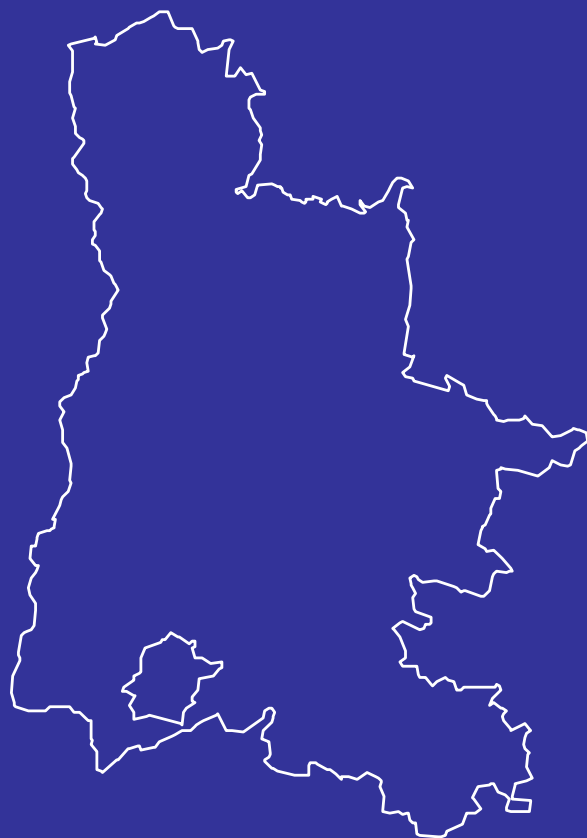


avec la participation
des partenaires de
Santé Publique
de la Drôme

Précarité et santé dans la Drôme



Octobre 2008

Ce dossier sur « précarité et santé » dans le département de la Drôme a été réalisé par l'**Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes**, à la demande des partenaires de santé publique du département et avec le soutien financier :

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



du **Conseil Général de la Drôme**
(Direction Départementale du Développement Social et de la Santé)



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



de la **Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Drôme (DDASS)**

de la **Mutualité Française Drôme**



Réalisation de l'étude

Sophie BASTIDE
Olivier GUYE
Abdoul SONKO

Documentation et collecte de données

Martine DRENEAU

Les chapitres sur l'offre de soins libérale et sur l'analyse du recours aux soins des bénéficiaires de la CMUc ont été réalisés en collaboration avec la CPAM de la Drôme (Ghislaine ARNAUD, Eric BALCELLS, Karine MARGUET, Edith MARCON).

Le chapitre « logement et santé » a été rédigé à partir de textes et documents transmis par le service santé environnement de la DDASS de la Drôme (Brigitte VITRY).

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

Ghislaine Arnaud et Maryvonne Hoarau (CPAM), Michel Bass, Martine Chalayer et Sylvie Gourret-Bourles (Conseil général), Mireille Benoit-Gauthier et Sylvaine Boige-Faure (Ville de Valence), Claire Champel (SAO Drôme), Sarita Dabbo et Sophie Gallavardin (ANPAA 26), Luc Gabrielle et Laurent Lizé (Education santé Drôme), Roger Léron et Véronique Raffin (CHS), Régine Mazoyer (Mutualité de la Drôme), Philippe Mehaye (CISSRA), Joelle Puzin (DDASS).

Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes

ERSP - 9 quai Jean Moulin - 69001 LYON

Tél : 04.72.07.46.20 - Fax : 04.72.07.46.21

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

Sommaire

Synthèse	5
Contexte et objectifs de l'étude	11
Première partie : Les situations de précarité dans la Drôme	13
1. Le contexte économique – Les revenus	14
2. L'emploi	20
3. Les allocations d'assistance	26
4. Le logement et l'hébergement social	34
Deuxième partie : Accès aux soins et état de santé des personnes en situation de précarité dans la Drôme.....	40
1. La couverture sociale	41
2. L'accès à l'offre de soins libérale	45
3. Profils de santé – Analyse comparée entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU complémentaire	52
4. Habitat indigne, logement et santé.....	62

Synthèse

Les relations entre la situation socio-économique des personnes et leur état de santé a été mis en lumière par de nombreux travaux. Les **objectifs** de ce dossier sont :

- **d'exposer la situation drômoise sur le plan socio-économique**, au niveau de l'ensemble du département mais également au niveau infra-départemental pour identifier les territoires les moins favorisés ;
- **de décrire l'offre de soins libérale et son accessibilité** ;
- de **mettre en évidence les problématiques de santé plus spécifiques des populations en situation de précarité** par l'analyse comparée du recours aux soins des populations bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMUc.

Une situation socio-économique parmi les plus défavorables de la région...mais pas toujours très éloignée de la situation nationale

La plupart des indicateurs socio-économiques analysés (revenu fiscal moyen, part de foyers non imposables, revenu médian des ménages, taux de chômage, part de demandeurs d'emploi de longue durée, taux de bénéficiaires de minima sociaux, taux de personnes retraitées relevant du minimum vieillesse, taux de bénéficiaires d'allocations logement) place le département de la Drôme parmi les moins favorisés de la région Rhône-Alpes, avec l'Ardèche et la Loire. La Drôme présente notamment les indicateurs les plus défavorables de la région pour le taux de chômage, le taux de bénéficiaires du RMI (Revenu minimum d'insertion) ou de l'ALF (Allocation logement familiale).

La région Rhône-Alpes est cependant globalement une région favorisée par rapport à la situation nationale, les départements de la Haute-Savoie, et dans une moindre mesure du Rhône, de la Savoie, de l'Isère et de l'Ain constituant une zone géographique aisée. Dans certains domaines, les données de la Drôme sont ainsi défavorables par rapport à la référence régionale mais peu éloignées voire plus favorables que la référence nationale. Il en est ainsi par exemple du revenu moyen des foyers non imposables ou de la part des demandeurs d'emploi de longue durée parmi l'ensemble des demandeurs d'emploi.

Une évolution favorable récente mais moins forte que sur la région de plusieurs indicateurs de précarité et à l'inverse un ralentissement de la hausse des revenus

Plusieurs indicateurs présentent un changement de tendance assez marqué avec une évolution favorable sur l'année 2007, comme le taux de bénéficiaires du RMI (moins 10% en un an) et de l'API, ou un peu plus ancienne comme le taux de chômage ou la part de demandeurs d'emploi de longue durée (moins 30% depuis 2004). Il apparaît toutefois que ces différentes évolutions positives sont un peu moins marquées sur le département de la Drôme que sur la région, ce qui tendrait à accroître les disparités.

En regard, l'accroissement du revenu moyen semble, par contre, subir un ralentissement depuis 2004, là encore plus marqué sur la Drôme par rapport à la région. Par ailleurs, l'augmentation de l'indice des prix dont notamment celui du logement ou plus récemment des produits alimentaires (non exploré dans ce travail) peut réduire le pouvoir d'achat et atténuer l'aspect positif des évolutions mentionnées.

Concernant les personnes retraitées, la part qui relève du minimum vieillesse est, à l'image de beaucoup de départements plutôt ruraux, plus importante que les références nationale et surtout régionale. C'est d'ailleurs dans les territoires les plus ruraux du département (bande

Est) que l'on retrouve les taux les plus élevés avec plus d'une personne sur deux relevant du minimum vieillesse.

Des situations de précarité plus présentes dans les villes centres (Valence, Montélimar, Romans), dans le sud et la pointe nord du département, et dans les zones rurales situées à distance de la vallée du Rhône

Au niveau infra-départemental, on retrouve de grandes disparités selon les communes et dans une moindre mesure selon les cantons. Les zones les plus favorisées en termes de revenus apparaissent situées en périphérie des grandes villes et tout particulièrement le long de la vallée du Rhône avec une dégradation progressive en s'éloignant à l'est de cet axe. Les indicateurs de chômage et les taux de minima sociaux font ressortir les villes centres (Valence, Montélimar, Romans) mais également la pointe nord du département (chômage) et une grande bande au sud. Pour les minima sociaux cette bande sud remonte sur les zones rurales et montagneuses du département (des Baronnies jusqu'au Diois). L'existence de taux élevés de bénéficiaires de minima sociaux (RMI en premier lieu) dans ces zones rurales, alors qu'ils sont habituellement plutôt observés en milieu urbain, constituent une particularité du sud de la région Rhône-Alpes.

En regard de ces situations de précarité, des bénéficiaires d'allocation logement nombreux et un dispositif d'hébergement social en CHRS inférieur à la moyenne régionale

Les bénéficiaires d'aides au logement sont un peu plus présents sur le département de la Drôme qu'aux niveaux régional et national. Le taux de bénéficiaires d'une allocation (APL, APF ou ALS) est le plus élevé de la région après ceux du Rhône et de la Loire.

Les personnes ou les familles ayant perdu leur logement ou n'étant pas en mesure d'accéder à un logement stable peuvent être aidées ou hébergées dans des établissements sociaux, centres d'accueil d'urgence (CAU) ou centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). D'autres dispositifs d'hébergement sont spécifiques de certaines populations comme les CADA, centres d'accueil pour demandeurs d'asile. Le département de la Drôme présente un taux d'équipement en lits d'hébergement de type CHRS inférieur à la moyenne régionale alors que le dispositif d'accueil pour les demandeurs d'asile est le deuxième plus élevé de la région après celui du Rhône.

Un logement qui peut présenter des risques pour la santé

Pour ceux qui ont un logement, celui-ci peut, tout particulièrement dans les situations de précarité, présenter des risques pour la santé. La notion d'habitat indigne recouvre l'ensemble des situations d'habitat présentant des risques pour la santé et la sécurité de leurs occupants et portant atteinte à la dignité humaine. Cela intègre notamment les logements insalubres, le risque de saturnisme (plomb accessible), ou les immeubles menaçant ruine ou dangereux.... En 2003 on estimait que 13 300 logements soit environ 7,5% des résidences principales drômoises étaient "potentiellement indignes". Concernant le saturnisme, 14 enfants en moyenne ont fait l'objet chaque année d'un primo-dépistage dans le département de la Drôme sur la période 1998-2005 soit 16 enfants de moins de 15 ans pour 100 000. Ce taux place la Drôme dans une situation intermédiaire, pour l'activité de dépistage, par rapport aux autres départements de la région. Parmi ces enfants qui ont fait l'objet d'un primo-dépistage du fait de facteurs de risques identifiés, un peu moins de 3% présentaient effectivement une situation de saturnisme (plombémie supérieure à 100 µg/l).

Les intoxications oxycarbonées domestiques peuvent être liées à un appareil de chauffage défectueux. Sur la période 1997-2004, 7 situations d'intoxications domestiques concernant 19 personnes avaient été recensées dans la Drôme soit un taux d'intoxications (4 pour 100 000 personnes) qui est le plus bas de la région. En 2007, 3 situations ont été déclarées concernant 5 personnes.

La situation socio-économique des personnes peut influencer sur de nombreux déterminants de santé tels que les comportements, l'accès à l'information, l'accès aux loisirs, les réseaux sociaux et familiaux et l'isolement, l'accès économique et physique aux ressources de soins et de prévention, ou encore le soin de soi et la capacité à se projeter vers l'avenir.

Concernant l'accès à l'offre de soins libérale, deux éléments peuvent constituer des freins pour les personnes en situation de précarité économique : les éventuels dépassements d'honoraires des médecins et l'éloignement géographique de l'offre pour les personnes ne disposant pas d'un véhicule.

Une offre libérale de proximité (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) qui reste bien répartie sur le territoire drômois mais il existe des zones de fragilité et certaines professions sont très peu présentes sur l'Est du département (médecins spécialistes, dentistes, sage-femmes)

La densité de médecins libéraux est équivalente à la moyenne régionale pour les omnipraticiens et un peu inférieure pour les spécialistes. Pour les infirmiers libéraux la densité est par contre la plus élevée de la région et globalement les densités départementales de professionnels libéraux ne font pas apparaître d'importants décalages avec la région. La répartition des professionnels de santé libéraux à l'intérieur du département, fait apparaître, en avril 2008, des situations très diverses selon les professions. Pour les médecins généralistes, il existe une présence médicale dans la totalité des cantons (excepté le canton de Rémuzat qui compte un peu plus d'un millier d'habitants). Cependant, sur les cantons peu peuplés (Bourdeaux, Luc-en-Diois, Sédéron, Saillans, La Motte Chalancon) le départ d'un seul professionnel abaisserait très significativement la densité médicale. A l'inverse, aucun médecin spécialiste n'est présent sur un peu plus de la moitié des cantons (19 sur 36) et, à quelques exceptions, près une large moitié Est du département est dépourvue de médecins spécialistes. Cette faible présence sur ce territoire est retrouvée pour les dentistes et dans une moindre mesure pour les orthophonistes qui sont présentes dans le Diois. La répartition est par contre plus homogène pour les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers (dont la densité est globalement plus forte sur les zones rurales). Enfin, bien que les sages-femmes libérales soient très présentes sur le département elles sont essentiellement concentrées sur la vallée du Rhône (et également sur Crest et Romans).

Une part de médecins à honoraires libres parmi les plus basses de la région sauf sur certains territoires du sud du département

En ce qui concerne le secteur de conventionnement des médecins, plus de 86% des omnipraticiens et 75% des spécialistes exercent sans pratiquer de dépassements d'honoraires autrement qu'à titre exceptionnel (secteur I). Ces taux, notamment pour les spécialistes sont parmi les plus élevés de la région. Cependant, il existe au sein du département des zones où la part de médecins en secteur I est plus réduite, comme dans la Vallée de la Drôme (Chatillon en Diois, Crest sud, Die, Luc en Diois), et surtout dans le sud du département (Saint-Paul-Trois-Châteaux, Montélimar et Nyons). Sur le canton de Montélimar, la part des médecins spécialistes conventionnés en secteur II (c'est-à-dire à honoraires libres) est majoritaire.

Malgré une évolution récente à la baisse, plus de 6% de la population drômoise est bénéficiaire de la CMU, soit le taux le plus élevé de la région après le Rhône

La Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc) permet aux personnes à faibles revenus d'avoir accès à une protection complémentaire santé gratuite et ainsi la possibilité d'accéder aux soins de ville ou en établissements hospitaliers, sans dépense à charge et sans avance de frais. En 2007, 6,1% de la population drômoise bénéficiaient de la CMUc, soit le 2^{ème} rang des départements de la région après le Rhône. Le nombre de bénéficiaires de la CMUc a fortement baissé en 2007, ce qui constitue la première décroissance notable depuis 2003. Au niveau infra-départemental, les taux de bénéficiaires les plus élevés sont observés dans les villes centres (Valence, Romans, Crest puis Montélimar) et dans une moindre mesure sur la bande Est du département puis sur les cantons du sud.

Des différences de recours aux soins marquées entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMUc ...

Pour tenter de mieux connaître le recours aux soins et les particularités épidémiologiques des populations en situation de précarité économique, une analyse comparée de la consommation de soins de ville des bénéficiaires et des non bénéficiaires de la CMUc a été réalisée avec l'aide de la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) de la Drôme, sur les actes du second semestre 2007.

Cette analyse, menée sur la population des moins de 60 ans (le minimum vieillesse qui correspond au revenu minimum pour les personnes retraitées étant juste supérieur au plafond de ressource donnant accès à la CMUc, les bénéficiaires de la CMUc sont très peu nombreux au-delà de cet âge) met en évidence des différences marquées.

... avec un recours plus répandu chez les bénéficiaires de la CMUc auprès des médecins généralistes et des spécialistes à l'exception des ophtalmologues et surtout des gynécologues...

Les bénéficiaires de la CMUc sont plus nombreux à avoir effectué au moins un soin sur les 6 mois de l'étude (83% contre 74%).

Sept bénéficiaires de la CMUc de moins de 60 ans sur 10 ont eu recours à un médecin généraliste contre 5,5 chez les non bénéficiaires. Pour les médecins spécialistes les différences sont moins marquées, la part d'assurés ayant eu recours à un spécialiste est plus forte (à âge égal) chez les bénéficiaires de la CMUc pour la plupart des spécialités courantes (pédiatrie, ORL, rhumatologie, psychiatrie, pneumologie, gastro-entérologie cardiologie...) ou équivalente (dermatologie, endocrinologie).

Deux spécialités font l'objet d'un recours moindre chez les bénéficiaires de la CMUc : l'ophtalmologie et la gynécologie pour laquelle, le taux de suivi est significativement inférieur chez les femmes bénéficiaires de la CMUc au-delà de 30 ans avec un écart maximal chez les femmes de 46-60 ans (27% contre 17%) alors qu'il s'agit de la période où l'incidence des cancers féminins (sein et utérus notamment) est la plus importante. A souligner cependant que les femmes dont le suivi gynécologique est réalisé par un médecin généraliste ne sont pas intégrées dans ce taux de suivi.

... un recours également supérieur pour les soins infirmiers mais inférieur pour l'orthophonie et l'orthodontie...

Pour les professions para-médicales les constats sont divers avec un recours supérieur chez les bénéficiaires de la CMUc pour les actes infirmiers, équivalent pour la kinésithérapie et moindre pour l'orthophonie et surtout l'orthodontie. Le recours à un orthodontiste,

probablement jugé moins indispensable et faisant l'objet d'une prise en charge financière moindre (36% restant à charge pour les bénéficiaires de la CMUc), est ainsi deux fois et demi inférieur chez les enfants bénéficiaires de la CMUc.

... des patients diabétiques deux fois plus présents chez les bénéficiaires de la CMUc mais moins bien suivis

L'analyse des prescriptions médicamenteuses permet d'approcher la prévalence de certaines pathologies comme le diabète qui apparaît (avec comme indicateur le taux de personnes ayant eu au moins une prescription dans les 6 mois), deux fois plus fréquents chez les bénéficiaires de la CMUc. Ceci est observé alors que le recours aux consultations d'endocrinologie est inférieur et que la réalisation des examens de suivi (bilans sanguins, examen du fond d'œil) est également moins régulière pouvant faire évoquer une qualité de suivi différente.

Les autres classes de médicaments étudiées (traitements psychotropes, traitements hypocholestérolémiants et dans une moindre mesure traitements anti-asthmatiques) concernent également plus de patients parmi les bénéficiaires de la CMUc.

Des différences qui sont avant tout évocatrices de différences d'état de santé

Les différences de recours aux soins de ville peuvent être liées à différents facteurs comme l'accessibilité économique et physique de l'offre, les comportements de recours (recours rapides ou tardifs, capacité à gérer certaines situations sans avoir recours aux soins, recours plus fréquents vers les offres non libérales notamment en établissements...) et enfin de l'état de santé.

Les différences constatées ici font, avant tout, évoquer un état de santé moins favorable chez les bénéficiaires de la CMUc avec un recours aux médecins plus importants et des prescriptions plus fréquentes (même pour certains traitements spécifiques) et un recours moindre pour certains actes qui peuvent être jugés moins essentiels (suivi gynécologique, bilans de suivi du diabète, actes para-médicaux). De plus si le recours aux soins est, à âge égal, globalement supérieur sur la plupart des actes chez les bénéficiaires de la CMUc, certains croisements d'informations font penser que le recours n'est pas aussi élevé qu'il pourrait l'être au vu de l'état de santé. Ceci est notamment illustré par les patients diabétiques qui sont 2 fois plus présents parmi les bénéficiaires de la CMUc mais moins nombreux à avoir recours à un endocrinologue et à pratiquer les examens de suivi.

Par ailleurs, on relève que c'est au niveau du recours au médecin généraliste que la différence est la plus marquée; celui-ci constitue pour les bénéficiaires de la CMUc encore plus que pour les autres assurés sociaux une ressource centrale et essentielle pour la démarche de soins des personnes.

Des dépenses de santé à la charge des assurés qui restent importantes chez les bénéficiaires de la CMU

Si la CMUc facilite manifestement l'accès économique à un grand nombre de soins, on soulignera d'une part que les frais restant à la charge de l'assuré demeurent conséquents pour certains actes comme les soins dentaires, et d'autre part que les dépassements d'honoraires appliqués aux bénéficiaires de la CMUc, si ils sont très inférieurs à ceux des non bénéficiaires de la CMUc (54 euros) sont tout à fait notables avec plus de 28 euros en moyenne par semestre pour les assurés ayant bénéficié d'au moins un acte, alors que ces

dépassements ne leurs sont règlementairement pas applicables. Seuls les enfants bénéficiaires de la CMUc semblent exempts de ces dépassements.

Pour les soins dentaires, plus de 60% des dépenses ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie pour les personnes non bénéficiaires de la CMUc (règlement par la couverture complémentaire eventuelle et par l'usager) et cette part reste de près de 30% pour les bénéficiaires de la CMUc (entièrement à la charge de l'assuré). Ainsi pour les bénéficiaires de la CMUc ayant consulté un dentiste au moins une fois sur le semestre, la somme moyenne restant à leur charge sur cette période est de 95 euros. Le recours aux soins dentaires est supérieur ou équivalent pour les personnes de moins de 45 ans et devient inférieur pour les tranches d'âge plus élevées où les soins (prothèses) sont moins bien pris en charge.

Enfin, on peut penser que sur cette question d'accessibilité financière la situation est probablement plus difficile encore pour les personnes sans couverture sociale ou pour les assurés dont les revenus sont trop importants pour avoir accès à la CMUc mais insuffisants pour contracter une couverture complémentaire.

Contexte et objectifs de l'étude

En 1995, l'Observatoire Régional de la Santé s'est engagé avec les partenaires de santé publique de la Drôme, dans la construction d'un Tableau de bord départemental de la santé. Depuis, cet outil accessible sur Internet (<http://www.chs-drome-sante.org>) a été actualisé à plusieurs reprises et s'inscrit dans une dynamique pérenne et multipartenariale d'observation de la santé.

Dans le cadre de cette dynamique, les partenaires de santé publique de la Drôme ont souhaité la réalisation annuelle d'un dossier thématique constituant une analyse approfondie de la situation départementale.

En 2006, le thème des cancers, priorité de santé publique dont la prévention constitue un axe majeur du Plan régional de santé publique (PRSP), avait été retenu¹.

En 2007, les partenaires de santé publique du département ont retenu la **thématique santé-précarité**.

En effet, de nombreux travaux ont maintenant confirmé la réalité des inégalités sociales de santé. Celles-ci se retrouvent pour nombre de pathologies et dans toutes les dimensions de la santé (mortalité, morbidité, risque, invalidité, handicap...), et sont d'origine multifactorielle : accès à l'information, comportements, exposition aux facteurs de risque (santé au travail, environnement, addictions, alimentation,...), qualité de vie, accès aux actions de prévention (ciblage des actions, couverture,...), accessibilité de l'offre de soins (physique, économique, sociale, symbolique...). La réduction des inégalités de santé constitue d'ailleurs un objectif prioritaire de la Loi de santé publique de 2004 et un axe majeur du Plan régional de santé publique Rhône-Alpes (2006-2010).

Par ailleurs, le Tableau de bord de la Drôme a bien montré que ce département présente des indicateurs de précarité qui le situe dans une situation défavorable par rapport à la situation régionale et aux autres départements de la région : bénéficiaires de la CMU ou des minima sociaux, chômage, niveaux de revenus,...

Le département de la Drôme présente par ailleurs une diversité importante de profil de territoires et de populations : des agglomérations urbaines importantes et des zones rurales relativement éloignées et isolées, la vallée du Rhône et des territoires montagneux...

Les objectifs de ce dossier sont de décrire brièvement la situation drômoise sur le plan socio-économique, au niveau de l'ensemble du département mais également au niveau infra-départemental, et de mettre en évidence les problématiques de santé plus spécifiques des populations en situation de précarité.

¹ Epidémiologie des cancers dans la Drôme. ORS Rhône-Alpes. Août 2007 – 53 p. Téléchargeable sur les sites du Comité d'hygiène sociale de la Drôme (www.chs-drome-sante.org) et de l'ORS (www.ors-rhone-alpes.org Rubrique Publications)

Le présent dossier se compose ainsi de deux grandes parties :

1. Situation générale sur les indicateurs de précarité

Cette première partie constitue un état des lieux des indicateurs de précarité qui permet de situer le département de la Drôme dans son environnement régional et de quantifier le niveau de prévalence des situations de précarité dans le département. Une rapide présentation des indicateurs les plus pertinents est ainsi réalisée avec selon la disponibilité des données un suivi historique pour montrer l'évolution de la situation dans le temps et une déclinaison infra-départementale (avec présentation cartographique) pour identifier les territoires les plus en difficulté.

2. Indicateurs d'accès aux soins et d'état de santé des populations en situation de précarité

Les objectifs de ce deuxième chapitre sont de rassembler et d'analyser des indicateurs d'accès aux soins (accessibilité économique et physique) puis de tenter d'identifier certaines particularités en termes de pathologies comme en termes de recours aux soins des populations en situation de précarité. Ceci repose essentiellement sur une analyse comparative des actes de soins délivrés aux populations bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU. Certaines problématiques qui concernent plus fréquemment les populations en situation de précarité et qui présentent des liens avec la situation sanitaire, comme le saturnisme ou la salubrité du logement, seront également explorées dans cette partie.

Première partie :

Les situations de précarité dans la Drôme

Ce chapitre présente divers indicateurs quantitatifs sur plusieurs domaines socio-économiques : les revenus, l'emploi et le chômage, les allocations d'assistance ou minima sociaux et enfin le logement et l'hébergement social.

Il s'agit d'une approche quantitative descriptive basée sur des indicateurs issus de différents systèmes d'information. Elle permet de préciser les effectifs de personnes concernées par différentes situations, de comparer la situation drômoise à celle des autres départements de la région et à la situation nationale, de pointer les différences entre territoires au sein du département et enfin de décrire les évolutions observées dans le temps.

Cette approche n'a, par contre, pas l'ambition de décrire les difficultés quotidiennes des personnes en situation de précarité, qui nécessiterait une approche plus qualitative.

Il faut également avoir à l'esprit que nombre d'indicateurs mobilisés reposent sur des définitions administratives qui peuvent refléter des situations très diverses et parfois sous-estimer la population réellement concernée par les situations de précarité, comme cela est notamment le cas des indicateurs de chômage.

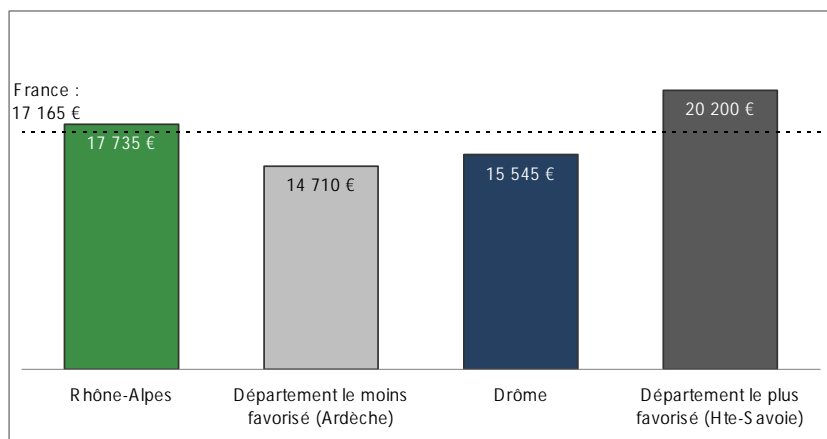
1. Le contexte économique – Les revenus

Les données concernant le revenu reflètent les disparités entre les différentes populations mais leur évolution dans le temps est à interpréter avec prudence au regard de l'accroissement des prix à la consommation de certains postes de dépenses. Ainsi au niveau national, alors que le revenu moyen par habitant s'est accru de 10% sur les cinq années de la période 2002-2006, l'indice des prix à la consommation pour le logement ou pour les frais liés à l'utilisation d'un véhicule personnel a connu une augmentation deux fois plus rapide (Source Insee). De fait, pour les 20% de ménages ayant les revenus les plus modestes la part du logement dans les dépenses du ménage représentait 25% en 2006 contre 22% en 2001. Cette évolution tend à réduire les capacités économiques pour les dépenses de santé qui représentaient pour ces mêmes ménages moins de 3% des dépenses en 2006 contre plus de 4% en 2001 (Source : Insee, enquête budget des familles).

Revenu moyen

Le revenu fiscal moyen annuel par foyer fiscal était en 2006² de 15 545 euros dans la Drôme. Ce chiffre est inférieur à la référence nationale (17 165 €) elle-même inférieure à la moyenne régionale (17 735 €) (cf. graphique 1). Ce niveau place le département au 3^{ème} rang des départements à plus faible revenu moyen de la région après le département de l'Ardèche (14 710 €) et à proximité du département de la Loire (15 482 €). A titre de comparaison le revenu départemental moyen le plus haut, et qui se situe parmi les plus élevés de France, est observé en Haute-Savoie avec un revenu de 20 200 euros, supérieur de 30% à celui de la Drôme. En plus de la Haute-Savoie, les quatre autres départements de la région (Rhône, Ain, Isère, Savoie) sont tous situés au-dessus de la moyenne nationale.

Graphique 1 : Revenu fiscal moyen en 2006

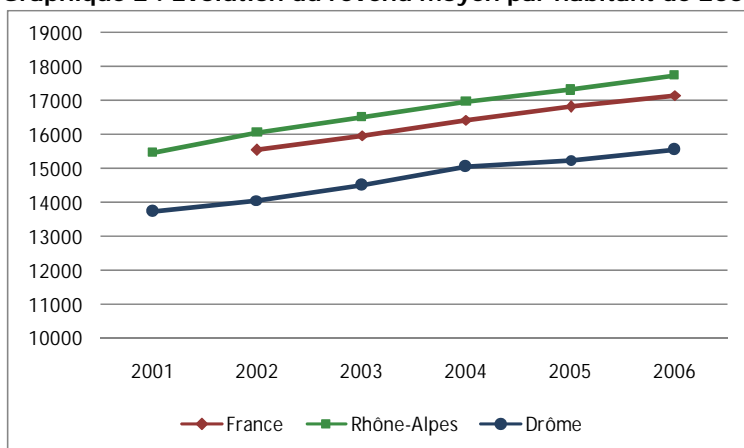


Source : DGI (Ministère du budget) - Traitement : ORS Rhône-Alpes

Sur les 5 dernières années ce revenu moyen a connu une croissance d'un peu plus de 10%, équivalente à celle observée sur la région ou au niveau national. Depuis 2005, l'augmentation de ce revenu est devenue inférieure à 2% par an, soit un ralentissement qui apparaît plus marqué dans la Drôme (cf. graphique 2).

² Montant net des revenus et plus-values 2005 retenues pour le calcul de l'impôt sur le revenu taxé tout au long de l'année 2006. La notion de foyer fiscal est différente de celle de ménages, ainsi un ménage constitué d'un couple non marié (ou non pacé) ayant des revenus correspond à deux foyers fiscaux.

Graphique 2 : Evolution du revenu moyen par habitant de 2001 à 2006



Source : DGI (Ministère du budget) - Traitement : ORS Rhône-Alpes

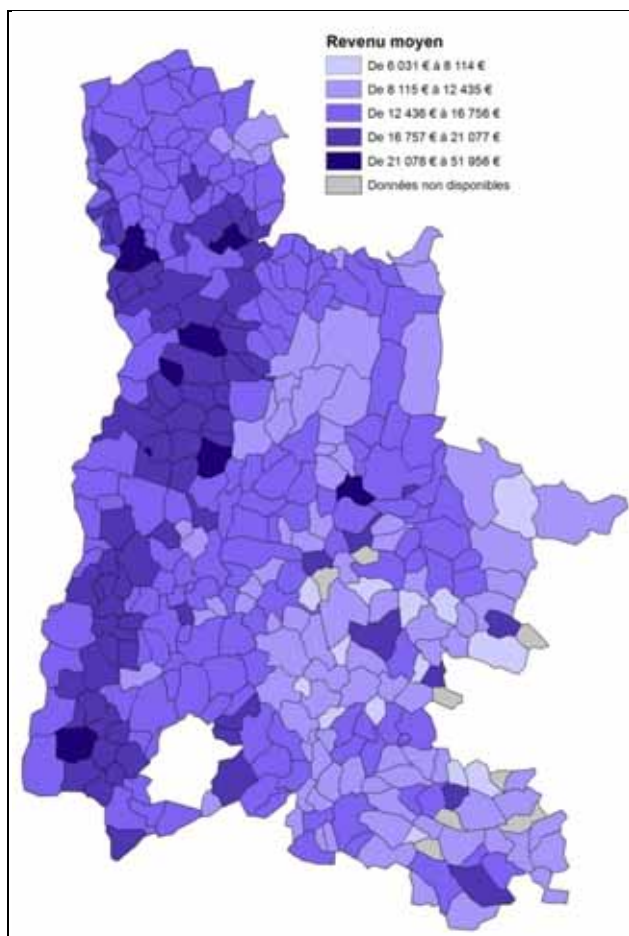
L'analyse de ce revenu moyen en fonction du caractère imposable des foyers montre une situation un peu différente.

Pour les foyers fiscaux imposables (50,4% des foyers drômois en 2006), le revenu moyen déclaré est de 23 648 €, inférieur au chiffre régional (25 370 €) et au chiffre national qui est plus élevé (25 805 €). Pour les foyers fiscaux non imposables (49,6% des foyers drômois en 2006), le revenu moyen déclaré est de 7 309 €, montant inférieur au chiffre régional (7 839 €) mais supérieur, comme tous les départements de la région, au chiffre national (7 102 €).

Pour ces deux indicateurs, le département de la Drôme se situe au 3^{ème} rang des départements de la région ayant les plus faibles revenus, après l'Ardèche et la Loire.

Au niveau infra-départemental, les revenus moyens les plus élevés se situent essentiellement en périphérie (première couronne) des principales villes du département, tout particulièrement le long de la vallée du Rhône. Les niveaux moyens de revenus s'abaissent globalement par contre en s'éloignant de cet axe (cf. carte 1), notamment dans la moitié sud du département. Ces revenus moyens montrent un très grand différentiel et s'échelonnent selon les communes de 6 000 euros à plus de 50 000 euros de revenus annuels moyens par habitant.

Carte 1 : Revenu moyen des foyers fiscaux en 2006 par commune

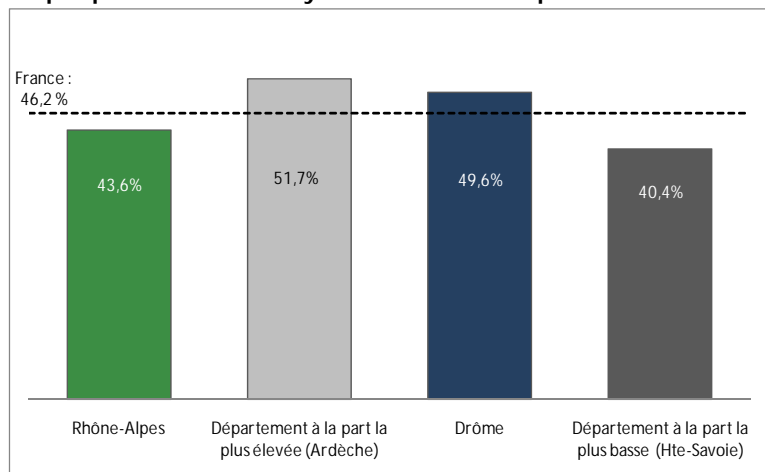


Source : DGI (Ministère du budget) - Traitement : ORS Rhône-Alpes

Part des foyers fiscaux non imposables

Un foyer drômois sur deux (49,6%) n'était pas imposable en 2006. Cette part, qui illustre la modestie des revenus, est la plus importante de la région après celle de l'Ardèche (51,7%) et elle est supérieure à la part nationale (46%) et surtout à la part régionale (43,6%). C'est, là aussi, en Haute-Savoie, où 4 foyers sur 10 ne sont pas imposables, que cet indicateur est le plus faible. (cf. graphique 3)

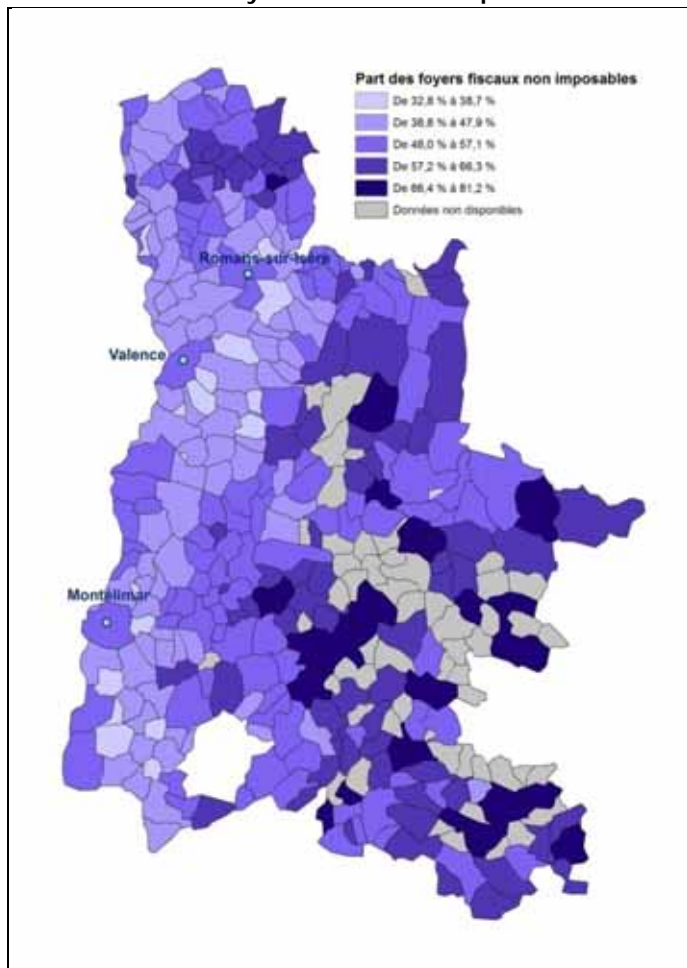
Graphique 3 : Part des foyers fiscaux non imposables en 2006



Source : DGI (Ministère du budget) - Traitement : ORS Rhône-Alpes

L'analyse infra-départementale de cette part de foyers fiscaux non imposables conduit aux mêmes grands constats que ceux des revenus moyens, avec des taux de foyers imposables plus élevés le long de la vallée du Rhône et plus faibles dans l'Est du département (cf. carte 2). Selon les communes où cet indicateur est disponible (le secret statistique limite l'accès à cette donnée pour les communes faiblement peuplées), la part de foyers non imposables varie d'un foyer sur trois à quatre foyers sur cinq.

Carte 2 : Part des foyers fiscaux non imposables en 2006 par commune



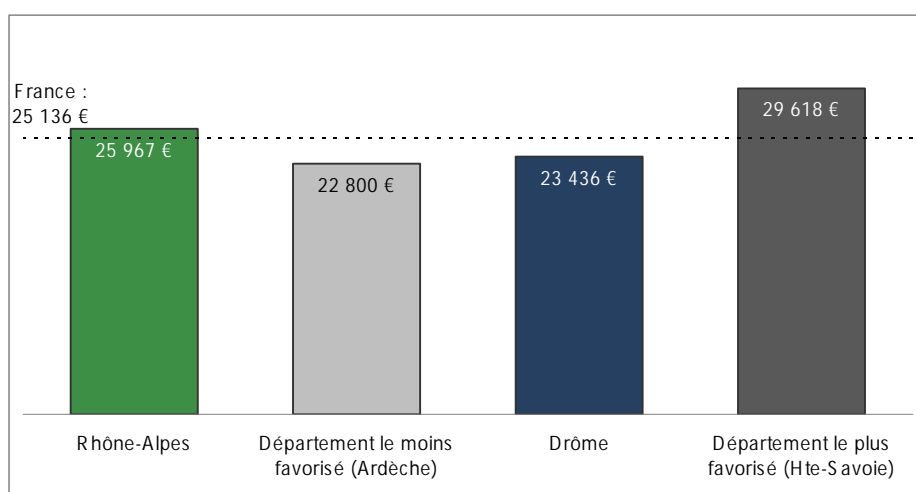
Source : DGI (Ministère du budget) - Traitement : ORS Rhône-Alpes

Le revenu disponible médian des ménages

Le niveau de revenu médian des ménages, c'est à dire la valeur au dessus de laquelle se situe la moitié des ménages, est un autre indicateur de revenus qui complète le revenu moyen et peut constituer un meilleur reflet de la distribution des revenus³.

Cet indicateur n'est pas disponible sur les revenus des foyers fiscaux mais peut être calculé sur le revenu disponible des ménages. **Les modalités de calcul sont totalement différentes⁴ et les montants ne sont donc pas comparables avec le revenu fiscal moyen** vu ci-dessus. Cependant, la position du département de la Drôme n'est que peu modifiée par rapport à la région. On observe plutôt un resserrement des écarts en comparaison de la région et des autres départements défavorisés (Ardèche et Loire très proche de la Drôme).

Graphique 4 : Revenu médian par ménage en 2005



Source : Insee (nombre de ménages au RGP 1999) - DGI - Traitement : ORS Rhône-Alpes

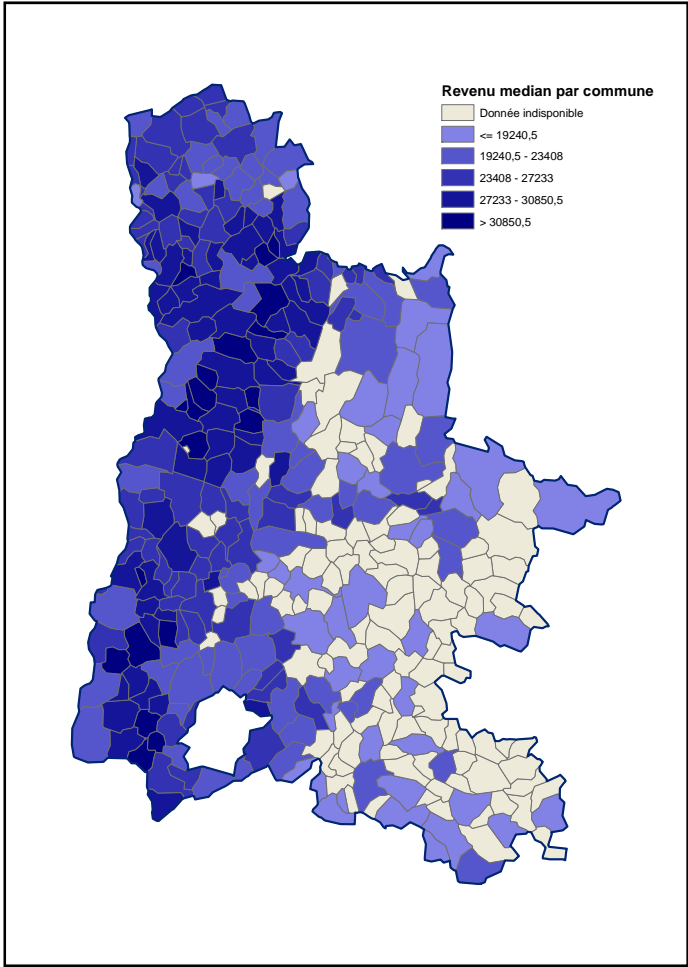
L'analyse du revenu médian par commune est compliquée par la part importante de communes où cette donnée n'est pas disponible (le tiers de communes les moins peuplées du département) mais elle semble confirmer un axe privilégié parallèle à la vallée du Rhône, et des zones moins favorisées sur les grandes communes urbaines, le nord du département et une large bande Est (cf. carte 3).

³ Les revenus, comme de nombreuses données économiques, sont limités vers le bas (revenu nul) et non vers le haut (revenus très élevés). Le revenu moyen est ainsi tiré vers le haut par les salaires élevés, même s'ils sont peu nombreux, et il est pour cette raison généralement supérieur à la médiane. Par ailleurs, l'incertitude qui affecte les valeurs extrêmes, en particulier les valeurs élevées, se reporte sur la moyenne mais n'affecte pas la médiane. Celle-ci est de ce point de vue un indicateur plus fiable.

⁴ Le revenu disponible par ménage (données INSEE) :

- un ménage peut comprendre plusieurs foyers fiscaux (exemple : couple non marié et non pacsé),
- le revenu disponible d'un ménage comprend les revenus d'activité, les revenus du patrimoine, les transferts en provenance d'autres ménages et les prestations sociales (y compris les pensions de retraite et les indemnités de chômage), nets des impôts directs (impôt sur le revenu, taxe d'habitation, CSG et CRDS).

Carte 3 : Revenu médian des ménages en 2005 par commune



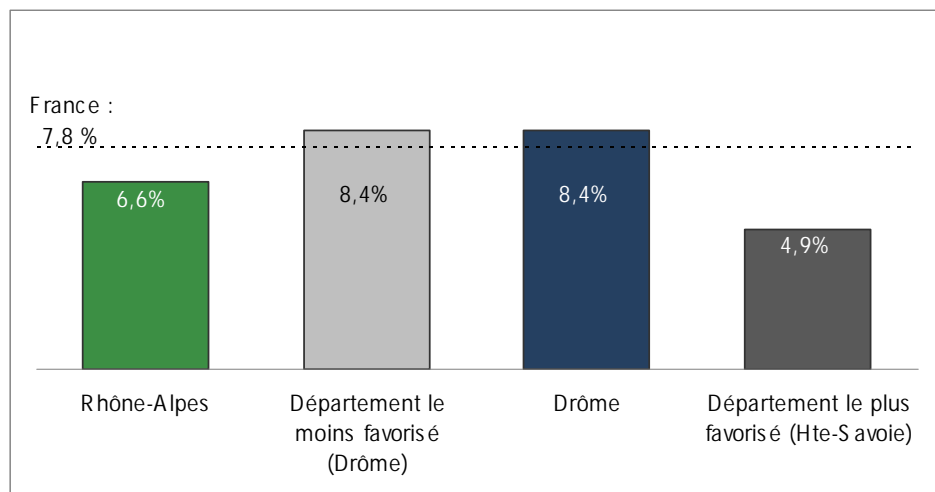
Source : Insee - DGI - Traitement : ORS Rhône-Alpes

2. L'emploi

Chômage

En Décembre 2007, le département de la Drôme présentait le taux de chômage le plus élevé de la région avec 8,4% de la population active. A cette même époque, le taux régional était de 6,6% et le taux national de 7,8%. Le département de l'Ain présente la situation la plus favorable avec un taux inférieur à 5% (cf. graphique 5).

Graphique 5 : Taux de chômage en décembre 2007

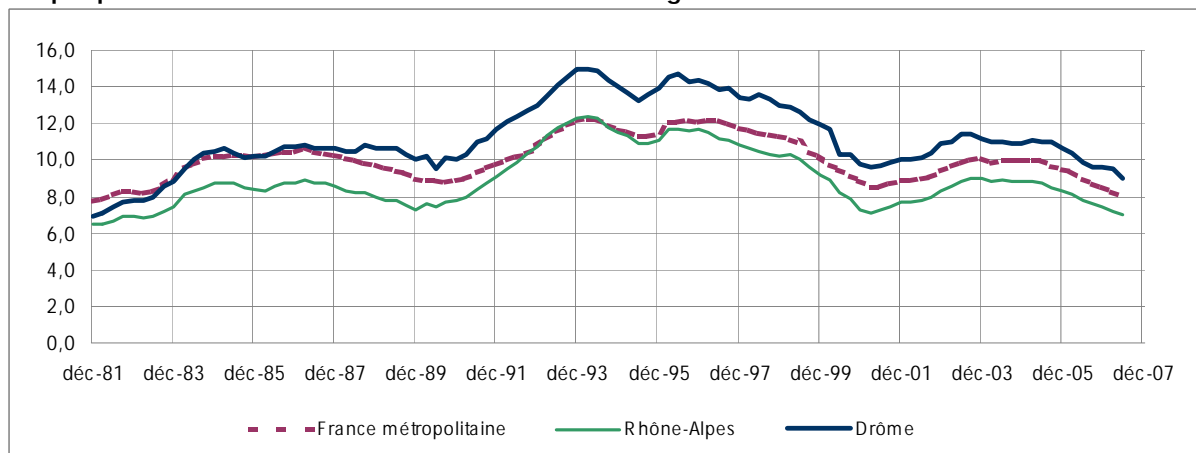


Source : Insee – Traitement ORS Rhône-Alpes

La définition du taux de chômage utilisée est celle du Bureau International du Travail (BIT). Il comptabilise les personnes qui sont simultanément : sans travail, à la recherche d'un emploi, et disponible pour travailler. Cet indicateur estimé à partir d'enquêtes, permet des comparaisons insensibles aux règles institutionnelles et de gestion et aux définitions administratives. Il est en revanche moins immédiat et non décliné en dessous du département.

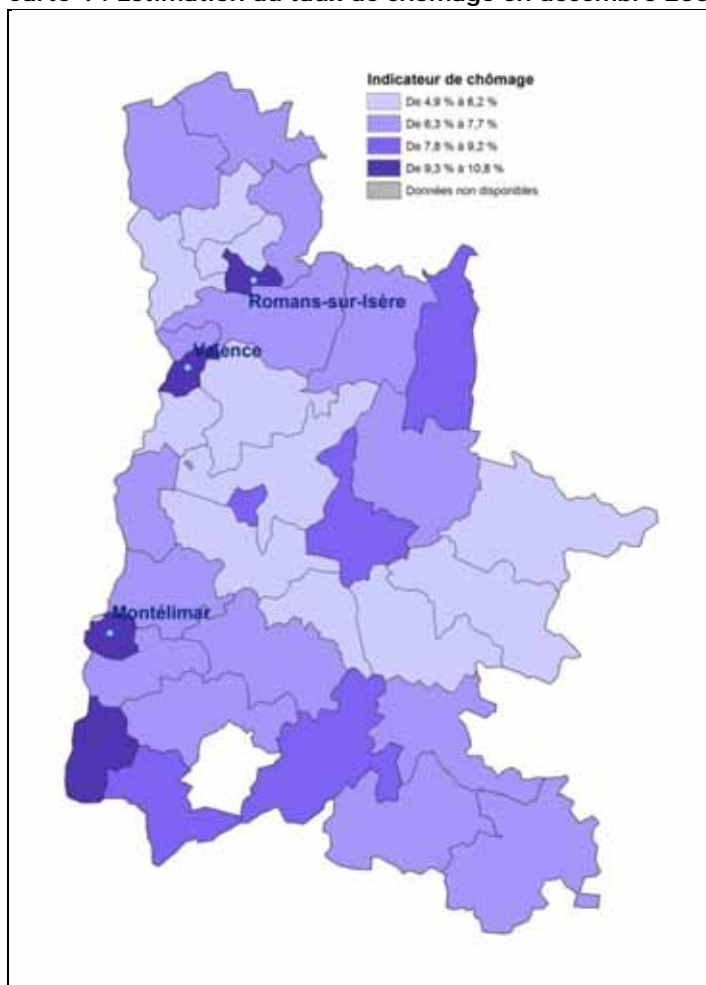
Depuis 20 ans, le taux de chômage drômois est supérieur au taux national et la situation défavorable par rapport à la région est plus ancienne encore. C'est au cours des années 90 que le département de la Drôme a présenté des indicateurs les plus éloignés de ces deux références nationale et régionale. Depuis, l'évolution de ces trois taux apparaît assez parallèle. Après une forte évolution à la baisse dans la deuxième moitié des années 90, et une évolution à la hausse sur la période 2001-2003, une nouvelle baisse est observée depuis deux ans (cf. graphique 6).

Graphique 6 : Evolution trimestrielle du taux de chômage de Décembre 1981 à Décembre 2007



Au niveau infra-départemental à l'échelle des cantons, le taux de chômage apparaît plus élevé dans les villes centres (Valence, Montélimar, Romans, Pierrelatte) et globalement dans le tiers sud du département. (cf. carte 4). Cependant, en raison de limites méthodologiques (cf. encadré), cette analyse infra-départementale est à interpréter avec prudence.

Carte 4 : Estimation du taux de chômage en décembre 2007 par canton



Déclinaison infra-départementale du taux de chômage : le calcul du taux de chômage repose sur le rapport entre le nombre de demandeurs d'emploi et la population active. Si le nombre de demandeurs d'emploi est actualisé en continu, les dernières données de population active à l'échelle cantonale datent du dernier recensement général de population de 1999.

Source : ANPE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

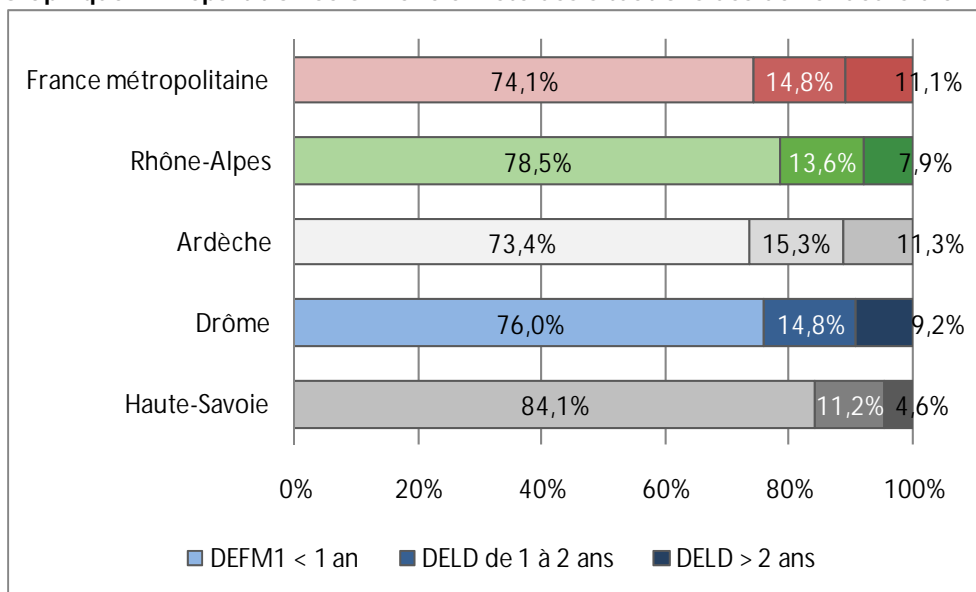
Les demandeurs d'emploi de longue durée (DELD)

La part des demandeurs d'emploi de longue durée (plus de 1 an et plus de 2 ans) parmi les demandeurs d'emploi (DEFM de catégorie 1) permet de pointer les situations les plus ancrées, pour lesquelles le retour à l'emploi est le plus difficile.

Fin 2007, la part des demandeurs d'emploi de plus de 1 an est dans la Drôme de 24%, dont 9% de plus de 2 ans. Ces parts sont supérieures à ce que l'on observe sur la région Rhône-Alpes où les demandeurs d'emploi de longue durée représentent 21,5% des demandeurs d'emploi et ceux de plus de 2 ans 8% mais sont inférieures aux données nationales (respectivement 26 et 11%).

Ces chiffres sont proches de ceux de l'Ardèche, département qui présente la situation la moins favorable de la région alors que la Haute-Savoie présente les meilleurs indicateurs avec 16% de demandeurs d'emploi de longue durée et moins de 5% de situations d'ancienneté supérieure à 2 ans (cf. graphique 7).

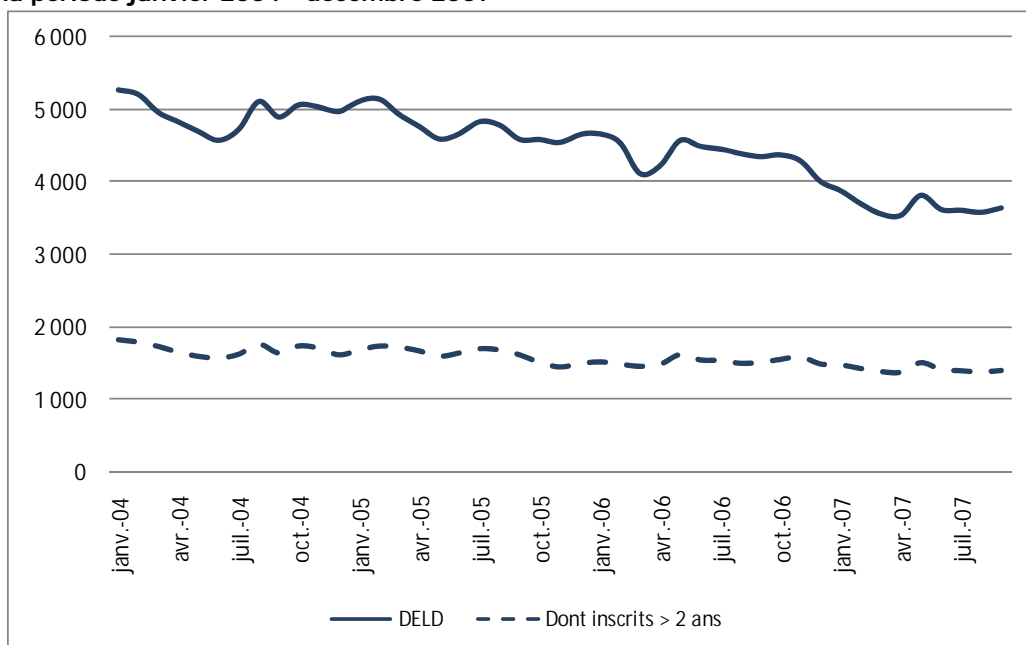
Graphique 7 : Répartition selon l'ancienneté des situations des demandeurs d'emploi – déc. 2007



Source : ANPE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Sur les quatre dernières années (2004-2007) le nombre de demandeurs d'emploi de longue durée a chuté de 30%. Parmi ceux-ci, la baisse a été moins forte pour les demandeurs d'emploi inscrits depuis plus de 2 ans (- 23%), c'est à dire les personnes les plus éloignées de l'emploi (cf. graphique 8).

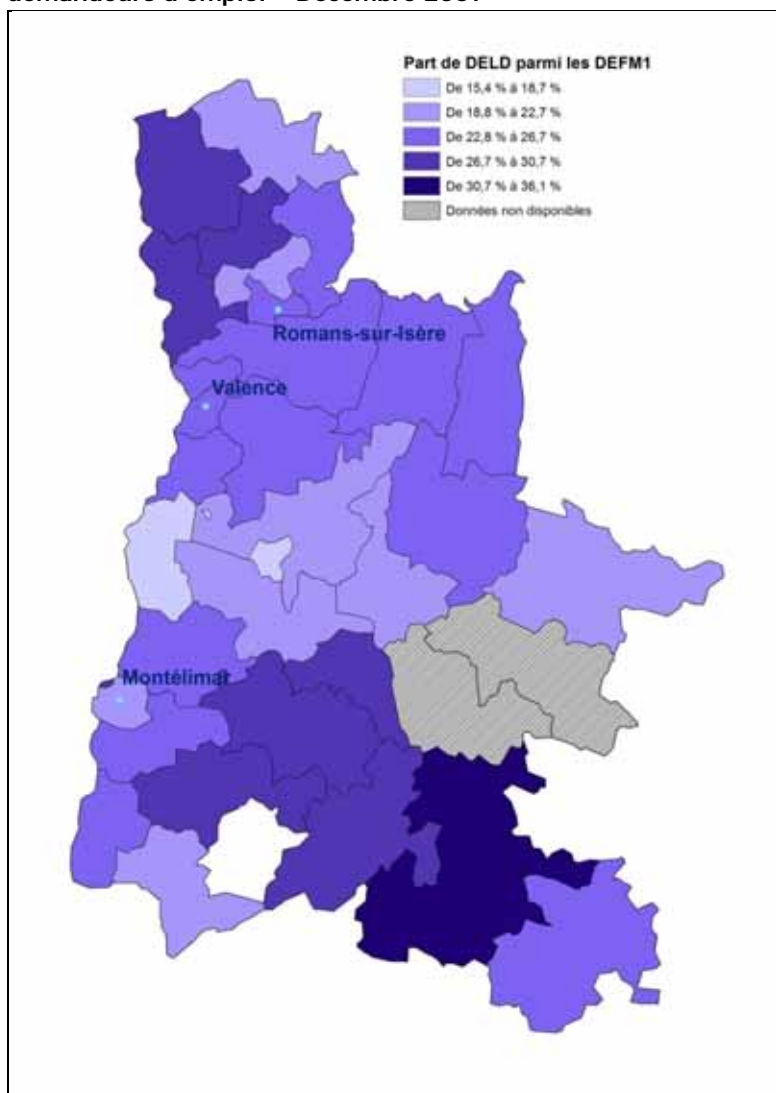
Graphique 8 : Evolution du nombre de DELD dont ceux inscrits depuis plus de 2 ans dans la Drôme sur la période janvier 2004 - décembre 2007



Source : ANPE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

A l'échelle des cantons du département la part de demandeurs d'emploi de longue durée (plus de 1 an) parmi l'ensemble des demandeurs d'emploi varie de 15% à 36%. Les parts les plus élevées se retrouvent surtout sur le sud du département à l'écart de la vallée du Rhône et sur la pointe nord-ouest du département (Saint-Vallier, Tain-l'Hermitage) (cf. carte 5).

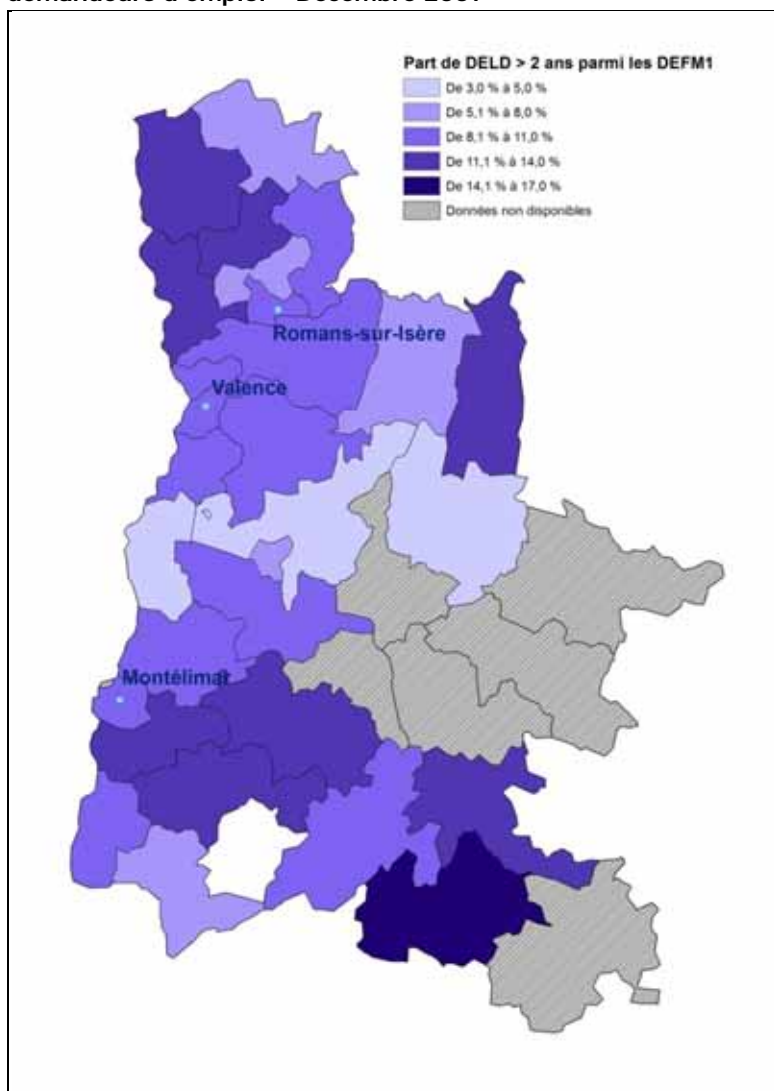
Carte 5 : Part des demandeurs d'emploi de longue durée (plus de 1 an) parmi l'ensemble de demandeurs d'emploi – Décembre 2007



Source : ANPE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

La part de demandeurs d'emploi de plus de 2 ans parmi l'ensemble des demandeurs d'emploi varie de quelques % à 17%. La répartition géographique est très proche de la précédente. Les parts les plus élevées, qui révèlent les territoires où les demandeurs d'emploi sont les plus éloignés de la reprise de travail, se retrouvent sur les cantons de Buis-les-Baronnies, Grignan, Dieulefit et Tain-l'Hermitage et les plus faibles dans le Diois (cf. carte 6).

Carte 6 : Part des demandeurs d'emploi de longue durée (plus de 2 ans) parmi l'ensemble de demandeurs d'emploi – Décembre 2007



Source : ANPE – Traitement : ORS Rhône-Alpes

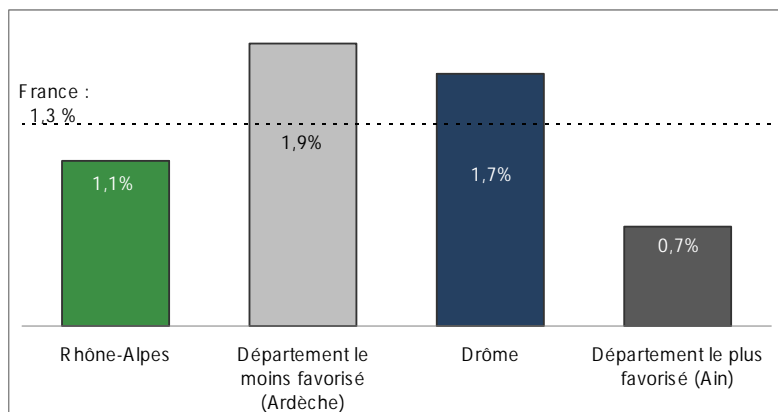
Les bénéficiaires de l'Allocation de solidarité spécifique (ASS)

L'allocation de solidarité spécifique (ASS) concerne les demandeurs d'emploi qui arrivent au terme de leurs droits à l'ARE (allocation d'aide au retour à l'emploi) ou à l'allocation de fin de formation (AFF), qui justifient de 5 ans d'activité salariée dans les 10 ans précédant la fin du contrat de travail, qui ne dépassent pas un plafond de ressources (1 031,80 euros pour une personne seule, 1 621,40 pour un couple) et qui effectuent des recherches actives d'emploi (si âge inférieur à 55 ans).

Au 31 décembre 2006, 3 260 drômois bénéficiaient de l'ASS soit 1,7% de la population active*. Ce taux est le deuxième de la région après celui de l'Ardèche (1,9%), il est supérieur aux taux régional (1,1%) et national (1,3%) (cf. graphique 9).

* Le dénombrement de la population active utilisé ici, est le dernier disponible soit celui du recensement général de 1999.

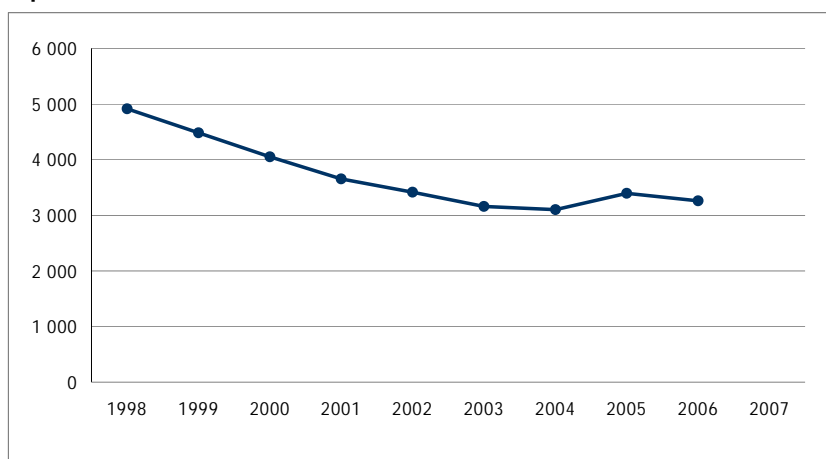
Graphique 9 : Taux de bénéficiaires de l'ASS parmi la population active en décembre 2006



Source : UNISTATIS, Insee – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Depuis 1998, le nombre de bénéficiaires de l'ASS était en décroissance forte et régulière jusqu'en 2003 où s'est amorcée une stagnation voire une hausse (en 2005). Les chiffres 2006 montrent une baisse très modeste qui devrait se confirmer en 2007 selon les premières estimations (cf. graphique 10).

Graphique 10 : Evolution de 1998 à 2006 du nombre de personnes bénéficiaires de l'ASS dans le département de la Drôme



Source : UNISTATIS – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Le dispositif de solidarité pour les demandeurs d'emploi n'ayant pas droit ou ayant épuisé les droits à l'assurance chômage, comprend également **l'allocation temporaire d'attente (ATA)** qui remplace (depuis novembre 2006) **l'allocation d'insertion (AI)**.

Ces allocations concernent les demandeurs d'emploi inscrits qui dans l'année précédant leur inscription à l'ANPE ont connu une situation exceptionnelle : expatrié à l'étranger, non affilié à la caisse de chômage des expatriés, demandeur d'asile de plus de 18 ans ayant obtenu l'asile politique auprès de l'OFPRA, les demandeurs d'asile attendant leur autorisation de travail, détenu libéré (sauf pour les condamnés à des peines de réclusion criminelle), étrangers bénéficiaires de la protection subsidiaire ou de la protection temporaire, victimes étrangères de la traite des êtres humains ou du proxénétisme, les apatrides.

En décembre 2006, dans la Drôme, 107 personnes relevaient de ce dispositif, 81 bénéficiaient de l'AI et 26 de l'ATA. Ce chiffre représente 6,5% des 1 625 personnes concernées sur la région (dont 600 dans le Rhône 330 en Haute-Savoie).

3. Les allocations d'assistance

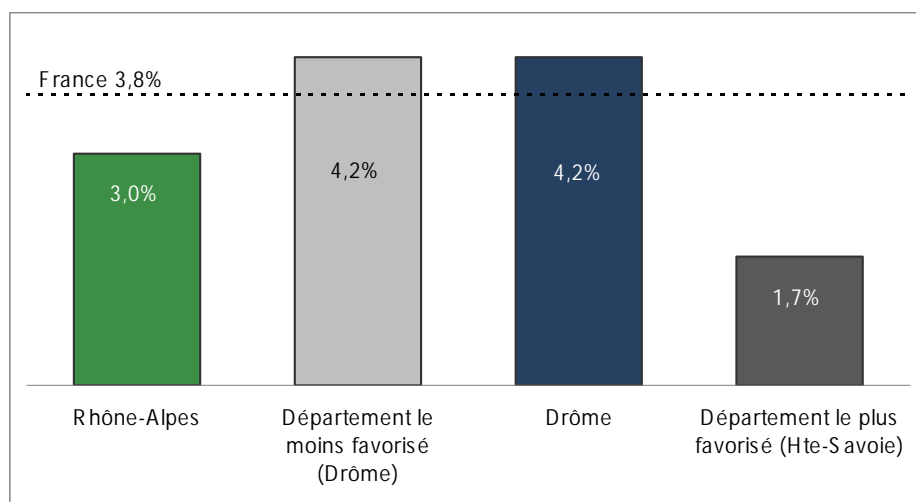
Les données utilisées dans ce chapitre sont issues de fichiers consolidés (processus de révision et standardisation permettant les comparaisons). A ce titre elles ne peuvent être confrontées à des données de gestion dont elles peuvent différer.

Le Revenu minimum d'insertion (RMI)

Il était dénombré, au 31 décembre 2007, 7 521 allocataires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI), dans le département soit une diminution de 10,2 % par rapport à l'année précédente (8 374 au 31/12/2006). Cette réduction est, en période annuelle, la première observée depuis 2001 (cf. graphique 13). En 2007, 347 familles étaient également bénéficiaires du RMI par le biais de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) contre 306 en 2006.

Les 8 374 bénéficiaires du RMI recensés au 31/12/2006 correspondaient à une population couverte totale (ayants droits inclus) de 16 350 personnes soit 4,2% de la population totale de la Drôme des moins de 65 ans. Ce taux départemental est le plus élevé de la région dont le taux global est de 3% (cf. graphique 11).

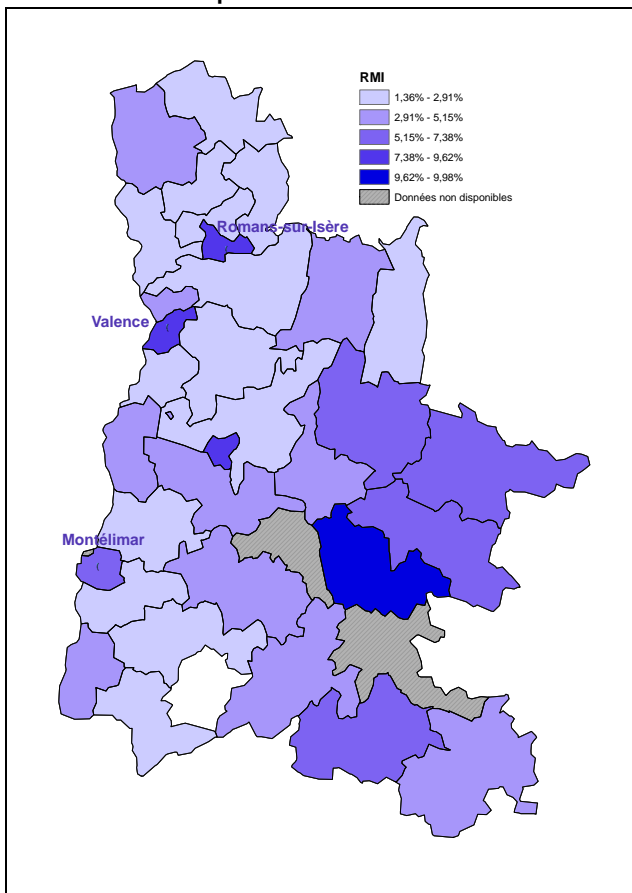
Graphique 11 : Part de la population couverte par le RMI parmi la population totale de moins de 65 ans au 31 décembre 2006



Source : CAF, Insee – Traitement ORS Rhône-Alpes

L'analyse infra-départementale montre une concentration des bénéficiaires du RMI en milieu urbain (Romans, Valence et à un degré moindre Montélimar) mais également sur certains cantons ruraux (Sud et Est du département), ce qui constitue une particularité des deux départements du sud de la région (Drôme et Ardèche). En effet, dans les autres départements les taux élevés de bénéficiaires du RMI sont presque exclusivement localisés dans les agglomérations. (cf. carte 7)

Carte 7 : Taux de personnes relevant du RMI en 2007 parmi la population de moins de 65 ans*



Source : CAF, Insee – Traitement ORS Rhône-Alpes

* les populations cantonales utilisées comme référence sont celles du recensement de 1999

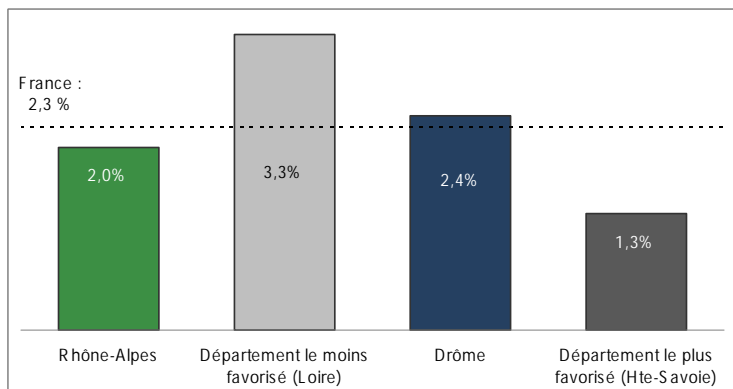
L'Allocation aux adultes handicapés (AAH)

L'AAH (Allocation aux adultes handicapés) est une allocation qui vise à garantir un minimum de ressources aux personnes adultes (plus de 20 ans) atteintes d'une incapacité permanente égale ou supérieure à 80% (ou de 50% à 80% en cas d'impossibilité de se procurer un emploi).

Les personnes qui ne disposent pas d'autres ressources perçoivent le montant maximum de l'AAH, soit 628,10 EUR au 1er janvier 2008. En principe, l'AAH n'est plus versée à partir de 60 ans. A cet âge, les bénéficiaires basculent dans le régime de retraite pour inaptitude. Seuls certains bénéficiaires peuvent conserver une partie de l'AAH lorsque l'avantage vieillesse qu'ils perçoivent à partir de 60 ans est inférieur au montant en vigueur de l'AAH.

Il était dénombré au 31 décembre 2007, 5 811 allocataires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH). Rapporté à la population âgée de 20 à 59 ans, cela correspond à un taux de 2,4% supérieur à la référence régionale (2,0%). En Rhône-Alpes, les départements de la Loire et de l'Ardèche présentent des taux supérieurs à celui de la Drôme (respectivement 3,3% et 3%) (cf. graphique 12). En 2007, 281 familles étaient également bénéficiaires du RMI par le biais de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) contre 298 en 2006.

Graphique 12 : taux d'allocataires de l'AAH parmi la population âgée de 20 à 59 ans

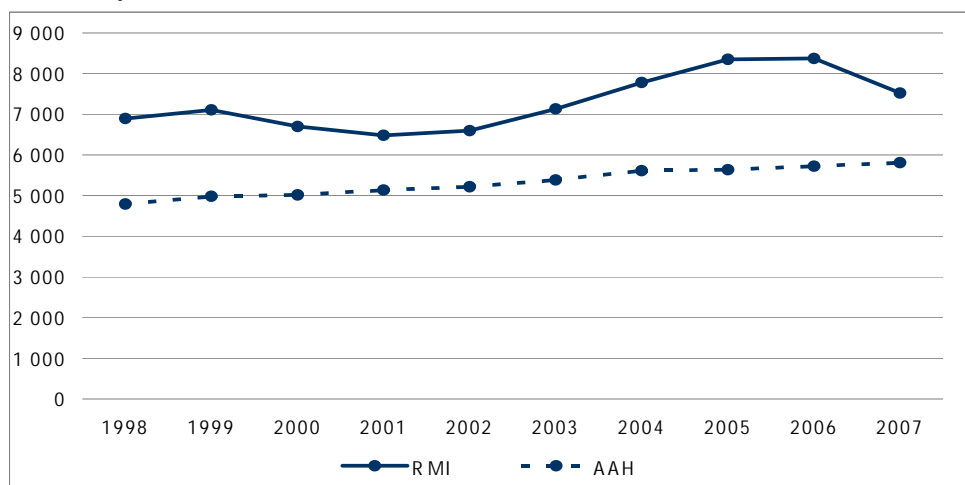


Source : CAF, Insee – Traitement ORS Rhône-Alpes

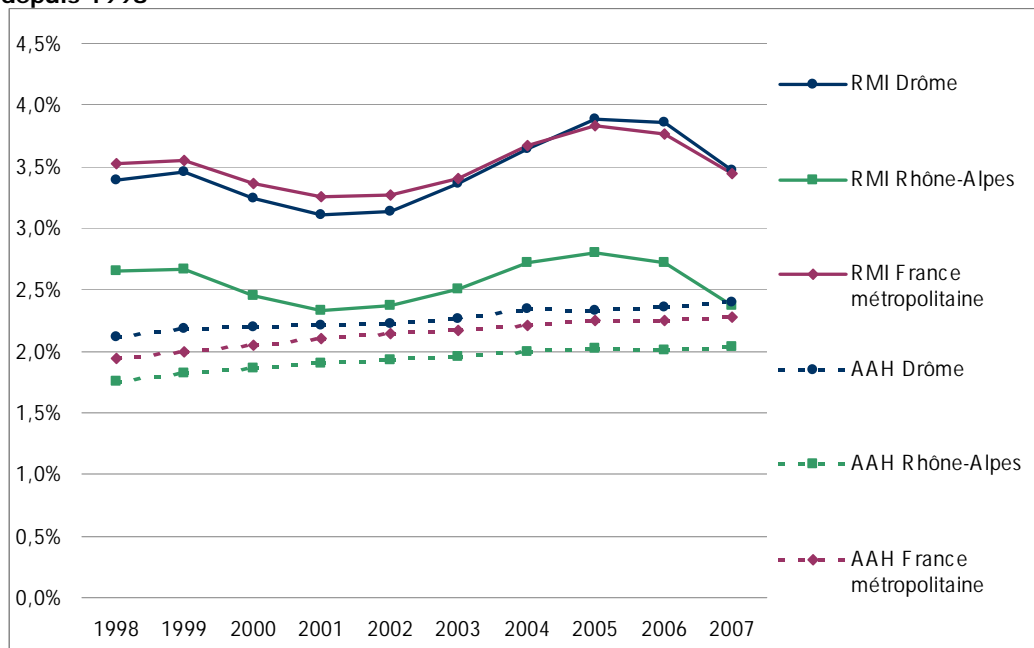
En 2007, le nombre de bénéficiaires de cette allocation poursuit son évolution à la hausse dans le département avec une augmentation de 1,5% par rapport à l'année précédente (5 722 en 2006) (cf. graphique 13).

L'analyse des effectifs et des taux de bénéficiaires du RMI et de l'AAH depuis 1998 montre que l'évolution constatée dans la Drôme est parallèle à ce qui est observé dans la région et surtout au niveau national. Pour l'AAH, on observe une augmentation relativement lente mais régulière. Pour le RMI dont les effectifs et les taux avaient connu, après une baisse modérée sur la période 1999-2001, une forte reprise de la tendance à la hausse sur la période 2003-2006 jusqu'à l'amélioration nette observée en 2007 (cf. graphiques 13 et 14). On retrouve ainsi en 2007 les niveaux de taux de RMI observés en 2003.

Graphique 13 : Evolution du nombre de bénéficiaires du RMI et de l'AAH dans le département de la Drôme depuis 1998



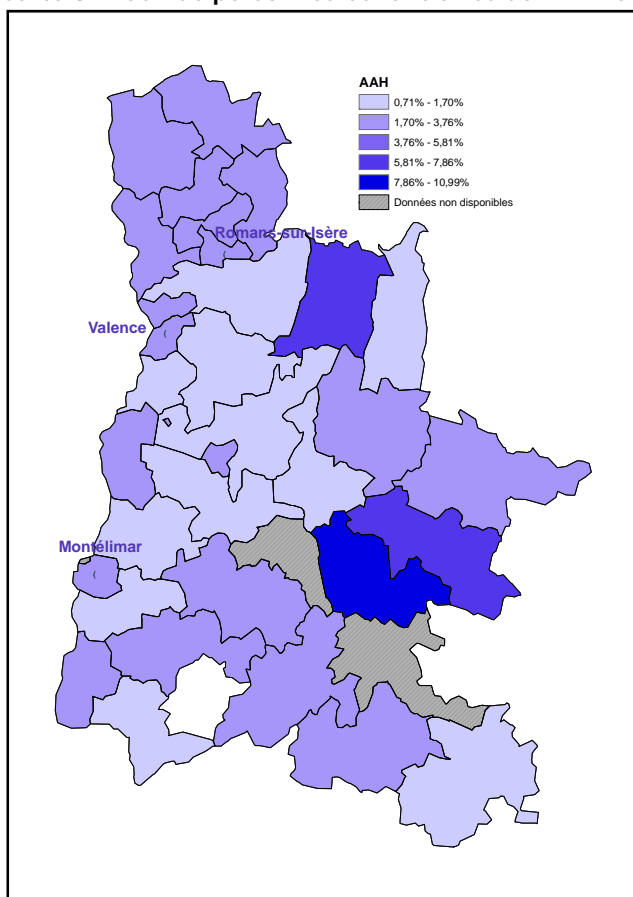
Graphique 14 : Evolution du taux de bénéficiaires du RMI et de l'AAH dans le département de la Drôme depuis 1998



Source : CAF, Insee – Traitement ORS Rhône-Alpes

L'analyse infra-départementale des taux de bénéficiaires de l'AAH met en évidence quelques cantons (dans le Diois ou le canton de St Jean-en-Royans) dont les taux sont significativement plus élevés (plus de 6%) (cf. carte 8).

Carte 8 : Taux de personnes bénéficiaires de l'AAH en 2007 parmi la population de 20 à 59 ans*



* les populations cantonales utilisées comme références sont celles du recensement de 1999

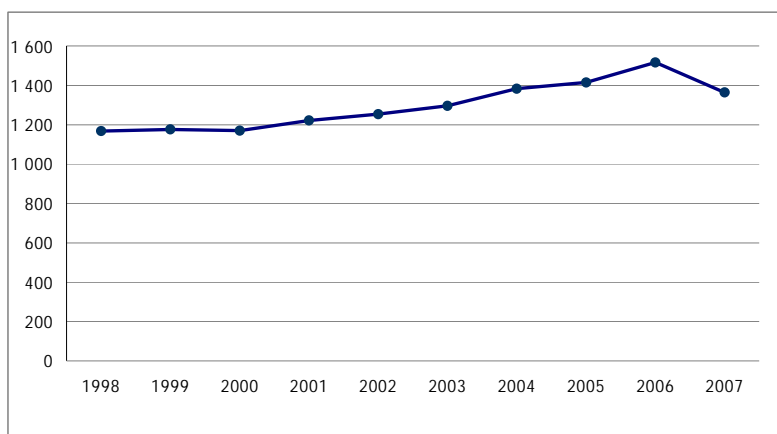
L'Allocation parent isolé (API)

Pour bénéficier de l'API (Allocation Parent Isolé), une personne doit remplir les conditions suivantes :

- être célibataire, veuf ou veuve, divorcé(e), séparé(e), ou abandonné(e) et élever seul(e) son ou ses enfants, depuis moins de 18 mois, ou bien être seule et enceinte ;
- résider en France ;
- avoir des ressources mensuelles dont la moyenne sur les 3 derniers mois est inférieure à 566,79 euros pour une femme enceinte. Cette somme est majorée de 188,93 EUR par enfant à charge (montants valables au 1er janvier 2008).

Il était dénombré au 31 décembre 2007, 1 364 allocataires de l'Allocation parent isolé (API), dans le département soit une diminution de 10 % par rapport à l'année précédente (1 516 au 31/12/2006). Cette réduction est, en période annuelle, la première observée depuis 2000 (cf. graphique 15). En 2007, 104 familles étaient également bénéficiaires du RMI par le biais de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) contre 112 en 2006.

Graphique 15 : Evolution du nombre de bénéficiaires de l'API dans le département de la Drôme depuis 1998

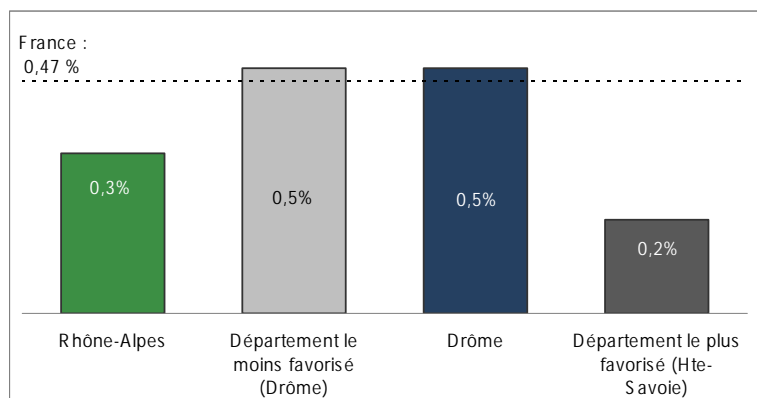


Source : CAF, Insee – Traitement ORS Rhône-Alpes

Rapporté à la population des femmes de 15 à 49 ans*, cela correspond à un taux de 0,5% soit le taux le plus élevé de la région devant l'Ardèche (0,41%) et la Loire (0,40%). Ce taux est supérieur à la référence régionale (0,33%) mais aussi à la référence nationale métropolitaine (0,47%). (cf. graphique 16)

* en l'absence d'information sur le nombre de familles monoparentales ce dénominateur est utilisé par convention, l'API concernant très majoritairement des femmes

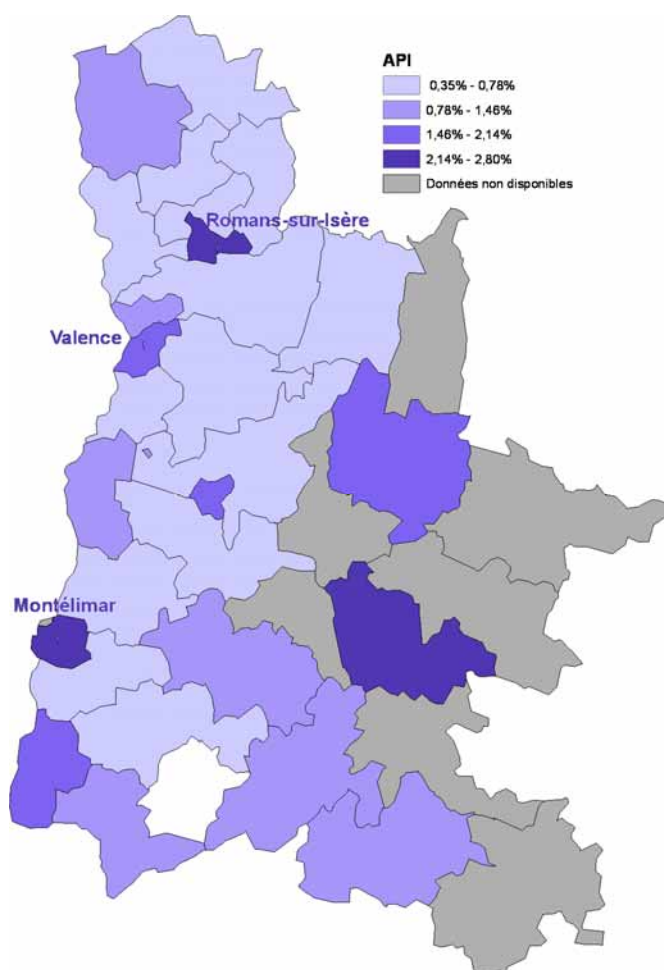
Graphique 16 : Taux d'allocataires de l'API parmi la population féminine âgée de 15 à 49 ans en décembre 2007



Source : CAF, Insee – Traitement ORS Rhône-Alpes

L'analyse infra-départementale réalisée montre de manière encore plus nette que pour le RMI, une concentration des bénéficiaires de l'API dans les centres urbains (Romans, Valence, Montélimar). On relève également des taux élevés de bénéficiaires sur quelques cantons du Diois et du sud du département où, cependant, le manque de disponibilité de certaines données lié à la faiblesse des effectifs, limite l'analyse géographique (cf. carte 9).

Carte 9 : Taux de bénéficiaires de l'API en 2007 parmi la population féminine de 15-49 ans**



Source : CAF, Insee – Traitement ORS Rhône-Alpes

** les populations cantonales utilisées comme référence sont celles du recensement de 1999

Le minimum vieillesse

Le minimum vieillesse a été simplifié en 2006 en une prestation unique : l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Sont concernées les personnes âgées de 65 ans (60ans dans certains cas : inapte au travail, ancien combattant, mère de famille ouvrière...), résidant en France.

Les ressources annuelles, allocation comprise, doivent être inférieures à 7 719,52 EUR pour une personne seule ou à 13 521,27 EUR pour un ménage (montants au 1er janvier 2008). Le minimum vieillesse est composé d'une retraite versée par le régime d'assurance vieillesse, ou une allocation non contributive (c'est à dire sans contrepartie de cotisations), un complément éventuel, une allocation supplémentaire (ex Fonds national de solidarité - FNS).

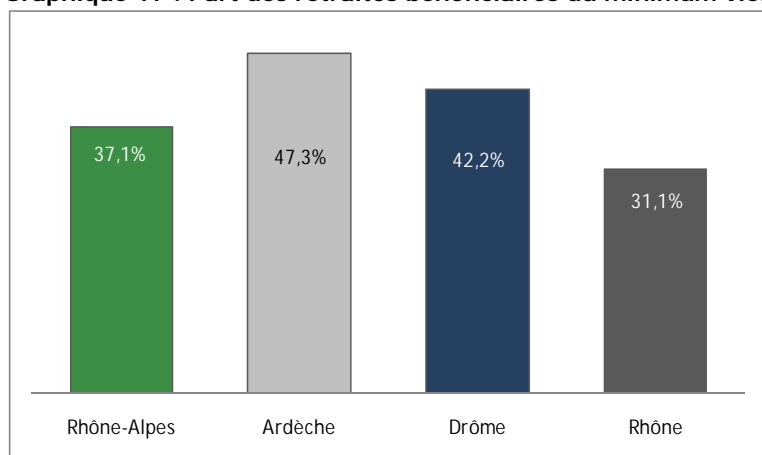
Le montant du minimum vieillesse est égal au montant total : minimum des pensions et allocation supplémentaire du FNS. Au 1er janvier 2008, il s'élève aux montants cités ci-dessus. Ces montants sont exonérés totalement des prélèvements sociaux sur les pensions de retraite.

Au 31 décembre 2007, 36 920 personnes retraitées relevaient du minimum vieillesse, soit 42,2% des 87 500 retraités drômois. Ce taux est supérieur au chiffre régional (37,1%) mais il est inférieur à ce qui est observé dans la Loire (43,3%) et surtout en Ardèche où près d'un retraité sur deux relève du minimum vieillesse (47,3%) A l'inverse moins d'un retraité sur trois est concerné dans le Rhône, département le plus favorisé de la région. (cf. graphique 17).

Par ailleurs, on peut souligner l'évolution actuellement fortement croissante des effectifs de personnes retraitées avec une augmentation du nombre total de retraités (hors régime agricole) de près de 4% entre 2006 et 2007.

Concernant le régime agricole (MSA), on dénombrait début 2008, 11 741 personnes titulaires du minimum vieillesse ou bénéficiaires d'une pension portée au minimum contributif soit 27% des 43 300 retraités salariés et non salariés (Source MSA Drôme).

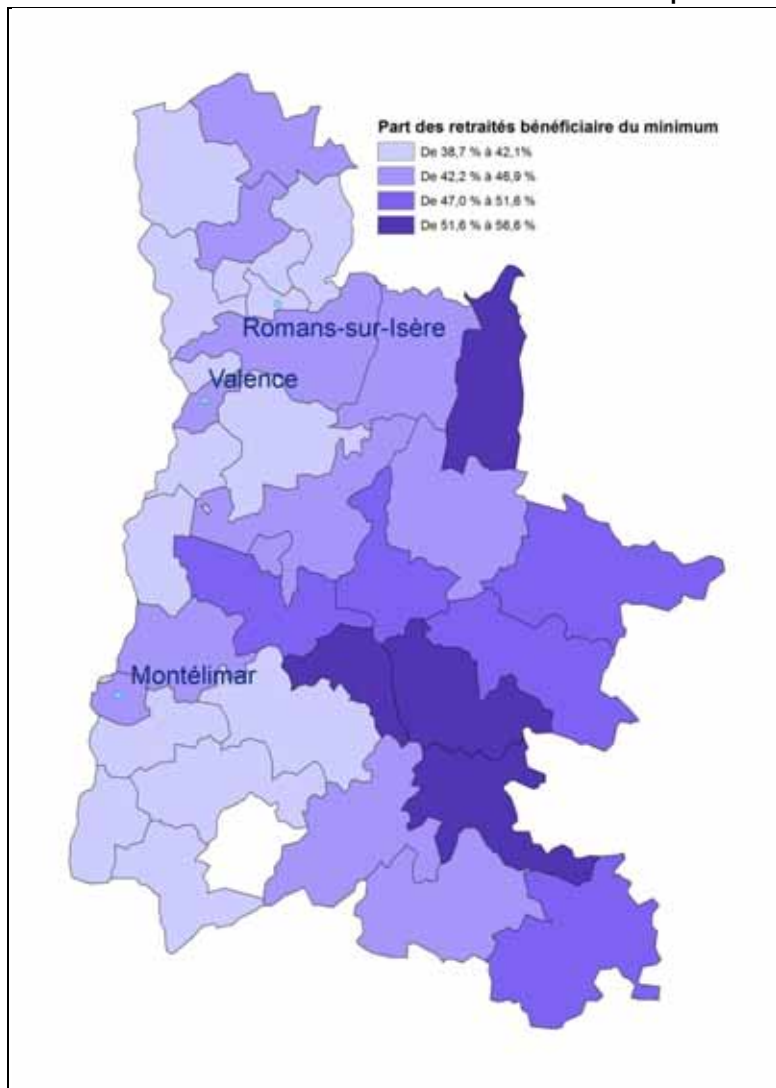
Graphique 17 : Part des retraités bénéficiaires du minimum vieillesse au 31 décembre 2007



Source : CRAM Rhône-Alpes – Traitement : ORS

Dans les départements ruraux comme la Drôme et l'Ardèche, la pauvreté frappe plus souvent les personnes âgées. L'analyse infra-départementale met également en évidence que ce sont dans les territoires les plus ruraux (et également souvent les moins peuplés) que le taux de personnes retraitées relevant du minimum vieillesse est le plus élevé, notamment sur la bande Est du département. Sur plusieurs de ces cantons (Bourdeaux, La Motte-Chalançon, Séderon, Luc-en-Diois, Rémuzat, La-Chapelle-en-Vercors) le minimum vieillesse concerne plus d'une personne retraitée sur deux. (cf. carte 10).

Carte 10 : Taux de bénéficiaires du minimum vieillesse parmi les personnes retraitées



Source : CRAM Rhône-Alpes – Traitement : ORS Rhône-Alpes

4. Le logement et l'hébergement social

La question du logement peut avoir de multiples retentissements sur l'état de santé des personnes, soit bien évidemment pour les personnes qui ne disposent pas d'un logement stable (cf. paragraphe sur l'hébergement social), soit en raison de l'impact financier du logement qui peut réduire les disponibilités financières pour le recours aux soins (cf. introduction du chapitre sur les revenus) soit pour des raisons techniques, de confort ou de risques sanitaires (accès aux sanitaires, surpeuplement, salubrité, saturnisme, infestations). Ce dernier point sera abordé dans la deuxième partie de ce rapport.

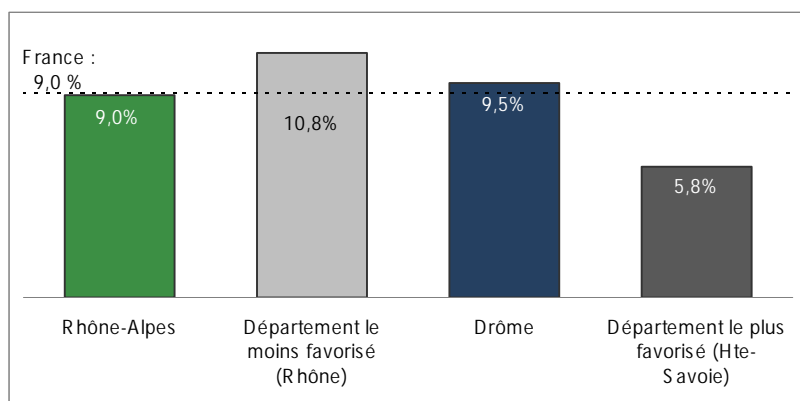
Dans le présent chapitre le logement n'est abordé que par la question économique des prestations d'aides au logement et par l'offre d'accueil en hébergement social.

Les allocations logement

Les personnes aux revenus modestes peuvent bénéficier d'allocations qui permettent de réduire les dépenses de logement. Il existe deux allocations logement différentes selon la situation du bénéficiaire : l'allocation à caractère familial (l'ALF), et l'allocation à caractère social (l'ALS). Une allocation logement ne peut se cumuler avec une APL (**Aide personnalisée au logement**) qui elle, est liée au logement lui-même (convention entre le propriétaire et l'Etat – ex. les HLM). Pour pouvoir bénéficier de ces aides, l'habitation doit disposer d'un confort minimum et constituer la résidence principale. **L'Allocation logement à caractère familial** (ALF) peut être attribuée à une personne isolée ou un couple marié qui assure au moins la charge d'une personne (enfant, personne âgée ou invalide), un jeune couple marié depuis moins de 5 ans, à condition que chacun des deux époux ait moins de 40 ans lors du mariage. **L'Allocation logement à caractère social** (ALS) est attribuée sous condition de ressources à toute personne qui ne bénéficie ni de l'APL ni de l'ALF.

Au 31 décembre 2007, 44 347 personnes ayant leur résidence principale dans la Drôme bénéficiaient d'une aide au logement (APL, ALF ou ALS) soit un peu moins d'une personne sur 10 (9,5%), si l'on rapporte ce chiffre à la population totale. Ce taux est légèrement supérieur aux valeurs régionale et nationale (9,0%), il est inférieur à ce qui est observé dans la Loire (10,4%) et surtout dans le Rhône (10,8%) (cf. graphique 18).

Graphique 18 : Taux de bénéficiaires d'une allocation logement parmi la population générale au 31 décembre 2007

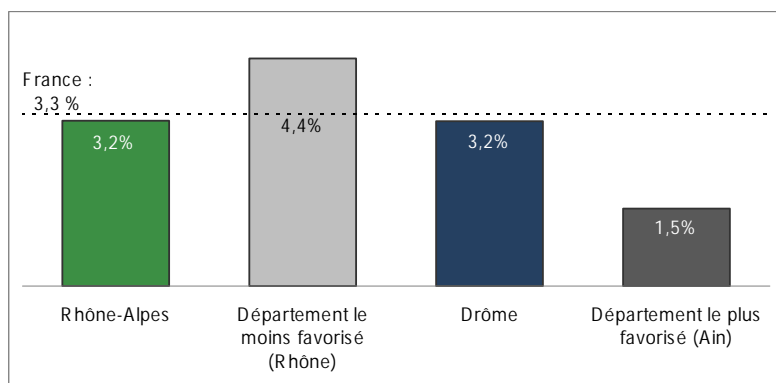


Source : CAF, Insee – Traitement ORS Rhône-Alpes

Le détail par type d'allocation montre que le département de la Drôme présente le taux le plus élevé de la région pour les ALF (2,2%), et des taux proches de la moyenne régionale pour les deux autres types d'allocation (ALS et APL). Pour ces deux dernières allocations,

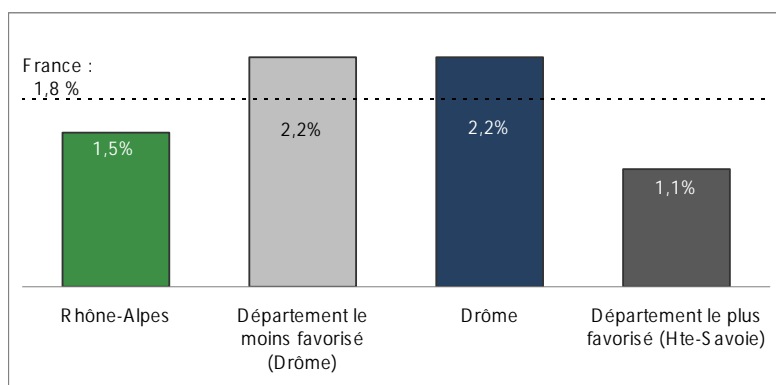
c'est le département du Rhône qui présente les chiffres les plus élevés (cf. graphiques 19, 20 et 21), situation en partie liée à l'importance du parc social qui représentait en 2005, 34% du parc régional, et au profil de la population rhodanienne avec une présence forte d'étudiants.

Graphique 19 : Taux de bénéficiaires de l'ALS parmi la population générale au 31 décembre 2007



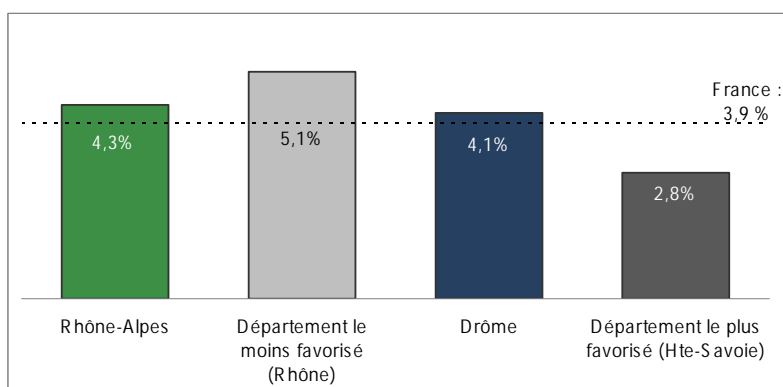
Source : CAF, Insee – Traitement ORS Rhône-Alpes

Graphique 20 : Taux de bénéficiaires de l'ALF parmi la population générale au 31 décembre 2007



Source : CAF, Insee – Traitement ORS Rhône-Alpes

Graphique 21 : Taux de bénéficiaires de l'APL parmi la population générale au 31 décembre 2007



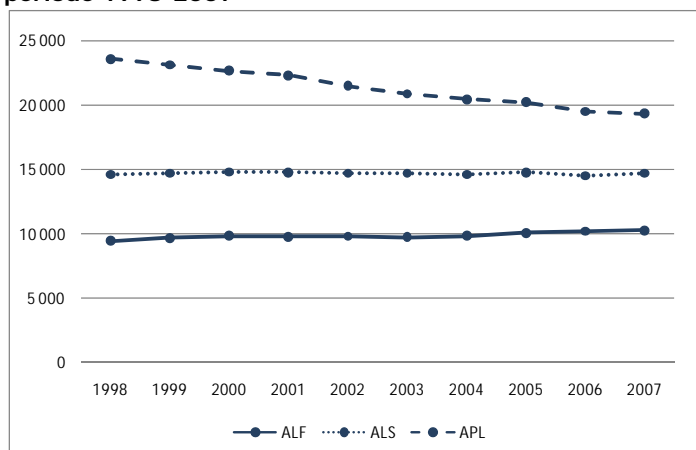
Source : CAF, Insee – Traitement ORS Rhône-Alpes

Sur 10 ans, depuis 1998, le nombre total d'allocataires a chuté de 7%, passant de 47 660 à 44 350, mais l'évolution a été très différente selon le type d'allocation. Ainsi, le nombre de bénéficiaires de l'ALF a cru de 9%, alors le nombre de bénéficiaires d'une APL a baissé de 18%. L'effectif de bénéficiaires d'une ALS est, lui, resté stable. Les bénéficiaires d'une APL qui représentaient 50% du total des bénéficiaires des trois allocations ne représentent plus

que 43% en 2007 (pour un tiers de bénéficiaires de l'ALS et un petit quart de bénéficiaires de l'ALF).

Toutes ces évolutions sont tout à fait régulières sur la période et dessinent de vraies tendances (cf. graphique 22). Elles résultent de plusieurs phénomènes administratifs tels que, notamment, l'évolution des barèmes ou la modification des règles d'abattements ou de neutralisation des ressources en cas de chômage. Le basculement d'une part des APL (en baisse) vers les ALF (en hausse) est lié à la disparition progressive des prêts conventionnés, remplacés par les prêts à taux zéro qui ouvrent droit à l'ALF et non plus à l'APL.

Graphique 22 : Evolution des effectifs de bénéficiaires des différentes allocations logement sur la période 1998-2007



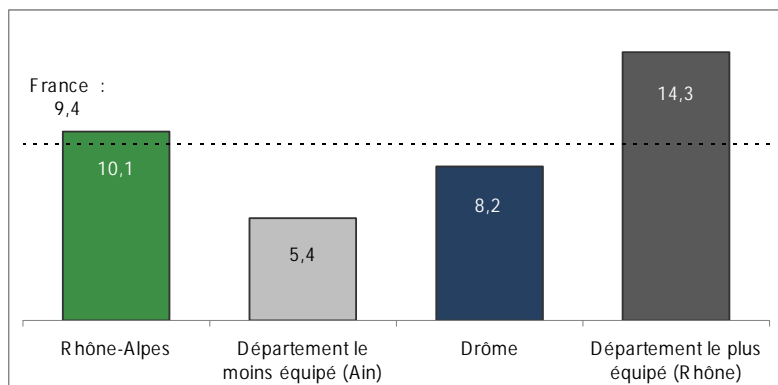
Source : CAF, Insee – Traitement ORS Rhône-Alpes

L'hébergement social

Les personnes ou les familles ayant perdu leur logement ou n'étant pas en mesure d'accéder à un logement stable peuvent être aidées ou hébergées dans des établissements sociaux, centres d'accueil d'urgence ou centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). D'autres dispositifs d'hébergement sont spécifiques de certaines populations comme les CADA, centres d'accueil pour demandeurs d'asile.

Au 1^{er} janvier 2007, on comptait dans la Drôme, 199 places en CHRS, soit un taux d'équipement de 8 places pour 10 000 personnes, inférieur à la moyenne régionale (10) et 99 places relevant d'autres types d'établissement (hors CADA). Les départements du Rhône, de l'Isère et de la Savoie présentent des taux d'équipements en CHRS supérieurs à la Drôme.

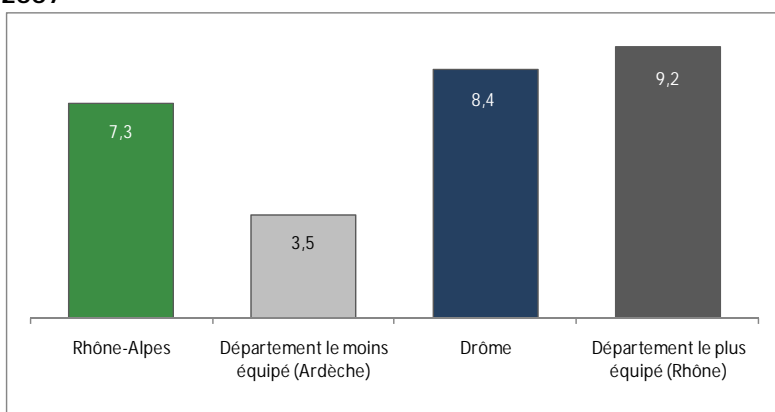
Graphique 23 : Taux d'équipement en lits de CHRS pour 10 000 personnes de 20 à 59 ans au 1^{er} janvier 2007



Source : DRASS Rhône-Alpes – Traitement : ORS Rhône-Alpes

En ce qui concerne l'accueil en CADA, la Drôme apparaît comme le département de la région qui compte le taux d'équipement le plus élevé après le Rhône (9,2) avec un taux de 8,4 lits pour 10 000 habitants de 20 à 59 (cf. graphiques 24) supérieur à la moyenne régionale (7,3).

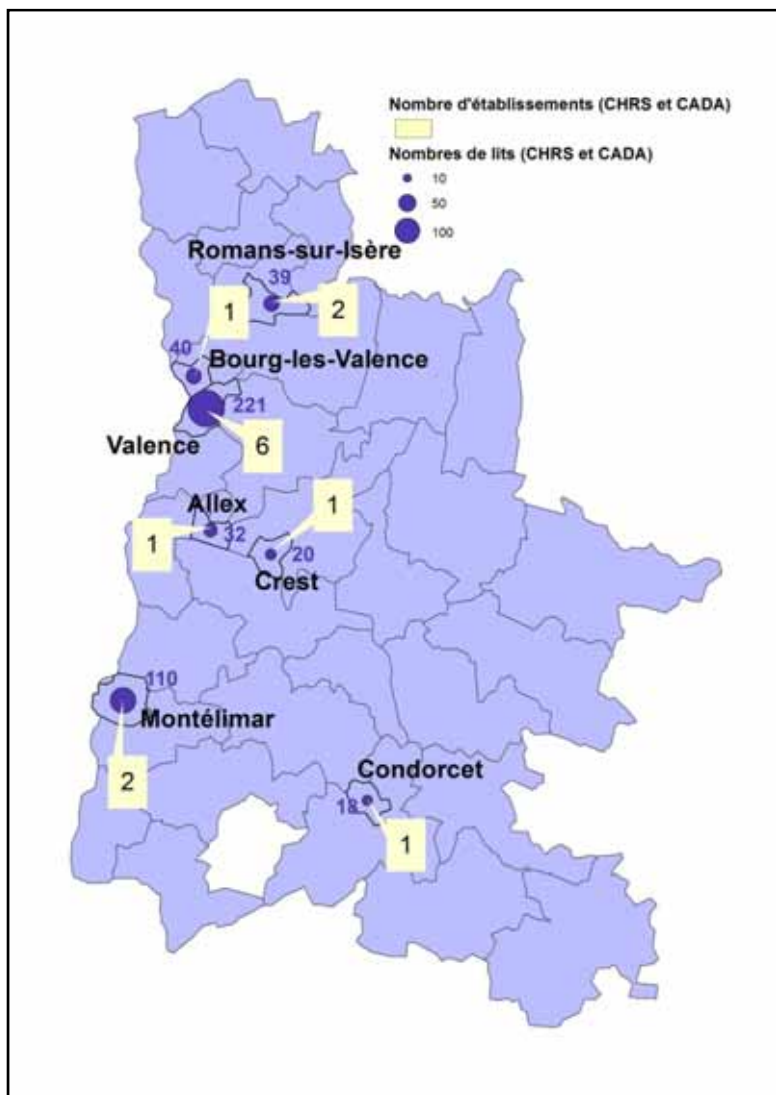
Graphique 24 : Taux d'équipement en lits de CHRS pour 10 000 personnes de 20 à 59 ans au 1^{er} janvier 2007



Source : DRASS Rhône-Alpes – Traitement : ORS Rhône-Alpes

La carte suivante montre la répartition de ces différents établissements et de leur capacité en avril 2008.

Carte 11 : Localisation des établissements d'hébergements (CHRS et CADA) dans la Drôme en avril 2008



Source : FINESS

Sur le département de la Drôme, **le SAO Drôme**, Service d'Accueil et d'Orientation pour personnes en grande précarité, est chargé d'animer la veille sociale et de faire connaître le dispositif d'accueil et d'hébergement sur le département.

Quelques éléments chiffrés de l'activité du SAO Drôme constituent une illustration de la prévalence des situations de grande précarité et de leur évolution.

En 2007, le SAO a accueilli 2 040 personnes en 2007 pour 2 460 en 2006 et 2 100 en 1999. Plus de 20 000 appels ont également été gérés au travers du dispositif 115, pour 19 000 en 2006 et 1 600 en 1999.

Parmi les personnes accueillies et orientées en 2007 (821), deux tiers sont des personnes isolées (67%) et 15% sont en situation de famille monoparentale, 10% en couple et 8% en famille (couple avec enfants). Un gros tiers d'entre eux (37%) ont moins de 25 ans et 14% ont plus de 45 ans. Le sexe ratio est équilibré (10 femmes pour 11 hommes). Deux tiers (65%) sont Français, un quart (27%) originaire d'un pays extérieur à l'Union européenne dont 2% sans papier.

La moitié (414) de ces personnes sont sans domicile fixe et la moitié également n'a aucune ressource. Leurs besoins prioritaires concernent le logement ou l'hébergement dans 4 situations sur 5, les transports dans une moitié des cas et l'alimentation dans un quart des cas.

Alors qu'initialement les demandes concernaient essentiellement des hommes seuls errant, la part des familles en grande difficulté, avec des cumuls de problématiques (financières, mal-logement, santé, administratives) ne cessent de croître.

Deuxième partie :

Accès aux soins et état de santé des personnes en situation de précarité dans la Drôme

La plupart des systèmes d'informations sanitaires ne comportent pas d'information sur la situation socio-économique des personnes. Les indicateurs quantitatifs permettant une déclinaison selon la précarité et une meilleure connaissance de l'impact de celle-ci sur la santé des personnes sont donc rares.

Dans le présent chapitre, la collaboration avec la **CPAM de la Drôme** a cependant permis une analyse comparée des profils de recours aux soins de ville des bénéficiaires et des non-bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) du département.

Bien que les personnes sans aucune couverture sociale ou sans couverture complémentaire (personnes dont les revenus sont supérieurs au plafond de la CMUc mais insuffisants pour contracter une couverture complémentaire) puissent être en situation de précarité face à la santé plus marquée que les bénéficiaires de la CMUc, on peut considérer que cette comparaison nous permet d'approcher les disparités sociales de santé.

La couverture maladie universelle a facilité l'accès économique aux soins. Cependant, plusieurs éléments peuvent encore constituer des freins pour les personnes en situation de précarité, dont les dépassements d'honoraires et le secteur de conventionnement des médecins ou l'accessibilité physique de l'offre pour les personnes ne disposant pas d'un véhicule. Des indicateurs quantitatifs concernant ces deux éléments (secteurs de conventionnement des médecins, répartition géographique de l'offre libérale) sont présentés dans cette seconde partie.

Enfin, du fait du retentissement que de mauvaises conditions de logement peuvent avoir sur l'état de santé, un chapitre est consacré à la question de l'habitat. Après une rapide description des dispositifs d'amélioration de l'habitat sont présentés quelques indicateurs concernant le saturnisme et les intoxications au monoxyde de carbone.

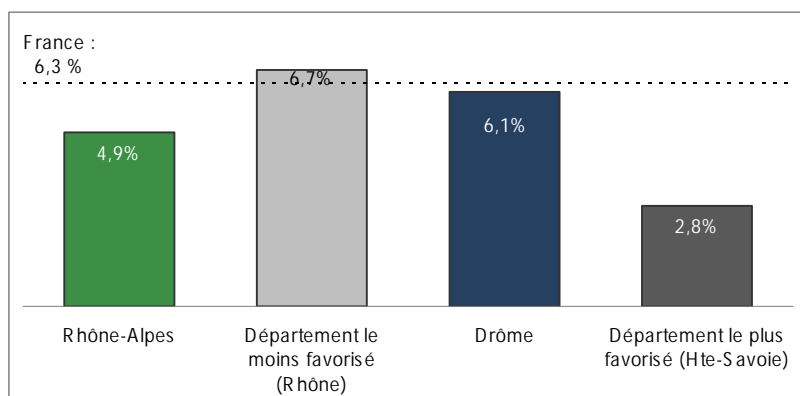
1. La couverture sociale

Les bénéficiaires de la CMUc

La couverture maladie universelle complémentaire permet d'avoir le droit à une protection complémentaire santé gratuite. Elle est accordée pour un an sous conditions de ressources. L'ensemble des ressources du foyer des 12 mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond (606 euros mensuels ou 7 272 euros annuels pour une personne seule en juillet 2007). La CMU complémentaire prend en charge le ticket modérateur en soins de ville (consultation et prescriptions) ou à l'hôpital, le forfait hospitalier et, dans certaines limites fixées par la réglementation, les dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages (principalement en dentaire et en optique). Les soins sont pris en charge à 100 % en tiers payant et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale. C'est ainsi la possibilité d'accéder aux soins (libéraux ou en établissements hospitaliers), sans dépense à charge et sans avance de frais.

Au 30 juin 2007, 28 230 assurés drômois bénéficiaient de la CMUc, soit 6,1% de la population du département (estimation de population Insee 2006). Ce taux situe la Drôme au 2^{ème} rang des départements de la région après le Rhône dont 6,7% de la population relève de la CMUc. Le taux régional est de 4,9%, inférieur au taux national de 6,3% (cf. graphique 25). Les bénéficiaires de la CMUc drômois représentent un peu moins de 10% du total des 295 000 bénéficiaires rhônalpins.

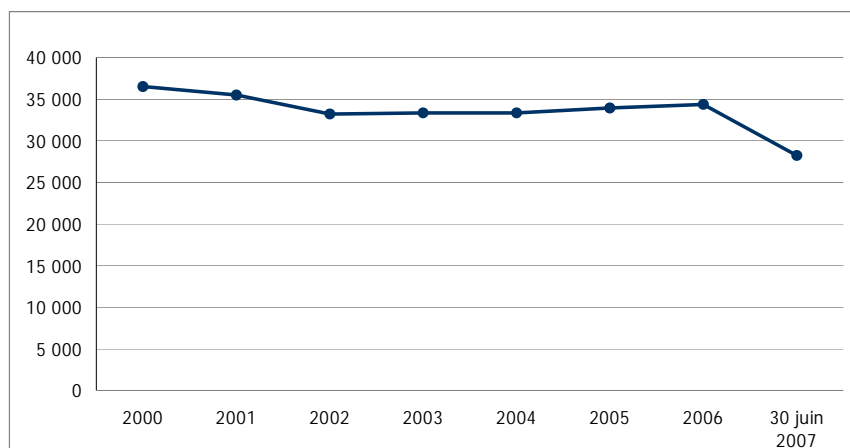
Graphique 25 : Taux de bénéficiaires de la CMUc au 30 juin 2007 parmi la population totale (estimation Insee 2006)



Source : CNAMTS, Insee - Traitement : ORS Rhône-Alpes

Le nombre de bénéficiaires de la CMUc au 30 juin 2007 est très en dessous du total de l'année précédente (34 360). Après une baisse entre 2000 et 2002 (33 200 bénéficiaires en 2002), puis une évolution à la hausse modérée mais régulière, cette décroissance marquée est la première depuis 2003 (cf. graphique 26).

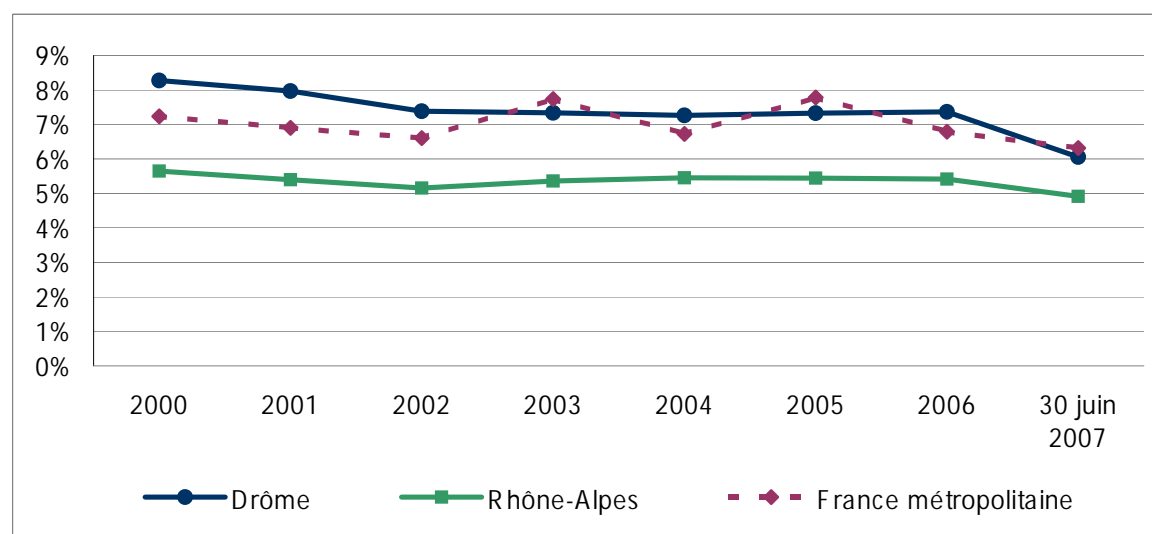
Graphique 26 : Evolution du nombre de bénéficiaires de la CMUc dans la Drôme sur la période 2000-2007



Source : CNAMTS

Sur la même période, l'évolution des taux de bénéficiaires de la CMUc parmi la population totale montre des évolutions globalement parallèles entre les taux de la Drôme, de la région et de la France mais on observe surtout une décroissance qui apparaît plus marquée dans la Drôme. Ainsi le taux départemental qui se situait au dessus du taux national en 2000 est en 2007 équivalent à celui-ci (cf. graphique 27).

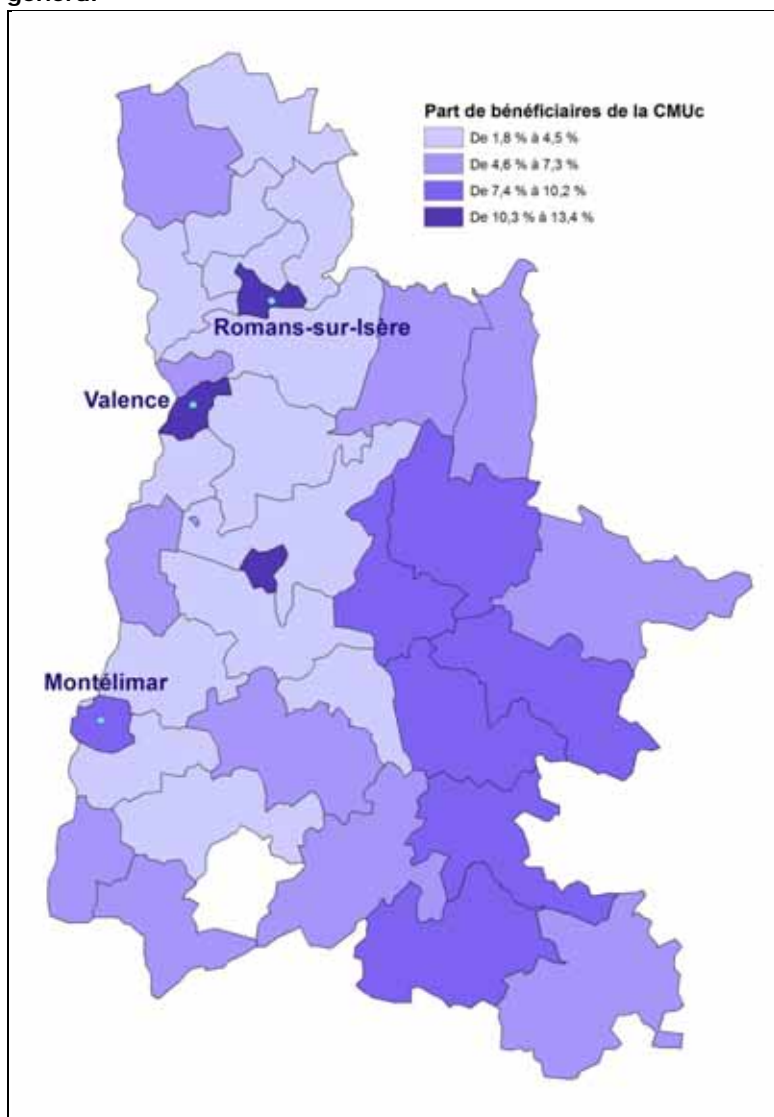
Graphique 27 : Evolution du taux de bénéficiaires de la CMUc sur la période 2000-2007



Source : CNAMTS, Insee - Traitement : ORS Rhône-Alpes

Selon les cantons, la part des personnes bénéficiaires de la CMUc parmi la population totale des assurés au régime général d'assurance maladie, varie de 1,8% à 13,4%. Les taux les plus élevés sont observés en milieu urbain (Valence, Romans et dans une moindre mesure Montélimar) et dans les zones rurales de l'Est et du Sud du département (cf. carte 12). Cependant, sur certains de ces cantons (les moins peuplés essentiellement) la part plus importante d'assurés relevant d'autres régimes d'assurance maladie (Mutuelle Sociale Agricole notamment) non pris en compte dans le calcul, peut conduire à une surestimation relative des taux.

Carte 12 : Taux de bénéficiaires de la CMUc parmi la population totale des assurés sociaux du régime général



Source : CPAM de la Drôme - Traitement : ORS Rhône-Alpes

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Les personnes dont les revenus sont supérieurs au plafond de la CMUc ne peuvent en bénéficier et parmi celles-ci, celles dont les revenus restent faibles (légèrement supérieurs au plafond) rencontrent des difficultés économiques pour mettre en place une couverture sociale complémentaire. Ainsi selon une publication récente de l'IRDES⁵ la part de revenu que les ménages consacrent à la couverture complémentaire varierait de 3% pour les ménages les plus aisés à 10% pour les ménages les plus pauvres (exception faite des bénéficiaires de la CMUc). Cette même étude montrait qu'un peu moins d'une personne sur dix n'était pas couverte par une complémentaire santé en France et ce pour des raisons financières pour plus de la moitié d'entre eux.

Devant cette difficulté, plusieurs dispositifs « d'aide à la mutualisation » ont été envisagés et testés. Récemment, le dispositif du « chèque santé » a été mis en œuvre par l'assurance maladie pour améliorer le recours des foyers les plus modestes à l'acquisition d'une

⁵ La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006). Kambia-Chopib B., Perronin M., Pierre A., Rochereau T. Questions d'économie de la santé n°132. Mai 2008

complémentaire santé (ACS). Il concerne toute personne en situation régulière, résidant en France de façon stable depuis plus de trois mois et percevant des ressources comprises entre le plafond d'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire et 20 % au-delà, selon la composition du foyer. Le montant de cette aide vient en déduction du montant annuel de la cotisation de la couverture maladie complémentaire qui est contractée.

Une analyse réalisée en juin 2008 montrait que parmi les assurés sociaux qui n'avaient pu avoir accès à la CMUc deux mois plus tôt et qui avaient eu une proposition de chèque santé (revenus inférieurs à 20% au-delà du plafond CMU), seul un gros tiers d'entre eux (37%) avait pu contracter une mutuelle alors que 63% étaient toujours sans couverture complémentaire.

La reproduction de cette analyse avec un recul plus important permettra de juger de l'efficacité de ce dispositif pour réduire la part des personnes sans couverture santé complémentaire.

Les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME)

L'Aide Médicale d'État (AME) permet la prise en charge des frais de santé des personnes ne pouvant pas bénéficier de l'assurance maladie (article L 251-1 du Code de l'action sociale et des familles). Il s'agit essentiellement des personnes de nationalité étrangère en résidence irrégulière en France (« sans-papiers »). En dehors de procédures particulières liées à des besoins urgents, il est nécessaire de justifier d'une résidence d'au moins 3 mois. Cette aide est également sous conditions de ressources.

Au 1^{er} mai 2008, 310 personnes bénéficiaient de l'Aide Médicale d'Etat dans le département de la Drôme. Ce total correspond à 188 assurés et 122 ayants-droits (dont 80 enfants). (Source CPAM de la Drôme).

2. L'accès à l'offre de soins libérale

La couverture maladie universelle a permis, par la prise en charge du ticket modérateur et par un accès facilité au tiers payant, un meilleur accès économique aux soins et notamment aux soins de ville pour les patients bénéficiaires de la CMUc. Cependant, plusieurs éléments peuvent encore constituer des freins à l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité dont notamment :

- la question des dépassements d'honoraires et du secteur de conventionnement pour les médecins (bien que réglementairement aucun dépassement d'honoraires ne soit applicable à un patient bénéficiaire de la CMUc) ;
- l'accessibilité physique et l'éloignement géographique de l'offre pour les personnes ne disposant pas d'un véhicule.

C'est au travers de ces deux points, pour lesquels des indicateurs sont disponibles, qu'est abordée ci-après la question de l'accès aux soins de ville pour les personnes fragilisées sur le plan économique.

Les secteurs de conventionnement

Depuis la convention de 1980, les médecins libéraux conventionnés peuvent choisir d'exercer soit en secteur 1 soit en secteur 2 . D'autres, très minoritaires ont gardé un droit permanent au dépassement, ou encore ont choisi de ne pas être conventionnés.

Médecin en secteur 1 : le prix appliqué correspond au tarif conventionnel. Les médecins en secteur 1 peuvent cependant avoir, de manière exceptionnelle (notamment lors de certaines exigences du patient), des dépassements d'honoraires, non remboursés par la sécurité sociale.

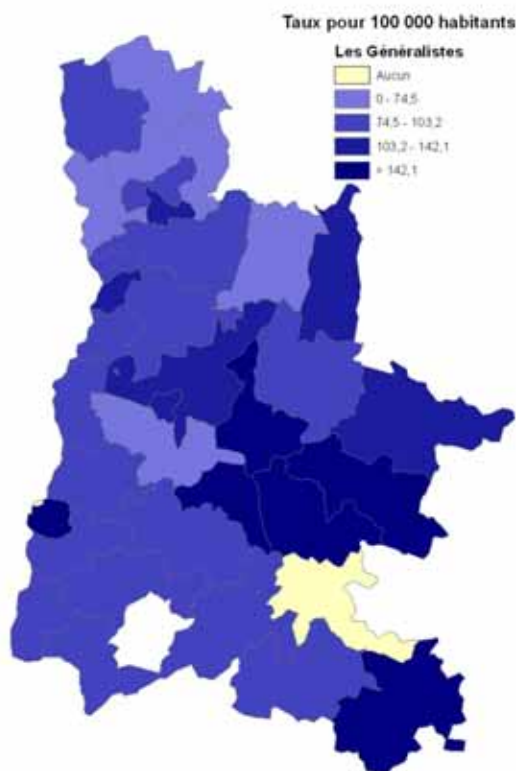
Médecin en secteur 2 : le prix appliqué est supérieur au tarif conventionnel, les honoraires sont dits libres. Le patient dans les deux cas est remboursé d'une partie du tarif de base, le ticket modérateur et les dépassements éventuels restent à la charge de l'assuré. Les dépassements d'honoraires ne sont pas applicables aux patients bénéficiaires de la CMUc.

Les médecins : densité et secteur de conventionnement

En 2006, 467 **médecins généralistes libéraux** étaient installés dans le département de la Drôme soit une densité de 100 médecins pour 100 000 habitants, très proche de la moyenne régionale (102 pour 100 000). Dans la région, c'est le département de l'Ain qui présente la situation la moins favorable (84 pour 100 000) et à l'inverse c'est en Savoie que l'on observe la densité la plus élevée avec 115 médecins pour 100 000 habitants (le calcul du taux n'intègre cependant pas la population saisonnière qui se rajoute à la population résidente) (cf. graphique 28). En Ardèche, département voisin de la Drôme on observe une densité légèrement supérieure (106 médecins pour 100 000).

En avril 2008, la densité de médecins généralistes libéraux était dans la Drôme de 97 médecins pour 100 000 habitants. L'analyse de leur répartition par canton montre qu'il existe une présence médicale dans la totalité des cantons (excepté le canton de Rémuzat qui compte un peu plus d'un millier d'habitants). Les densités les plus élevées sont observées sur les centres urbains et dans la vallée de la Drôme. Cependant, sur les cantons peu peuplés (Bourdeaux, Luc-en-Diois, Sédéron, Saillans, La Motte Chalancon) le départ d'un seul professionnel abaisse très fortement la densité médicale. Les zones de faible densité se situent plutôt au nord du département. (cf. carte 13)

Carte 13 : Densité de médecins généralistes libéraux par cantons – avril 2008



Calcul des densités de professionnels de santé.

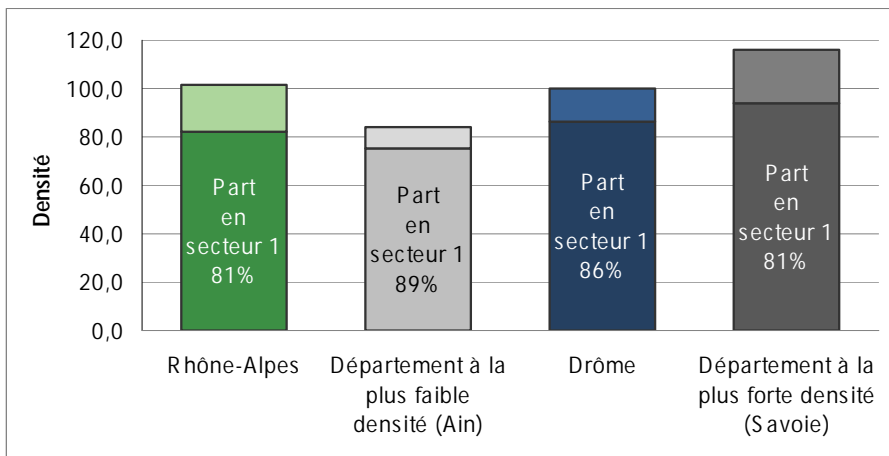
Toutes les densités de professionnels présentées dans ce chapitre reposent uniquement sur les effectifs de professionnels installés.

Elles n'intègrent pas le temps effectivement consacré à l'activité libérale sur chaque territoire (activité à « temps partiel », exercices multiples, exercices particuliers). Certaines densités peuvent ainsi être surestimées.

Source : CPAM de la Drôme, Insee RGP 1999 – Traitement ORS Rhône-Aleps

Parmi les omnipraticiens drômois, 86% sont conventionnés en secteur 1, soit une modalité d'exercice sans dépassement d'honoraires. Cette part est supérieure à ce que l'on observe au niveau régional où elle représente un peu plus de 4 médecins sur 5 (81%) ou dans les départements du Rhône et de la Haute-Savoie où moins de 3 médecins sur 4 sont conventionnés en secteur 1 (74%). Cette part est cependant inférieure à celle des départements de l'Ardèche, de l'Ain et de la Loire où 9 médecins sur 10 relèvent du secteur 1.

Graphique 28 : Densité de médecins généralistes libéraux (nombre de médecins pour 100 000 habitants) et part de conventionnement en secteur 1 – Année 2006



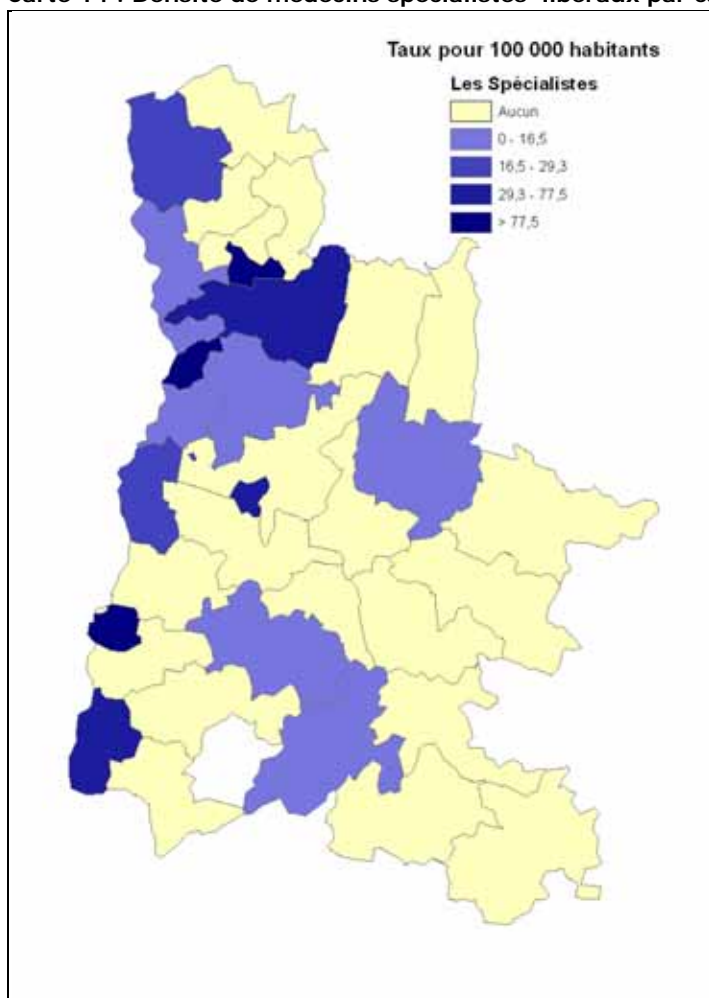
Source : URCAM Rhône-Alpes, Insee – Traitement ORS Rhône-Alpes

Au niveau infra-départemental, les cantons dont la part de médecins généralistes conventionnés en secteur 1 est inférieure à 80 % se situent surtout au niveau de la Vallée de la Drôme (Chatillon en Diois, Crest sud, Die, Luc en Diois), du sud du département (Saint-Paul-Trois-Châteaux et Montélimar), et à Tain l'Hermitage.

En 2006, 431 **médecins spécialistes libéraux** étaient installés dans le département de la Drôme soit une densité de 93 médecins pour 100 000 habitants (ou 1 médecin pour 1 085 habitants), un rapport inférieur à la moyenne régionale (110 médecins pour 100 000 habitants). Les départements présentant les densités les plus fortes sont le Rhône (150), la Haute-Savoie et l'Isère ; le département de la région qui présente la densité la plus faible est l'Ain (60 pour 100 000) (cf. graphique 29). La Drôme se situe au 5^{ème} rang.

L'analyse infra-départementale basée sur les données d'avril 2008 de la CPAM de la Drôme, montre qu'un peu plus de la moitié des cantons (19 sur 36) ne compte pas de médecins spécialistes libéraux. Les médecins spécialistes sont concentrés sur les centres urbains et le long de la vallée du Rhône. A quelques exceptions près une large moitié Est du département est dépourvue de médecins spécialistes (cf. carte 14).

Carte 14 : Densité de médecins spécialistes libéraux par canton – avril 2008

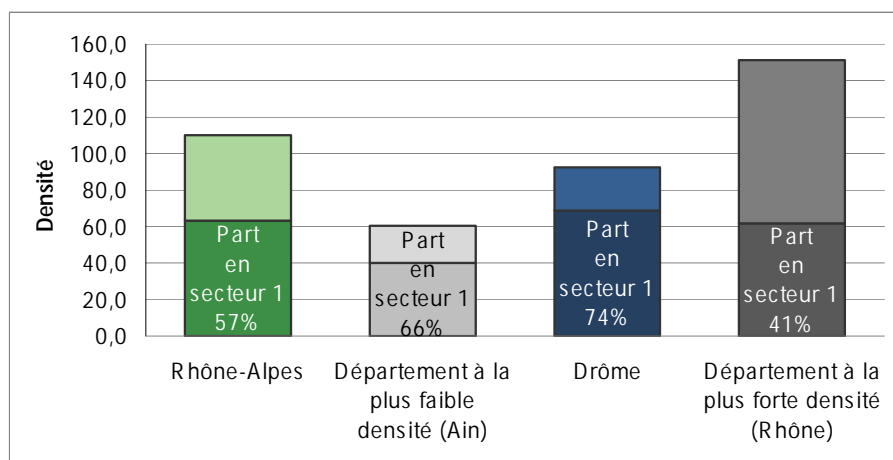


Source : CPAM de la Drôme, Insee RGP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Parmi les médecins spécialistes drômois, les trois quarts (74%) sont conventionnés en secteur 1, soit une part de modalité d'exercice sans dépassement d'honoraires parmi les plus élevées de la région. Seul le département de la Savoie présente une part légèrement

supérieure (77%) alors que la part régionale est de 57% et qu'elle est minoritaire dans le département du Rhône (41%) (cf. graphique 29).

Graphique 29 : Densité de médecins spécialistes libéraux (nombre de médecins pour 100 000 habitants) et part de conventionnement en secteur 1 – Année 2006



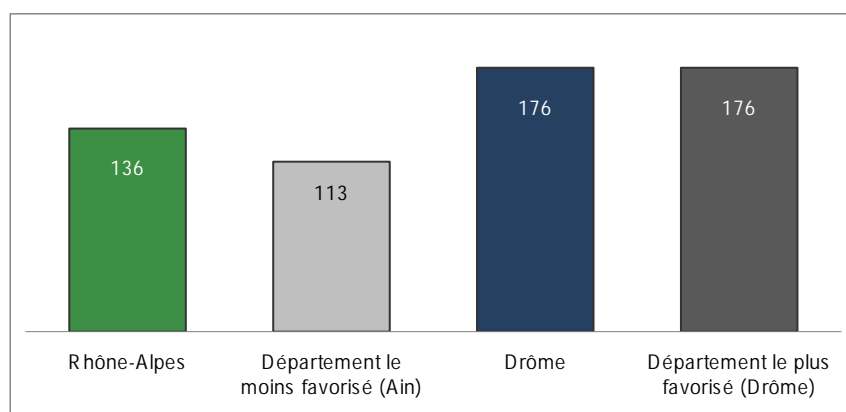
Source : URCAM Rhône-Alpes, Insee – Traitement ORS Rhône-Alpes

Au niveau infra-départemental, les cantons dont la part de médecins spécialistes conventionnés en secteur 1 est inférieure à 70 % (sur un effectif d'au moins 5 médecins) sont ceux de Bourg-de-Péage, Montélimar et Nyons. Sur ces deux derniers cantons ce sont les médecins conventionnés en secteur 2 qui sont les plus présents.

Les infirmiers : densité et répartition géographique

En 2006, 715 infirmières étaient installées dans le département de la Drôme. Cet effectif correspondait à une densité de 176 infirmières pour 10 000 habitants de plus de 75 ans⁶, soit la plus élevée de la région dont la moyenne est de 136. Cette hiérarchie reste la même en rapportant l'effectif infirmier à la population générale (cf. graphiques 30 et 31).

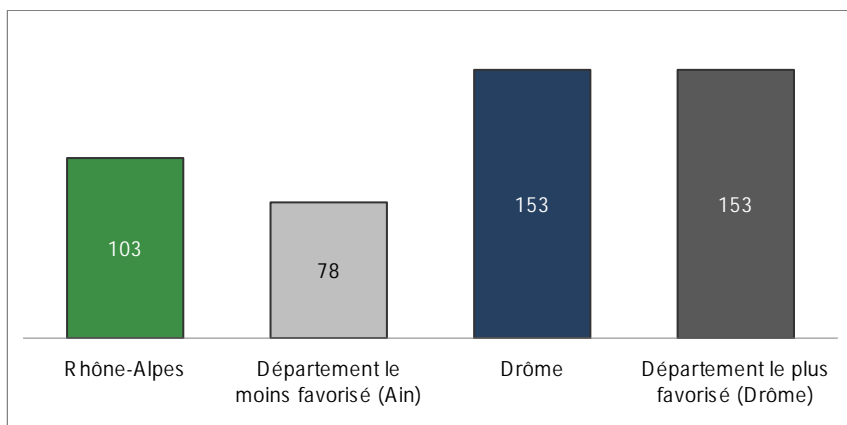
Graphique 30 : Densité d'infirmières libérales pour 10.000 habitants de plus de 75 ans en 2006



Source : URCAM Rhône-Alpes, Insee – Traitement ORS Rhône-Alpes

⁶ Environ 85% de l'activité des infirmiers est réalisée auprès de personnes de plus de 60 ans et 65% auprès de personnes de plus de 75 ans (données régime général Drôme 2nd semestre 2007). Par convention, la densité d'infirmiers est habituellement calculé par rapport à ces dernières.

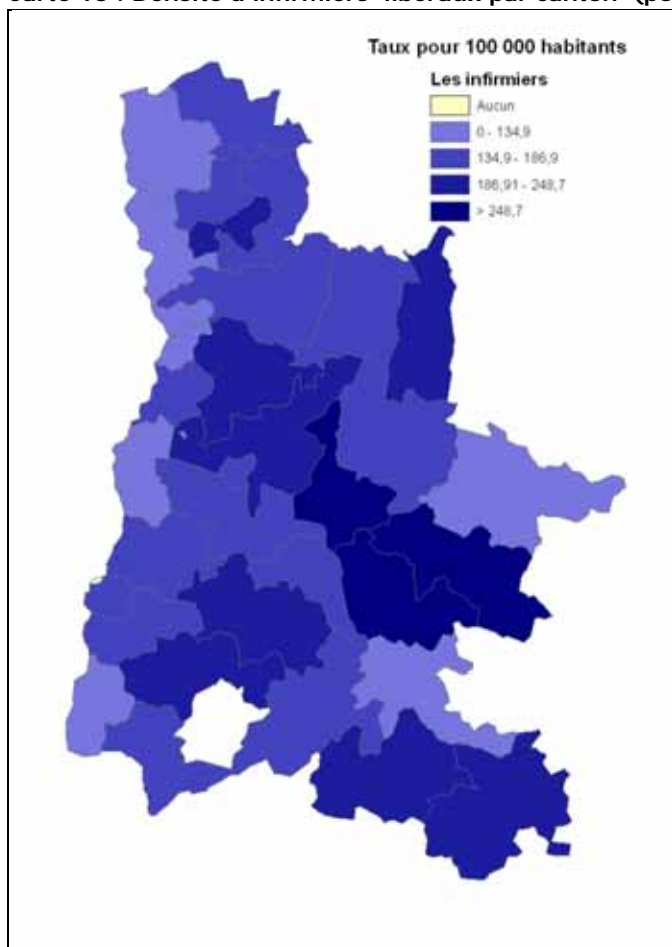
Graphique 31 : Densité d’infirmières libérales pour 100.000 habitants en 2006



Source : URCAM Rhône-Alpes, Insee – Traitement ORS Rhône-Alpes

La répartition géographique au sein du département ne met pas en évidence de zones blanches mais des variations de densité qui sont importantes (de 80 à 695 infirmiers pour 100.000 habitants pour les cantons où sont présents au moins 5 infirmiers). Les zones où les densités sont les plus faibles sont essentiellement situées sur la vallée du Rhône et peu sur les territoires plus isolés (à l’exception des cantons de Chatillon-en-Diois et de Rémuzat). (cf. carte 15)

Carte 15 : Densité d’infirmiers libéraux par canton (pour 100.000 habitants) – avril 2008



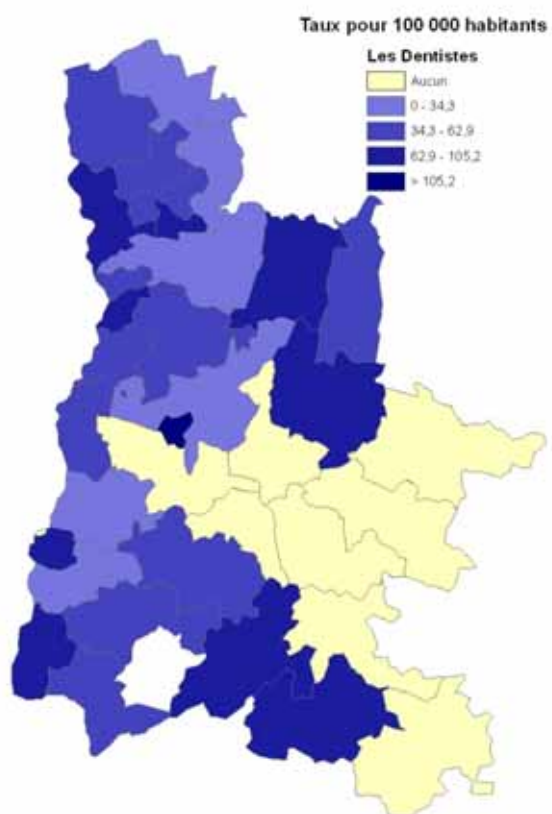
Source : CPAM de la Drôme, Insee RGP 1999 – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Les autres professionnels de santé : répartition géographique

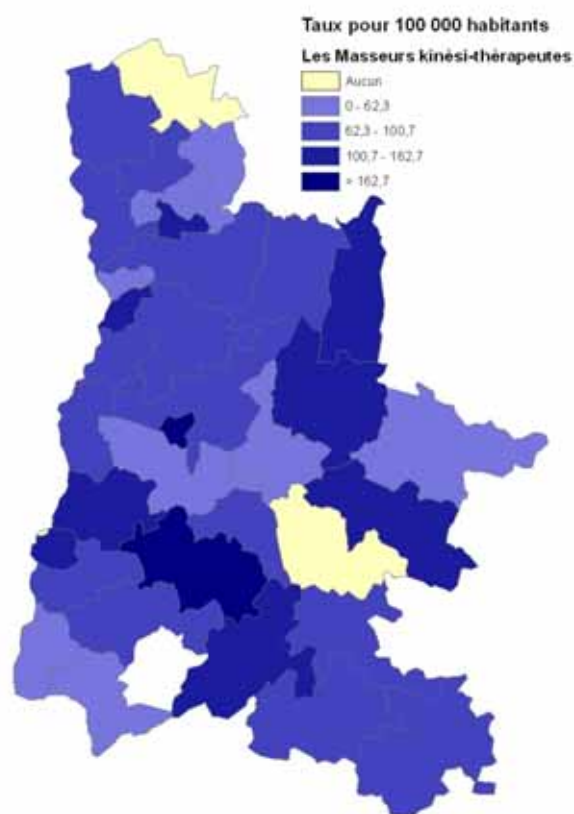
L'analyse de la répartition géographique des différents professionnels de santé libéraux (cf. cartes 16 à 19) met en évidence les constats suivants :

- une moindre présence sur la vallée de la Drôme et la bande Est du département, pour les dentistes et dans une moindre mesure pour les orthophonistes (présents dans le Diois) ;
- une présence plus homogène des masseurs-kinésithérapeutes ;
- comme pour les professionnels précédents (sauf pour les médecins spécialistes) et à l'exception des sages-femmes une présence qui est peu déséquilibrée entre milieu rural et milieu urbain et pas toujours à l'avantage des centres urbains ;
- bien que les sages-femmes libérales soient très présentes sur le département elles sont essentiellement concentrées sur la vallée du Rhône.

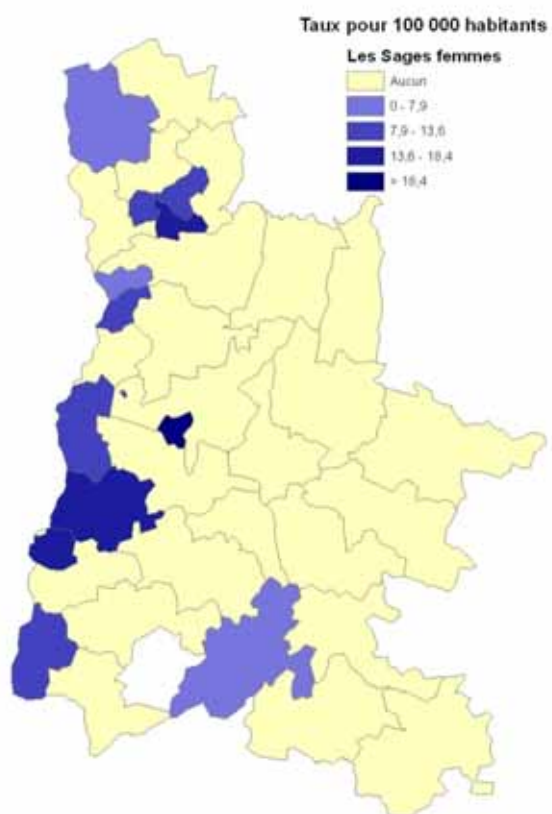
Carte 16 : Densité de dentistes libéraux par cantons (pour 100.000 habitants) – avril 2008



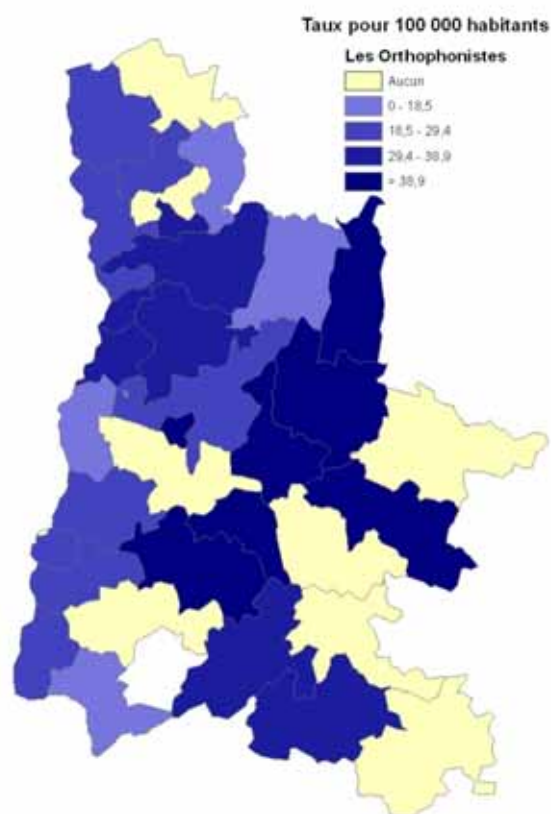
Carte 17 : Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux par cantons (pour 100.000 habitants) – avril 2008



Carte 18 : Densité de sage-femmes libérales par cantons (pour 100.000 habitants) – avril 2008



Carte 19 : Densité d'orthophonistes libéraux par cantons (pour 100.000 habitants) – avril 2008



3. Profils de santé – Analyse comparée entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU complémentaire

En mars 2008, parmi les 429 380 assurés du régime général dans le département de la Drôme, 31 505 bénéficiaient de la CMU complémentaire en raison de leur situation de précarité et de leurs faibles ressources économiques. Ce nombre représente un peu plus de 7% des assurés du régime général mais la part varie fortement en fonction de l'âge. Elle est maximale chez les moins de 16 ans où 12,8% des assurés bénéficient de la CMUc pour s'abaisser progressivement avec l'âge et être très réduite à partir de 60 ans en raison des critères d'admission (le minimum vieillesse qui correspond au revenu minimum pour les personnes retraitées est supérieur au plafond de ressources donnant accès à la CMUc). (Cf. tableau 1)

On peut souligner également que 60% des bénéficiaires de la CMUc sont âgés de moins de 31 ans.

Tableau 1 : Nombre et part de bénéficiaires de la CMUc parmi la population des assurés sociaux du régime général au 15 mars 2008 selon la classe d'âge

Classes d'âge	Nombre d'assurés sociaux	Nombre de bénéficiaires de la CMUc	Part de bénéficiaires de la CMUc
Moins de 16 ans	83 447	10 704	12,8%
16-30 ans	89 850	8 146	9,1%
31-45 ans	95 833	6 821	7,1%
46-60 ans	80 410	4 720	5,9%
61-75 ans	51 401	961	1,9%
Plus de 75 ans	28 439	153	0,5%
Total	429 380	31 505	7,3%

Source : CPAM de la Drôme – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Les effectifs de bénéficiaires de la CMUc parmi les personnes de plus de 60 ans sont faibles. De plus parmi la tranche d'âge 61-75 ans, la population des bénéficiaires de la CMUc comprend la part des personnes de 61-65 ans est beaucoup plus importante que dans la population des non-bénéficiaires du fait des critères d'admission à la CMU ce qui tend à biaiser les comparaisons. Pour ces raisons, les indicateurs présentés ci-après ne seront pas déclinés pour les tranches de population les plus âgées.

L'ensemble des analyses réalisées ci-après a pour objectif de comparer le recours aux soins de ville des bénéficiaires et des non-bénéficiaires de la CMUc pour tenter d'identifier les différences de recours aux soins et de profil de santé des personnes considérées ici comme en situation de fragilité économique (bénéficiaires de la CMUc). Cette analyse repose sur l'ensemble des actes dont ont bénéficié les assurés du régime général de l'assurance maladie au cours du deuxième semestre 2007 (ou au cours de l'année pour le suivi gynécologique). **Ces données proviennent de la CPAM de la Drôme.**

On souligne que seules les dépenses de soins de ville (c'est à dire effectuées auprès de professionnels exerçant à titre libéral) ne peuvent être identifiées. Les actes réalisés auprès de professionnels salariés (consultations hospitalières, consultations de PMI, actes réalisés en Centre médico psychologique...) ne sont donc pas intégrées à cette étude. Ce manque peut réduire ou accroître certaines différences observées.

Les dépenses de santé et le recours aux soins

Sur le second semestre 2007, les assurés bénéficiaires de la CMUc sont plus nombreux à avoir effectué un soin ayant fait l'objet d'un remboursement (environ 83%) que les non bénéficiaires (74%).

L'ensemble des actes médicaux effectués auprès de professionnels de santé libéraux et qui ont fait l'objet d'un remboursement partiel ou total représente un coût moyen de 421 euros par assuré bénéficiaire de la CMUc contre 513 euros pour les assurés non bénéficiaires de la CMUc (que les assurés aient ou non eu recours aux soins durant cette période).

Concernant la part moyenne remboursée par l'assurance maladie, la différence s'inverse du fait de la meilleure prise en charge des soins pour les bénéficiaires de la CMU : le montant moyen des frais remboursés par l'assurance-maladie est ainsi de 379 euros pour les bénéficiaires de la CMUc et de 352 euros pour les non bénéficiaires (Cf. tableau 2).

Tableau 2 : Montant moyen dépensé et remboursé par assuré sur le second semestre 2007 selon le statut de bénéficiaires ou non de la CMUc

Statut CMUc	Nombre d'assurés sociaux	Montant moyen dépensé par assuré	Montant remboursé par assuré
Bénéficiaires	31 505	421 €	379 €
Non bénéficiaires	397 875	513 €	352 €

Source : CPAM de la Drôme – Traitement : ORS Rhône-Alpes

En effectuant une standardisation sur l'âge pour effacer l'effet de la différence de structure d'âge (la répartition par âge des bénéficiaires de la CMUc est plus jeune) les comparaisons montrent qu'à âge égal le montant de dépense par assuré est plus élevé pour les bénéficiaires de la CMUc (568 euros contre 499).

Tableau 3 : Montant moyen standardisé sur l'âge (référence : population totale des assurés) dépensé et remboursé par assuré sur le second semestre 2007 selon le statut de bénéficiaires ou non de la CMUc

Statut CMUc	Nombre d'assurés sociaux	Montant moyen dépensé par assuré	Montant remboursé par assuré
Bénéficiaires	31 505	568 €	513 €
Non bénéficiaires	397 875	499 €	342 €

Source : CPAM de la Drôme – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Sur 6 mois, les bénéficiaires de la CMUc qui ont effectué une dépense de santé ont payé en moyenne **28,50 euros de dépassement d'honoraires** (contre 54 pour les non bénéficiaires), alors que les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale et donc de ne pas appliquer de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMUc.

Globalement les dépassements d'honoraires représentent 7,5% des dépenses de santé de l'ensemble des assurés, 7,7% chez les non bénéficiaires de la CMUc et 5,6% chez les bénéficiaires.

Le recours aux médecins généralistes

Sur le second semestre 2007, 60% des assurés sociaux non bénéficiaires de la CMUc ont eu recours à un médecin généraliste contre 70% chez les bénéficiaires de la CMUc. Cette différence s'observe pour toutes les tranches d'âge jusqu'à 60 ans, elle est maximale chez les 16-30 ans. Dans cette tranche d'âge, moins d'une personne sur deux non bénéficiaires de la CMUc a consulté (44%) contre deux personnes sur trois (65%) parmi les bénéficiaires.

Tableau 4 : Taux de recours aux soins de médecine générale de ville sur le second semestre 2007 selon le statut de bénéficiaires ou non de la CMUc

Classes d'âge	Taux d'assurés sociaux ayant eu recours à un médecin généraliste	
	Non bénéficiaire de la CMUc	Bénéficiaire de la CMUc
15 ans et moins	62%	71%
16-30 ans	44%	65%
31-45 ans	53%	71%
46-60 ans	63%	74%
61-75 ans	79%	78%
Plus de 75 ans	82%	

Source : CPAM de la Drôme – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Les dépenses liées à des actes de médecins généralistes, rapportées au nombre total d'assurés comme rapportées aux seuls assurés ayant consulté, sont plus importantes pour les bénéficiaires de la CMUc. (cf Tableau 5)

La standardisation sur l'âge accroît cet écart, les montants moyens par assuré étant respectivement de 62,60 et 41,50 € pour les bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMUc (contre 57,30 et 42,10 € en données brutes).

Tableau 5 : Indicateurs de recours aux soins de médecine générale de ville sur le second semestre 2007 selon le statut de bénéficiaires ou non de la CMUc

Statut CMUc	Nombre d'assurés sociaux	Montant moyen payé par assuré	Nombre et % d'assurés ayant eu recours	Montant moyen payé par assuré ayant eu recours
Bénéficiaires	31 505	57,30 €	22 139 (70%)	81,50 €
Non bénéficiaires	397 875	42,10 €	238 438 (60%)	70,20 €

Source : CPAM de la Drôme – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Le recours aux médecins généralistes et aux pédiatres pour les enfants

Sur le second semestre 2007, 62% des assurés sociaux de moins de 16 ans non bénéficiaires de la CMUc ont eu recours au moins une fois à un médecin généraliste contre 71% chez les bénéficiaires de la CMUc.

Le taux de recours au pédiatre sur cette même période est de 9% des enfants non bénéficiaires de la CMUc contre 13% des jeunes bénéficiaires.

Les dépenses correspondantes rapportées à l'ensemble des assurés de moins de 16 ans sont de 36,50 € pour les non bénéficiaires et 50,50 € pour les bénéficiaires chez les médecins généralistes et respectivement 5,50 € et 7,10 € chez les pédiatres.

Pour les seuls jeunes ayant eu recours aux soins ces montants sont par enfant et pour un semestre, respectivement de 58,50 et 70,90 € de dépenses pour des actes de médecins généralistes et de 59,50 et 52,50 € pour des actes de pédiatres.

Pour les actes réalisés auprès des enfants les dépassements d'honoraires sont extrêmement réduits pour les patients bénéficiaires de la CMUc : ils représentent 0,3% des montants payés ou en moyenne 25 centimes d'euros par enfant ayant consulté chez les médecins généralistes et 0,6% des montants payés ou 30 centimes d'euros par enfant ayant consulté chez les pédiatres.

Pour les non bénéficiaires de la CMUC, ces données sont respectivement de 2,9% et 1,70 euros pour les actes d'omnipraticiens et 9,5% et 5,60 euros pour les actes de pédiatres.

Le recours aux médecins spécialistes

Le recours aux soins pour les spécialités les plus fréquemment sollicitées (en médecine de ville) a été analysé. Si pour une part importante des spécialités (pédiatrie, ORL, rhumatologie, psychiatrie adulte, pneumologie, gastro-entérologie, cardiologie) le recours aux soins reste plus important à âge égal chez les bénéficiaires de la CMUc, les différences observées apparaissent moins marquées que pour le recours aux médecins généralistes. (cf tableaux 6 et 7).

Tableau 6 : Taux d'assurés sociaux ayant eu recours à un médecin spécialiste (ORL, rhumatologues, psychiatre adulte) sur le second semestre 2007 selon le statut de bénéficiaire ou non de la CMUc

Classes d'âge	Taux de recours ORL		Taux de recours rhumatologue		Taux de recours psychiatre adulte	
	Non CMUc	CMUc	Non CMUc	CMUc	Non CMUc	CMUc
- 16 ans	3,6%	4,2%	0,1%	0,1%	-	-
16-30 ans	1,3%	2,1%	0,3%	0,6%	0,9%	1,3%
31-45 ans	2,1%	3,0%	1,3%	1,7%	2,0%	2,9%
46-60 ans	3,3%	4,6%	3,0%	3,5%	2,4%	3,0%
61-75 ans	4,8%	-	5,2%	-	1,3%	

Source : CPAM de la Drôme – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Tableau 7 : Taux d'assurés sociaux ayant eu recours à un médecin spécialiste (pneumologue, gastro-entérologue, cardiologue) sur le second semestre 2007 selon le statut de bénéficiaires ou non de la CMUc

Classes d'âge	Taux de recours pneumologue		Taux de recours gastro-entérologue		Taux de recours cardiologue	
	Non CMUc	CMUc	Non CMUc	CMUc	Non CMUc	CMUc
- 16 ans	1,3%	1,2%	0,1%	0,1%	0,5%	0,5%
16-30 ans	0,6%	0,7%	0,5%	0,7%	0,4%	0,7%
31-45 ans	1,1%	1,3%	1,3%	1,7%	1,2%	1,7%
46-60 ans	2,1%	2,7%	2,6%	3,5%	4,4%	4,6%
61-75 ans	3,5%	-	3,7%	-	10,9%	

Source : CPAM de la Drôme – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Pour certaines spécialités comme la dermatologie ou l'endocrinologie le recours apparaît équivalent entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMUc ou dissocié selon les groupes d'âge (cf. tableau 8).

Le niveau de recours aux consultations d'endocrinologie équivalent entre ces deux groupes de populations est à mettre en regard avec le taux de patients sous traitements antidiabétiques qui est deux fois plus élevé chez les bénéficiaires de la CMUc (cf. tableau 13). Le recours aux endocrinologues des patients diabétiques est donc significativement inférieur pour les bénéficiaires de la CMUc.

Tableau 8 : Taux d'assurés sociaux ayant eu recours à un médecin spécialiste (dermatologue, cardiologue) sur le second semestre 2007 selon le statut de bénéficiaires ou non de la CMUc

Classes d'âge	Taux de recours dermatologue		Taux de recours endocrinologue	
	Non CMUc	CMUc	Non CMUc	CMUc
- 16 ans	3,8%	3,1%	0,1%	0,1%
16-30 ans	4,1%	4,6%	0,3%	0,4%
31-45 ans	3,9%	4,7%	0,7%	0,9%
46-60 ans	4,5%	4,3%	1,1%	1,1%
61-75 ans	5,5%	-	3,7%	-

Source : CPAM de la Drôme – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Enfin, pour quelques spécialités le recours est moindre chez les bénéficiaires de la CMUc. C'est le cas du suivi gynécologique effectué par un médecin gynécologue (cf. tableau 9) et des consultations d'ophtalmologie (cf. tableau 10)

Pour approcher la question du **suivi gynécologique** il a été recherché la part des femmes qui ont eu au moins une consultation auprès d'un médecin spécialiste en gynécologie durant l'année écoulée (et non sur le semestre comme pour les autres professionnels). Cette approche n'intègre cependant pas le suivi gynécologique qui peut être fait par les autres professionnels, médecins généralistes notamment, ou auprès d'établissements.

Les résultats montrent que si le taux de suivi est supérieur chez les jeunes femmes de moins de 30 ans bénéficiaires de la CMUc, il est significativement inférieur pour toutes les autres tranches d'âge. On peut également, souligner que la différence est maximale chez les femmes de 46-60 ans (27% contre 17%) alors qu'il s'agit de la période où l'incidence des cancers féminins (sein et utérus notamment) est la plus importante. De manière générale, dans les deux populations le taux de suivi s'abaisse avec la fin de la période de vie féconde.

Tableau 9 : Taux de femmes ayant eu au moins une consultation en gynécologie durant l'année 2007, selon le statut de bénéficiaire de la CMUc et selon l'âge

Classes d'âge	Non bénéficiaires de la CMUc		Bénéficiaires de la CMUc	
	Nombre d'assurées	Taux de suivi	Nombre d'assurées	Taux de suivi
15-30 ans	41 921	19%	5 019	22%
31-45 ans	44 340	33%	4 062	28%
46-60 ans	39 569	27%	2 637	17%
61-75 ans	27 040	16%	446	11%

Source : CPAM de la Drôme – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Tableau 10 : Taux d'assurés sociaux ayant eu recours à un médecin spécialiste (ophtalmologue) sur le second semestre 2007 selon le statut de bénéficiaire ou non de la CMUc

Classes d'âge	Taux de recours ophtalmologue	
	Non CMUc	CMUc
- 16 ans	9,7%	8,0%
16-30 ans	6,1%	6,3%
31-45 ans	8,6%	7,9%
46-60 ans	14,2%	14,1%
61-75 ans	19,0%	-

Source : CPAM de la Drôme – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Le recours aux soins dentaires et l'orthodontie

De nombreux travaux ont démontré que l'état dentaire et une part importante des pathologies bucco-dentaires sont fortement associés à la situation socio-économique des populations. Face à ce besoin de soins a priori supérieur pour les populations défavorisées, le recours aux soins dentaires peut être réduit par des difficultés d'accès notamment économiques (faible remboursement de certains soins) qui aboutissent finalement à un recours moindre pour les populations défavorisées.

Dans le département de la Drôme, le taux de personnes ayant recours aux soins dentaires est assez proche entre les bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMUc en dehors des tranches d'âge 31-45 ans et surtout 16-30 ans où le recours est très supérieur chez les bénéficiaires de la CMUc (cf tableau 11). Il faut souligner que les actes majoritairement pratiqués sur cette tranche d'âge sont globalement mieux pris en charge financièrement (taux de remboursement plus élevé) que ceux réalisés sur les populations plus âgées (actes prothétiques notamment).

Tableau 11 : Taux d'assurés sociaux ayant eu recours à un dentiste et à un orthodontiste sur le second semestre 2007 selon le statut de bénéficiaire ou non de la CMUc

Classes d'âge	Taux de recours chirurgien dentiste		Taux de recours soins d'orthodontie	
	Non CMUc	CMUc	Non CMUc	CMUc
- 16 ans	16%	17%	6,0%	2,5%
16-30 ans	14%	22%	0,9%	0,8%
31-45 ans	22%	27%	-	-
46-60 ans	24%	26%	-	-
61-75 ans	24%	22%	-	-

Source : CPAM de la Drôme – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Sur le plan financier, chez les moins de 61 ans, plus de 60% des dépenses pour des soins dentaires ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie pour les personnes non bénéficiaires de l'assurance-maladie (prise en charge par la couverture complémentaire éventuelle et par l'utilisateur) et cette part reste de près de 30% pour les bénéficiaires de la CMUc (entièrement à la charge de l'assuré). Ainsi pour les bénéficiaires de la CMUc ayant consulté au moins une fois, la somme moyenne restant à leur charge sur un semestre est de 95 euros.

Le recours à un orthodontiste, probablement jugé moins indispensable et faisant l'objet d'une prise en charge financière légèrement moindre (36% restant à charge pour les bénéficiaires de la CMUc), est par contre près de deux fois et demi inférieur chez les bénéficiaires de la CMUc pour les enfants de moins de 16 ans (cf. tableau 11).

Le recours aux professionnels para-médicaux

L'analyse du recours aux soins prodigués par les professionnels de santé para-médicaux exerçant en libéral fait apparaître des situations diverses.

Le recours aux soins infirmiers est supérieur chez les bénéficiaires de la CMUc, proche pour les actes de kinésithérapie et plutôt inférieur pour le recours à l'orthophonie (cf. tableau 12).

Tableau 12 : Taux d'assurés sociaux ayant eu recours à un infirmier, un masseur-kinésithérapeute, un orthophoniste sur le second semestre 2007 selon le statut de bénéficiaire ou non de la CMUc

Classes d'âge	Taux de recours soins infirmiers		Taux de recours kinésithérapeute		Taux de recours orthophoniste	
	Non CMUc	CMUc	Non CMUc	CMUc	Non CMUc	CMUc
- 16 ans	1,7%	2,7%	2,7%	2,6%	5,5%	4,9%
16-30 ans	4,4%	7,6%	3,4%	3,8%	0,3%	0,3%
31-45 ans	7,0%	10,9%	6,1%	6,5%	0,2%	0,1%
46-60 ans	13,0%	16,6%	9,5%	10,0%	0,2%	0,2%
61-75 ans	26,7%	-	13,0%	-	0,3%	-

Source : CPAM de la Drôme – Traitement : ORS Rhône-Alpes

La prévalence de certains traitements

Les remboursements de prescriptions médicamenteuses permettent d'avoir une estimation de la prévalence de certaines pathologies chroniques et d'identifier des différences de fréquence entre les populations. Cette approche est d'autant plus pertinente qu'il s'agit de traitements spécifiques (indications limitées à un type de pathologie), répondant à des recommandations précises reposant sur des critères objectifs de diagnostic.

Les traitements antidiabétiques répondent pleinement à ces critères et leur analyse donne une idée assez fiable de la prévalence du diabète.

D'autres types de traitement ont été étudiés malgré certaines limites :

- les traitements anti-asthmatiques (traitements moins spécifiques, traitements ponctuels et chroniques, schéma thérapeutique moins précis)
- les traitements psychotropes (absence de critères objectifs de diagnostic, modalités de traitement très variables, options thérapeutiques multiples...)
- les statines, traitements hypocholestérolémiants (respect non optimum des recommandations entraînant des variations de niveau de prescriptions, traitement non systématique, traitement de seconde intention après régime alimentaire...).

Le diabète

Sur le second semestre 2007, 13 781 assurés sociaux ont eu au moins une délivrance de traitements antidiabétiques (oraux ou injectables) soit 3,2% de la population totale relevant du régime général.

Cette part est de 2,4% chez les patients bénéficiaires de la CMUc et de 3,4% pour les non bénéficiaires de la CMUc. Cependant, après standardisation sur l'âge (comparaison à structure d'âge égale) et si l'on se limite à la population des moins de 61 ans qui représente

97% de la population des bénéficiaires de la CMUc, le taux comparatif de patients sous traitements antidiabétiques est plus de deux fois supérieur chez les bénéficiaires de la CMUc (2,6 contre 1,2%).

L'analyse par tranche d'âge est très significative et montre qu'entre 16 et 60 ans le taux de prévalence des traitements antidiabétiques est deux fois supérieur chez les personnes bénéficiaires de la CMUc (cf. tableau 13). Ainsi plus de 8,5% des personnes de 46-60 ans bénéficiaires de la CMUc sont concernées contre un peu plus de 4% pour les non bénéficiaires.

Tableau 13 : Taux d'assurés ayant eu au moins une délivrance de traitement antidiabétique durant le second semestre 2007, selon le statut de bénéficiaire de la CMUc et selon l'âge

Classes d'âge	Non bénéficiaires de la CMUc		Bénéficiaires de la CMUc	
	Nombre d'assurés	Taux de prévalence	Nombre d'assurés	Taux de prévalence
Moins de 15 ans	72 743	0,09%	10 704	0,11%
15-30 ans	81 704	0,21%	8 146	0,41%
31-45 ans	89 012	0,72%	6 821	1,74%
46-60 ans	75 690	4,13%	4 720	8,58%

Source : CPAM de la Drôme – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Le diabète fait l'objet d'un certain nombre de recommandations de suivi reposant sur différents examens para-cliniques (dosages sanguins, examen ophtalmologique, examens radiologiques). Trois d'entre eux ont pu être étudiés plus précisément :

- dosage sanguin de l'Hémoglobine glyquée (HbA1c) (1 fois par trimestre)
- bilan lipidique sanguin annuel
- dosage annuel de créatinémie (dosage sanguin)
- examen annuel du fond d'œil (actes de spécialistes ophtalmologie)

Pour ces quatre types d'examens recommandés, les résultats font apparaître un niveau de suivi significativement moindre chez les bénéficiaires de la CMUc (cf. tableau 14). Pour la réalisation du fond d'œil (examen ophtalmologique) la différence est moins marquée mais les taux de réalisation de cet examen sont extrêmement bas pour les deux populations étudiées.

Tableau 14 : Pourcentage de patients ayant eu au moins un acte au cours du second semestre 2007, selon le statut de bénéficiaires de la CMUc

Examen	Taux cible*	Patients non bénéficiaires CMUc	Patients bénéficiaires CMUc
Dosage HbA1	100%	75,5%	69,1%
Bilan lipidique	50%	42,2%	35,8%
Créatinémie	50%	46,9%	39,6%
Fond d'oeil	50%	8,4%	7,1%

Source : CPAM de la Drôme – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Les données étant semestrielles l'objectif est ramené à 50% pour les examens qui doivent être réalisés annuellement.

Les traitements anti-asthmatiques

L'analyse du nombre de patients sous-traitement asthmatique met en évidence une prévalence plus forte pour tous les types de traitement chez les bénéficiaires de la CMUc.

Cette différence est tout à fait nette après ajustement sur l'âge (taux standardisés) qui montre que, à structure d'âge égale, les prévalences de traitement sont de l'ordre de 50% supérieures chez les patients bénéficiaires de la CMUc (cf. tableau 15).

Tableau 15 : Taux d'assurés ayant eu au moins une délivrance de différents traitements anti-asthmatiques durant le second semestre 2007, selon le statut de bénéficiaire de la CMUc

Classes médicamenteuses	Taux brut		Taux standardisé	
	Non-bénéficiaires	Bénéficiaires	Non-bénéficiaires	Bénéficiaires
Corticoïdes à inhaler	2,2%	3,0%	2,2%	3,1%
Associations Beta 2 stimulants et corticoïdes à inhaler	2,1%	2,5%	2,1%	3,0%
Antagonistes des leucotriènes (cp)	0,7%	1,0%	0,7%	1,0%
Beta 2 stimulants d'action prolongée à inhaler	0,6%	0,6%	0,5%	0,9%

Source : CPAM de la Drôme – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Les traitements psychotropes

L'analyse du nombre de patients sous traitements psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs...) met également en évidence une prévalence plus forte pour ces types de traitement chez les bénéficiaires de la CMUc, notamment pour les tranquillisants et pour les anti-psychotiques.

Là encore la différence est accentuée après ajustement sur l'âge (taux standardisés) avec, à structure d'âge égale, des prévalences de traitement jusqu'à deux fois supérieures chez les patients bénéficiaires de la CMUc (cf. tableau 16).

Tableau 16 : Taux d'assurés ayant eu au moins une délivrance de différents traitements anti-asthmatiques durant le second semestre 2007, selon le statut de bénéficiaire de la CMUc

Classes médicamenteuses	Taux brut		Taux standardisé	
	Non-bénéficiaires	Bénéficiaires	Non-bénéficiaires	Bénéficiaires
Tranquillisants (anxiolytiques)	8,9%	10,4%	8,7%	13,4%
Antidépresseurs (type SSRI)	3,9%	4,1%	3,7%	5,4%
Hypnotiques (non barbituriques)	3,7%	3,9%	3,6%	5,3%
Antipsychotiques conventionnels	1,1%	1,7%	1,1%	2,2%

Source : CPAM de la Drôme – Traitement : ORS Rhône-Alpes

La catégorie des médicaments psychotropes comprend également les traitements utilisés dans les situations de dépendance alcoolique. Ces traitements qui concernent globalement moins de 0,2% des assurés apparaissent 3 fois plus prescrits chez les bénéficiaires de la CMUc (0,16 et 0,45 % en données brutes, 0,15 et 0,51% en données standardisées).

Les traitements hypocholestérolémiants (statines)

Les statines sont des médicaments contre les dyslipidémies (troubles du bilan lipidique, excès de cholestérol sanguin notamment) qui doivent être prescrits en complément d'un régime alimentaire.

En taux bruts, ces traitements, qui concernent davantage les personnes plus âgées, sont plus de deux fois plus fréquents chez les non bénéficiaires de la CMUc (5,2% contre 2,4% chez les bénéficiaires de la CMUc). Cependant, après ajustement sur l'âge, les prévalences de traitement par statines sont équivalentes entre les deux groupes (respectivement 5,0% et 5,2%).

Les différences de recours aux soins de ville peuvent être liées à différents facteurs qui relèvent notamment :

- de l'accessibilité économique et physique de l'offre ;
- des comportements de recours : recours rapides ou tardifs aux soins, capacité à gérer certaines situations sans avoir recours aux soins, recours plus fréquents vers les offres non libérales notamment en établissements ;
- et enfin de l'état de santé avec un recours d'autant plus important que l'état de santé est moins favorable.

Les différences constatées sur les analyses comparatives entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMUc font, avant tout, évoquer un état de santé moins favorable chez les bénéficiaires de la CMUc avec un recours aux médecins plus importants et des prescriptions plus fréquentes (même pour des certains traitements spécifiques ou pour des soins infirmiers) et un recours moindre pour certains actes qui peuvent être jugés moins essentiels (suivi gynécologique, bilans de suivi du diabète, actes para-médicaux).

De plus si le recours aux soins est, à âge égal, globalement supérieur sur la plupart des actes chez les bénéficiaires de la CMUc, certains croisements de données font penser que le recours n'est pas aussi élevé qu'il pourrait l'être au vu de l'état de santé. Ceci est notamment illustré par les patients diabétiques qui sont 2 fois plus présents parmi les bénéficiaires de la CMUc mais moins nombreux à avoir recours à un endocrinologue et à pratiquer les examens de suivi.

Par ailleurs, on relève que c'est au niveau du recours au médecin généraliste que la différence est la plus marquée (quel que soit l'âge au moins deux bénéficiaires de la CMUc sur trois ont consulté un omnipraticien en 6 mois) ; celui-ci constitue pour les bénéficiaires de la CMUc encore plus que pour les autres assurés sociaux une ressource centrale et essentielle pour la démarche de soins des personnes.

Enfin, si la CMUc facilite manifestement l'accès économique à un grand nombre de soins, on soulignera d'une part que les frais restant à la charge de l'assuré demeurent conséquents pour certains actes (30% pour les soins dentaires) et d'autre part que les dépassements d'honoraires appliqués illégalement aux bénéficiaires de la CMUc sont tout à fait notables (28 euros en moyenne par semestre pour les assurés ayant bénéficié d'au moins un acte).

4. Habitat indigne, logement et santé

Très souvent conséquences de la situation socio-économique des personnes, les conditions d'habitat (surpeuplement, exigüité, infestations diverses, humidité, défaut de chauffage ou d'isolation, délabrement et risques physiques, exposition au plomb, installations sanitaires manquantes ou défectueuses,...) constituent un réel déterminant de santé pouvant favoriser la survenue de pathologies spécifiques (saturnisme) ou non (allergies, asthme, dermatoses...).

La **notion d'habitat indigne** recouvre l'ensemble des situations d'habitat présentant notamment des risques pour la santé et la sécurité de leurs occupants et qui sont un déni du droit au logement et portent atteinte à la dignité humaine. Elle couvre :

- les logements, immeubles et locaux insalubres,
- les locaux où le plomb est accessible (saturnisme),
- les immeubles menaçant ruine,
- les hôtels meublés dangereux,
- les habitats précaires.

La suppression de cet habitat ou sa réhabilitation relève des pouvoirs de police administrative exercés par les maires et les préfets. Ces situations peuvent aussi entraîner des sanctions, notamment pénales. La lutte contre l'habitat indigne concerne aussi les propriétaires occupants victimes de leur pauvreté ou leur précarité. Elle fait l'objet d'un programme d'action gouvernemental, engagé notamment à la suite des modifications législatives relatives aux polices du péril et de l'insalubrité issues de la loi SRU (Solidarité et renouvellement urbain – décembre 2000). La notion d'habitat indigne implique une volonté d'éradication et renvoie à diverses procédures préexistantes mais améliorées et dont on attend une application plus intense et mieux coordonnée.

Cependant, la dénomination d'habitat indigne ne recouvre pas, par contre : les logements inconfortables (absence de toilettes et de salle d'eau et de chauffage central), les logements vétustes, notion qui renvoie à l'entretien "normal" d'un logement et d'un immeuble, les logements "non décents" au sens de la loi SRU et de son décret d'application du 30 janvier 2002.

Quatre modes opératoires différents existent pour l'amélioration de l'habitat privé vétuste. Tous concourent à des objectifs communs mais différent au niveau de leurs bases et de leurs effets juridiques, des processus de déclenchement et des modes opératoires:

- la loi - code civil, lois bailleurs/locataires (champ du contrat de bail et de la décence du logement),
- les moyens de police administrative (obligations : insalubrité, risque lié au plomb, péril...),
- les financements et des actions incitatives,
- les opérations d'aménagement foncier.

Dans le département de la Drôme, l'existence de nombreuses situations de familles vivant dans des logements indignes, insalubres, non décents..., est connue par les différents acteurs impliqués dans ce domaine dans le département.

En 2003, on estimait que 13 300 logements, soit environ 7,5% des résidences principales drômoises, étaient " potentiellement indignes " : notion élargie recouvrant les logements inconfortables, c'est-à-dire ne disposant pas à la fois de la salle d'eau, de toilettes intérieures et d'un chauffage central (source PPI / Filocom⁷). Cette estimation repose cependant sur des évaluations statistiques qui servent au repérage et non sur une situation réelle de connaissance.

Pour contribuer à résorber ce parc, une mission de « traitement de l'habitat indigne » (MOUS : Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale) par le biais du règlement sanitaire départemental (RSD) dont l'application relève de la police du Maire, a été mise en place avec la volonté des différents partenaires (Département, État, CAF). La lutte contre l'habitat indigne est également une action prépondérante du Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées de la Drôme (PDALPD).

La mission de la MOUS est aussi liée à la loi du 5 mars 2007 (DALO) qui prévoit parmi les personnes prioritaires à l'accès au logement, celles qui occupent des locaux " impropres à l'habitation ou présentant un caractère dangereux ". La MOUS contribuera à coordonner les savoir-faire de l'ensemble des acteurs, elle devra évaluer et identifier le parc de logements à traiter, et construire un mode opératoire commun qui fédère les acteurs. Enfin, elle sensibilisera et accompagnera les acteurs dans leur démarche.

Ce dispositif améliorera la connaissance et permettra d'identifier les secteurs prioritaires dans lesquels la lutte contre l'habitat indigne aura vocation à s'exercer en un premier temps, dans un souci de traitement opérationnel et en un temps maîtrisé.

Le saturnisme

Le saturnisme est une affection découlant de l'ingestion du plomb contenu dans les peintures anciennes ou canalisations. Dans le cadre du Plan de lutte contre le saturnisme, la DDASS 26 pilote le Comité départemental Plomb, en partenariat avec la Direction Départementale de l'Équipement, les Services Communaux d'Hygiène et de Santé des Villes de Valence et Romans. Les actions menées dans ce cadre sont centrées sur : la mise en réseau des partenaires, l'action auprès des familles (maintien dans les lieux après travaux ou relogement) et l'action sur les logements (suivi de l'élimination du risque plomb, maintien de la vocation sociale des logements).

En matière de dépistage, 14 enfants (en moyenne annuelle) ont fait l'objet d'un primo-dépistage dans le département de la Drôme sur la période 1998-2005 soit 16 enfants pour 100 000 enfants de moins de 15 ans.

Ce taux de dépistage place la Drôme dans une situation intermédiaire au niveau de la région : après les 3 départements à forte activité – Rhône, Loire (39) puis Ain (26) – et avant l'Ardèche (10) et les trois départements alpins (entre 4 et 6 pour 100 000). Parmi les 111 enfants primo-dépistés sur la période 1998-2005, 3 présentaient une situation de saturnisme avec un plombémie supérieure à 100µg/l⁸.

⁷ PPI : Parc privé indigne – Filocom : fichier logement des communes

⁸ Source : InVS – Traitement : ORS Rhône-Alpes

Intoxication oxycarbonée

Les intoxications domestiques au monoxyde de carbone sont principalement liées à des installations de chauffage (individuel) ou de cuisson (cuisinière) défectueuses. Sur la période 1997-2004, 7 situations d'intoxication domestique concernant 19 personnes, avaient été recensées dans la Drôme, soit le taux d'intoxications (4 pour 100 000 personnes) le plus bas de la région. En 2007, 3 situations ont été déclarées concernant 5 personnes.

La DDASS est chargée des enquêtes environnementales au domicile des personnes intoxiquées en liaison avec le centre antipoison de Grenoble (fichier informatique commun).