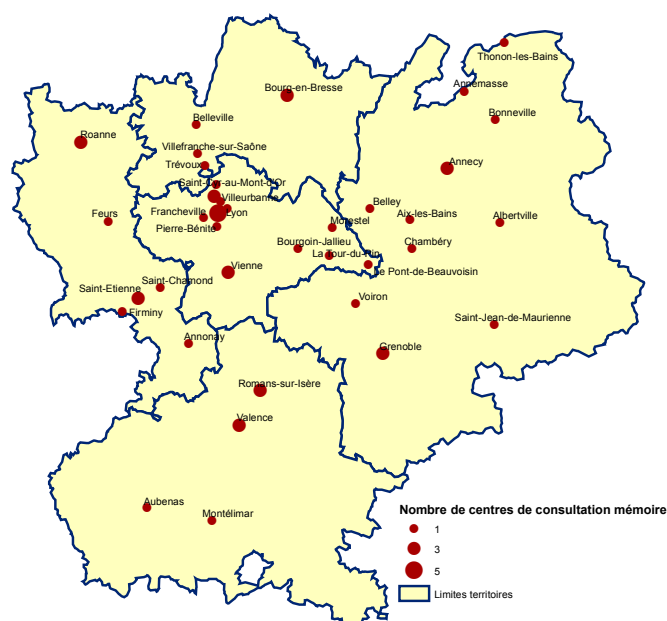
Au total, pour l'année 2009 et selon la cellule régionale d'observation de la démence (CROD), 18 700 personnes ont été prises en charge dans les centres mémoire de la région, dont 37% dans le territoire Centre. Cette file active était de 12 000 personnes en 2008.

File active de patients des consultations mémoires en 2009

Territoire	File active
Est	5 374
Nord	1 231
Ouest	3 861
Centre	6 938
Sud	1 298
Rhône-Alpes	18 702

Source : CROD (rapport 2009) - Exploitation ORS

Localisation et nombre de services proposant des consultations mémoire en 2009



Source : CROD (rapport 2009) - Exploitation ORS

Santé bucco-dentaire et personnes âgées : indicateurs à partir d'une cohorte personnes âgées dépendantes et institutionnalisées

L'Association Santé Orale Handicap, Dépendance Et Vulnérabilité (SOHDEV) a mis en place, entre février 2009 au 31 décembre 2010, dans le cadre d'un programme d'Etude sur la Santé Orale des Personnes Agées Dépendantes (ESOPAD), une cohorte de 455 résidents d'établissements de la région (groupe ACPA). Cette cohorte constituée afin de mesurer l'impact d'une formation continue à la santé orale des professionnels paramédicaux a permis d'obtenir des indicateurs de santé bucco-dentaire en début de programme (bilan de santé orale initial) qui peuvent être considérés comme une estimation de la situation des personnes âgées dépendantes en établissements.

Ainsi lors de l'inclusion, la prévalence du tartre était de 63%, celle de la carie dentaire de 74%. Enfin, lors de cet examen initial, le nombre moyen de dents absentes par résident a été estimé à 19,6 avec des extrêmes de 0 (pour 6 résidents) et 32 (pour 72 résidents soit 17%).

Ces résultats mettent en évidence que l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes institutionnalisées est insatisfaisant et que celles-ci nécessitent une prise en charge adaptée.

VI - HANDICAP ET VIEILLISSEMENT

VI- 2 - D - L'OFFRE EN ÉTABLISSEMENT

On peut rappeler en préalable les évolutions démographiques qui conduisent notamment à une forte augmentation sur la période actuelle des personnes âgées de 85 à 90 ans nées après le premier conflit mondial. Cette tranche d'âge est celle qui présente le plus de situations de perte d'autonomie. Ceci intervient après quelques années, la période 2000-2005, où les besoins étaient moins élevés du fait de l'arrivée aux âges de 85 ans et plus des générations creuses nées pendant la guerre. On rappelle également qu'en Rhône-Alpes 10% des plus de 75 ans vivent en établissement

La région offre, en 2010, plus de 3 700 lits en unités de soins longue durée, soit 7,7 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, contre 8,5 au niveau national. En 2009, on recensait en Rhône-Alpes 7 520 lits en USLD et 3 740 en 2010. Cette diminution est principalement due à la transformation de ces places en EHPAD, transformation qui se fait de manière plus ou moins rapide ou marquée selon les territoires.

Le taux de places en USLD varie fortement d'un territoire à l'autre : de 4,8 dans le Sud à 11,3 dans le Nord pour 1 000 habitants de plus de 75 ans.

Si l'on regroupe, du fait de cette évolution, les places en USLD et en EHPAD le taux d'équipement est de 115 pour 1 000 habitants en 2010 dans la région et de 104 en France.

La région offre 139 places en établissements pour personnes âgées (maisons de retraites, logements foyers et hébergements temporaires) pour 1 000 habitants en 2010. En France le taux d'équipement en établissement est de 124 places pour 1 000 habitants. Parmi les places disponibles, celles en EHPAD représentent 77% des places en hébergement dans la région, et 76% en France. Spécifiquement sur ces places, la région compte 108 places en EHPAD pour 1 000 habitants en 2009, contre 96 en France. Cette offre n'est pas répartie également sur le territoire. Le Centre et le Nord sont les territoires les moins équipés avec 92 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus alors que les trois autres territoires présentent des taux autour de 130 places.

Taux d'équipement** en USLD pour personnes âgées de plus de 75 ans en 2010

Territoire	USLD*	Taux d'équipement**
Est	1 065	7,4
Nord	563	12,6
Ouest	702	8,7
Centre	1 071	7,5
Sud	336	4,7
Rhône-Alpes	3 737	7,7

* Par rapport aux années précédentes, la diminution du nombre de places en USLD provient de la transformation de places USLD en EHPAD. Les places sont requalifiées en « maison de retraite » au sens des catégories FINESS. Le nombre de lits EHPAD a augmenté d'autant.

** Pour 1 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), Finess (ARS extraction du 04-08-2010) - Exploitation ORS

Places en établissements et en EHPAD pour personnes âgées de plus de 75 ans en 2010

Territoire	Places en établissements**		Dont EHPAD	
	Places	Taux d'équipement*	Places	Taux d'équipement*
Est	17 715	123,5	13 143	91,6
Nord	7 030	157,9	5 718	128,4
Ouest	12 909	160,8	10 681	133,0
Centre	18 734	131,5	13 086	91,9
Sud	10 629	147,3	9 347	129,5
Rhône-Alpes	67 017	138,8	51 975	107,6

* Pour 1 000 habitants

** Places en logement foyer, maison de retraite et hébergement temporaire

Le nombre de places en établissement d'accueil de jour n'a pas pu être différencié de celui de l'hébergement permanent car ces places étaient introduites dans le compte des maisons de retraites ou foyer logement dans le fichier utilisé

Source : Insee (RP 2007), Finess (ARS extraction du 04-08-2010) - Exploitation ORS



Les SSIAD assurent les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Ils ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant, ou différant, l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers. Concernant les SSIAD, il y a 8 600 places de services de soins à domicile soit 17,8 pour 1 000 habitants de plus de 75 ans dans la région (19,6 en France). On comptait seulement 5 140 places en 2000 et 165 services, soit une augmentation respective de 67% et de 26% en 10 ans.

Dans leur répartition il y a moins de disparités entre les territoires. Le Nord est le mieux équipé avec un taux de 20,6 pour 1000 habitants, suivi du Sud alors que le Centre est le territoire le moins bien équipé (15,0).

Taux d'équipement* en SSIAD pour personnes âgées de plus de 75 ans en 2010

Territoire	Nombre de services	Places	Taux d'équipements*
Est	61	2 613	18,2
Nord	21	916	20,6
Ouest	36	1 416	17,6
Centre	50	2 138	15,0
Sud	39	1 417	19,6
Rhône-Alpes	208	8 604	17,8

* Pour 1 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), Finess (ARS extraction du 04-08-2010) - Exploitation ORS

Les accueils de jour permettent de recevoir pour une ou plusieurs journées ou demi-journées par semaine, des personnes âgées vivant à leur domicile, dans des locaux dédiés à cet accueil. Lorsque l'accueil de jour s'adresse à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, il a comme objectifs principaux de préserver, maintenir voire restaurer l'autonomie des personnes atteintes de troubles démentiels et de permettre une poursuite de la vie à domicile dans les meilleures conditions possibles, tant pour ces personnes que pour leurs « aidants ». Plus de 1 090 places d'accueil de jour soit 2,3 pour 1 000 habitants¹ de plus de 75 ans sont implantées dans la région. Le Nord et, dans une moindre mesure, l'Ouest sont moins bien équipés que les autres territoires.

Accueil de jour pour personnes âgées de plus de 75 ans en 2009

Territoire	Places	Taux d'équipement*
Est	337	2,3
Nord	61	1,4
Ouest	165	2,1
Centre	337	2,4
Sud	170	2,4
Rhône-Alpes	1 092	2,3

* Pour 1 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), Finess validé par les DDASS au 1er mai 2009 - Exploitation ORS

¹ Pour privilégier la description fine par territoire, des fichiers régionaux validés par les services déconcentrés ont été mobilisés mais ceux-ci ne permettent pas de comparaison directe avec les valeurs nationales. Cependant, selon les fichiers nationaux les taux d'équipement étaient équivalents entre le niveau national et le niveau de la région Rhône-Alpes avec des taux présentés à 1,7 pour 1 000 habitants de plus de 75 ans.

VI- 2 - E - SYNTHÈSE

L'accroissement de l'espérance de vie lié essentiellement à la baisse de la mortalité des personnes âgées engendre un vieillissement de la population. Le nombre et la part des personnes de 75 ans et plus ne cesse de croître en Rhône-Alpes comme en France. Celles-ci représentent 8,5% de la population régionale en 2007 contre 6,8% en 1990 avec une augmentation de 30% de leur nombre (taux d'accroissement annuel de plus de 2% sur la période 1999-2007). Plus spécifiquement, la part et les effectifs de personnes âgées de plus de 85 ans augmentent fortement sur la période actuelle du fait de l'arrivée à ces âges des personnes nées après la première guerre mondiale.

Si globalement la part de personnes âgées de 75 ans et plus est plus basse sur la région qu'au niveau national (8,5%), on observe des profils différents selon les territoires de santé. Deux d'entre eux, l'Ouest et le Sud, présentent une part supérieure à la référence nationale avec près de 10% alors qu'elle est proche de 7,5% sur les trois autres. Les territoires les plus jeunes sont cependant ceux dont la population âgée connaît la plus forte augmentation des effectifs avec notamment un accroissement annuel supérieur à 2,5% dans le Centre et l'Est.

Sur le mode de vie, on peut rappeler qu'entre 65 et 79 ans, 24% des personnes vivent seules et que cette part est de 45% chez les 80 ans et plus. Ces parts sont plus basses dans le Sud. Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, neuf sur dix vivent en domicile ordinaire et une en établissement. Pour les personnes de 85 ans et plus, la part de personnes vivant en établissement reste minoritaire et correspond à un quart de la population (24%). Cette part varie selon les territoires et cette variation semble en partie liée au niveau d'offre en établissements existant sur chaque territoire.

Selon les estimations régionales de prévalence de la dépendance réalisées à partir de l'enquête HID en 2000 appliquée à la population régionale de 2008, près de 90 000 personnes âgées de plus de 65 ans étaient en situation de dépendance (groupe 1 à 4 selon la grille AGGIR).

Les premiers résultats nationaux de l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM) réalisée en 2008 permet d'actualiser les résultats de l'enquête HID et de mieux explorer les limitations fonctionnelles¹.

Au niveau national, parmi les personnes âgées de 60 à 79 ans, 14% sont touchées par une perte d'autonomie modérée (soit environ 134 000 personnes en Rhône-Alpes si l'on applique les mêmes taux). Près de 2,7% des personnes (soit plus de 26 000 en Rhône-Alpes) sont en situation de dépendance dont neuf sur dix sont limitées physiquement et six sur dix présentent des problèmes cognitifs limitant la réalisation d'actes essentiels de la vie quotidienne. Enfin, 0,6% des personnes âgées de 60-79 ans sont fortement dépendantes (soit environ 6 000 personnes si cette part est la même en Rhône-Alpes).

A ces prévalences s'ajoutent celles estimées parmi les personnes âgées de 80 ans ou plus dont plus d'un quart souffrent d'une perte modérée d'autonomie (60 000 en Rhône-Alpes), 11% présentent une dépendance (31 000 personnes) dont 53 % souffrent d'au moins une restriction absolue dans les activités essentielles de la vie quotidienne. Enfin, la forte dépendance touche 2,5 % des personnes de cet âge vivant à domicile (environ 6 000 personnes si cette part est la même en Rhône-Alpes).

Pour aider ces personnes en situation de perte d'autonomie, de plus en plus nombreuses, et les maintenir à domicile, le nombre d'aidants devrait croître en fonction de l'augmentation des personnes âgées. Cependant, la structure par âge des populations nationale et régionale et les évolutions démographiques envisagées devraient conduire à une baisse du potentiel d'aidants informels (entourage proche) par personne âgée dépendante.

Près de 100 000 personnes étaient bénéficiaires de l'APA dans la région au 1^{er} janvier 2009 (contre 52 500 au 1^{er} janvier 2003), soit 8% de la population des plus de 60 ans (seulement 5% en 2003). Les bénéficiaires de l'APA vivant à domicile sont devenus majoritaires (57%). Selon les départements, la part des bénéficiaires diffère.

¹ Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. Drees. Etudes et résultats. Lettre 718, février 2010.



Le Rhône a les parts les plus faibles, contrairement à l'Ardèche qui compte 5 personnes sur 100, à domicile comme en établissement, bénéficiaires de l'APA. Les parts élevées de bénéficiaires de l'APA en établissement sont là aussi observées sur les départements dont le niveau d'équipement en établissement est élevé.

En matière de santé, la mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus (qui représente les deux tiers des décès totaux) continue de baisser, elle est en Rhône-Alpes inférieure à celle observée au niveau national. Seule la mortalité masculine des territoires de l'Ouest et du Nord est supérieure à la référence nationale. L'espérance de vie à 65 ans est en Rhône-Alpes de 22,7 ans chez les femmes et 18,6 ans chez les hommes pour la période 2006-2008. Ces chiffres placent la région parmi les régions les plus favorisées alors que le Nord et l'Ouest sont plus proches des valeurs nationales.

Les maladies cardio-vasculaires sont fortement prévalentes chez les personnes âgées et représentent 30% des décès au-delà de 75 ans. La région présente des taux inférieurs aux taux nationaux pour la mortalité (période 2000-2008) et équivalents pour les admissions en ALD (période 2006-2008). Sur ces périodes, le territoire du Nord présente une situation défavorable pour la mortalité comme pour les admissions en ALD alors que la population du Centre montre la situation la plus favorable par rapport aux autres territoires, au niveau régional et national.

Plus spécifiquement, la région est en situation favorable pour les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux. Outre leur poids en termes de morbidité (première cause d'admission en ALD chez les personnes de plus de 75 ans) et de mortalité (létalité importante), les accidents vasculaires cérébraux sont également à l'origine de nombreuses déficiences et incapacités. Celles-ci peuvent fortement entraver l'autonomie et avoir un impact majeur sur la vie quotidienne des personnes atteintes et de leur entourage. Les taux régionaux de mortalité et d'admission en ALD sont inférieurs aux taux nationaux. Tous les territoires présentent des taux de mortalité très inférieurs aux références nationales à l'exception du territoire Nord. La situation défavorable de ce territoire se retrouve également pour les taux d'admission en ALD et les taux d'hospitalisation pour lesquels le territoire Centre présente également un profil moins favorable.

Pour les cancers, deuxième cause de mortalité et d'admission en ALD chez les personnes âgées, la région enregistre des taux de mortalité et d'admission en ALD proches des taux nationaux. Par territoire de santé, on observe des disparités essentiellement pour les taux masculins et tout particulièrement pour les admissions en ALD, avec une situation défavorable du territoire Nord pour la mortalité et les ALD, l'Ouest pour la mortalité et le Centre pour les admissions en ALD.

Les chutes accidentelles représentent une problématique très présente chez les personnes âgées et tout particulièrement en Rhône-Alpes. Les chutes représentent, en effet, 80% des accidents de la vie courante pour les Français de 70-74 ans et 91% pour les plus de 75 ans. On estime que 4 à 5% des plus de 65 ans ont recours aux urgences hospitalières chaque année pour chute, soit entre 38 000 et 48 000 personnes en Rhône-Alpes avec pour deux tiers des cas une hospitalisation ou un traitement prolongé. La région Rhône-Alpes et tous ses territoires de santé présentent des taux de mortalité par chutes accidentelles chez les 75 ans et plus, beaucoup plus élevés que ceux de la France, et ce quel que soit le sexe. L'Est, l'Ouest et le Centre présentent les taux les plus élevés, alors que les taux d'hospitalisation pour traumatismes (quel qu'en soit le type) sont plus élevés dans le territoire Nord.

Si 80% des admissions en ALD pour diabète se font avant 75 ans (3 700 sur 18 500 admissions annuelles pour diabète dans la région), la prévalence du diabète augmente avec l'âge. Ainsi dans la région, 12% des 65 ans et plus sont sous traitement antidiabétique, 14% chez les hommes et 10% chez les femmes. A l'échelle des territoires, c'est sur l'Ouest et le Centre que l'on observe les taux de prévalence les plus élevés.

Le nombre de décès par maladies neurologiques chez les personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté de 8% par an entre 2000 et 2008. Cette évolution est, cependant, en partie liée au vieillissement de la population qui favorise l'incidence de ce type de pathologies, et en partie à un meilleur diagnostic. Les taux de mortalité

régionaux sont supérieurs à ceux de la France. Les territoires du Nord et de l'Ouest présentent des taux plus élevés que ceux de la région.

En dehors de la maladie d'Alzheimer, les taux d'admission en ALD pour ces pathologies (essentiellement maladie de Parkinson) sont plus élevés en Rhône-Alpes qu'en France notamment sur le Nord, le Centre et l'Ouest. Seul l'Est présente des taux inférieurs aux références nationales.

Par ailleurs, on estime que près de 87 000 personnes étaient atteintes de maladie d'Alzheimer et de démences en Rhône-Alpes en 2007 et que 18 000 à 19 000 personnes sont nouvellement atteintes chaque année.

Parmi les assurés du régime général, la part de personnes traitées est inférieure à la prévalence de la maladie puisqu'un peu plus de 30 personnes âgées de 75 ans et plus sur 1 000 sont concernées (prévalence plus forte chez les femmes). Au niveau des territoires de santé, ces niveaux de prévalence sont assez stables.

En moyenne, par an, il y a 5 440 nouvelles admissions en ALD dans la région dont 4 700 concernent des personnes de 75 ans et plus. Les taux d'admission sont plus élevés sur la région qu'en France, et à l'intérieur de la région les taux les plus élevés sont observés sur les territoires du Nord, du Centre et de l'Ouest.

En matière d'équipement en établissements et services pour personnes âgées la région Rhône-Alpes présente un niveau d'offre plutôt supérieur aux références nationales. Pour les services de longue durée, le taux d'équipement est un peu inférieur mais de nombreuses places d'USLD sont actuellement transformées en places d'EHPAD et le taux d'équipement global est supérieur en Rhône-Alpes.

A l'inverse les places de SSIAD destinées aux personnes âgées sont proportionnellement moins nombreuses sur la région (- 10% par rapport à la France).

A l'intérieur de la région, le territoire Nord apparaît le plus équipé à l'exception des places d'accueil de jour dont le taux est faible. Les territoires Ouest et Sud sont également relativement mieux dotés que les autres territoires à l'exception également des places d'accueil de jour pour le premier et des places spécifiquement USLD pour le second.

L'Est et le Centre présentent des situations moins favorables notamment en termes d'établissements mais également en termes de places de SSIAD pour le Centre.



MÉTHODE

Cartographie : méthode de discrétisation

La méthode de discrétisation (définition des classes de répartition) utilisée pour les cartes dans ce document est la méthode de «Jenks». Elle est fondée sur la décomposition de la variance. Les bornes retenues sont celles qui vérifient l'hypothèse où les N unités sont regroupés dans des classes pour lesquelles la somme des variances intraclasse est minimale et celle interclasses maximale. Les unités au sein d'une même classe sont le moins dispersés possible tandis que les classes sont les plus éloignées les unes des autres.

Données par codes PMSI et codes postaux

Les données hospitalières (PMSI, RIM-Psy) sont disponibles à un échelon géographique qui correspond souvent au code postal. Les données d'ALD sont elles aussi mobilisables à l'échelle des codes postaux.

Les territoires de santé qui ont été définis divisent deux codes postaux et deux codes PMSI dans deux territoires différents. Pour calculer les indicateurs à partir des bases ALD et PMSI, les codes postaux et PMSI (69 470 et 69 870) ont

code PMSI et code postal	code commune	Territoires de santé	population	Part
69470	69066	Ouest	391	87,3
	69164	Nord	26	5,8
	69247	Nord	31	6,9
Total 69470	100,0			
69870	69037	Nord	89	13,7
	69060	Nord	54	8,3
	69093	Nord	130	20,0
	69107	Nord	130	20,0
	69160	Nord	114	17,5
	69183	Nord	18	2,7
	69192	Nord	8	1,2
	69217	Ouest	46	7,1
	69229	Nord	61	9,4
Total 69870	100,0			

été affectés dans le territoire où la population du code est la plus importante.

De manière détaillée, le code 69470 est composé de trois communes dont deux se situent dans le territoire Nord et une dans l'Ouest. Cette dernière concentre 87 % de la population du code postal (et PMSI) 69470. Ce code est donc intégré dans sa totalité dans le territoire Ouest.

A contrario le code postal 69870, composé de 9 communes voit la majorité de sa population (93%) dans le territoire Nord. Ainsi le code 69870 est affecté au territoire Nord.

Mortalité

Pour chaque indicateur de mortalité calculé, les codes CIM10 utilisés sont indiqués dans les encarts méthode.

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

Notre population de référence est la population de la France en 1999, deux sexes confondus par âge quinquennal (0-5-...-95 ans).

ALD

Pour chaque indicateur d'admissions en ALD calculé, le numéro de l'ALD ou les codes CIM10 utilisés sont indiqués dans les encarts méthode.

Les taux comparatifs d'admission en ALD sont calculés avec la population de référence égal à la population de la France en 1999, deux sexes confondus par âge quinquennal (0-5-...-95 ans).

PMSI

Pour chaque indicateur d'admissions en ALD calculé, les codes CIM10 utilisés sont indiqués dans les encarts méthode.

Les taux comparatifs d'hospitalisation sont calculés avec la population de référence égal à la population de la France en 1999, deux sexes confondus par âge quinquennal (0-5-...-95 ans).

Données de recours aux soins ambulatoires - URCAM/ARS

Les données issues des fichiers de l'assurance-maladie (données de recours aux soins et de prévalence de traitement) utilisées dans ce travail ne concernent que les assurés relevant du régime général de l'assurance-maladie, sans intégrer les assurés gérés par les sections locales mutualistes. A un échelon local ces données peuvent présenter des biais plus ou moins important en fonction du profil de la population assurée.

Seules les dépenses ayant fait l'objet d'un remboursement sont intégrées.

Les taux de recours aux soins sont calculés sur la population couverte 2007 du régime général.

Données des médecins libéraux - Urcam

Les médecins libéraux comptabilisés sont ceux inscrits dans les fichiers de l'assurance maladie. L'assurance-maladie retient en tant que médecins libéraux tous ceux qui ont une part d'activité libérale donnant lieu à perception d'honoraires (dont les médecins à temps plein ayant une activité privée à l'hôpital). Par contre, dans le fichier ADELI du Ministère des Affaires Sociales, les médecins sont enregistrés et comptabilisés au titre de leur activité principale (salariée ou libérale).



Territoires de santé et départements



Territoires de santé et cantons

