



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

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

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

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

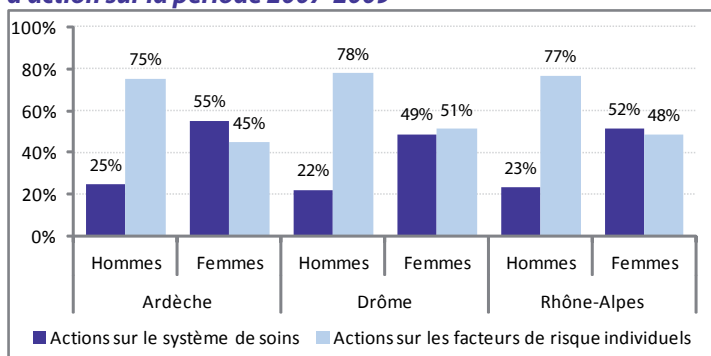
\* TCM : taux comparatif de mortalité pour 100 000 habitants

Sources : Inserm (CépiDC), Insee

Exploitation ORS RA

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

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



Sources : Inserm (CépiDC), Insee

Exploitation ORS RA

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

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

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



## 1. Indicateurs de prévention en population générale

Les données proviennent essentiellement des sources d'information suivantes :

► Baromètre Santé (INPES)

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

► Base de données ODICER (OFDT)

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

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

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

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

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

Source : INPES, Baromètres santé

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

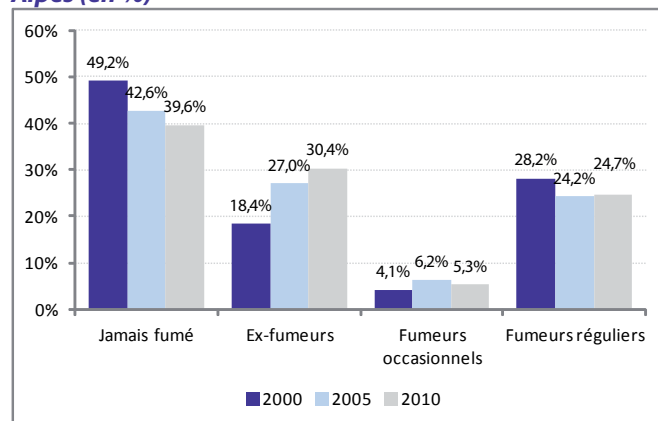
#### Tabac, une consommation quotidienne en baisse chez les jeunes, en hausse entre 35 et 54 ans

Malgré les mesures de lutte anti-tabac adoptées en 2007 et 2008, la prévalence du tabagisme qui baissait en France depuis une vingtaine d'années semble augmenter de nouveau entre les deux dernières enquêtes du Baromètre santé. La proportion de fumeurs (occasionnels ou réguliers) chez les 15-75 ans est ainsi passée en France de 31,8% à 33,7% entre 2005 et 2010, avec une augmentation plus marquée chez les hommes de 26-34 ans et les femmes de 45-54 ans<sup>1</sup>. Dans le même temps, en Rhône-Alpes, le tabagisme semble se stabiliser, la proportion de fumeurs dans la

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

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

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



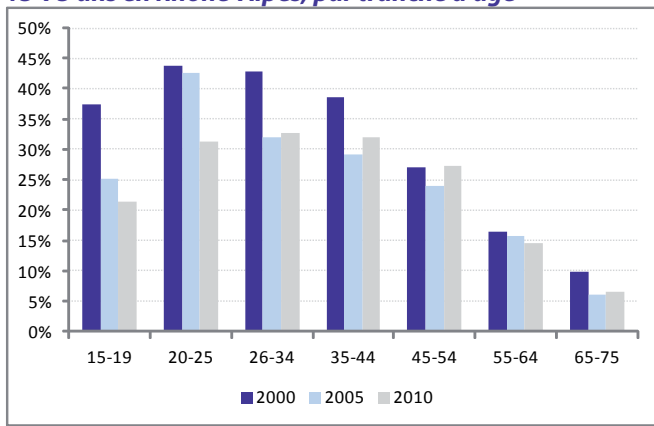
Source : Baromètres santé (INPES) 2000-2005-2010  
Exploitation ORS RA

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

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

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

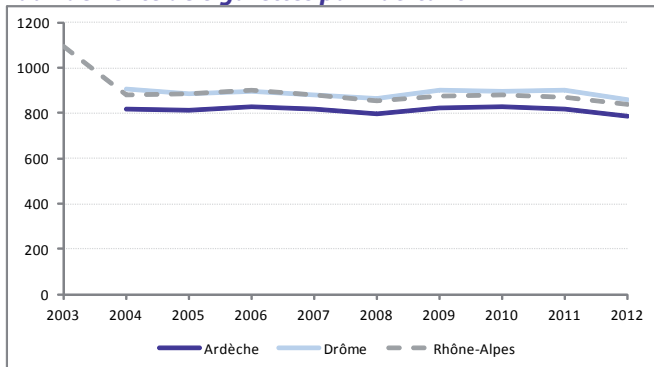
### Evolution de la part (%) des fumeurs réguliers parmi les 15-75 ans en Rhône-Alpes, par tranche d'âge



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

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

### Taux de vente de cigarettes par habitant



Source : ODICER

### Taux\* de vente de tabac à rouler par habitant

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

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

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

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

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

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

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

\*taux pour 1 000 assurés de 15-75 ans

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

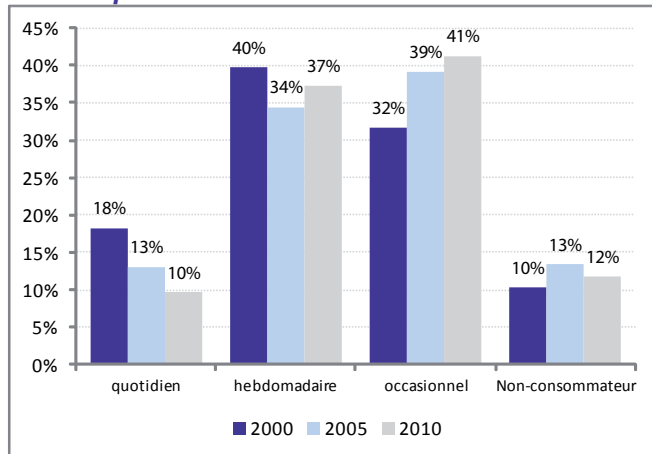
En Rhône-Alpes, les remboursements ont concerné très majoritairement les timbres transdermiques (72% des délivrances remboursées), puis les pastilles à sucer (12%), les gommes nicotiques (8%), les médicaments (7%) et les inhaleurs (2%).

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

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

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

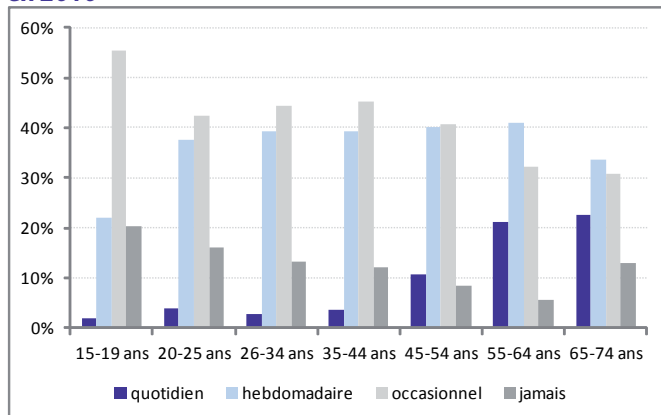
**Répartition (en %) des types de consommateurs d'alcool au cours des 12 derniers mois parmi les 15-75 ans en Rhône-Alpes**



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

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

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



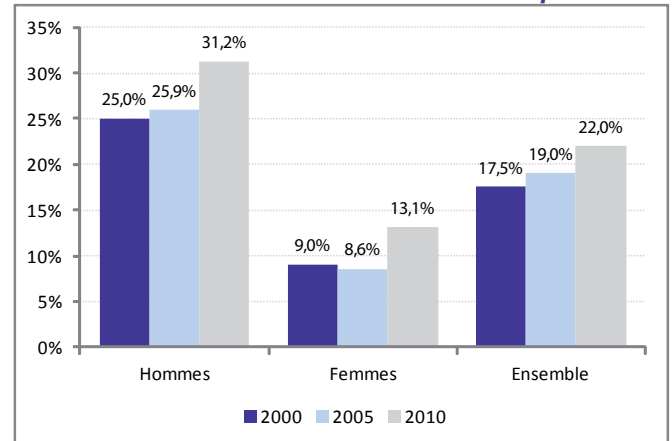
Source : Baromètres santé (INPES) 2010 Exploitation ORS RA

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

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

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

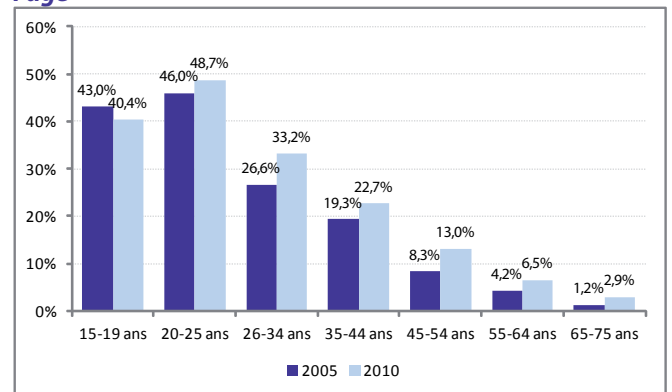
**Part (en %) des personnes de 15-75 ans déclarant avoir été ivre au cours des 12 derniers mois en Rhône-Alpes**



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

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

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



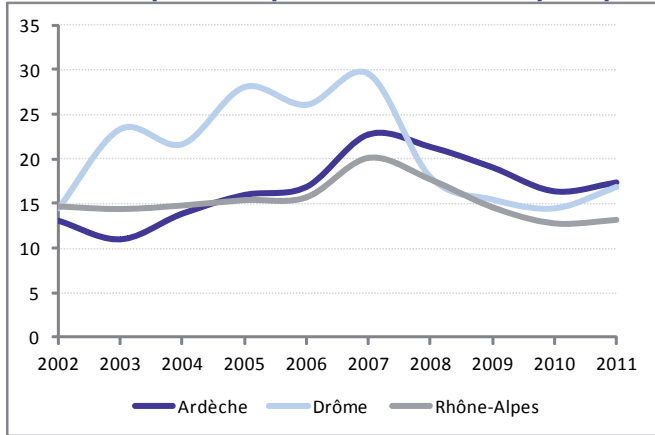
Source : Baromètres santé (INPES) 2005-2010 Exploitation ORS RA

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

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



### Taux\* d'interpellations pour ivresse sur la voie publique

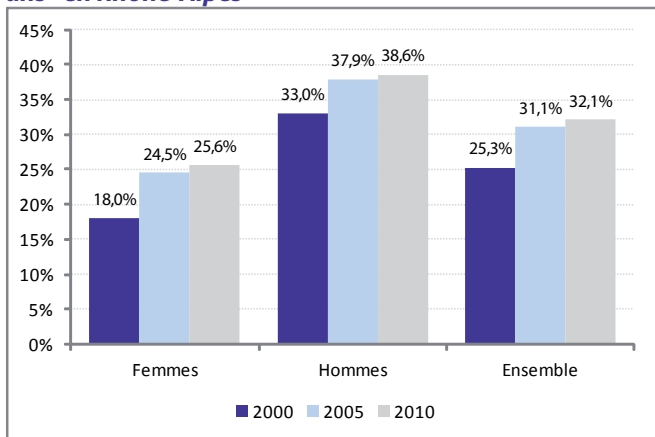


\* pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans  
Sources : DGPN/DGGN/PP, ODICER

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

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

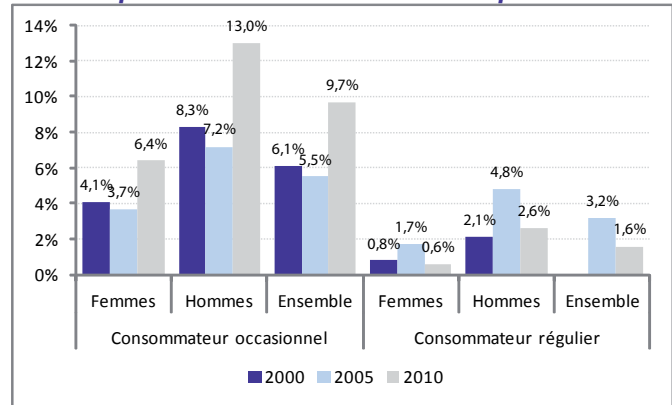
### Taux (en %) d'expérimentation du cannabis chez les 15-64 ans\* en Rhône-Alpes



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

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

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



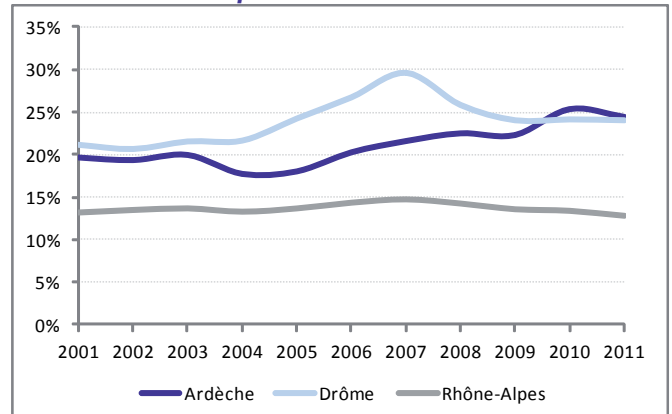
\* question posée seulement aux 15-64 ans en 2010  
Source : Baromètres santé (INPES) 2000-2005-2010  
Exploitation ORS RA

### Drogues et réduction des risques

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

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

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

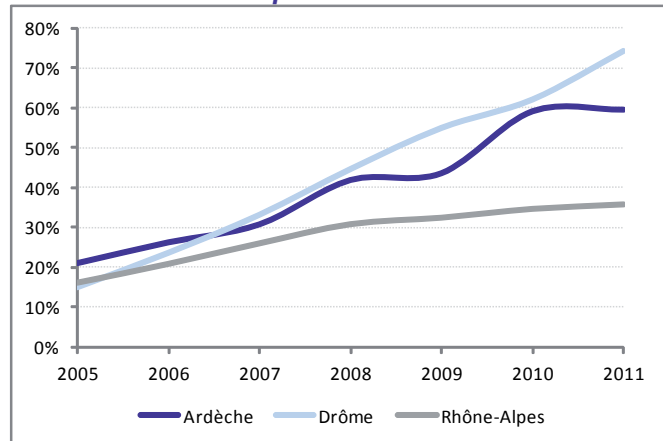


Sources : InVS/Siamois, ODICER



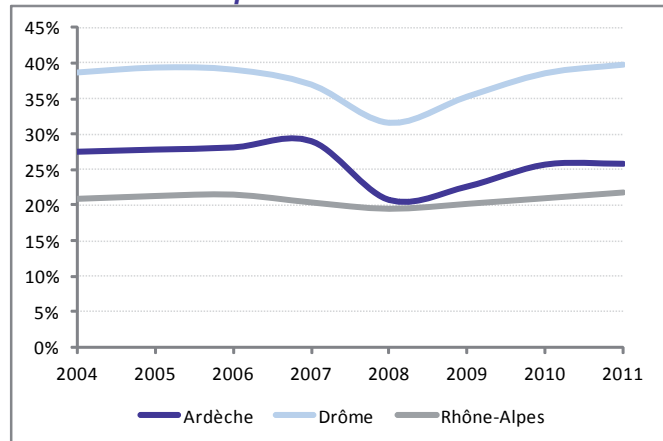
Second volet de la politique de réduction des risques, les traitements de substitution (Méthadone®, Subutex®) visent à faire disparaître les décès par overdose. Les taux de ventes de Méthadone® et de Subutex® sont également plus élevés dans l'Ardèche et la Drôme que dans la région Rhône-Alpes. Alors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

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



Sources : InVS/Siamois, ODICER

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

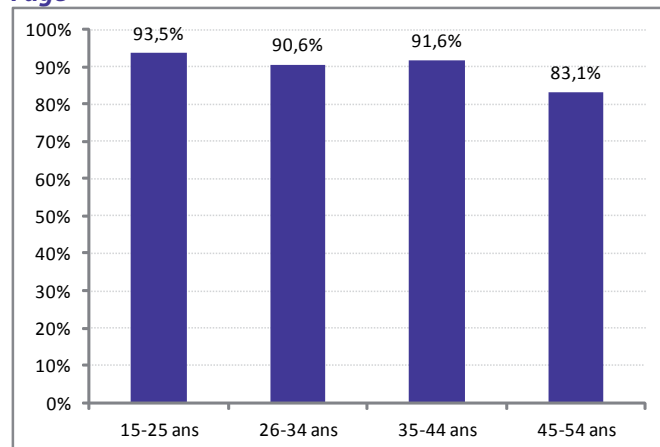


Sources : InVS/Siamois, ODICER

## 1.2. Contraception et grossesses non désirées

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

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

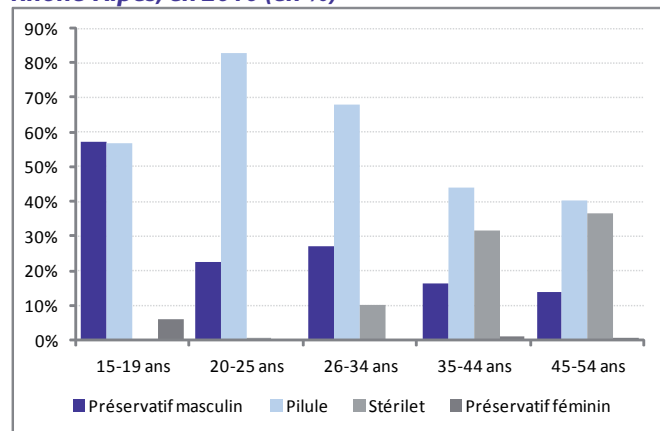


Source : Baromètre santé (INPES) 2010

Exploitation ORS RA

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

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



\*question posée aux femmes de 15-54 ans

Source : Baromètre santé (INPES) 2010

Exploitation ORS RA

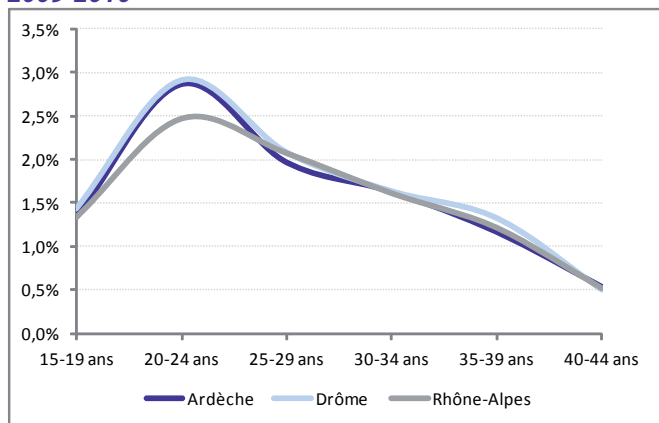
En 2010, la contraception d'urgence, ou «pilule du lendemain», a déjà été utilisée (au cours de la vie) par 24,5% des Rhônalpines de 15-54 ans, avec une proportion plus élevée chez les femmes de 20-34 ans (autour de 38%). Environ un tiers des utilisatrices de contraception d'urgence ont eu recours plusieurs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

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

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

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

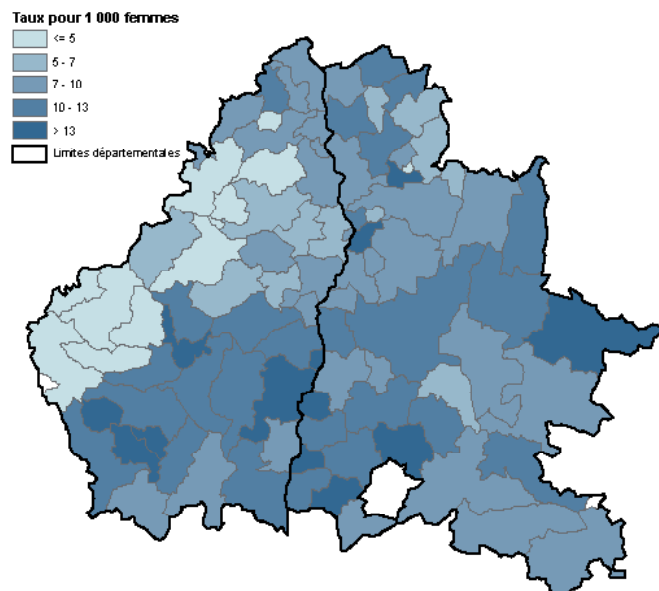
#### Taux\* de recours à l'IVG (hôpital et ville) sur la période 2009-2010



\*Taux pour 100 femmes de chaque tranche d'âge

Sources : PMSI, ARS (Assurance maladie, tous régimes), Insee Exploitation ORS RA

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



\*Taux pour 1000 femmes de 15-49 ans

Sources : PMSI, ARS (Assurance maladie, tous régimes), Insee Exploitation ORS RA

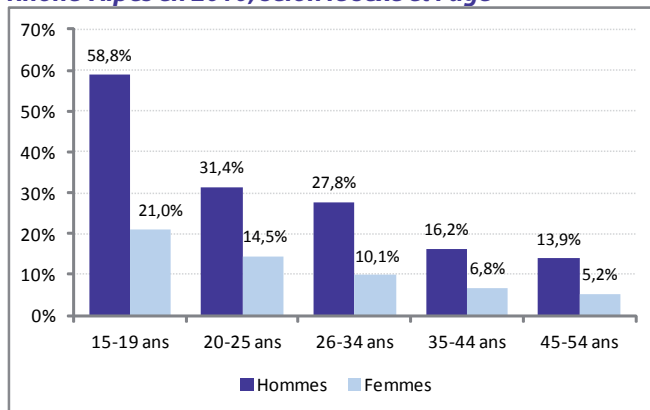
### 1.3. Prévention et dépistage des maladies infectieuses

#### Comportements sexuels et IST

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

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

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



Source : Baromètre santé (INPES) 2010

Exploitation ORS RA

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

En Rhône-Alpes, les données 2011<sup>2</sup> des réseaux de surveillance des IST (RéSIST pour les cas de syphilis récente et les cas de gonococcie, Rénago pour les gonococcies, Rénachla pour les infections à Chlamydia trachomatis) montrent une augmentation depuis 2008 du nombre de cas dépistés, pouvant être liée à une augmentation des infections mais également à un accroissement du recours au dépistage.

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

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

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

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

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

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

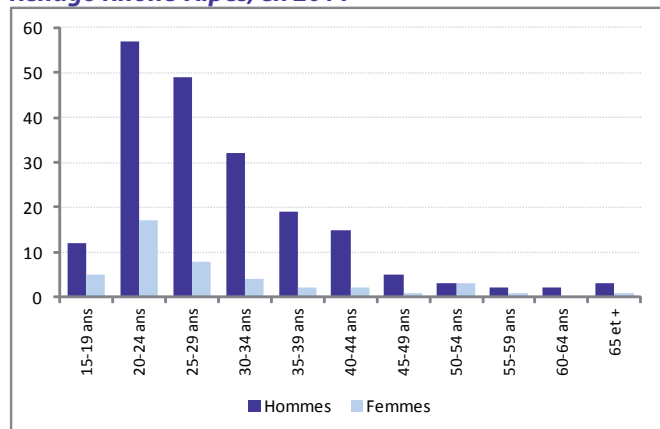
\*pour 100 000 habitants

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

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

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

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



Sources : Rénago, CIRE Rhône-Alpes

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

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

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

\*Taux pour 100 000 habitants

Source : PMSI

#### VIH, un dépistage trop tardif

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

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

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

Source : Déclarations obligatoires (InVS)

#### Hépatites C et B

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

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



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

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

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

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

Source : ARS

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

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

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

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

Source : ARS

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

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

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

Peu d'informations sont disponibles sur le statut vaccinal des adultes que ce soit en France ou en région, ces données sont déclaratives et donc dépendantes de la mémoire des personnes interrogées<sup>3</sup>. Les enquêtes réalisées en population générale au niveau national (enquête ESPS 2002, IRDES) montrent que la couverture vaccinale des adultes est largement insuffisante pour les trois vaccins à rappels systématiques tous les 10 ans (**diphtérie, tétanos, polio**). La vaccination contre le tétanos, bien que la plus suivie, ne serait à jour que chez deux personnes sur trois.

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

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

Sources : ESPS 2002 (IRDES)

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

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

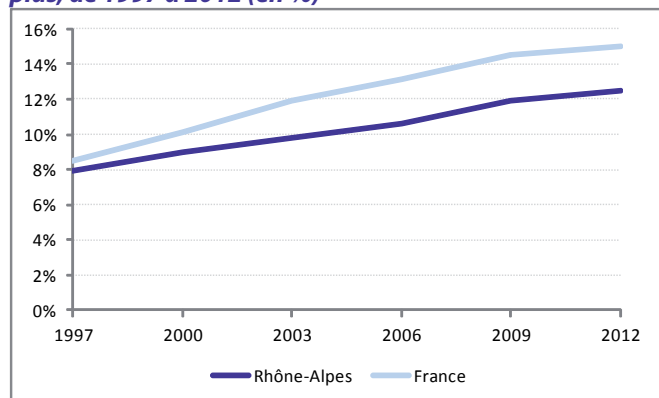
### 1.4. Surcharge pondérale, hygiène de vie

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

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

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

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



Source : OBEPI (INSERM/Roche)

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

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

France).

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

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

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

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

#### Licences sportives délivrées (estimation au 1er septembre 2011)

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

\*taux pour 100 habitants

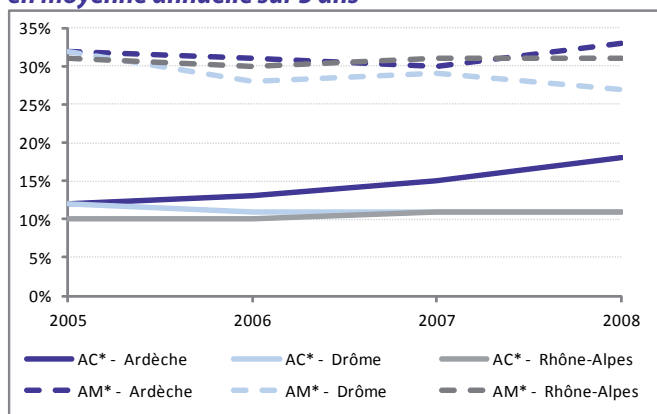
Source : DRJSCS

### 1.5. Accidents de la circulation et facteurs de risque

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

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

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



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

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

**1.6. Dépistages des cancers**

**Le dépistage organisé du cancer du sein : une participation insuffisante**

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

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

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

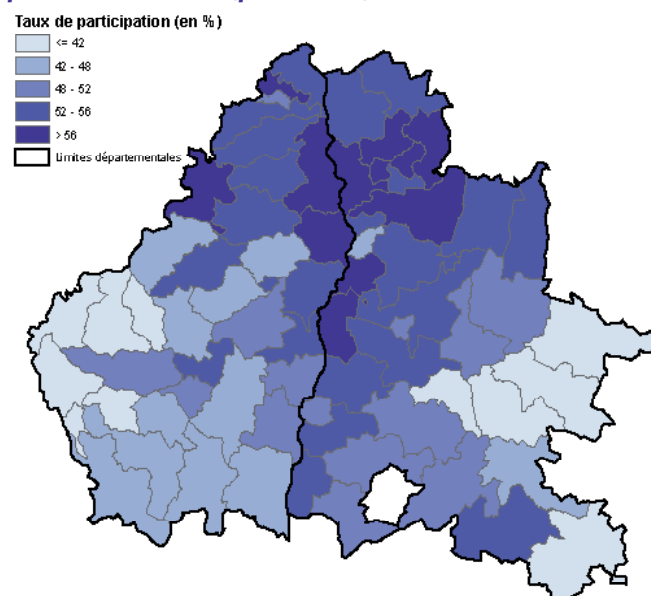
**Taux de participation au dépistage du cancer du sein sur la période 2008-2012**

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

Sources : Organismes de dépistage, INVS

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

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



Source : Drôme Ardèche Prévention Cancer

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



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

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

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

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

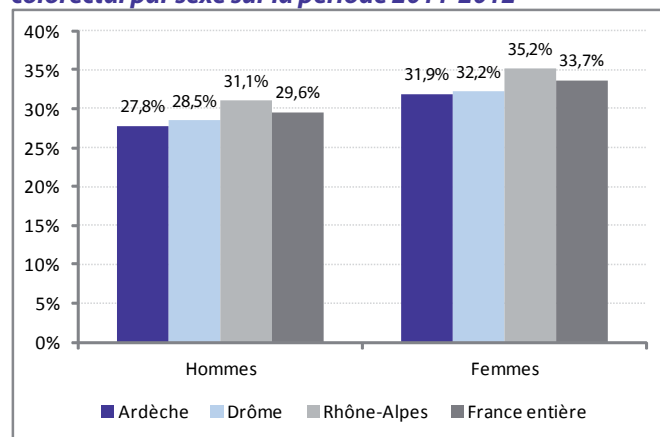
	2009-2010	2010-2011	2011-2012
<b>Ardèche</b>	30,6	27,5	29,9
<b>Drôme</b>	32,7	29,1	30,4
<b>Rhône-Alpes</b>	34,5	33,5	33,2
<b>France entière</b>	33,8	32,1	31,7

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

Sources : Organismes de dépistage, InVS

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

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



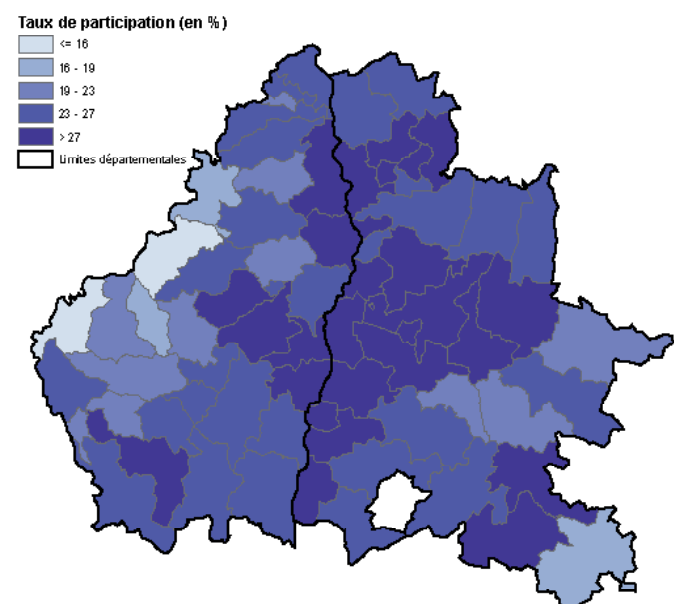
Les taux sont estimés par rapport aux projections Insee (scénario central) 2007-2042 et standardisés sur la population française 2009 (projections de population Insee scénario central)

Sources : Organismes de dépistage, InVS

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

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

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



Source : Drôme Ardèche Prévention Cancer



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

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

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

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

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

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

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

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

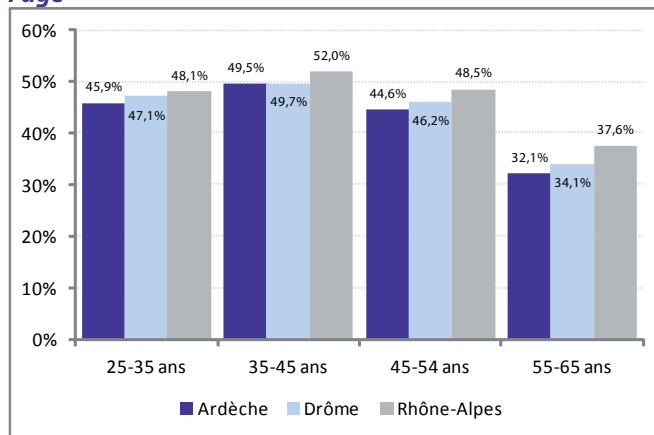
	Effectif	Taux
<b>Ardèche</b>	69 920	42,8%
<b>Drôme</b>	110 014	44,2%
<b>Rhône-Alpes</b>	1 391 185	46,8%

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

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

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

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



\* taux pour 100 femmes bénéficiaires du régime général en 2011

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

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

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

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

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

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

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

#### 1.7. Santé au travail

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

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

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

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

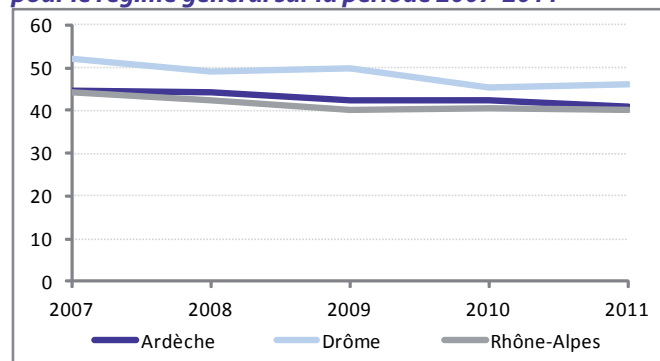
	Régime général			
	2008	2009	2010	2011
<b>Ardèche</b>	2 917	2 730	2 765	2 690
<b>Drôme</b>	6 943	6 219	6 555	6 554
<b>Rhône-Alpes</b>	84 428	75 757	77 481	78 720

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

Sources : CARSAT, MSA

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



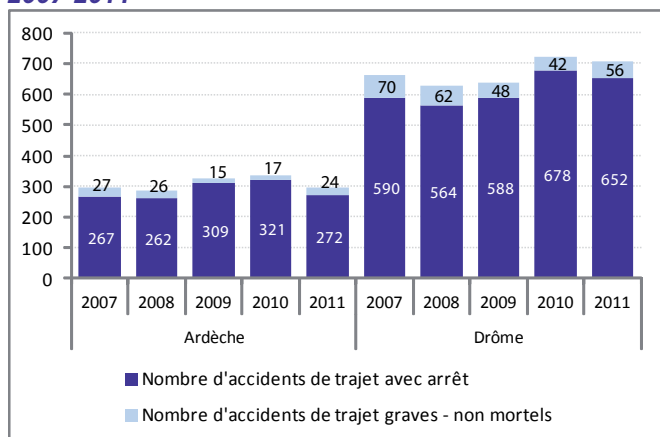
\*Indice de fréquence = nombre d'accidents avec arrêt pour 1 000 salariés.

Source : CARSAT

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

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

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



Sources : CARSAT (régime général)

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

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

**L'enquête Samotrace**, réalisée par l'InVS dans trois régions pilotes, dont Rhône-Alpes, a pour objet la surveillance de la santé mentale au travail. Les premiers résultats diffusés pour la région Rhône-Alpes<sup>4</sup> analysent les liens entre le risque suicidaire et l'activité professionnelle. Cette enquête, réalisée auprès de 4128 salariés lors de la visite périodique de médecine du travail entre 2006 et 2008, montre que 7% des hommes et 10% des femmes présentent un risque suicidaire. La prévalence de ce risque augmente avec l'âge, elle suit par ailleurs un gradient socioprofessionnel. Faible chez les hommes cadres d'entreprises (3,2%), la prévalence du risque suicidaire atteint 12,7% chez les ouvriers non qualifiés et 11,8% chez les employés de la fonction publique. Le même gradient est observé chez les femmes, de 6% chez les cadres d'entreprises à 11,9% chez les personnels de service direct aux particuliers. Par secteur d'activité, la prévalence du risque suicidaire

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

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

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

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

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

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

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





## 2. Offre de prévention en population générale

### 2.1. Professionnels de santé

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

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

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

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

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

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

### 2.2. Acteurs de la santé au travail

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

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

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

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

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



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

### 2.3. Organismes de prévention

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

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

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

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

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

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

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



