

Sommaire

Présentation et remerciements

1 - Constat d'ensemble

- Fiche 1.1 Le contexte géographique et économique
- Fiche 1.2 La population
- Fiche 1.3 La mortalité
- Fiche 1.4 L'activité et l'emploi

2 - Offre et consommation de soins

- Fiche 2.1 Les équipements hospitaliers
- Fiche 2.2 Les médecins
- Fiche 2.3 Les autres professionnels de santé
- Fiche 2.4 Les urgences
- Fiche 2.5 La psychiatrie dans les établissements de santé
- Fiche 2.6 La consommation de soins

3 - Mère et enfant

- Fiche 3.1 Autour de la grossesse
- Fiche 3.2 La santé de l'enfant
- Fiche 3.3 Le mode de vie de l'enfant
- Fiche 3.4 L'offre de soins pour la mère et l'enfant

4 - Personnes âgées

- Fiche 4.1 La population âgée
- Fiche 4.2 Les équipements pour personnes âgées

5 - Personnes handicapées

- Fiche 5.1 Les enfants handicapés
- Fiche 5.2 Les adultes handicapés

6 - Pauvreté - Précarité

- Fiche 6.1 Les bénéficiaires des minima sociaux
- Fiche 6.2 Accès au logement
- Fiche 6.3 Accès aux soins

7 - Pathologies

- Fiche 7.1 Vue d'ensemble des pathologies
- Fiche 7.2 La mortalité prématurée
- Fiche 7.3 Les maladies de l'appareil circulatoire
- Fiche 7.4 Les cancers
- Fiche 7.5 Le cancer du poumon
- Fiche 7.6 Les cancers du côlon et du rectum
- Fiche 7.7 Le cancer du sein
- Fiche 7.8 Le cancer de l'utérus
- Fiche 7.9 Le cancer de la prostate
- Fiche 7.10 Les autres cancers
- Fiche 7.11 Les maladies de l'appareil digestif
- Fiche 7.12 Les maladies respiratoires
- Fiche 7.13 Les maladies endocriniennes
- Fiche 7.14 Le sida
- Fiche 7.15 La tuberculose

8 - Facteurs de risque

- Fiche 8.1 L'alcool et ses conséquences sur la santé
- Fiche 8.2 Le tabac et ses conséquences sur la santé
- Fiche 8.3 La toxicomanie
- Fiche 8.4 Les accidents de la circulation
- Fiche 8.5 Les suicides
- Fiche 8.6 Les maladies professionnelles et les accidents du travail
- Fiche 8.7 Les accidents de la vie courante

9 - Santé et environnement

- Fiche 9.1 L'eau et la santé
- Fiche 9.2 L'air et la santé

Annexes

CONTEXTE NATIONAL

Le recensement de la population de 1999 a permis d'actualiser le zonage en aires urbaines (ZAU), élaboré en 1997. Ce zonage rend compte des modes de vie des Français : il repose sur les migrations des actifs ayant un emploi et non directement sur les dynamiques démographiques. Il distingue les espaces à dominante rurale des espaces à dominante urbaine (composés des aires urbaines et des communes multipolarisées). Dans ces nouvelles délimitations, 48 millions d'habitants vivent dans un espace à dominante urbaine, dont 45 millions dans une aire urbaine (contre 41 millions en 1990). On dénombre aujourd'hui 354 aires urbaines contre 361 en 1990 ; 18 sont nouvelles tandis que 25 aires urbaines de 1990 ne sont plus qualifiées ainsi en 1999. La poursuite de l'urbanisation de la France métropolitaine se confirme. En effet, les aires urbaines se sont étendues aux communes en forte croissance démographique entre 1990 et 1999. De plus, la population a continué d'augmenter dans les territoires déjà urbains. Durant la période 1990-1999, les aires urbaines se développent globalement selon le schéma classique de l'étalement urbain : le taux de croissance de la population est de plus en plus élevé à mesure que l'on s'éloigne du centre. Cet étalement est toutefois plus ou moins marqué selon les aires. Mais si ce modèle reste dominant, d'autres types de développement urbain s'affirment. Ainsi, pour certaines aires, l'évolution de la population est en fort retrait dans la banlieue et au contraire vive dans la ville-centre. Pour d'autres, dont les plus dynamiques du territoire, la forte progression de la banlieue dépasse celles de la couronne périurbaine et de la ville-centre. Aujourd'hui, près des trois quarts de la population vit en milieu urbain, soit en ville, soit dans un territoire directement sous son influence, comme la banlieue ou la couronne périphérique. Entre 1962 et 1999, la proportion de Français vivant dans l'espace à dominante rurale est passée de 29 % à 23 %. La France se distingue des autres pays de l'Union européenne par le grand nombre de communes qui maillent son territoire (36 600).

En 2002, quatre régions (Île-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nord - Pas-de-Calais) concentrent la moitié du produit intérieur brut (PIB) national. Le développement des services, la diminution de la part de la construction et de l'agriculture se confirment sur tout le territoire national. Cependant chaque région garde ses spécificités. L'Île-de-France confirme sa prépondérance dans le secteur de l'industrie et surtout dans celui des services. Les régions du nord et de l'est de la France demeurent plutôt industrielles, celles du sud s'affirment dans les services. À l'ouest et au centre, l'agriculture conserve un poids non négligeable. Dans les trente années à venir, si les tendances passées se maintiennent, la population continuera à se concentrer au sud de la France. En revanche, elle diminuera dans une large bande allant du quart nord-est du pays (excepté l'Alsace) jusqu'au Massif Central.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- 39 % des Picards vivent dans une commune rurale.
- Un solde migratoire négatif dans les communes urbaines.
- Un PIB par habitant qui place la Picardie au 19^e rang des régions de France métropolitaine.
- Un taux de chômage supérieur à la moyenne, mais qui suit la tendance nationale.

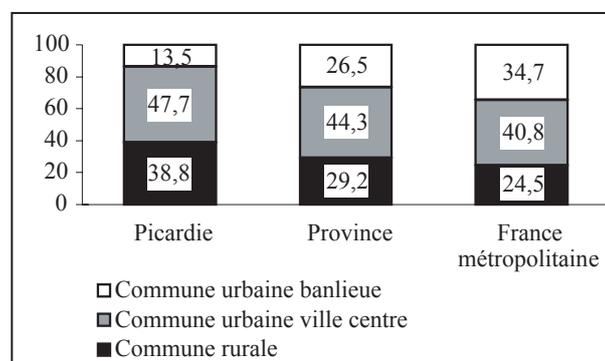
● Plus d'un Picard sur trois vit dans une commune rurale

En Picardie, 48 % de la population vit dans une ville centre. Cette proportion est nettement supérieure à la moyenne nationale (40 %). La proportion des « banlieusards » est quant à elle très inférieure dans la région par rapport à la moyenne nationale puisque seulement 14 % des Picards vivent dans des communes de banlieue contre 35 % en France métropolitaine (27 % pour la province).

La population rurale est pour sa part plus importante en Picardie qu'en moyenne nationale : 39 % des Picards vivent dans une commune rurale contre 25 % en France métropolitaine et 29 % en province.

Entre 1990 et 1999, la répartition de la population suivant les différentes natures de communes est restée stable aussi bien en Picardie qu'en France métropolitaine.

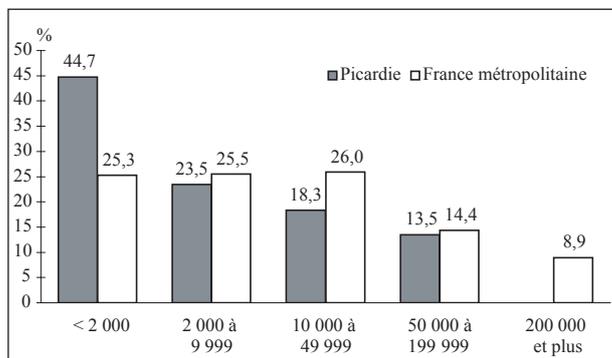
Répartition de la population suivant la nature des communes (délimitations 1999)



Source : INSEE RP 99

LE CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE ET ÉCONOMIQUE

Répartition des communes selon leur population légale* au recensement de la population de 1999



Source : INSEE RP 99

*population totale + population municipale (maisons de retraite, militaires...)

● 45 % des Picards vivent dans une commune de moins de 2 000 habitants

La Picardie se caractérise par un grand nombre de communes. Au recensement de 1999, on en dénombre 2 292. 93 % des communes comptent moins de 2 000 habitants et rassemblent 45 % de la population légale (contre 25 % en France métropolitaine). 129 communes ont entre 2 000 et 9 999 habitants, ce qui représente 23 % de la population légale (contre 25 % au niveau national). Les communes de 10 000 à 49 999 habitants sont au nombre de 19 et regroupent 18 % de la population légale (contre 26 % au niveau national). Seules trois communes (Amiens, Saint-Quentin et Beauvais) comptent entre 50 000 et 199 999 habitants, rassemblant 13 % de la population légale.

Population dans les catégories du zonage en aires urbaines (nouvelles délimitations)

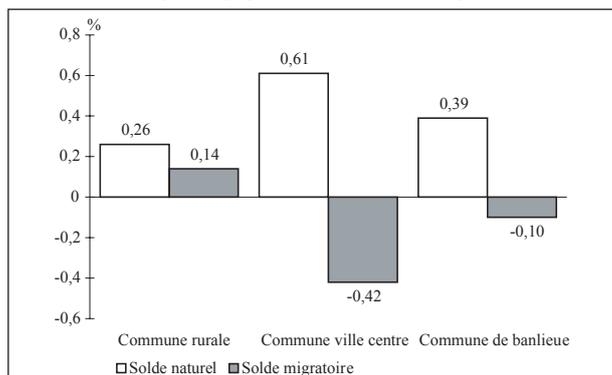
	Nombre de communes	Population		Évolution 90-99
		Nb	%	
Espace à dominante urbaine	1 370	1 433 758	77%	0,4
Aires urbaines	960	1 201 819	65%	0,3
Pôles urbains	105	690 906	37%	0,1
Couronnes périurbaines	855	510 913	28%	0,5
Communes multipolarisées	410	231 939	12%	0,6
Espace à dominante rurale	922	423 347	23%	0,1
Ensemble	2 292	1 857 105	100%	0,3

Source : INSEE RP 90-99

● 23 % des Picards vivent dans un espace à dominante rurale

Le zonage en aires urbaines est construit à partir des unités urbaines et des déplacements domicile-travail pour mesurer l'influence des villes et distinguer l'espace à dominante urbaine de l'espace à dominante rurale. En 1999, 77 % de la population réside dans un espace à dominante urbaine (contre 82 % en France métropolitaine).

Taux de variation annuel moyen en 1990-1999 (en %) (délimitations 1999)



Source : INSEE RP 90-99

● Solde migratoire négatif dans les communes urbaines

Entre 1990 et 1999, le solde naturel est positif pour tous les types de communes. En ce qui concerne le solde migratoire, seules les communes rurales ont connu un solde positif. La croissance de la population picarde résulte donc d'un excédent des naissances sur les décès qui compense les départs.

Pôle urbain : unité urbaine offrant au moins 5 000 emplois et n'appartenant pas à la couronne périurbaine d'un autre pôle urbain.

Couronne périurbaine : ensemble des communes de l'aire urbaine à l'exclusion de son pôle urbain.

Communes multipolarisées : communes rurales et unités urbaines situées hors des aires urbaines, dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans plusieurs aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.

Espace à dominante urbaine (ou ensemble des espaces urbains) : ensemble des aires urbaines et des communes multipolarisées.

Espace à dominante rurale : ensemble des communes n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine. Dans cet espace, on définit des aires d'emploi de l'espace rural.

LE CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE ET ÉCONOMIQUE

● Un PIB par habitant qui place la Picardie au 19^e rang

Avec un PIB de 39,2 milliards d'euros, la Picardie n'a contribué qu'à 2,5 % du PIB national en 2003. Au sein de la région, c'est le département de l'Oise qui est plus productif. Entre 1998 et 2003, le taux de croissance annuel moyen est un peu plus faible en Picardie (2,4 %) qu'en France (3,7 %).

Pour chaque année, le ratio du PIB par habitant est inférieur à la moyenne nationale l'écart s'accroissant depuis le début des années quatre-vingt-dix.

Son montant de 20 939 € classe la Picardie à la 19^e place sur les 22 régions métropolitaines largement dominées par l'Île-de-France (39 960 €).

La région se caractérise par un secteur industriel important et des services moins présents qu'ailleurs. C'est un schéma qui s'étend à l'ensemble des régions entourant l'Île-de-France.

● Une économie dominée par le tertiaire

L'économie picarde est dominée, comme celle du reste de la France, par le secteur tertiaire (68 % de la valeur ajoutée de la région). Depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, la croissance picarde est «tirée», avant tout, par le secteur de la construction dont la progression annuelle de sa valeur ajoutée est supérieure à celle de tous les autres secteurs.

La part de l'industrie est en diminution (22 % en 2003 contre 29 % en 1996) bien que cette dernière reste en seconde position dans la région.

La contribution du secteur primaire est passée de 6 % en 1996 à 5 % en 2003.

● Un chômage plus élevé dans la région

En Picardie, le taux de chômage est toujours supérieur à la moyenne française, tout en suivant les variations de la courbe nationale (une forte augmentation dans le début des années quatre-vingt-dix suivie d'une nette diminution de 1997 à 2001). En 2004, le taux de chômage est de 10,7 % en Picardie contre 10,0 % pour l'ensemble de la France ; dans la région, seul l'Oise connaît un taux plus faible que la moyenne nationale du fait de sa proximité avec l'Île-de-France.

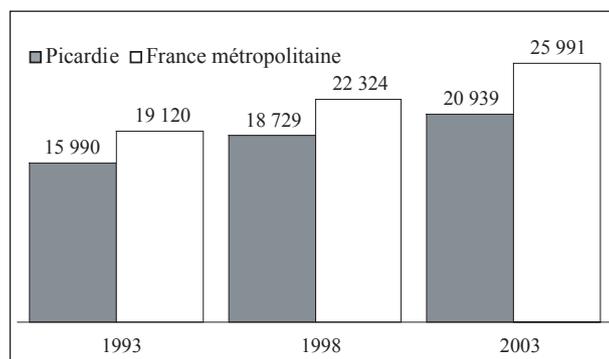
En Picardie, la part des chômeurs de moins de 25 ans est particulièrement élevée, tout comme celle des chômeurs de longue durée.

● 5 588 créations d'entreprise en 2003 dont 65 % d'entreprises nouvelles

En Picardie comme en métropole, les créations d'entreprise ont fortement progressé entre 2003 et 2004 (+ 8 %). Le nombre de reprises est en forte hausse (+ 14 %). Le retard picard n'est cependant pas comblé : le taux de création d'entreprise⁽¹⁾ s'élève à 10,8 % en Picardie contre 12,4 % en France métropolitaine en 2003.

(1) rapport du nombre d'entreprises créées en une année au stock au 31 décembre de l'année précédente

Évolution du PIB par habitant (montants en euros, en base 2000)



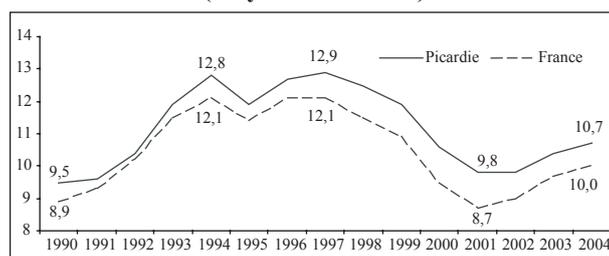
Source : INSEE (valeurs 1993 et 1998 définitives en base 2000 et 2003 semi-définitives)

Valeur ajoutée brute des principales branches d'activité en Picardie en 2002

	Valeur ajoutée en millions d'euros	Taux de variation annuelle moyenne en 1998-2003 (en %)	Part des branches (%)	
			Picardie	France métropolitaine
Primaire	1 653	-1,6	4,7	2,6
Industrie	7 678	0,1	21,8	16,1
Construction	1 947	6,5	5,5	5,6
Tertiaire	23 981	3,6	68,0	75,7
Ensemble	35 259	2,6	100	100

Source : INSEE (valeurs 2003 semi-définitives)

Taux de chômage de 1990 à 2004 (moyenne annuelle)



Source : INSEE

Nombre de créations d'entreprises selon le type de création en Picardie

	2003	2004
Créations nouvelles	3 366	3 656
Reprises	880	1 009
Réactivations	951	923
Ensemble	5 197	5 588

Source : INSEE - répertoire des entreprises et des établissements

LE CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE ET ÉCONOMIQUE

● Le nord de la région plus rural que le sud

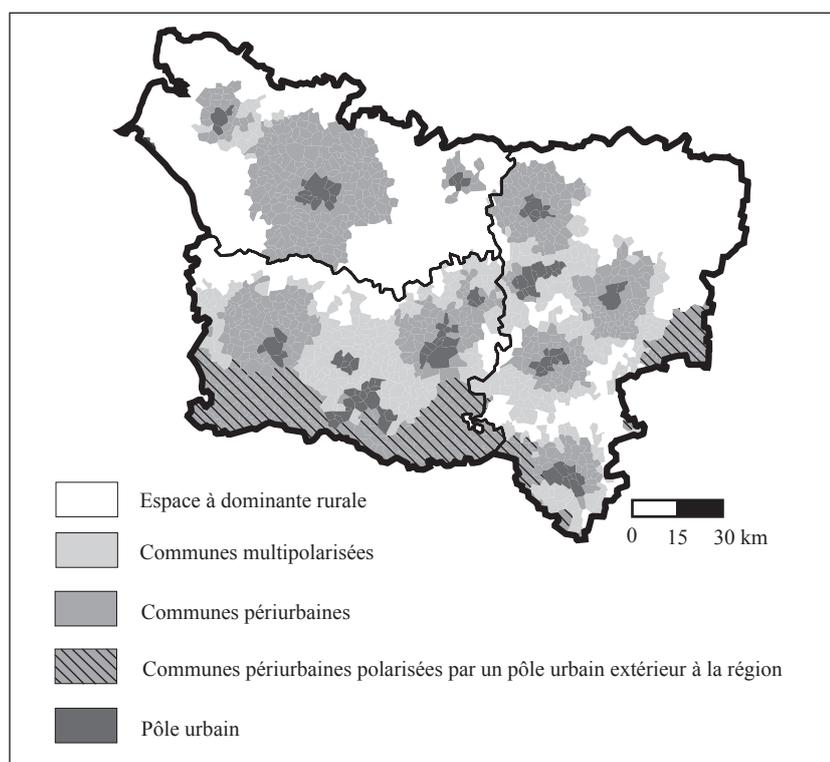
Pour étudier les villes et leur territoire d'influence, l'INSEE a défini une nomenclature spatiale : le zonage en aires urbaines (ZAU). Ce zonage décline le territoire métropolitain en quatre catégories. Les trois premières constituent l'espace à dominante urbaine : ce sont les pôles urbains, les communes périurbaines qui les complètent pour former les aires urbaines, et les communes multipolarisées. La quatrième représente l'espace à dominante rurale.

En France, 77 % de la population métropolitaine habite une aire urbaine (dans un pôle urbain ou une commune périurbaine). En Picardie, ce chiffre est plus faible avec 65 % de la population vivant dans une aire urbaine. Si l'on étudie plus précisément cette population urbaine, on remarque que la population vivant dans les couronnes périurbaines occupe une place plus importante en Picardie qu'en France avec les pôles urbains qui représentent 57 % de la population vivant dans une aire urbaine contre 79 % au niveau national.

Même si l'urbanisation est un phénomène bien réel en Picardie comme en France, la région conserve un caractère rural assez marqué. Près d'un quart de la population picarde vit dans un espace à dominante rurale contre moins d'un cinquième au niveau national. L'habitat est plus dispersé que dans la plupart des régions françaises. La carte montre également que la région a conservé (principalement dans le nord) de larges espaces très ruraux dépourvus de tout pôle urbain.

Une autre particularité de la région est d'être sous l'influence très forte de la région parisienne. C'est plus de 10 % de la population picarde (le sud du département de l'Oise) qui vit dans l'aire urbaine de la capitale.

Zonage en aires urbaines de la Picardie en 1999



Source : INSEE RP 99

Zonage en aires urbaines en 1999

			Pôle urbain	Commune périurbaine	Commune multipolarisée	Espace à dominante rurale	Total
France	Communes	Nombre	3 100	10 808	4 122	18 535	36 565
		%	8,5%	29,6%	11,3%	50,7%	100%
	Population	Nombre	35 706 853	9 345 142	2 912 170	10 556 523	58 520 688
		%	61,0%	16,0%	5,0%	18,0%	100%
Picardie	Communes	Nombre	105	855	410	922	2 292
		%	4,6%	37,3%	17,9%	40,2%	100%
	Population	Nombre	690 906	510 913	231 939	423 347	1 857 105
		%	37,2%	27,5%	12,5%	22,8%	100%

Source : INSEE RP 99

CONTEXTE NATIONAL

Depuis 1945, la population de la France a augmenté de près de 50 %. Les naissances massives du baby-boom, accompagnées d'une immigration intense, ont entraîné une croissance vive jusqu'à la fin des années soixante.

Au 1^{er} janvier 2004, la population de la France est estimée à 62,0 millions d'habitants, répartis entre la métropole (60,2 millions) et les départements d'outre-mer (1,8 million). Ainsi, la France se situe, au 2^e rang des pays de l'Union européenne après l'Allemagne (82 millions d'habitants). Suite à l'intégration de dix nouveaux pays en 2004, l'Europe représente aujourd'hui un poids démographique de 460 millions d'habitants contre 298 millions pour les États-Unis.

Entre les recensements de 1990 et 1999, la population métropolitaine a augmenté de 1,9 million d'habitants, passant de 56,6 à 58,5 millions d'habitants. Le rythme d'accroissement est en moyenne de 0,37 % par an. Il est assuré à 98 % par l'excédent des naissances sur les décès, le reste est dû à l'excédent migratoire.

Les naissances restent stables, malgré la baisse du nombre de femmes âgées de 20 à 40 ans. La France fait partie des pays européens à forte fécondité. Quant au nombre de mariages, il diminue depuis 2000.

L'été 2003 a été marqué par une canicule qui a entraîné une hausse du nombre de décès ; elle aurait provoqué 15 000 décès supplémentaires selon l'INSERM. Le nombre de décès n'avait jamais été aussi élevé en métropole depuis 1985.

L'allongement de la durée de vie et la baisse de la fécondité sont à l'origine d'un vieillissement progressif de la population. En métropole, la proportion des personnes âgées de 60 ans ou plus est passée de 18 % en 1962 à 21 % en 1999. À l'inverse, la proportion des moins de 20 ans dans la population ne cesse de diminuer (32 % en 1962 contre 25 % en 1999). Quant aux personnes âgées de 20 à 59 ans, elles constituent une classe d'âge qui a connu une très forte augmentation au cours des dernières décennies, en raison de l'arrivée à cet âge des générations nombreuses du baby-boom.

Selon le recensement de 1999, environ 3,2 millions de personnes de nationalité étrangère vivent en France métropolitaine, soit 5,6 % de la population. Leur effectif est en baisse depuis 1990, ils représentaient à cette date 6,3 % de la population. Parmi les étrangers, 37 % sont originaires d'un pays de l'Union européenne.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- 1 857 105 habitants au recensement de 1999 dont 27 % ont moins de 20 ans.
- Un solde migratoire déficitaire depuis 1990.
- Un vieillissement de la population comme dans le reste de la France.
- Une proportion moindre d'étrangers en Picardie par rapport au niveau national.
- Des familles de plus grandes tailles qu'en moyenne nationale.

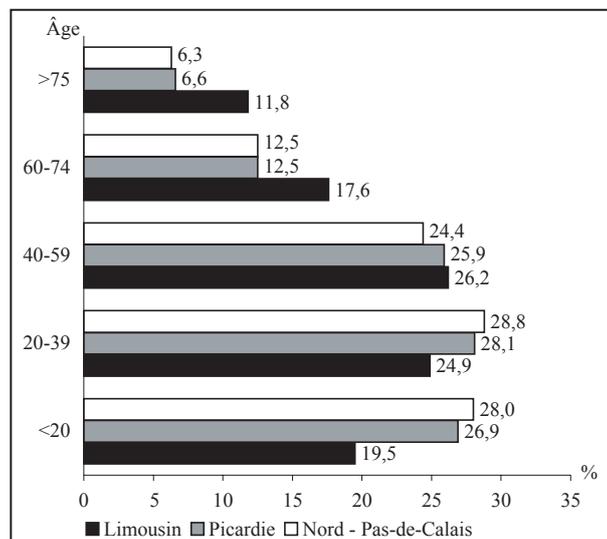
● En Picardie, une population jeune

Les moins de 20 ans représentent 26,9 % de la population totale dans la région contre 24,6 en moyenne nationale. La Picardie est la 2^e région de France métropolitaine, après le Nord - Pas-de-Calais, à posséder une aussi forte proportion de jeunes de moins de 20 ans.

Les jeunes adultes (20-39 ans) constituent en Picardie, comme en métropole, autour de 28,1 % de la population totale et les 40-59 ans 25,9 % de la population.

Les 60-74 ans sont un peu moins représentés en Picardie (12,5 %) qu'en France (13,6 %). Les 60 ans et plus représentent 19,1 % de la population globale contre 21,3 en moyenne nationale, le Limousin ayant la proportion la plus élevée (29,4 %).

Répartition de la population par grands groupes d'âge en 1999



Source : INSEE RP 1999

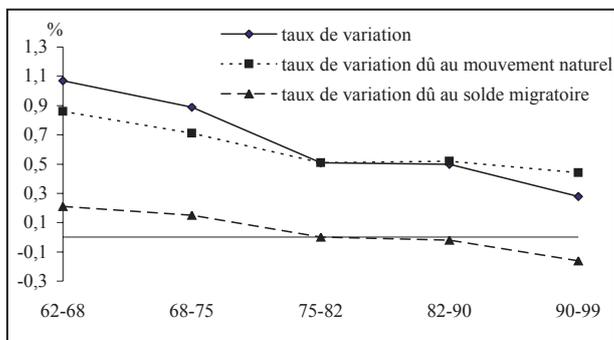
LA POPULATION

Population en Picardie aux recensements

1968	1975	1982	1990	1999
1 579 011	1 677 442	1 741 439	1 810 911	1 857 105

Source : INSEE RP 62-68-75-82-90-99

Taux de variation de la population en Picardie de 1962 à 1999



Source : INSEE RP 62-68-75-82-90-99

Population âgée de 15 ans ou plus en Picardie selon l'état matrimonial en 1999

	Hommes	Femmes	Ensemble	%
Célibataires	279 074	233 792	512 866	34,3
Mariés	388 523	387 101	775 624	51,9
Veufs	20 408	97 528	117 936	7,9
Divorcés	39 338	48 058	87 396	5,9
Ensemble	727 343	766 479	1 493 822	100,0

Source : INSEE RP 99

● 1 857 105 Picards en 1999

Au recensement de 1999, la Picardie compte 1 857 105 habitants, soit 3,2 % de la population métropolitaine, ce qui place la région au 12^e rang des régions françaises. La population de la région a augmenté d'un peu plus de 46 000 habitants entre 1990 et 1999. L'Aisne, l'Oise et la Somme comptent respectivement 535 313, 766 313 et 555 479 habitants. La Picardie est caractérisée par un clivage Nord/Sud depuis une cinquantaine d'années. En effet, la croissance de la population est bien plus vive dans le département de l'Oise du fait de sa proximité avec l'Île-de-France.

● Un solde migratoire déficitaire depuis 1990

Le rythme de croissance de la population picarde est en diminution depuis le milieu des années soixante-dix. D'un taux de croissance de 0,89 % par an sur la période 1968-1975, la région est passée à une croissance de 0,5 % entre 1975 et 1990 puis à 0,3 % entre 1990 et 1999. L'évolution s'explique principalement par la moindre attraction de la région. Depuis 1990, la Picardie a perdu son excédent migratoire. Sa population s'accroît grâce à une natalité au-dessus de la moyenne nationale qui compense son déficit migratoire.

● La part des divorcés reste faible en Picardie

Depuis le milieu des années soixante-dix, la répartition de la population selon l'état matrimonial a nettement évolué du fait du recul de l'âge au mariage, de l'augmentation des divorces et de l'allongement de la durée de vie.

Comme au niveau national, le nombre de personnes vivant seules est en hausse.

Les mariés sont majoritaires, au sein de la population des 15 ans et plus : on note tout de même une diminution depuis les dix dernières années. Pour les deux sexes, par rapport à 1990, on observe une augmentation d'environ trois ans de l'âge moyen au mariage.

La part des divorcés a augmenté, elle est passée de 4,3 % à 5,9 % entre 1990 et 1999 ; mais elle reste plus faible qu'en France métropolitaine (6,3 %). Le nombre de divorces prononcés en Picardie s'élève à 3 201 en 1999 et atteint 3 743 en 2002, augmentation entraînée par la hausse des mariages observée entre 1996 et 2001. Entre 1990 et 1999, le nombre de divorcés a augmenté de 43 % dans la région.

Le nombre de veufs est stationnaire depuis 1975.

● Plus d'un quart de la population picarde a moins de 20 ans

La proportion des 20-64 ans (qui comprend les actifs) est quasiment identique en Picardie et en France. Les différences se situent au niveau des classes extrêmes. Les moins de 20 ans sont plus représentés dans la région qu'en France. La Picardie est l'une des régions les plus jeunes. Ce phénomène s'explique par un indice de fécondité supérieur en Picardie par rapport à l'ensemble du territoire. À l'inverse, les 65 ans et plus sont plus représentés en France. Les hommes, plus nombreux chez les moins de 65 ans, deviennent minoritaires pour les âges les plus élevés du fait du fort écart d'espérance de vie en faveur des femmes.

● Un fort vieillissement de la population

Comme partout en France, on observe un fort vieillissement de la population depuis 1975. La population des moins de 20 ans ne cesse de baisser. En effet, bien que la Picardie est plus jeune que l'ensemble du territoire, elle enregistre tout de même une baisse de 33 477 individus chez les moins de 20 ans entre 1990 et 1999 contre 22 257 entre 1982 et 1990. Il s'agit de la seule classe d'âge dont l'effectif a baissé.

À l'opposé, les 20-64 ans connaissent la plus forte augmentation (39 132 individus entre 1990 et 1999).

Quant à la part des personnes âgées, elle connaît depuis 1990 une forte augmentation.

● Progression de l'indice de vieillissement

En 1999, la population picarde comptait 55 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes âgés de moins de 20 ans contre 44 en 1990. L'indice de vieillissement qui permet de mesurer les modifications structurelles de la population a augmenté de plus de 10 points entre 1990 et 1999.

● Proportionnellement moins d'étrangers en Picardie qu'en France

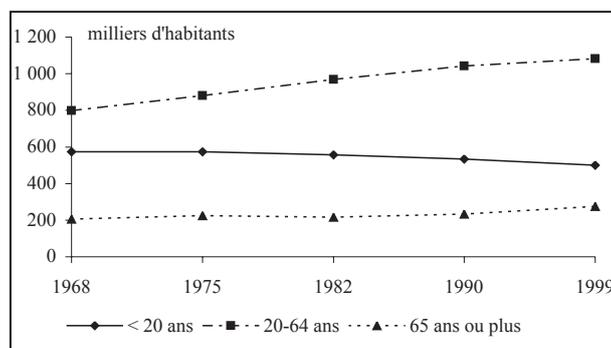
D'après le recensement de 1999, 61 876 étrangers résident en Picardie. Ils représentent 3,3 % de la population globale, proportion nettement inférieure à la moyenne nationale (5,6 %). La population étrangère a diminué depuis 1990 (leur part était de 4,2 %). Un peu plus de 38 % des étrangers viennent de l'Union européenne. Contrairement à la population totale, la population étrangère compte moins de femmes que d'hommes (45 % contre 51 % de la population nationale). En effet, les immigrants sont plus généralement des hommes, les femmes étrangères ayant bénéficié de la politique des regroupements familiaux.

Population par sexe et groupe d'âge en Picardie en 1999

	<20 ans	20-64 ans	65 ans et +	Ensemble
Hommes	256 055	544 621	112 568	913 244
Femmes	244 168	537 723	161 970	943 861
Ensemble	500 223	1 082 344	274 538	1 857 105
% région	26,9	58,3	14,8	100,0
% France	24,6	58,7	16,7	100,0

Source : INSEE RP 99

Évolution de la structure par âge de la population en Picardie de 1968 à 1999



Source : INSEE RP 68-75-82-90-99

Indice de vieillissement* en Picardie en 1990 et 1999

	1990	1999
Moins de 20 ans	533 700	500 223
65 ans ou plus	233 999	274 538
Indice de vieillissement*	43,8	54,9

Source : INSEE RP 1999

*nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans

Population par nationalité en Picardie en 1999

	Effectifs	% Picardie	% France
Français	1 795 229	96,7	94,4
Étrangers	61 876	3,3	5,6
dont :			
Union européenne	23 619	1,3	2,0
Autres étrangers	38 257	2,0	3,6
Total	1 857 105	100,0	100,0

Source : INSEE RP 99

LA POPULATION

● Des familles de plus grande taille

Les caractéristiques de la famille picarde sont quelque peu différentes de celles de la famille française type, les familles picardes sont notamment plus grandes que les familles françaises.

Ce phénomène s'explique d'abord par un nombre moins élevé de personnes âgées vivant seules, la Picardie étant une région où la part de la jeunesse est encore importante. Ensuite, les Picards ont davantage d'enfants : 13 % d'entre eux ont au moins trois enfants à charge alors que seuls 11 % de l'ensemble des Français sont dans ce cas ; ceci est lié à la structure de la société picarde, et notamment à la part de la population ouvrière qui a traditionnellement plus d'enfants.

La Picardie s'est toujours située parmi les régions à forte fécondité, avec son voisin le Nord - Pas-de-Calais. C'est en Picardie que l'âge des mères est le plus jeune lors de la première naissance.

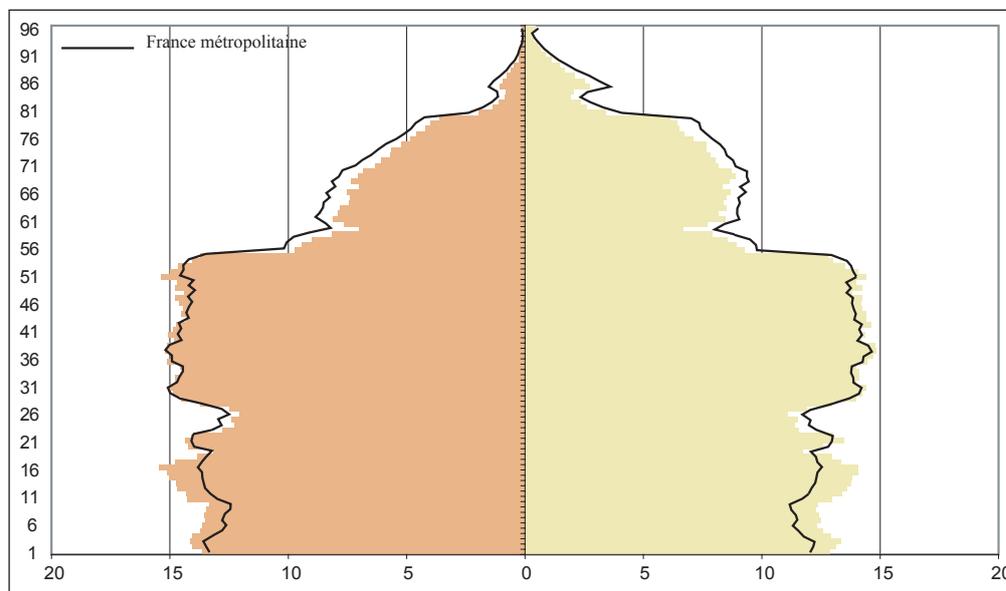
Les familles monoparentales (au nombre de 59 614) sont moins représentées dans la région (11,5 %) qu'au niveau national (12,3 %). Les divorces et les séparations sont plus rares en milieu rural, milieu particulièrement représenté en Picardie. Notons, tout de même, que le nombre de familles monoparentales de la région a crû d'environ 28 % entre 1990 et 1999, cette progression suivant la tendance nationale.

Répartition des familles suivant le nombre d'enfants âgés de moins de 25 ans en 1999 (%)

Type de famille	Unité géographique	Effectif	0	1	2	3	4 ou plus
Ensemble des familles	Picardie	518 283	44,3	22,8	20,0	9,0	3,9
	France	16 096 782	46,5	22,5	20,2	7,9	2,9
Familles monoparentales	Picardie	59 614	25,7	41,2	21,2	8,2	3,7
	France	1 984 599	24,7	43,3	21,8	7,3	2,9
Couples	Picardie	458 669	46,8	20,4	19,8	9,1	3,9
	France	14 112 183	49,6	19,5	20,0	8,0	2,9

Source : INSEE RP 99

Pyramide des âges au 1^{er} Janvier 2003 en Picardie



Source : INSEE

Cette pyramide des âges plus large à la base et plus étroite au sommet par rapport à celle de la France métropolitaine montre bien la particularité de la population picarde où les jeunes occupent une place importante (27 % de moins de 20 ans contre 25 % au niveau national) et où, inversement, le poids des personnes âgées est nettement plus faible (18 % de 60 ans et plus contre 21 % pour la France métropolitaine).

CONTEXTE NATIONAL

En 2004, près de 509 000 décès ont été observés selon l'INSEE, soit 7,5 % de moins qu'en 2003 (550 000, incluant les 15 000 décès supplémentaires de la canicule d'août 2003). La fréquence des décès est liée à l'âge, avec cependant des différences assez prononcées pour les deux sexes. Alors que près de la moitié des décès féminins survient après l'âge de 85 ans, moins du quart des décès masculins a lieu après cet âge. Les décès prématurés (survenant avant l'âge de 65 ans) sont bien plus nombreux chez les hommes que chez les femmes. Ceci explique principalement les écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes.

En France métropolitaine, l'espérance de vie est estimée par l'INSEE à 76,7 ans pour les hommes et à 83,8 ans pour les femmes en 2004. Ces dernières présentent une espérance de vie supérieure à la moyenne des Européennes et parmi les plus élevées du monde derrière les Japonaises et les Suissesses. La situation des hommes est moins favorable avec une espérance de vie dans la moyenne européenne. Ainsi, l'écart observé entre les deux sexes (7,1 ans en 2004) est, avec celui de l'Espagne, le plus élevé de l'Union européenne, bien qu'il ait diminué de près d'un an depuis le début des années quatre-vingt-dix. Cet écart s'explique par la forte surmortalité masculine, présente à tous les âges de la vie s'expliquant par de nombreux facteurs qu'il est malaisé de distinguer les uns des autres : facteurs comportementaux (consommation d'alcool, consommation de tabac, suicide, accident de la circulation...) et environnementaux (conditions de travail...) accentuant les facteurs biologiques. Les progrès en terme de mortalité se poursuivent à un rythme soutenu, ce qui se traduit par un allongement de l'espérance de vie. Entre 1990 et 2004, l'espérance de vie des Français a progressé de 4 ans et celle des Françaises de 2,9 ans (en 2003, du fait de la canicule, l'espérance de vie des femmes régresse de 0,1 an par rapport à 2002).

Jusqu'aux années soixante, le recul de la mortalité s'expliquait principalement par la baisse de la mortalité infantile, liée avant tout à la diminution des décès par maladies infectieuses. Depuis une vingtaine d'années, l'essentiel des gains se réalise grâce au recul de la mortalité aux grands âges, baisse qui concerne la plupart des causes de décès avec notamment les pathologies cardio-vasculaires. Malgré ce contexte général de baisse de la mortalité, les inégalités sociales et géographiques demeurent importantes. Les différences sociales de mortalité s'observent dans toutes les régions et pour chacun des deux sexes. Les disparités sociales sont d'autant plus fortes que le niveau de mortalité est élevé.

En 2000, 31 % des décès ont été attribués aux maladies de l'appareil circulatoire. Ces pathologies sont la première cause de mortalité, suivies par les cancers (27 %). En raisonnant à structure de population comparable, l'évolution de la mortalité au cours des vingt dernières années est marquée pour ces deux principales causes de mortalité par une diminution (avec toutefois des évolutions différentes selon les localisations pour les cancers).

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

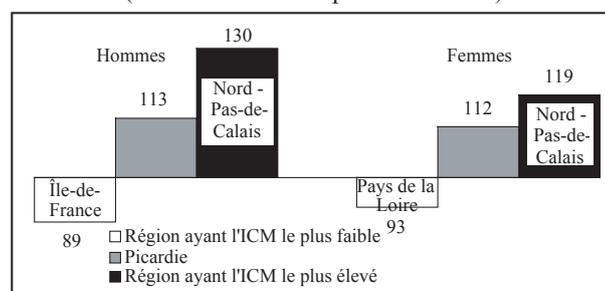
- La Picardie occupe le second rang des régions à forte mortalité.
- Près d'un quart des décès est survenu avant l'âge de 65 ans en Picardie en 1998-2000.
- En 2002, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 74,0 ans pour les hommes et à 81,6 ans pour les femmes.
- À tous les âges, la mortalité picarde est supérieure à la moyenne française.
- La décroissance de la mortalité est plus faible en Picardie qu'en France.

● Une mortalité supérieure de 13 % à la moyenne nationale

Sur la période 1998-2000 la Picardie se place au 2^e rang des régions métropolitaines à forte mortalité derrière le Nord - Pas-de-Calais chez les hommes comme chez les femmes. La surmortalité picarde par rapport à la moyenne nationale s'élève à +13 % chez les hommes et à +12 % chez les femmes.

Les régions métropolitaines dont la mortalité est la plus favorable sont l'Île-de-France pour les hommes et les Pays de la Loire pour les femmes.

Indice comparatif de mortalité générale (ICM)
(1998-2000)
(ICM France métropolitaine = 100)



Sources : Inserm CépiDC, INSEE

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi² au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM hommes et femmes ne peuvent être comparés les uns aux autres.

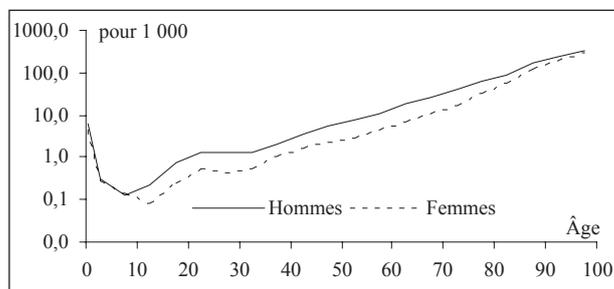
LA MORTALITÉ

Nombre de décès en Picardie par sexe et par âge en 1998-2000 (moyenne annuelle)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Moins d'un an	77	0,9	51	0,7	128	0,8
1-14 ans	40	0,5	28	0,4	67	0,4
15-34 ans	301	3,4	111	1,4	413	2,5
35-64 ans	2 370	27,0	956	12,1	3 326	20,0
65-84 ans	4 313	49,1	3 144	39,9	7 457	44,7
85 ans ou plus	1 690	19,2	3 589	45,6	5 279	31,7
Total	8 791	100,0	7 879	100	16 670	100,0

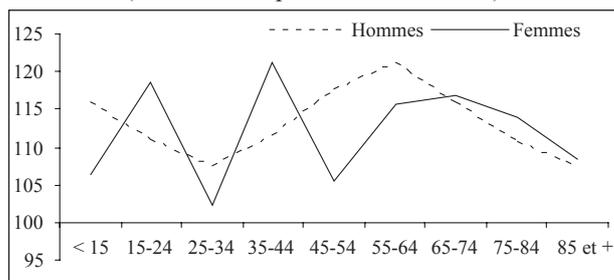
Source : INSEE

Taux de mortalité en Picardie par sexe et âge pour la période 1998-2000



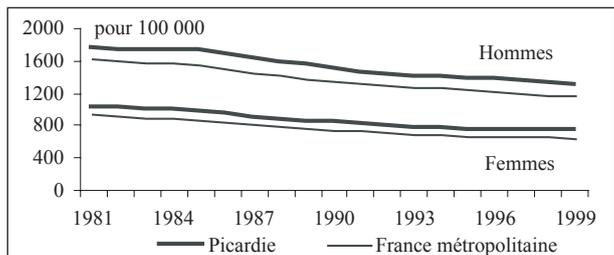
Source : INSEE Exploitation ORS Picardie
Représentation logarithmique

Mortalité en Picardie par rapport à la France métropolitaine selon le sexe et l'âge en 1998-2000 (France métropolitaine = base 100)



Source : INSEE Exploitation ORS Picardie

Taux comparatifs de mortalité entre 1981 et 1999*



Source : INSEE
* données lissées sur trois ans

● Près d'un décès sur quatre survient avant 65 ans

En Picardie, 16 670 décès ont été enregistrés en moyenne annuelle sur la période 1998-2000. Les décès masculins sont plus nombreux que les décès féminins, mais la distribution des décès diffère quelque peu selon le sexe : 32 % des décès masculins sont survenus prématurément contre seulement 15 % des décès féminins. Enfin, la part des décès des personnes âgées de 65 ans ou plus augmente avec le temps : sur la période 1988-1990 elle s'élevait à 73 % contre 76 % pour la période 1998-2000.

● À chaque âge son risque

Contrairement à la notion commune, les taux de mortalité ne progressent pas avec l'âge. Ainsi, le taux de mortalité infantile (décès d'enfants de moins d'un an) demeure relativement élevé, un risque similaire ne s'observant que vers l'âge de 50 ans pour les hommes et 55 ans pour les femmes. Passé le premier anniversaire, les taux de mortalité diminuent pour atteindre leur valeur minimale pour le groupe 5-9 ans pour les garçons et 10-14 ans pour les filles. Ensuite, les taux de mortalité progressent avec l'âge, et plus rapidement chez les hommes.

La surmortalité masculine s'observe à tous les âges, excepté pour le groupe d'âge 5-9 ans. Elle est maximale chez les 25-29 ans, les accidents de la circulation et les suicides constituant les principales causes de cette surmortalité à ces âges.

● Pour les deux sexes, une surmortalité picarde à tous les âges

Quels que soient le sexe et l'âge, la Picardie présente une surmortalité par rapport à la moyenne nationale. Elle est maximale pour le groupe d'âge 55-64 ans chez les hommes et pour le groupe d'âge 35-44 ans chez les femmes (surmortalité de +21 % dans les deux cas).

Sur la période 1995-1997, les femmes picardes âgées de 15 à 34 ans présentaient une sous-mortalité par rapport aux Françaises ; notons que ce n'est plus le cas sur la période 1998-2000.

● Une diminution de la mortalité générale inférieure à celle de la moyenne nationale

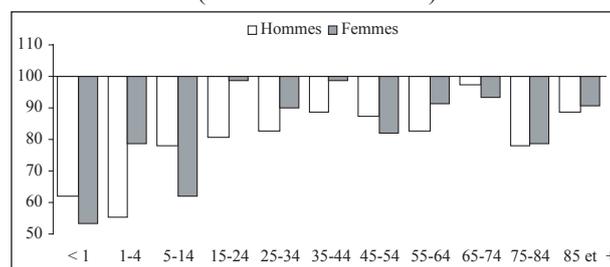
Depuis vingt ans, la mortalité générale diminue en Picardie pour les hommes comme pour les femmes. Entre 1981 et 1999, elle a baissé de 25 % chez les hommes et de 28 % chez les femmes en Picardie. Cette diminution est inférieure à la baisse observée en France métropolitaine (-29 % et -31 % respectivement chez les hommes et les femmes). La surmortalité picarde ne se réduit donc pas avec le temps, passant de près de 8 % en 1981 à 12 % en 1999 (elle est proche pour les deux sexes).

● Diminution de la mortalité pour tous les âges

Quel que soit le groupe d'âge, la mortalité a diminué entre 1988-90 et 1998-2000.

Les progressions les plus importantes s'observent chez les enfants, avec une diminution du taux de mortalité de -22 % à -47 % suivant le sexe et la classe d'âge. Chez les jeunes adultes par contre, les progressions sont moindres tout particulièrement chez les jeunes femmes.

Évolution des taux de mortalité selon l'âge et le sexe entre 1988-90 et 1998-2000 (base 100 en 1988-90)



Source : INSEE

Exploitation ORS picardie

● Progression de l'écart d'espérance de vie à la naissance entre la France et la Picardie

En 2003, l'espérance de vie des Picards est estimée par l'INSEE à 74,2 ans pour les hommes et à 81,4 ans pour les femmes, elle est inférieure à celle des Français et des Françaises. La région présente, pour les deux sexes, la seconde espérance de vie la plus faible parmi les régions métropolitaines après le Nord – Pas-de-Calais.

Depuis 1962, l'écart ne se réduit pas, au contraire. Chez les hommes, on note une différence de 0,6 an en 1962 contre 1,7 an en 2002. Chez les femmes, l'écart entre les espérances de vie a progressé de 0,8 à 1,5 an sur la période.

L'espérance de vie des Françaises s'élevait à 74,0 ans en 1962 et celle des Picardes à 73,2 ans ; celle des Français à 67,0 ans contre 66,4 ans pour les Picards.

À 60 ans également, l'espérance de vie des Picards est plus faible que celles des Français. En Picardie, l'espérance de vie à 60 ans s'élève à 19,5 ans pour les hommes et à 24,6 ans pour les femmes en 2002.

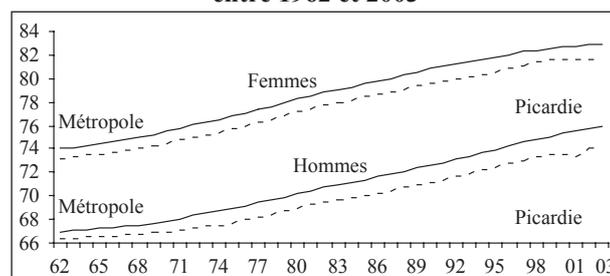
Espérances de vie en 2003

	Espérances de vie	
	à 0 an	à 60 ans*
Picardie		
Hommes	74,2	19,5
Femmes	81,4	24,6
Ecart Hommes-Femmes	7,2	5,1
France métropolitaine		
Hommes	75,9	20,8
Femmes	82,9	25,7
Ecart Hommes-Femmes	7,0	4,9

Source : INSEE

*en 2002

Évolution de l'espérance de vie à la naissance entre 1962 et 2003



Source : INSEE

● Un décès sur quatre a lieu au domicile

En 2001, 24,4 % des décès de personnes domiciliées en Picardie sont survenus au domicile, 61,9 % dans un établissement de santé (public ou privé) et 8,5 % en maison de retraite.

Répartition des décès selon le lieu de survenue

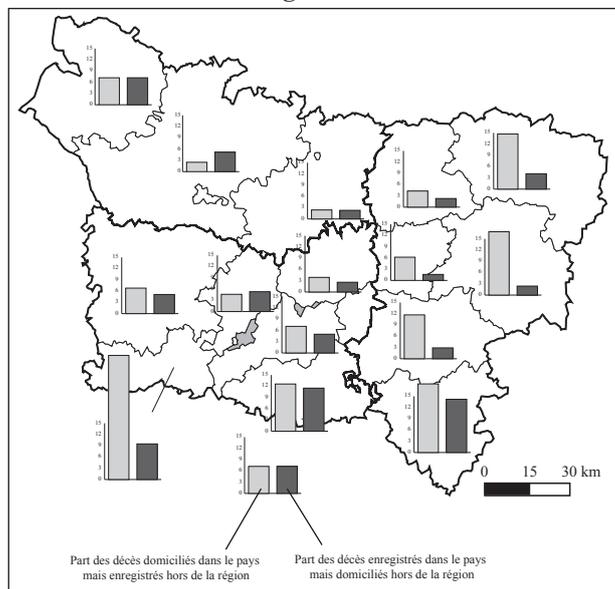
	1991	2001
Logement ou domicile	27,5	24,4
Établissement hospitalier	51,8	56,4
Clinique privée	8,1	5,5
Hospice, maison de retraite	6,7	8,5
Autre	5,9	5,1
Ensemble	100%	100%

Source : INSEE

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'année pour laquelle est placée le point est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

LA MORTALITÉ

Part des décès domiciliés et enregistrés hors de la région en 1999-2001



Source : INSEE

● Une part non négligeable de décès domiciliés dans l'est et le sud de la Picardie, est enregistrée en dehors de la région.

En Picardie, sur la période 1999-2001, ce sont plus de 8 % des décès domiciliés en Picardie qui sont enregistrés hors de la région. Inversement, environ 5% des décès enregistrés en Picardie concernaient des personnes domiciliées hors de la région.

En étudiant ces indicateurs à l'échelle du pays, on constate que les décès enregistrés hors de la région concernent principalement des pays de l'est du département de l'Aisne comme la Thiérache, le Grand Laonnois, le Soissonais-Vallée de l'Aisne et le Sud de l'Aisne. La même remarque peut être faite pour les pays du sud de l'Oise comme le Valois-Senlis-Chantilly et surtout le Thelle-Vexin-Sablons.

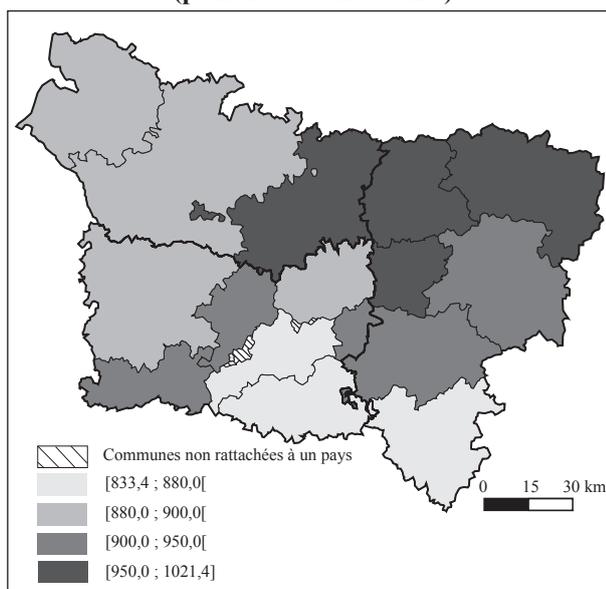
Pour les décès domiciliés hors de Picardie mais enregistrés dans la région, les écarts entre pays sont plus faibles. Les valeurs les plus élevées reviennent à des pays limitrophes de l'Île-de-France comme le Thelle-Vexin-Sablons, le Valois-Senlis-Chantilly et le Sud de l'Aisne.

● Une mortalité importante dans le nord-est de la région

Des écarts assez importants existent au sein de la région en matière de mortalité générale. Avec des taux supérieurs à 950 pour 100 000, on remarque des pays du nord de la région comme la Thiérache (1021,4), le Saint-Quentinois (991,2) et le Chaunois (981,6) pour l'Aisne ainsi que le Santerre Haute-Somme (959,1). Pour les taux les plus faibles, c'est cette fois le sud de la région qui est représenté avec la Vallée de l'Oise (833,4) et le Valois Senlis-Chantilly (879,6) pour le département de l'Oise ainsi que le pays du Sud de l'Aisne (871,1).

Il faut également garder à l'esprit que la Picardie fait partie des régions françaises les moins bien placées en matière de mortalité. Cela ne fait que renforcer l'idée selon laquelle les pays du nord de la région sont dans une situation préoccupante et cela relativise les taux plus faibles dans le sud de la région qui restent le plus souvent supérieurs à la moyenne nationale.

Taux standardisé de mortalité générale en 1998-2000 (pour 100 000 habitants)



Source : INSEE

Exploitation ORS Picardie

CONTEXTE NATIONAL

Au recensement de 1999, la France métropolitaine comptait 26,5 millions d'actifs sur 58,5 millions d'habitants, soit 1,3 million de plus qu'en 1990. Cet effectif comprend un peu plus de 23 millions de personnes exerçant une activité professionnelle (actifs occupés). La population active est plus féminisée qu'en 1990, elle est aussi plus âgée. Les 40-54 ans constituent 40,6 % de la population active contre un tiers en 1990. Les formes particulières d'emplois (CDD, intérim, stages aidés) ont progressé nettement entre les deux recensements (+ 62 %).

Depuis le début des années quatre-vingt, l'activité professionnelle est marquée par trois phénomènes : le raccourcissement de la durée d'activité, la hausse de l'activité féminine et l'accroissement du chômage. Le raccourcissement de l'activité au cours de la vie est la conséquence de l'allongement continu de la scolarité, du droit à la retraite à 60 ans et de la multiplication des départs en pré-retraite.

Selon l'enquête sur l'emploi de l'INSEE⁽¹⁾, 2 717 000 personnes sont au chômage au sens du BIT en moyenne en 2005, ce qui représente 9,8 % de la population active, soit une légère baisse par rapport à 2004. Seules les femmes ont bénéficié de cette baisse. Le taux de chômage est supérieur à la moyenne chez les jeunes, les non-diplômés, les ouvriers et les femmes. La part des chômeurs de longue durée repart à la hausse. En 2005, le chômage de très longue durée (au moins deux ans) concerne 21,6 % des chômeurs (contre 20,3 % en 2004). L'emploi a progressé entre 2004 et 2005 avec 137 000 emplois supplémentaires, la hausse de l'emploi étant concentrée sur les activités tertiaires. Les différences de chômage entre diplômés et non-diplômés restent stables : le nombre de chômeurs non-diplômés est presque deux fois plus élevé que celui des chômeurs diplômés du supérieur. Les jeunes issus des filières professionnelles du supérieur trouvent plus facilement un emploi correspondant à leur formation que ceux issus des filières plus générales.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- La Picardie compte une forte proportion d'ouvriers.
- Une proportion de diplômés inférieure à la moyenne nationale.
- Un taux de chômage plus élevé chez les femmes malgré une activité féminine en forte progression.
- Des Picards âgés de 50 ans et plus fortement touchés par le chômage de longue durée.

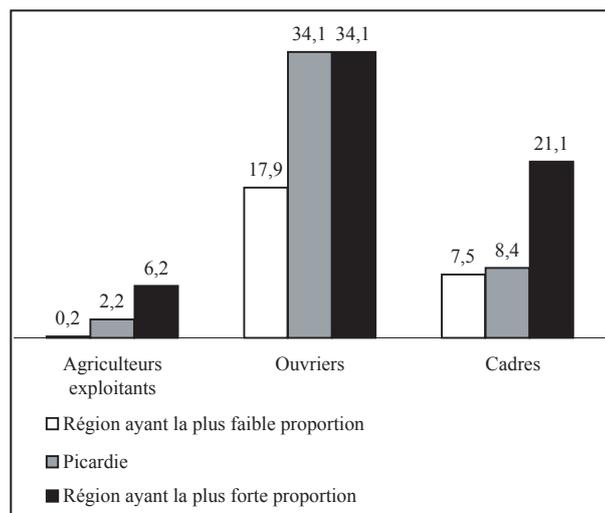
● Une forte proportion d'ouvriers

Au recensement de 1999, 286 441 Picards sont ouvriers. Avec la Franche-Comté, la Picardie se place au 1^{er} rang des régions françaises pour sa proportion d'ouvriers dans la population active (occupée ou non). Cependant celle-ci tend à diminuer car elle était de 38,2 % en 1990 contre 34,1 % en 1999.

L'agriculture occupe peu d'agriculteurs exploitants (18 596 personnes soit 2,2 % de la population active) malgré une grande superficie de terres dans la région. Le Limousin présente la proportion la plus élevée.

La proportion des cadres est de 8,4 %, elle est inférieure à la moyenne nationale (11,9 %) et très en dessous de la proportion de l'Île-de-France (21,1 %). À l'inverse de la part des ouvriers, celle des cadres a augmenté entre 1990 et 1999, elle est passée de 7,8 % à 8,4 %.

Proportion d'agriculteurs exploitants, d'ouvriers et de cadres dans la population active en 1999



Source : INSEE RP 99

⁽¹⁾ Premiers résultats de l'enquête sur l'emploi 2005, *Insee première*, n°1070, mars 2006

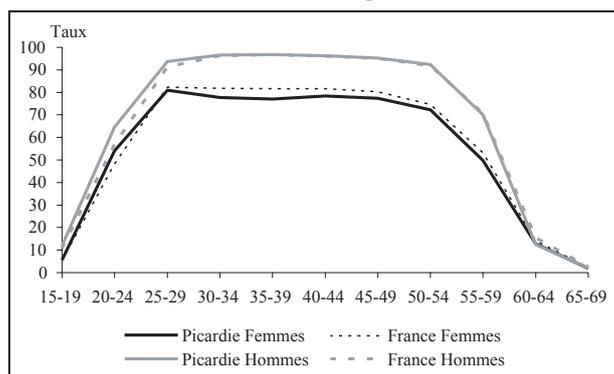
L'ACTIVITÉ ET L'EMPLOI

Population des 25 ans et plus selon le diplôme obtenu en 1999

	25 ans et plus			25 ans-29 ans		
	Picardie		France	Picardie		France
Diplômes	Effectifs	%	%	Effectifs	%	%
Aucun	309 819	24,9	19,8	23 124	17,5	12,5
CEP	247 278	19,9	18,1	1 694	1,3	1,3
BEPC	95 923	7,7	7,9	8 097	6,1	5,2
CAP, BEP	301 790	24,3	24,3	36 183	27,3	25,1
Bac, brevet prof	120 885	9,7	11,5	23 331	17,6	18,2
Bac +2	85 959	6,9	8,3	19 651	14,9	16,0
Études supérieures	74 838	6,0	9,4	15 484	11,7	15,8
En cours	5 544	0,4	0,7	4 737	3,6	5,9
Ensemble	1 242 036	100	100	132 301	100	100

Source : RP 99 exploitation principale

Taux d'activités féminine et masculine en Picardie et en France selon l'âge en 1999



Source : INSEE RP 99

Population active de 15 ans ou plus ayant un emploi par catégorie socioprofessionnelle en 1999

	Picardie 1999	Évolution 1990-1999	Part 1999		Part des femmes Picardie 1999
	Effectif		%	Picardie	
Agriculteurs exploitants	18 088	-34,9	2,5	2,7	29,5
Artisans, comm., chefs d'entrepr.	39 488	-17,9	5,5	6,6	28,8
Cadres, prof. intellec. sup.	67 668	14,8	9,5	13,1	32,6
Professions intermédiaires	157 145	24,3	21,9	23,1	45,7
Employés	197 713	15,7	27,6	28,8	75,5
Ouvriers	235 865	-8,7	32,9	25,6	20,1
Ensemble	715 967	3,7	100,0	100,0	42,9

Source : INSEE RP 99

● Une proportion de diplômés qui reste inférieure à la moyenne nationale

La part des non-diplômés est supérieure à la moyenne nationale aussi bien chez les 25 ans et plus (24,9 % contre 19,8 % pour la France) que chez les 25-29 ans (17,5 % contre 12,5 % en moyenne nationale). Ce phénomène s'explique par l'aspect fortement rural de la région et l'emploi important d'une main d'œuvre industrielle. 24,3 % des 25 ans ou plus détiennent un CAP ou un BEP comme pour l'ensemble de la France.

Néanmoins, on observe une augmentation du niveau de formation au sein des nouvelles générations (25-29 ans), plus diplômées que les 25 ans et plus. Comme dans le reste de la France, on constate en Picardie un allongement de la durée de la scolarité. Ainsi, la proportion des 25-29 ans ayant au minimum le baccalauréat est passée de 24,6 % à 44,2 % entre 1990 et 1999 en Picardie (32,2 % à 50,0 % en France métropolitaine).

● Une activité féminine en forte progression

Le taux d'activité masculine des plus de 25 ans sont en Picardie très proche des taux observés dans le reste de la France. Entre 25 ans et 50 ans, la quasi-totalité des hommes sont actifs. A partir de 50 ans, le taux d'activité baisse nettement en raison des départs anticipés à la retraite. Chez les moins de 25 ans, l'activité est plus importante dans la région qu'en moyenne nationale du fait d'une scolarité plus courte. Au recensement de 1999, 61 % des Picardes âgées de 15 à 65 ans sont actives contre 48 % en 1990 ; cette forte progression permet à la Picardie d'avoisiner le niveau de la France métropolitaine (63 %) mais la région reste l'une des plus marquée en ce qui concerne l'inégalité entre les sexes.

● Près d'un tiers de la population active occupée est ouvrière

Région reconnue pour son activité agricole importante, la Picardie enregistre une forte diminution du nombre d'exploitants agricoles (- 34,9 %) entre 1990 et 1999.

Pour les deux sexes, la part des indépendants (agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise) est plus faible en Picardie (8,0 %) que dans le reste de la France (9,3 %). Chez les salariés, la part des cadres reste très en dessous de la moyenne nationale malgré une nette progression de leur nombre depuis 1990 (+ 14,8 %). Les actifs des professions intermédiaires sont ceux qui notent la plus forte augmentation de leur effectif. Quant aux employés, leur proportion est légèrement inférieure à la moyenne nationale.

Comme dans le reste de la France, le nombre d'ouvriers a fortement diminué, la catégorie a perdu 8,7 % de son effectif entre 1990 et 1999. Néanmoins, en 1999, près d'un tiers de la population occupée est ouvrière contre 25,6 % au niveau national.

● Une population active majoritairement salariée

L'emploi non-salarié représente 10,4 % de l'emploi total en Picardie contre 12,4 % en France métropolitaine. Ce chiffre s'explique par une forte présence d'agriculteurs mais aussi de petites entreprises spécialisées.

En Picardie, ce sont 14,3 % des actifs ayant un emploi qui exercent un emploi précaire, soit 0,9 % de plus que pour l'ensemble de la France. Leur part a augmenté de 5 points entre 1990 et 1999.

● Un taux de chômage qui suit les tendances nationales

Le chômage dans la région, comme dans le reste de la France, est plus élevé aux âges extrêmes de la vie active et touche plus particulièrement les femmes. En effet, 53,0 % des chômeurs sont de sexe féminin, ce qui place la région dans une situation proche du niveau national (53,6). L'inégalité entre les sexes est plus marquée chez les jeunes de moins de 24 ans.

Les hommes âgés de moins de 25 ans ont un taux de chômage près de 3 fois plus élevé que les 45-50 ans, âge auquel il est à son minimum (8,1 %). Après 50 ans, ce taux remonte.

Le taux de chômage féminin est, quel que soit l'âge, plus élevé que le taux masculin ; l'écart entre les hommes et les femmes a néanmoins baissé entre 1990 et 1999. Le taux est maximum (35,1 %) dès l'entrée des femmes dans la vie active (15-19 ans) pour diminuer ensuite jusqu'à 55 ans. Les taux de chômage à partir de 60 ans n'ont pas de signification car ils se rapportent à une population active très faible.

Chez les hommes comme chez les femmes, un pic du taux de chômage s'observe entre 55 et 59 ans. De plus, à ces âges, autour de 70 % des chômeurs, le sont depuis plus d'un an. Quel que soit l'âge, le chômage de plus d'un an est plus fréquent en Picardie qu'en France. L'écart est important chez les jeunes femmes : 39 % en région contre 34 % en métropole.

Il convient de différencier trois types de données de chômage :

- le Bureau international du travail considère comme chômeurs les personnes satisfaisant simultanément aux critères suivants : recherche d'emploi, démarches effectives, disponibilité, absence d'occupation professionnelle au cours de la semaine de référence ainsi que les personnes disponibles ayant trouvé un emploi qui débutera après la semaine de référence. Cette définition retenue par le ministère du Travail est utile pour les comparaisons internationales.
- les données du recensement, qui sont basées sur la déclaration des personnes interrogées.
- le nombre de demandeurs d'emplois de l'ANPE, c'est-à-dire des personnes inscrites dans ses fichiers.

Le nombre total de chômeurs connus par le recensement est nettement plus élevé que les demandeurs d'emploi auprès de l'ANPE.

Population active ayant un emploi par statut en Picardie en 1999

	Hommes		Femmes		% ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Picardie	France*
Salariés	359 149	87,8	283 222	92,1	89,6	87,6
Apprentissage	7 024	1,7	2 552	0,8	1,3	1,3
CDD**	24 527	6,0	26 471	8,6	7,1	7,6
Intérim	11 723	2,9	4 431	1,4	2,3	1,7
CA, CQ, CES, stagiaires***	10 994	2,7	14 514	4,7	3,6	2,8
Autres salariés	304 881	74,5	235 254	76,5	75,4	74,2
Non salariés	49 922	12,2	24 241	7,9	10,4	12,4
Indépendants ou employeurs	47 859	11,7	18 357	6,0	9,2	11,2
Aides familiaux	2 063	0,5	5 884	1,9	1,1	1,2
Ensemble	409 071	100,0	307 463	100,0	100,0	100,0

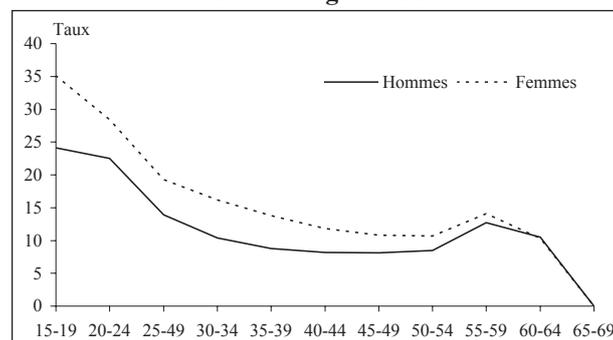
Source : INSEE RP 99

*France métropolitaine

**Contrat à durée déterminée

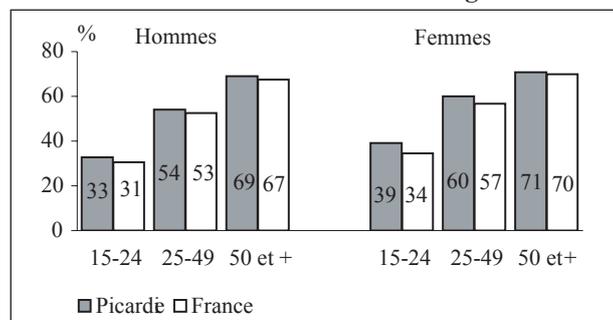
***Contrats d'adaptation et de qualifications, stagiaires en entreprises, stagiaires en centre de formation, contrats emploi solidarité.

Taux de chômage en Picardie selon le sexe et l'âge en 1999



Source : INSEE RP 99, exploitation principale

Proportion des chômeurs de plus d'un an sur l'ensemble des chômeurs de la classe d'âge en 1999



Source : INSEE RP 99, exploitation principale

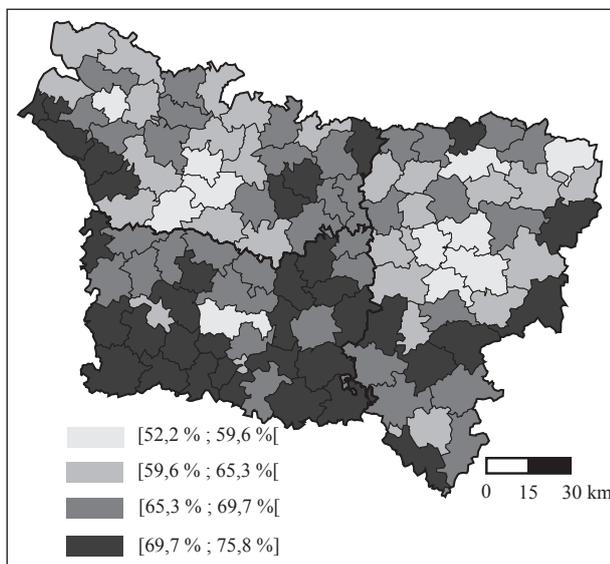
L'ACTIVITÉ ET L'EMPLOI

● Part des salariés en CDI

Ce sont près des deux tiers des salariés picards qui possèdent un contrat à durée indéterminée. On constate que cette valeur peut varier de manière relativement importante au sein de la région. Au niveau départemental, la Somme (62,3 %) et l'Aisne (62,9 %) sont relativement proches alors que l'Oise se distingue avec une part de salariés en CDI nettement plus importante avec 68,6 %.

Cette carte cantonale nous offre la possibilité de relever les disparités infra-départementales notamment dans la Somme où le Vimeu et le Santerre possèdent des parts plus importantes que le reste du département. Dans l'Aisne, les oppositions sont également importantes avec par exemple une zone où les emplois à durée indéterminée sont moins présents aux alentours de Laon. Enfin, dans l'Oise se distingue le canton de Clermont avec une part plus faible que celle des autres cantons de ce département.

Part des salariés ayant un contrat ou un emploi à durée indéterminée au RP 99



Source : INSEE RP 99

Les données présentées ci-dessous sont extraites de *Activité professionnelle des femmes : plus diplômées que les hommes mais plus pénalisées par leur situation familiale* (INSEE Picardie Relais, n°104, avril 2002).

● Le diplôme et la situation familiale continue d'influencer l'activité féminine

Malgré la progression de l'activité des femmes, les Picardes sont toujours moins souvent actives que les Françaises. Parmi les 25-59 ans, on compte ainsi 85 femmes actives en France contre 79 en Picardie pour 100 hommes actifs. La moindre activité des Picardes s'explique surtout par un niveau général de diplôme plus faible. De plus, les familles nombreuses sont plus fréquentes en Picardie. L'engagement professionnel des hommes et des femmes reste marqué par de fortes différences. Contrairement à l'activité des femmes, l'activité masculine ne dépend pas du nombre d'enfants et du diplôme, le rôle traditionnel de l'homme perdure : à un, deux ou trois enfants, le taux d'activité masculine avoisine les 99 %. Pour un homme, le renoncement à l'activité professionnelle reste exceptionnel. La seule catégorie où les femmes sont aussi souvent actives que les hommes est celle des personnes seules diplômées du supérieur.

● Chez les femmes les plus diplômées, l'activité est moins sensible à la présence d'enfants

Chez les femmes, plus le diplôme obtenu est élevé, moins le nombre d'enfants influence l'activité féminine. Alors que 40,2 % des femmes sans diplôme travaillent avec 3 enfants ou plus, elles sont 74,1 % à travailler avec 3 enfants ou plus quand elles ont un diplôme supérieur ou égal à bac+2.

Taux d'activité des femmes âgées entre 25 et 49 ans en 1999 en Picardie suivant le nombre d'enfants et le dernier diplôme obtenu

Diplôme Nbre d'enfants	Sans diplôme	CEP, BEPC, CAP, BEP	Bac ou brevet professionnel	Bac + 2 et diplômes supérieurs	Total
0	68,9	87,7	91,2	90,8	86,0
1	77,3	87,8	92,0	93,0	87,5
2	65,6	77,4	83,0	89,3	78,0
3 ou plus	40,2	56,8	64,2	74,1	53,9
Total	61,1	78,8	86,0	89,0	78,1

Source : INSEE RP 99

CONTEXTE NATIONAL

En France, les équipements hospitaliers ont beaucoup évolué depuis une quinzaine d'années sous l'effet des progrès techniques, du développement des alternatives à l'hospitalisation complète, des contraintes économiques... Cette évolution s'est notamment traduite, sur le plan quantitatif, par une diminution du nombre de lits d'hospitalisation pour les soins de courte durée (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique) : -27 % entre 1990 et 2004 pour l'hospitalisation complète. Dans une moindre mesure, le nombre de lits d'hospitalisation consacrés aux soins de suite et de réadaptation (SSR) a également connu une baisse (-6 % entre 1990 et 2004 pour l'hospitalisation complète). En revanche, le nombre de lits de soins de longue durée (SLD), consacrés en majorité aux personnes âgées, a fortement augmenté (+19 % en 14 ans). En parallèle, des évolutions plus qualitatives se sont produites : développement des services de radiologie et de biologie, augmentation des équipements matériels lourds pour le diagnostic ou le traitement (scanners, appareils d'imagerie à résonance magnétique...). Par ailleurs, les soins alternatifs à l'hospitalisation complète se développent : hospitalisation partielle de jour et de nuit (9,2 millions de venues en France métropolitaine en 2003), traitement et cures ambulatoires (14,7 millions de séances), hospitalisation à domicile (1,7 million de journées) et anesthésie ou chirurgie ambulatoire (2,6 millions de venues). Ces évolutions ont contribué à la diminution de la durée moyenne de l'hospitalisation de courte durée. En métropole, les disparités régionales sont marquées, avec des équipements plus ou moins importants selon la discipline. Au 1^{er} janvier 2004, les régions les plus équipées sont la Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur pour le SSR et le Limousin et la Lorraine pour le court séjour. Depuis une trentaine d'années, le souci d'améliorer la répartition des équipements sur le territoire a été à l'origine de plusieurs mesures législatives. Après la loi hospitalière de 1970 qui a instauré la carte sanitaire, celle de 1991 a créé de nouvelles conditions pour la planification des équipements, en prévoyant, outre la révision des cartes sanitaires, la mise en place de schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) "déterminant la répartition des installations et des activités de soins de la région". L'ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, crée des agences régionales d'hospitalisation (ARH). Présentes dans chaque région, elles ont une triple mission : définir et mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins, analyser et coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et enfin déterminer leurs ressources. Elles ont pour charge d'établir les SROS. En outre, des contrats pluriannuels sont passés entre les établissements et les agences régionales pour fixer les objectifs et les moyens, et s'adapter aux besoins de la population. Par ailleurs, l'ouverture des établissements de santé sur leur environnement est encouragée par des possibilités de coopération entre établissements et par le développement des alternatives à l'hospitalisation et des réseaux de soins. L'ordonnance prévoit également que les établissements hospitaliers fassent tous l'objet d'accréditation par la Haute Autorité de santé, pour s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

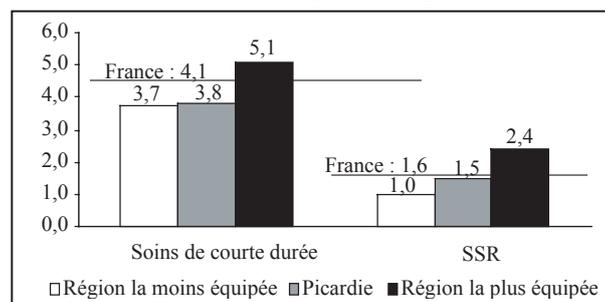
- *Un taux d'équipement en soins de courte durée parmi les plus faibles de métropole.*
- *Diminution du nombre de lits et entrées en hospitalisation complète au profit d'autres alternatives à l'hospitalisation.*
- *Progression du nombre de journées de prise en charge en hospitalisation à domicile.*

● Des taux d'équipements inférieurs aux moyennes nationales

Avec 3,8 lits de soins de courte durée pour 1 000 habitants, la Picardie présente un taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale (4,1 pour 1 000) en 2004. La région se classe au 19^e rang du classement des régions métropolitaines les plus équipées. Le Limousin arrive en tête du classement.

Concernant l'équipement en soins de suite et de réadaptation (SSR), le taux picard est plus proche de la moyenne nationale (1,5 pour 1 000 en Picardie contre 1,6 en France), se plaçant au milieu du classement (14^e place). La région Provence-Alpes-Côte d'Azur est la région la plus équipée.

Taux d'équipement en lits et places pour 1 000 habitants dans le court séjour ⁽¹⁾ et dans les services de SSR ⁽²⁾ au 01/01/2003 (Établissements publics et privés)



Sources : DRASS - DREES : enquête SAE, INSEE

⁽¹⁾ En service de médecine (hospitalisation complète, hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile), en chirurgie (hospitalisation complète, anesthésie, chirurgie ambulatoire) et en Gynécologie-obstétrique (hospitalisation complète, hospitalisation de jour)

⁽²⁾ En réadaptation fonctionnelle et autres soins de suite

LES ÉQUIPEMENTS HOSPITALIERS

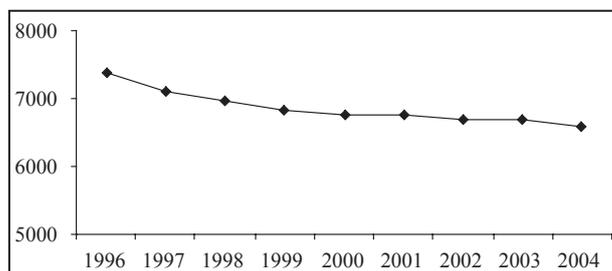
Nombre de lits et places installés au 01/01/2004 en Picardie

	Nombre de lits ou places	dont % public	Taux d'équipement*	
			Picardie	France
Médecine	3 659	88%	1,95	2,08
Hospitalisation complète	3372	90%	1,80	1,88
Hospitalisation de jour	188	89%	0,10	0,13
Hospitalisation à domicile	99	20%	0,05	0,07
Chirurgie	2 573	64%	1,37	1,69
Hospitalisation complète	2395	63%	1,28	1,55
Anesthésie, chirurgie ambulatoire	178	68%	0,09	0,14
Gynécologie-Obstétrique	839	77%	0,45	0,39
Hospitalisation complète	818	76%	0,44	0,37
Hospitalisation de jour	21	100%	0,01	0,02
Ensemble soins de courte durée	7 071	78%	3,77	4,17
Réadaptation fonctionnelle	961	31%	0,51	0,53
complete	863	33%	0,46	0,46
jour	98	10%	0,05	0,07
Autres soins de suite	1 771	60%	0,95	1,05
complete	1749	59%	0,93	1,04
jour	22	100%	0,01	0,01
Ensemble SSR	2 732	49%	1,46	1,59
Soins de long séjour	2 922	97%	1,56	1,32

Sources : DRASS - DREES : Enquête SAE, INSEE

*pour 1 000 habitants

Évolution du nombre de lits en hospitalisation complète installés dans le court séjour entre 1996 et 2004*



Sources : DRASS - DREES : Enquête SAE

*NB : les données sont au 01/01 de chaque année

Entrées totales en hospitalisation complète et durée moyenne de séjour en 2003

	Entrées totales	
	Public	Privé
Médecine	127 061	11 852
Chirurgie	74 284	52 572
Gynécologie-obstétrique	30 065	10 063
Soins de courte durée	231 410	74 487
<i>Durée moyenne de séjour</i>	<i>6,2</i>	<i>4,9</i>
SSR	11 342	11 177
<i>Durée moyenne de séjour</i>	<i>33,8</i>	<i>32,6</i>

Sources : DRASS - DREES : Enquête SAE

* La durée moyenne de séjour est obtenue en rapportant le nombre de journées réalisées au nombre d'entrées totales. Compte tenu d'une modification dans le comptage des entrées par mutation, les durées moyennes ne sont plus pertinentes par discipline au sein du court séjour.

● Un sous-équipement en chirurgie par rapport à l'ensemble du territoire

En décomposant l'équipement du court séjour par discipline, la chirurgie se démarque : c'est dans ce secteur que la Picardie est particulièrement mal équipée.

En médecine, le taux d'équipement picard est proche de la moyenne nationale (2,0 contre 2,1). Le service public prédomine en offrant 88 % des lits et places. L'exception est l'hospitalisation à domicile, où le secteur privé est majoritaire. La Picardie est moins équipée que l'ensemble du territoire en chirurgie (1,4 contre 1,7) et dans cette discipline, le secteur privé est plus présent, rassemblant 36 % de la capacité. Enfin, en gynécologie-obstétrique, le taux d'équipement picard est un peu plus élevé que la moyenne nationale. En soins de suite et de réadaptation, l'équipement est équivalent à la moyenne nationale pour les deux catégories. Le secteur privé est plus présent en réadaptation fonctionnelle (69 %) que dans les autres soins de suite (40 %). Pour le long séjour, la Picardie est un peu plus équipée que l'ensemble du territoire (1,6 contre 1,3). Le secteur public offre 97 % de cet équipement.

● Diminution du nombre de lits en hospitalisation complète

Depuis 1996, le nombre de lits en hospitalisation complète évolue à la baisse en court séjour. Sur la période considérée, il a ainsi baissé en moyenne chaque année de 1,4 %.

Cette diminution s'effectue au profit d'autres alternatives à l'hospitalisation complète (hospitalisation partielle de jour ou de nuit, hospitalisation à domicile, etc.). L'équipement pour ces hospitalisations s'élevait à 374 places en 1999, contre 486 en 2004 en Picardie. La progression annuelle moyenne se chiffre à +5,4 %.

La même évolution s'observe pour les soins de suite et de réadaptation.

● Trois entrées sur quatre s'effectuent dans le public en soins de courte durée

Durant l'année 2003, près de 306 000 entrées en hospitalisation complète ont été effectuées en soins de courte durée, dont 76 % dans le secteur public (contre 65 % en 1990). Dans ce secteur, les hospitalisations sont plus nombreuses en médecine (55 % des hospitalisations du public) alors que dans le privé, la discipline dominante est la chirurgie (71 % des hospitalisations du privé).

En SSR, les entrées se chiffrent à un peu plus de 22 500, se ventilant équitablement entre les deux secteurs.

En soins de courte durée, les durées moyennes de séjour sont supérieures dans le public. Pour le SSR, la durée moyenne de séjour est également supérieure dans le public par rapport au privé, mais avec moins d'écart en proportion.

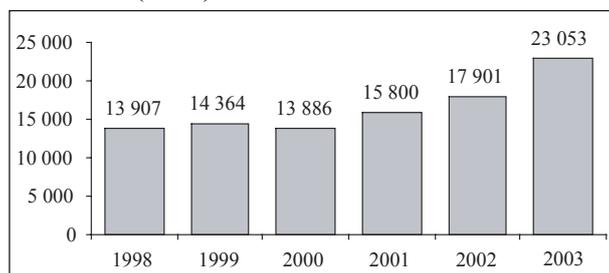
LES ÉQUIPEMENTS HOSPITALIERS

● Progression du nombre de journées en hospitalisation à domicile

En 2003, les établissements picards ont comptabilisé 23 053 journées de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD). Ce nombre a progressé de 66 % entre 1998 et 2002 en Picardie.

L'admission en HAD s'effectue sur prescription médicale, ou après une consultation hospitalière, ou à la suite d'une hospitalisation ou sur proposition du médecin traitant après accord du médecin coordonnateur de l'HAD.

Nombre de journées en hospitalisation à domicile (HAD) en médecine en Picardie



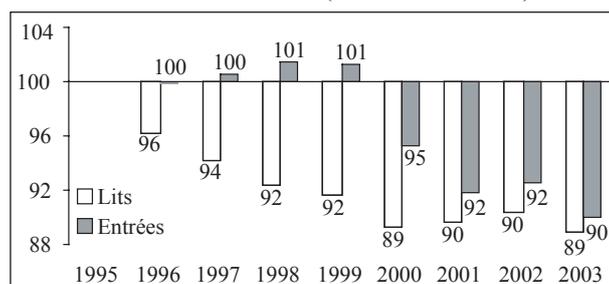
Sources : DRASS - DREES : Enquête SAE

● Diminution du nombre de lits en soins de courte durée depuis 1995

Entre 1995 et 2003, le nombre de lits d'hospitalisation complète en soins de courte durée a diminué de 11 % en Picardie, passant de 7 387 à 6 585. La diminution a été plus forte dans le privé (-25 %) que dans le public (-7 %).

Sur cette même période, le nombre d'entrées a dans un premier temps légèrement augmenté puis diminué. Au total, la diminution du nombre d'entrées se chiffre à -10 %. La diminution a été un peu plus forte dans le privé (-11 %) que dans le public (-10 %).

Évolution du nombre de lits et d'entrées en hospitalisation complète en soins de courte durée en Picardie entre 1995 et 2003* (base 100 en 1995)



Sources : DRASS - DREES : Enquête SAE

* NB : les données sont au 31/12 de chaque année

● Un équipement en plateaux techniques moins développé que sur l'ensemble du territoire

En 2004, la Picardie est moins dotée en plateaux techniques que l'ensemble du territoire métropolitain. La différence la plus marquée concerne les salles de coronarographie avec un équipement français plus du double de l'équipement picard.

Taux d'équipement en plateaux techniques en 2004 (nombre de salles par million d'habitants)

Salles	Picardie	Métropole
de radiologie vasculaire	3,7	4,3
de radiologie numérisée	15,8	22,4
d'hémodynamique ou d'électrophysiologie avec amplificateur de luminosité	1,8	2,8
de coronarographie	1,6	3,5

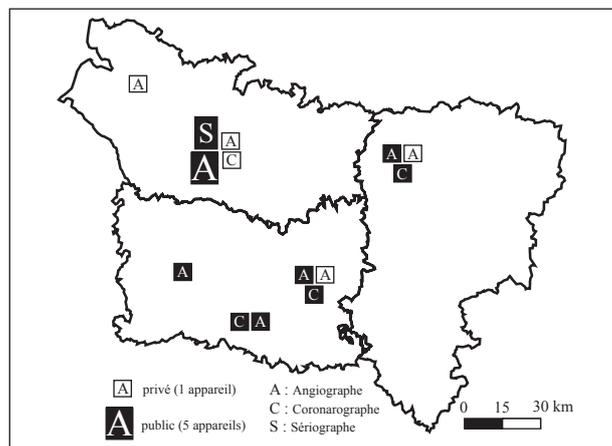
Sources : DRASS - DREES : Enquête SAE, INSEE

LES ÉQUIPEMENTS HOSPITALIERS

L'équipement matériel lourd

L'équipement matériel lourd est destiné à pourvoir soit au diagnostic, à la thérapeutique ou à la rééducation fonctionnelle, soit au traitement de l'information. La liste de ces équipements est établie par décret en Conseil d'État et leur implantation dans les établissements nécessite une autorisation.

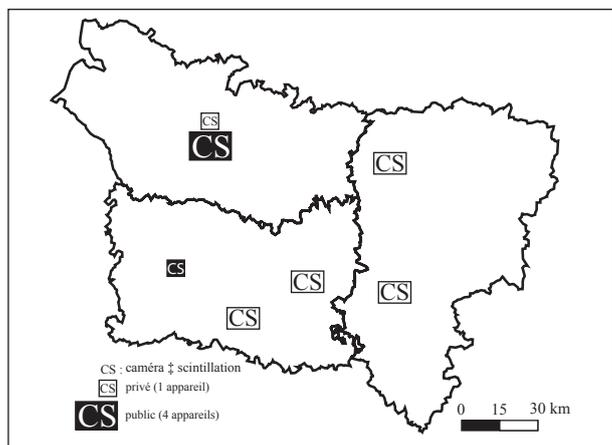
Appareils de sériographie et d'angiographie Équipements autorisés et installés au 1^{er} janvier 2005



Sources : DRASS, ARH

3 appareils de sériographie, 13 appareils d'angiographie et 4 appareils de coronarographie sont installés en Picardie. Les 3 sériographes sont concentrés au CHU d'Amiens.

Appareils de diagnostic utilisant des radio-éléments artificiels - caméras à scintillation Équipements autorisés et installés au 1^{er} janvier 2005

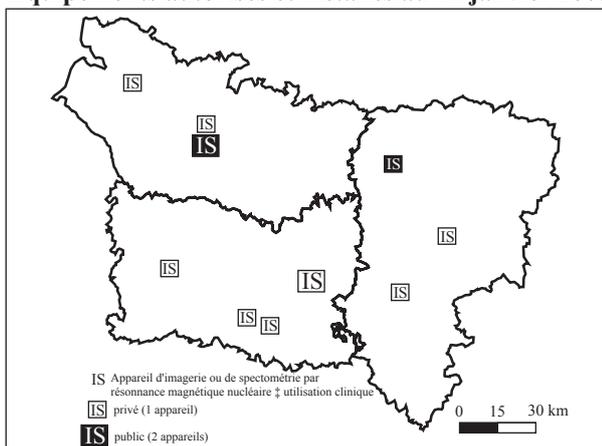


Sources : DRASS, ARH

Les appareils de diagnostic utilisant des radio-éléments artificiels sont au nombre de 14 en Picardie au 1^{er} janvier 2005. Le CHU d'Amiens en détient 4. L'arrêté du 18/12/2001 fixe l'indice de besoin à 13 ou 14 appareils pour la Picardie.

La Picardie dispose d'une capacité installée de 93 appareils de dialyse pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique pour une capacité autorisée de 119. L'indice de besoin (arrêté du 30/11/1999) fixe à 122 le nombre d'appareils nécessaires en Picardie. Une autorisation pour un appareil destiné à la séparation *in vivo* d'éléments sanguins est détenue par le CHU d'Amiens depuis 1991. Enfin, aucun établissement ne dispose d'autorisation pour saison hyperbare, cyclotron à utilisation médicale et appareil de destruction trans-pariétale des calculs. Présentant une vocation régionale, le pôle d'Amiens dispose d'un nombre important d'équipements. À l'inverse, le département de l'Aisne est particulièrement mal loti concernant l'équipement en matériel lourd.

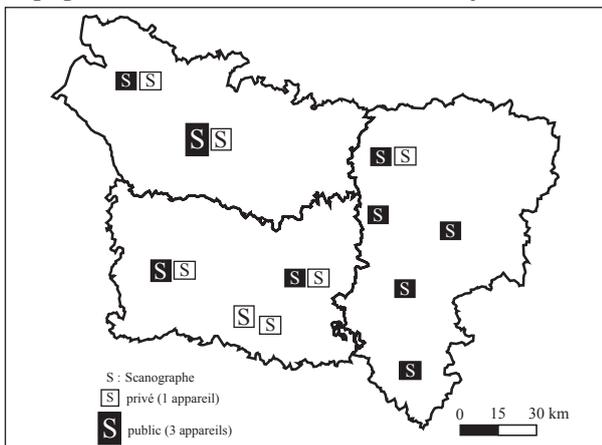
Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire Équipements autorisés et installés au 1^{er} janvier 2005



Sources : DRASS, ARH

12 appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire sont installés en Picardie. Il manque 1 appareil pour atteindre l'indice de besoin fixé par l'arrêté du 26 octobre 2002 (1 appareil par tranche de 140 000 habitants, soit 13 appareils pour la Picardie).

Scanographes à utilisation médicale Équipements autorisés et installés au 1^{er} janvier 2005



Sources : DRASS, ARH

Pour les scanographes, l'indice de besoin fixé par l'arrêté du 26 octobre 2002 s'élève à 1 appareil par tranche de 90 000 habitants, soit 20 appareils pour la Picardie (la région en dispose actuellement de 21).

CONTEXTE NATIONAL

Au 1^{er} janvier 2003, la France métropolitaine compte près de 201 400 médecins libéraux ou salariés en activité d'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), soit 338 praticiens pour 100 000 habitants. Cette densité place la France dans la moyenne des pays européens (357 pour 100 000 en 2001 selon l'OMS Europe). Au cours des trente dernières années, le nombre de médecins a plus que triplé en France. La croissance se ralentit toutefois depuis une dizaine d'années suite à l'instauration, en 1971, du *numerus clausus* visant à limiter le nombre d'étudiants en médecine admis en 2^e année (PCEM2). Ce dernier s'élevait à 8 500 au début des années soixante-dix et a diminué jusque 3 700 pour l'année universitaire 1998-1999. Depuis, il progresse, s'élevant à 6 850 en 2005-2006. Cette augmentation du *numerus clausus* ne permettra cependant pas de compenser les nombreux départs à la retraite de la prochaine décennie.

L'évolution des effectifs s'est accompagnée de modifications structurelles : le nombre de spécialistes s'est accru plus fortement que le nombre de généralistes, ces derniers étant aujourd'hui moins nombreux que les spécialistes. Les tendances à la féminisation et au vieillissement de la profession se poursuivent. La médecine libérale est soumise à une politique conventionnelle. Les syndicats médicaux et les caisses d'assurance maladie ont signé une convention fixant les tarifs de remboursement des soins aux assurés sociaux. Les médecins ont la possibilité, grâce à la convention de 1980, d'appliquer des honoraires libres, supérieurs aux tarifs fixés par les caisses (ils appartiennent dès lors au secteur 2, le secteur 1 regroupant les médecins conventionnés pratiquant les tarifs fixés). En 2002, les médecins libéraux en secteur 2 représentent 13 % des généralistes et 38 % des spécialistes en France. Mais dans certaines spécialités, l'exercice en secteur 2 est majoritaire (plus des deux tiers en chirurgie ou neurochirurgie par exemple). Des contrastes forts et anciens caractérisent la répartition géographique des médecins. Les zones les plus médicalisées sont situées au sud du pays et en Île-de-France. Les régions les moins dotées sont au nord du pays, en Normandie et au Centre. Des travaux récents ont mis en évidence les difficultés particulières de desserte médicale de certaines zones (banlieues des villes les plus importantes mais aussi cantons ruraux), du fait notamment du vieillissement des praticiens qui ne trouvent pas de remplaçants.

Depuis 2000, des réflexions et propositions ont été menées tant au niveau national qu'au niveau régional pour tenter de corriger les inégales répartitions des médecins sur le territoire et d'atténuer les effets prévisibles de la baisse des effectifs. À cette baisse des effectifs s'ajoutent d'autres préoccupations : médecins libéraux et permanence de soins, aide à l'installation des médecins libéraux en zone rurale, problématique particulière de la chirurgie, formation médicale, coopération entre médecins et professions paramédicales, nouvelles technologies de l'information des professions de santé... La diminution programmée du nombre de médecins, la féminisation de la profession, la crainte d'un manque de médecins dans certaines zones, les possibles transferts d'activités vers d'autres professionnels de santé et les effets de la loi d'Assurance maladie d'août 2004, devraient entraîner des changements dans les modalités d'exercice des médecins.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- La densité de libéraux la plus faible de Métropole
- Au 1^{er} janvier 2003, la région compte 143 médecins libéraux pour 100 000 habitants : 96 généralistes et 47 spécialistes.
- Les densités pour certains spécialistes jusque deux et trois fois plus faibles que les densités moyennes
- 8 % des omnipraticiens et 26 % des spécialistes libéraux sont conventionnés avec honoraires libres
- Entre 1995 et 2003, le nombre de généralistes a progressé de +3,5 % et le nombre de spécialistes de +2,5 % dans le secteur libéral.

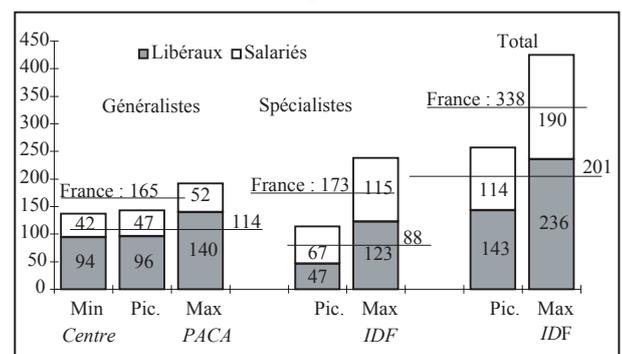
● La densité médicale libérale la plus faible des régions

Sur les 4 804 médecins exerçant en Picardie au 1^{er} janvier 2003, on en dénombre 2 670 dans le secteur libéral.

En terme de densité globale, la Picardie est la région la moins dotée, avec 257 médecins pour 100 000 habitants, très loin de la moyenne nationale (338) et de la densité de l'Île-de-France, région la plus pourvue. Elle garde la dernière place du classement pour les densités de médecins spécialistes mais se situe au 18^e rang pour les densités de médecins généralistes.

L'écart avec le niveau national est plus prononcé chez les spécialistes (densité picarde inférieure de 34 % à la densité française) que chez les généralistes (-13 %) et chez les libéraux (-29 %) que chez les salariés. Pour les spécialistes libéraux, la densité picarde (47) est ainsi presque la moitié de la densité moyenne (88).

Densité médicale au 01/01/2003
(Nombre de médecins pour 100 000 habitants)



Sources : DRASS - DREES - ADELI - FINISS - INSEE

NB : le trait le plus bas correspond à la densité nationale pour les libéraux et le plus haut à la densité pour l'ensemble (libéraux et salariés)

LES MÉDECINS

Médecins généralistes et spécialistes selon le mode d'exercice en Picardie au 01/01/2003

	Libéraux	Salariés	Total
Nombre généralistes	1 798	876	2 674
% Picardie	67,2%	32,8%	100,0%
% France	68,9%	31,1%	100,0%
Nombre spécialistes	872	1 258	2 130
% Picardie	40,9%	59,1%	100,0%
% France	50,7%	49,3%	100,0%
Nombre total	2 670	2 134	4 804
% Picardie	55,6%	44,4%	100,0%
% France	59,6%	40,4%	100,0%

Sources : DREES, ADELI

Proportion de femmes parmi les médecins en 2002

	Picardie			France métropolitaine		
	1990	2002	Évolution %	1990	2002	Évolution %
Nombre de femmes	991	1 531	54,4	51 248	73 122	42,7
% de femmes	25,5	32,5	27,5	29,6	36,8	24,3

Source : DREES

Médecins spécialistes selon le type de spécialité et le mode d'exercice en Picardie au 01/01/2003

	Libéraux	Salariés*	Total
Nombre spécialités médicales	504	651	1 155
%	43,6	56,4	100,0
Nombre spécialités chirurgicales	288	257	545
%	52,8	47,2	100
Nombre biologie médicale	14	38	52
%	26,9	73,1	100
Nombre psychiatrie	66	180	246
%	26,8	73,2	100
Nombre santé publique, médecine du travail	0	132	132
%	0	100	100
Total	872	1 258	2 130
%	40,9	59,1	100

Sources : DRESS, ADELI

*salariés exclusifs

● 56 % des médecins picards exercent dans le secteur libéral

Au 1^{er} janvier 2003, 4 804 médecins exercent en Picardie, dont 56 % ont opté pour le secteur libéral. Cette proportion est un peu plus élevée en France (60 %). Pour les spécialistes, les deux modes d'exercice sont répartis équitablement en France, mais pas en Picardie où les salariés représentent 59 % des médecins spécialistes, proportion supérieure de 10 points à la valeur française. Pour les généralistes, deux médecins sur trois appartiennent au secteur libéral. Les proportions françaises et picardes sont très proches.

● Une population qui se féminise

En 2002, les femmes représentent 33 % des médecins en Picardie et 37 % en France. Entre 1990 et 2002, la proportion de femmes a progressé de +28 % en Picardie et de +24 % en France. Selon les projections de la DREES, les femmes devraient être majoritaires parmi les médecins en exercice en 2020⁽¹⁾.

● Près de 60 % des spécialistes sont salariés

59,1 % des médecins spécialistes exercent selon un mode de pratique salariée. Toutefois, il existe de grandes disparités selon la spécialité.

Pour la biologie médicale et la psychiatrie, près de trois spécialistes sur quatre exercent suivant ce mode. Le cas extrême est celui des médecins de santé publique qui sont tous salariés en Picardie (en métropole, 1,4 % des médecins spécialisés en médecine du travail et en santé publique exercent à titre libéral). Les chirurgiens sont les seuls à être majoritairement libéraux (52,8 %).

Entre 1999 et 2003, on note une augmentation de la part des spécialistes salariés exclusifs, leur proportion est passée de 53,1 % à 59,1 %.

Définition du mode conventionnel (CNAMTS)

Secteur 1 : médecins conventionnés avec tarifs fixés par convention nationale.

DP : médecins conventionnés disposant d'un droit permanent au dépassement d'honoraires (secteur supprimé en 1980).

Secteur 2 : médecins conventionnés avec honoraires libres (secteur créé en 1980).

Attention : Les effectifs de médecins peuvent varier de quelques unités suivant le type de tableau demandé. Cela n'enlève rien aux tendances observées.

Dans le fichier ADELI du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, les médecins sont enregistrés et comptabilisés au titre de leur activité principale. La CNAMTS, par contre, retient en tant que médecins libéraux tous ceux qui ont une activité libérale donnant lieu à perception d'honoraires. Les médecins à temps plein ayant eu une activité privée à l'hôpital sont donc inclus dans les statistiques correspondantes.

⁽¹⁾ Un exercice de projection médicale à l'horizon 2020 ; les médecins dans les régions et par mode d'exercice, DREES, *Études et résultats* n°156, février 2002 et La démographie médicale à l'horizon 2020, DREES, *Études et résultats* n°161 mars 2002

● Près d'un médecin spécialiste libéral sur quatre est conventionné avec honoraires libres

Au début des années quatre-vingt-dix, des mesures ont limité l'accès au secteur 2 (avec honoraires libres). Ceci s'est traduit par une diminution de la proportion d'omnipraticiens exerçant dans ce secteur.

Entre 1998 et 2002, la situation n'a pas beaucoup changé. Le secteur 1 rassemble 91 % des omnipraticiens et 73 % des spécialistes en 2002 contre respectivement 90 % et 73 % en 1998. Au niveau national, la proportion de médecins conventionnés avec honoraires libres est plus importante. Au 31 décembre 2002, 13 % des omnipraticiens et 38 % des spécialistes ont des honoraires libres contre respectivement 8 % et 26 % en Picardie. Les pratiques d'honoraires libres sont très répandues en Île-de-France : 31 % des omnipraticiens et 60 % des spécialistes exercent dans le secteur 2.

● Une légère augmentation des médecins libéraux

De 1995 à 2003, le nombre de médecins libéraux est passé de 2 588 à 2 670 en Picardie, soit une augmentation de 3,2 %. Cette augmentation a été plus marquée chez les généralistes (3,5 %) que chez les spécialistes (2,5 %). Sur cette même période, l'accroissement des libéraux a été de 2,7 % pour les généralistes et de 4,4 % pour les spécialistes en France métropolitaine.

● Des densités bien plus faibles que les moyennes nationales, quelle que soit la spécialité

Les spécialistes les plus représentés en Picardie sont les radiologues (12 % des spécialistes libéraux) et les ophtalmologistes (11 %). Quelle que soit la spécialité considérée, aucune densité n'atteint le niveau national.

Les écarts avec le niveau moyen sont les plus importants pour les psychiatres (la densité picarde est trois fois inférieure à la densité française), pour les chirurgiens, pour les cardiologues et les anesthésistes-réanimateurs. Pour ces trois spécialités, la densité française est double de la densité picarde.

Quant à l'écart de densité le plus faible, il s'observe pour les radiologues.

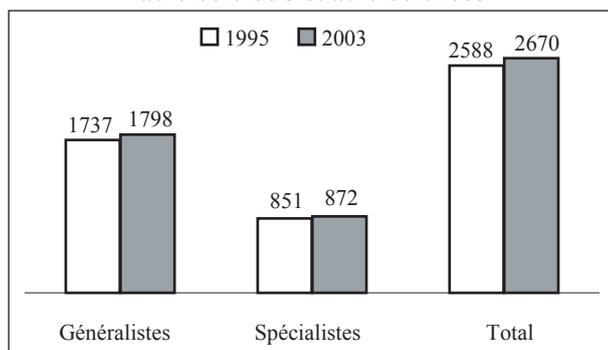
Mode conventionnel des médecins libéraux en Picardie aux 31/12/98 et 31/12/2002

	31 décembre 1998		31 décembre 2002	
	Omnipraticiens*	Spécialistes	Omnipraticiens*	Spécialistes
Secteur 1	1 514	746	1 539	740
Secteur 2 et DP	158	270	137	267
Non conventionné	9	1	7	1
Total	1 681	1 017	1 683	1 008

Source : CNAMTS

* Généralistes et médecins ayant un mode d'exercice particulier (MEP), tels que homéopathes, acupuncteurs...

Effectifs des médecins libéraux en Picardie au 01/01/1995 et au 01/01/2003



Sources : DRASS, ADELI

Effectifs et densités en médecins libéraux pour les principales spécialités au 01/01/2003

	Picardie			France
	Effectifs	%	Densité*	Densité*
Anesthésie-réanimation	46	5,3%	2,5	5,5
Cardiologie	56	6,4%	3,0	6,3
Dermato-vénérologie	57	6,5%	3,0	5,7
Pédiatrie**	55	6,3%	13,6	24,8
Radiologie	101	11,6%	5,4	8,2
Chirurgie générale	32	3,7%	1,7	3,5
Gynécologie-obstétrique***	65	7,5%	14,4	23,5
Ophtalmologie	92	10,6%	4,9	7,8
ORL	42	4,8%	2,2	3,8
Psychiatrie	66	7,6%	3,5	10,9
Autres spécialités	260	29,8%	13,9	25,1
Ensemble des spécialités	872	100,0%	46,6	87,5

Sources : DREES, ADELI - INSEE

* Nombre de médecins libéraux pour 100 000 habitants

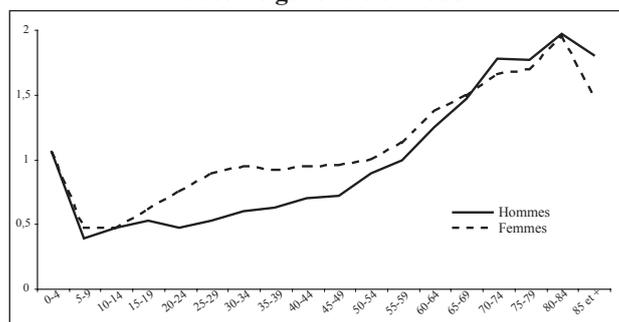
** Densité calculée par rapport à la population des moins de 16 ans

*** Densité calculée par rapport à la population des femmes âgées de 15 à 49 ans

La clientèle en médecine générale

L'enquête Alcool en médecine libérale a été réalisée en octobre 2000 dans toute la France auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes libéraux. Elle traite des comportements d'alcoolisation excessive parmi les personnes ayant recours au système de soins en médecine libérale. Pendant deux jours d'activité des médecins, ceux-ci ont rempli un questionnaire pour tous les patients âgés de 16 ans ou plus, des données ont ainsi été recueillies pour plus de 49 000 patients. Cette enquête donne aussi un aperçu du type de clientèle en médecine générale.

Répartition par âge et sexe de la clientèle en médecine générale en 2000



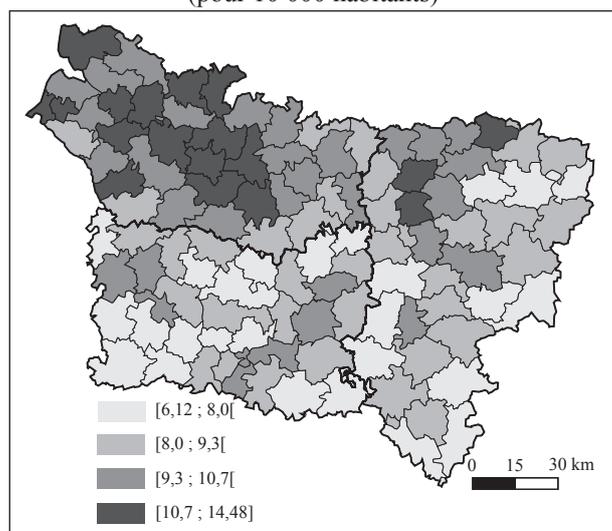
Sources : DREES, FNORS

● Une part importante des personnes âgées dans la clientèle des médecins généralistes

La clientèle du médecin généraliste n'est pas répartie uniformément suivant les paramètres démographiques. En effet, les enfants de très jeune âge et les personnes d'un âge certain sont plus nombreux à voir un médecin généraliste. Différentes études fournissent des courbes par âge et sexe très proches de celles présentées ci-contre (résultats de l'enquête Alcool en médecine générale). Ainsi, on constate que la structure démographique globale de la population interfère de façon forte sur l'activité des médecins généralistes.

Densité par cantons

Densité lissée de généralistes libéraux au 1^{er} Janvier 2004 (pour 10 000 habitants)



Sources : DRASS-DREES, INSEE

● Des densités plus importantes dans le nord de la région

La carte ci-contre est une carte lissée. Le découpage cantonal constitue de façon partagée un juste compromis entre taille statistique suffisante et approche localisée nécessaire. Pour autant, il peut se discuter comme unité géographique de référence dans le cadre notamment d'une densité de professionnels de santé. C'est la raison pour laquelle intégrer l'environnement de proximité est assez séduisant. C'est l'objet de la carte des densités lissées qui permet d'intégrer dans le calcul les professionnels de santé des cantons limitrophes. Le lissage peut être effectué sous de multiples formes : ici, le poids de l'ensemble de tous les cantons limitrophes est égal au poids du canton concerné.

CONTEXTE NATIONAL

Le secteur de la santé regroupe de multiples professionnels qui interviennent non seulement pour dispenser des soins, mais également pour aider, prévenir, informer. Les professions médicales rassemblent les médecins, les chirurgiens dentistes et les sages-femmes. Les professions paramédicales sont diverses et concernent le domaine des soins (infirmier, aide-soignant), de la rééducation (masseur kinésithérapeute, psychomotricien), de l'appareillage (audioprothésiste, prothésiste dentaire) et celui de l'assistance technique (technicien de laboratoire, préparateur en pharmacie). Enfin, les pharmaciens sont des professionnels de santé occupant une place spécifique.

En dehors des médecins, les professions les plus importantes par leurs effectifs sont : les infirmiers (437 525 en 2004 en métropole), les pharmaciens (65 150), les masseurs kinésithérapeutes (58 642), les chirurgiens dentistes (40 904), les sages-femmes (16 134) et les orthophonistes (15 357). Néanmoins, ces professionnels sont inégalement répartis sur le territoire métropolitain avec des régions qui paraissent moins attractives que d'autres. En effet, de fortes disparités s'observent en termes de densité. Globalement, la moitié sud du pays présente les densités les plus favorables alors que la moitié nord est bien moins pourvue en professionnels de santé.

Les professionnels de santé peuvent exercer à titre libéral ou comme salarié et ces professions sont diverses dans leurs évolutions démographiques et dans leur mode d'exercice (libéral ou salarié). Ainsi, l'exercice libéral domine chez les chirurgiens dentistes (92 %), chez les masseurs kinésithérapeutes et orthophonistes (79 %), alors que seulement 15 % des sages-femmes et 14 % des infirmiers appartiennent à ce secteur. De même, certaines professions sont plus féminisées que d'autres : 99 % des sages-femmes, 96 % des orthophonistes et 87 % des infirmiers sont des femmes.

Chez les pharmaciens, on distingue habituellement les professionnels exerçant en officine (80 %) et ceux présentant un autre mode ou cadre d'exercice (biologistes, pharmaciens hospitaliers, grossistes, fabricants ou encore mutualistes...). Parmi les professionnels exerçant en officine, près de la moitié en sont titulaires.

Depuis 1994, les effectifs de sages-femmes, d'orthophonistes, de masseurs kinésithérapeutes et d'infirmiers ont progressé de plus de 30 % (avec des progressions plus prononcées dans le secteur libéral sauf pour les infirmiers, la progression est équivalente pour les deux modes d'exercice). Le rôle des sages-femmes libérales se développe vers de nouvelles activités, avec en particulier le suivi des grossesses pathologiques à domicile et les retours précoces à domicile après accouchement, en liaison avec les services hospitaliers. Chez les pharmaciens, la progression est un peu moins forte (+23% sur la même période). Enfin, l'augmentation la moins importante est enregistrée pour les chirurgiens dentistes (+4 %). Les densités (nombre de professionnels pour 100 000 habitants) ont augmenté dans les mêmes proportions.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- La Picardie, particulièrement mal dotée en termes de densités médicales, surtout pour les praticiens libéraux.
- La densité en sages-femmes la plus faible de métropole.
- Les densités en infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, chirurgiens dentistes et pharmaciens parmi les plus faibles.
- Progression de la densité en infirmiers mais plus faible qu'en France.
- Progression de la plupart des professionnels de santé, excepté les chirurgiens dentistes.

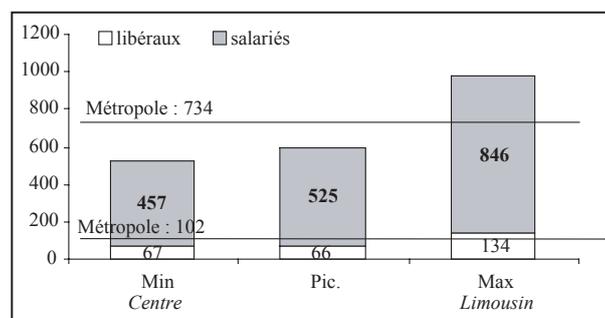
● Une densité en infirmiers inférieure à la moyenne

Les infirmiers sont sous-représentés en Picardie par rapport à la moyenne nationale. Au 1^{er} janvier 2004, 591 infirmiers pour 100 000 habitants exercent en Picardie contre 734 en France. La région présente la 3^e densité la plus faible de métropole.

L'écart observé avec la moyenne nationale est plus important pour les libéraux que pour les salariés.

Sur les 11 041 infirmiers exerçant en Picardie au 1^{er} janvier 2004, 89 % sont salariés (contre 86 % en France). Entre 1997 et 2004, la densité en infirmiers a progressé de 18 % en Picardie pour les salariés et de 14 % pour les libéraux. Les progressions sont un peu plus prononcées en France (respectivement +24 % et + 20 %).

Densité en infirmiers au 01/01/2004
(Nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants)



Sources : DREES, Répertoire ADELI - INSEE

NB : le trait le plus bas correspond à la densité nationale pour les libéraux et le plus haut la densité pour l'ensemble (libéraux et salariés)

*Les professions de santé au 1^{er} janvier 2004, document de travail, *Série statistiques*, n°68, DREES, juillet 2004

LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Effectifs et densité en infirmiers au 01/01/1997 et au 01/01/2004

(Nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants)

	1997			2004		
	Picardie		France*	Picardie		France*
	Effectif	Densité	Densité	Effectif	Densité	Densité
Salariés	8 280	443	510	9 808	525	632
IDE	5 965	319	418	8 128	435	549
Psychiatrique	2 315	124	92	1 680	90	83
Libéraux	1 085	58	85	1 233	66	102
Total	9 365	501	595	11 041	591	734

Sources : DREES, INSEE

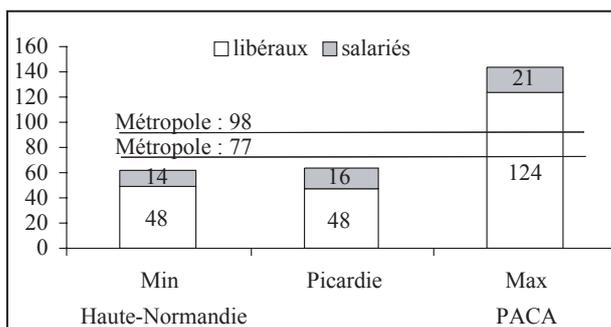
* France métropolitaine

● Près de 1 700 infirmiers psychiatriques en 2004

La densité en infirmiers exerçant dans le secteur psychiatrique est supérieure en Picardie (90) par rapport à la moyenne nationale (83). Depuis 1992, il n'y a plus qu'un seul diplôme d'État préparé dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) ; il remplace les deux précédentes formations (diplôme d'État et diplôme de secteur psychiatrique). Ceci explique la décroissance du nombre d'infirmiers psychiatriques.

Densité en masseurs kinésithérapeutes au 01/01/2004

(Nombre de masseurs kinésithérapeutes pour 100 000 habitants)



Sources : DREES, Répertoire ADELI - INSEE

● Une densité en masseurs kinésithérapeutes en progression mais toujours loin de la moyenne nationale

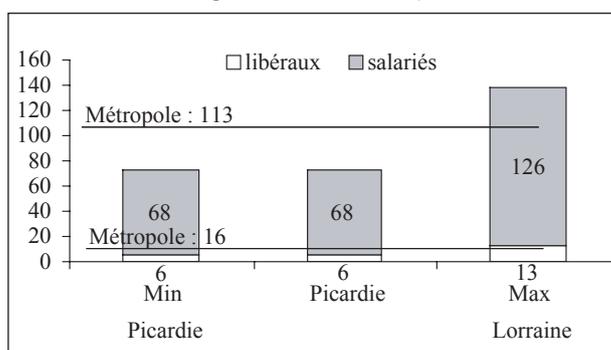
Au 1^{er} janvier 2004, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes exerçant en Picardie s'élève à 1 192, parmi lesquels trois praticiens sur quatre ont opté pour le secteur libéral (79 % en France). Ces professionnels sont sous-représentés en Picardie par rapport à la moyenne nationale (64 pour 100 000 habitants contre 98 en France). La Picardie présente la 4^e densité la plus faible de métropole.

L'écart observé avec la moyenne nationale est plus important pour les libéraux que pour les salariés.

Entre 1997 et 2004, la densité a progressé de 13 % en Picardie chez les libéraux et de 16 % chez les salariés. En France, l'évolution est plus prononcée chez les libéraux (+19 %) que chez les salariés (+5 %).

Densité en sages-femmes au 01/01/2004

(Nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans)



Sources : DREES, Répertoire ADELI - INSEE

● Une densité en sages-femmes toujours en progression

Au 1^{er} janvier 2004, le nombre de sages-femmes exerçant en Picardie s'élève à 331, parmi lesquelles 8 % ont opté pour le secteur libéral (proportion double en France). Cette profession est sous-représentée en Picardie (73 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans) par rapport à la moyenne nationale (113). La Picardie présente la densité la plus faible de métropole avec un indicateur bien inférieur à celui du Nord - Pas-de-Calais, seconde région au classement (95). L'écart observé avec la moyenne nationale est plus important pour les libérales que pour les salariées.

Entre 1997 et 2004, la densité globale a progressé de 24 % en Picardie, progression plus forte chez les libérales que chez les salariées. En France, l'évolution est un peu plus prononcée (+27 %).

LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

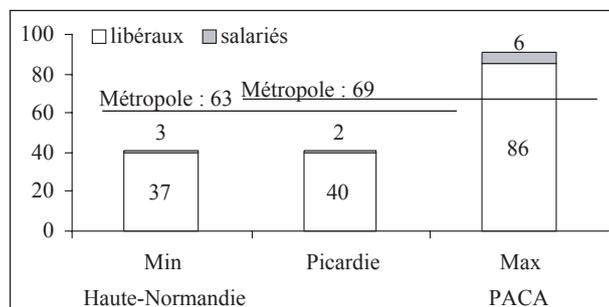
● Densité en chirurgiens dentistes relativement stable entre 1997 et 2004

Au 1^{er} janvier 2004, le nombre de chirurgiens dentistes exerçant en Picardie s'élève à 780, parmi lesquels 95 % ont opté pour le secteur libéral (92 % en France).

Les chirurgiens dentistes sont sous-représentés en Picardie (42 pour 100 000 habitants) par rapport à la moyenne nationale (69). La Picardie présente la 2^e densité la plus faible de métropole après la Haute-Normandie. Contrairement aux autres praticiens, l'écart observé avec la moyenne nationale est plus important pour les salariés que pour les libéraux avec une densité picarde plus faible de moitié.

Entre 1997 et 2004, la densité a diminué faiblement en Picardie (-3 %). En France, elle est restée stable.

Densité en chirurgiens dentistes au 01/01/2004 (Nombre de chirurgiens dentistes pour 100 000 habitants)



Sources : DREES, Répertoire ADELI - INSEE

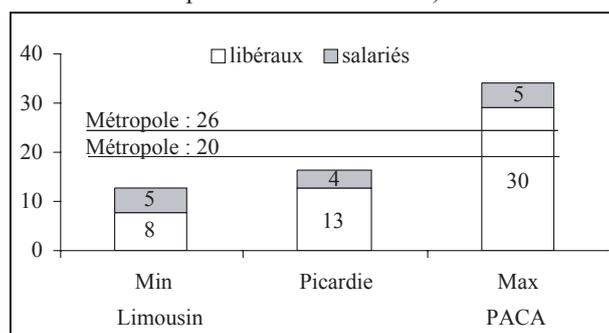
● Orthophonistes : la progression du secteur libéral se poursuit

Au 1^{er} janvier 2004, le nombre d'orthophonistes exerçant en Picardie s'élève à 319, parmi lesquels 75 % ont opté pour le secteur libéral (79 % en France). En 1994, 57 % des orthophonistes exerçaient dans le libéral contre 70 % en 1997. Le secteur libéral progresse encore. Les orthophonistes sont sous-représentés en Picardie (17 pour 100 000 habitants) par rapport à la moyenne nationale (26). La Picardie présente la 6^e densité la plus faible de métropole.

L'écart observé avec la moyenne nationale est plus important pour les libéraux que pour les salariés.

Entre 1997 et 2004, la densité a diminué chez les salariés mais augmenté chez les libéraux en Picardie comme en France.

Densité en orthophonistes au 01/01/2004 (Nombre d'orthophonistes pour 100 000 habitants)



Sources : DREES, Répertoire ADELI - INSEE

● 3^e densité en pharmaciens la plus faible de métropole

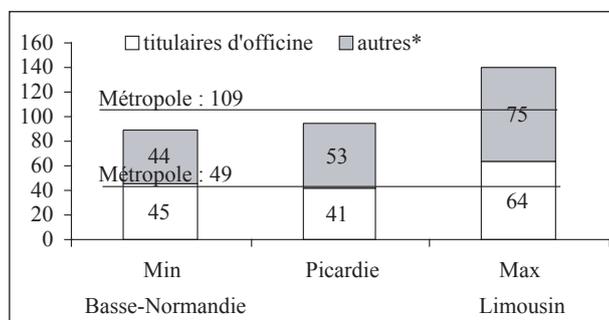
Au 1^{er} janvier 2004, le nombre de pharmaciens exerçant en Picardie s'élève à 1 764 parmi lesquels 44 % sont titulaires d'une officine. Cette proportion baisse après avoir progressé (elle est passée de 49 % en 1994 à 54 % en 1997).

Les pharmaciens sont sous-représentés en Picardie par rapport à la moyenne nationale. Dans la région, la densité s'élève à 94 pharmaciens pour 100 000 habitants contre 109 en France. La Picardie présente la 3^e densité la plus faible de métropole.

Entre 1997 et 2004, la densité a progressé chez les titulaires d'officines et chez les « autres pharmaciens » en Picardie comme en France.

Au 1^{er} janvier 2004, la Picardie compte 621 officines pharmaceutiques et 82 laboratoires d'analyses médicales.

Densité de pharmaciens au 01/01/2004 (Nombre de pharmaciens pour 100 000 habitants)



Sources : DREES, Répertoire ADELI - INSEE

* assistants, biologistes, hospitaliers...

LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Professionnel paramédical, l'orthoptiste assure le dépistage, la rééducation, la réadaptation et l'exploration fonctionnelle des troubles de la vision. La majorité des orthoptistes exerce en libéral. Ils peuvent être salariés dans les hôpitaux, les dispensaires... et intervenir dans les maisons de retraite, les écoles, les centres de soins, etc.

● Peu d'orthoptistes en région Picardie

Au 1^{er} janvier 2004, 37 orthoptistes exercent en Picardie. La région présente la 2^e densité la plus faible de métropole : 2,0 praticiens pour 100 000 habitants. La densité observée sur l'ensemble du territoire métropolitain est double de la densité picarde. La densité maximale, enregistrée dans la région Midi-Pyrénées est 4 fois plus élevée qu'en Picardie. Le secteur libéral rassemble 87 % des praticiens en Picardie contre trois sur quatre en France.

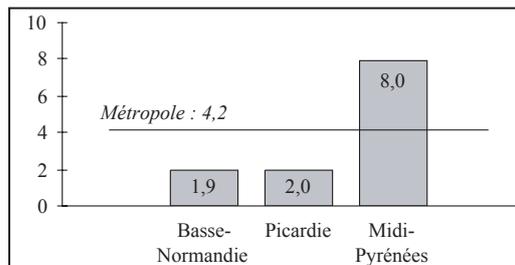
Répartition des orthoptistes selon leur secteur d'activité au 01/01/2004

	Picardie		Métropole	
	Nb	%	Nb	%
Libéral	32	86,5 %	1 901	75,8 %
Salarié	5	13,5 %	606	24,2 %
Ensemble	37	100,0 %	2 507	100,0 %

Source : DREES, Répertoire ADELI

Densité en orthoptistes au 01/01/2004

(Nombre de praticiens pour 100 000 habitants)



Sources : DREES, Répertoire ADELI - INSEE

Le pédicure-podologue soigne les affections de la peau et des ongles du pied. Il conçoit et fabrique les semelles orthopédiques pour compenser les malformations du pied et pratique aussi des exercices de rééducation postopératoire. Il exerce en majorité à titre libéral : soit en cabinet individuel, soit en s'associant avec d'autres professionnels.

● Une densité en pédicures-podologues un peu plus faible que la densité moyenne

Au 1^{er} janvier 2004, un peu plus de 260 pédicures-podologues exercent en Picardie. La région présente la 10^e densité la plus faible de métropole, elle dispose de 14 praticiens pour 100 000 habitants contre 17 sur l'ensemble du territoire. 98 % des pédicures-podologues exercent dans le secteur libéral.

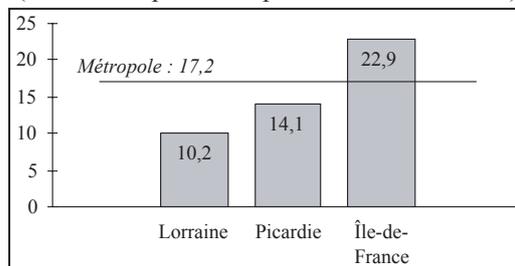
Répartition des pédicures-podologues selon leur secteur d'activité au 01/01/2004

	Picardie		Métropole	
	Nb	%	Nb	%
Libéral	258	98,1 %	10 051	98,2 %
Salarié	5	1,9 %	189	1,8 %
Ensemble	263	100,0 %	10 240	100,0 %

Source : DREES, Répertoire ADELI

Densité en pédicures-podologues au 01/01/2004

(Nombre de praticiens pour 100 000 habitants)



Sources : DREES, Répertoire ADELI - INSEE

Professionnel paramédical, le psychomotricien intervient auprès de femmes enceintes, de bébés, d'enfants, d'adolescents, d'adultes et de personnes âgées confrontées à des difficultés d'adaptation et de comportement, déficitaires ou handicapées ou temporairement fragilisées. Il exerce en libéral, en hôpital ou en établissement spécialisé.

● Une densité en psychomotriciens assez proche de la moyenne nationale

Au 1^{er} janvier 2004, 159 psychomotriciens exercent en Picardie. La densité observée dans la région (8,5 praticiens pour 100 000 habitants) est proche de la moyenne nationale (9,4). 96 % des psychomotriciens sont salariés en Picardie contre 92 % en France.

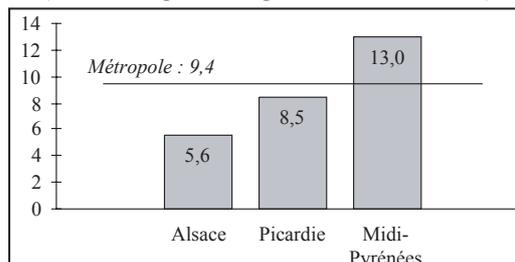
Répartition des psychomotriciens selon leur secteur d'activité au 01/01/2004

	Picardie		Métropole	
	Nb	%	Nb	%
Libéral	7	4,4 %	454	8,1 %
Salarié	152	95,6 %	5 165	91,9 %
Ensemble	159	100,0 %	5 619	100,0 %

Source : DREES, Répertoire ADELI

Densité en psychomotriciens au 01/01/2004

(Nombre de praticiens pour 100 000 habitants)



Sources : DREES, Répertoire ADELI - INSEE

CONTEXTE NATIONAL

En matière de santé, l'urgence est généralement définie comme «un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète – à tort ou à raison – l'intéressé et/ou son entourage». Alors que l'urgence est souvent associée à une détresse vitale, cette définition souligne la nécessité de répondre à toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée quelle que soit la gravité du problème.

En France, l'organisation de la prise en charge médicale des urgences repose sur un réseau d'intervenants publics et privés, régulée par les services d'aide médicale d'urgence (SAMU) – centre 15. Dans le secteur public, la prise en charge des urgences ressenties est assurée par les SAMU et les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), les services d'accueil et de traitement des urgences des hôpitaux publics, les sapeurs pompiers, les centres antipoison, la police et la gendarmerie. Chargés de la protection et de la sauvegarde des personnes, des biens et de l'environnement, les sapeurs-pompiers sont une institution assurant un rôle dans la prise en charge de l'urgence sanitaire. En 2003, plus de 250 000 sapeurs-pompiers ont assuré 3,7 millions d'interventions en France. Ce nombre d'interventions équivaut à environ 10 200 interventions par jour. Dans le secteur privé, ce sont des médecins libéraux, des ambulanciers, des établissements privés de soins et des associations humanitaires qui interviennent.

Afin d'améliorer l'accès de la population aux services d'urgence et de faire la jonction entre les différents partenaires, les SAMU se sont dotés peu à peu d'un centre de réception et de régulation des appels (CRRA), encore appelé «centre 15». Cette centralisation des appels existe désormais dans tous les départements et offre à la population un accès facile à un médecin régulateur, libéral ou hospitalier, par l'utilisation d'un numéro aisément mémorisable et gratuit pour l'appelant, le 15 ou le 112. Cette organisation permet une meilleure orientation des réponses en fonction de la demande exprimée par le patient ou son entourage. Les médecins libéraux et les associations de médecins urgentistes (SOS médecins, association de soins et urgences médicales : ASUM...) participent dans la plupart des régions au fonctionnement des CRRA, qu'il s'agisse des réponses aux appels téléphoniques ou d'interventions sur les lieux de détresse. Néanmoins, toutes les situations d'urgence ne transitent pas par le centre 15. En effet, les usagers des services d'urgences hospitalières s'y rendent directement, sans contact préalable. De même, la population ne contacte pas toujours le centre 15 et s'adresse parfois directement aux professionnels de santé libéraux et plus particulièrement aux médecins généralistes.

En 2003, en établissements de santé, la prise en charge des urgences repose sur trois types d'unité de soins. 282 SAU (services d'accueil et de traitement des urgences) de métropole prennent en charge tous les types d'urgence, quelle que soit la gravité, 383 UPATOU (Unités de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences) travaillent sur les urgences courantes et 36 POSU (pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences) ont été créés pour la prise en charge de problèmes spécifiques (chirurgie de la main par exemple). Le nombre de passages dans les services d'urgences hospitalières a fortement progressé depuis quelques années, atteignant 14,3 millions en 2003. Dans 24 % des cas, ils ont abouti à une hospitalisation. Cet effectif correspond à un recours aux urgences de 239 pour 1 000 habitants, chiffre variant fortement selon les régions (de 179 à 309). Cependant, une forte proportion de passages correspond à des patients présentant des affections qui auraient pu être traitées en dehors du contexte des urgences.

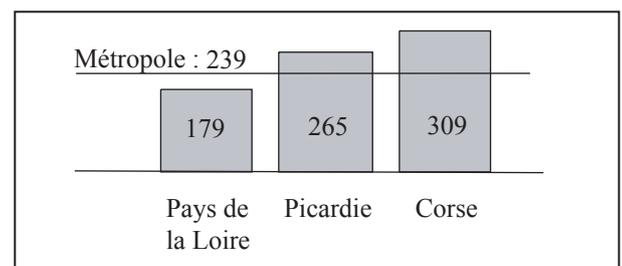
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Un taux de passage aux urgences et une proportion d'hospitalisation supérieurs à la moyenne française.
- Un taux de sorties des SMUR et des unités mobiles hospitalières (UMH) supérieur en Picardie par rapport à la moyenne nationale.
- Le secours à victimes représente 61 % des interventions des pompiers.

● Un recours aux urgences supérieur à la moyenne nationale

Les services d'accueil et de traitement des urgences de la région ont enregistré près de 495 000 passages, soit un taux de passage de 265 pour 1 000 habitants. En 2003, la Picardie présente un recours aux urgences supérieur de 11 % à la moyenne nationale. La région se place au 6^e rang des régions métropolitaines les plus concernées.

Taux de passage⁽¹⁾ aux urgences en 2003



Source : DREES - SAE

(1) Taux de passage : nombre de passages aux urgences des hôpitaux pour 1 000 habitants

LES URGENCES

Traitement des urgences en 2003

	Taux de passage		Proportion d'hospitalisation ⁽¹⁾	
	Picardie	France métropolitaine	Picardie	France métropolitaine
Établissements publics	242	204	29	25
<i>dont CHU / CHR</i>	32	55	31	24
<i>dont CH, HL</i>	209	145	28	26
<i>dont autres</i>	0	4	0	18
Établissements privés	23	35	7	17
Ensemble	265	239	27	24

Sources : DREES (SAE), INSEE

⁽¹⁾ Proportion d'hospitalisations : proportion des personnes hospitalisées sur l'ensemble des passages dans les services d'accueil et de traitement des urgences de la catégorie définie en début de ligne

● Un taux de passage et une proportion d'hospitalisation supérieurs à la moyenne nationale

En 2003, 23 établissements (dont 19 publics) disposaient d'une autorisation pour l'accueil des urgences en Picardie. Ces services d'accueil et de traitement des urgences de la région ont enregistré un taux de passage de 265 pour 1 000 habitants. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale (239). Par catégorie d'établissement, ce sont les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux qui présentent un taux de passage supérieur au taux français.

Les proportions d'hospitalisation après passage aux urgences sont plus élevées en Picardie qu'en France dans les établissements publics, à l'inverse des établissements privés.

Ces dernières années, le nombre de passages aux urgences est en progression alors que la proportion de patients hospitalisés diminue.

Sorties des SMUR et U.M.H en 2003

	Picardie		France métropolitaine
	Nombre	Taux*	Taux*
Sorties terrestres	27 721	14,8	10,0
Sorties terrestres primaires	23 719	12,7	8,1
Sorties terrestres secondaires	4 002	2,1	2,0
Sorties aériennes	1 490	0,8	0,5
Sorties aériennes primaires	297	0,2	0,2
Sorties aériennes secondaires	1 193	0,6	0,3

Sources : DREES (SAE), INSEE

Exploitation ORS Picardie

* Taux pour 1 000 habitants

U.M.H. : Unités mobiles hospitalières

● Un taux de sorties des SMUR et U.M.H supérieur à la moyenne nationale

En 2003, plus de 29 200 sorties ont été effectuées par 17 établissements de Picardie possédant un SMUR. La région présente un taux de 15,6 sorties pour 1 000 habitants, se situant ainsi au dessus de la moyenne nationale (10,5).

La très grande majorité de ces sorties sont terrestres (95 % des sorties). Les sorties terrestres sont à majorité primaires (86 % en Picardie et 80 % en France) alors que les sorties aériennes sont à majorité secondaires (80 % en Picardie contre 56 % en France).

Sortie : intervention médicalisée d'une unité mobile hospitalière ayant pour but d'apporter des soins aux blessés, malades, parturientes.

Sortie primaire : transport médicalisé ou non effectué par un SMUR de l'hôpital vers un lieu de détresse et retour vers l'établissement de soins.

Sortie secondaire : transport médicalisé effectué par un SMUR d'un établissement de soins à un autre.

L'enquête annuelle auprès des établissements publics et privés (SAE) permet de mesurer l'activité des services d'accueil et de traitement des urgences à partir du nombre de passages dans ces services. **Mais ces données ne reflètent qu'imparfaitement la prise en charge hospitalière des urgences médicales.** En effet, de nombreuses urgences médicales ne transitent pas par l'accueil des urgences mais sont admises directement dans les services (cardiologie par exemple). Ce phénomène varie d'un établissement à l'autre ; il est plus marqué dans les centres hospitaliers universitaires que dans les autres établissements.

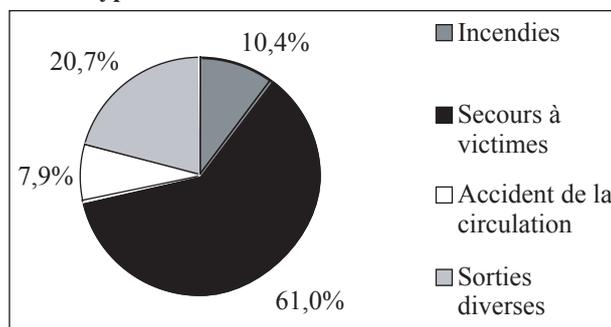
● Le secours à victimes : 61 % de l'activité des pompiers

Parmi les activités des pompiers, quatre types d'intervention sont distinguées : les interventions pour incendie, les interventions pour accidents de la circulation, les secours à victimes et les sorties diverses.

En 2003, plus de 119 900 interventions ont été comptabilisées en Picardie. Rapportées à la population, elles correspondent à un effectif de 642 interventions pour 10 000 habitants en Picardie contre 522 en Métropole.

Le secours à victimes (intoxications, accident du travail, accident de loisirs...) est le principal motif de sorties des pompiers (61 % des sorties en Picardie contre 58 % en France). Les accidents de la circulation représentent 8 % des interventions en Picardie contre 9 % en France.

Répartition des interventions des pompiers selon le type d'intervention en 2003 en Picardie



Source : Ministère de l'Intérieur

● Les sapeurs pompiers et le SMUR assurent 42 % de l'activité des SAMU

En 1998, 38 % des affaires traitées par le SAMU se soldent par de simples conseils (contre 27 % en 1996). Les médecins libéraux interviennent dans 7 % des cas dans la région contre 18 % en métropole. Les modes d'intervention des médecins libéraux dans l'activité des SAMU diffèrent pour chaque département. Ils peuvent être associés ou pas à la régulation du CRRA et les médecins de garde ou les associations d'urgentistes (type SOS médecins) peuvent être sollicités pour le traitement des affaires.

Traitement des affaires ⁽¹⁾ par le SAMU en 1998

	Picardie	Métropole
Information, conseil médical	38,4	35,8
Médecins libéraux	6,8	18,0
Sapeurs-pompiers	20,9	23,3
SMUR	21,1	12,3
Ambulanciers	11,8	7,8
Autres	1,0	2,8
Ensemble	100	100

Sources : DREES

⁽¹⁾ Affaires : ensemble des mesures consécutives à une demande d'aide médicale

● Plus de 5 000 appels vers le centre antipoison de Lille

Les centres Antipoison sont des centres d'information sur les risques toxiques de tous les produits existants (médicamenteux, industriels et naturels). Ils ont un rôle d'information auprès des professionnels de santé et du public et apportent une aide par téléphone au diagnostic, à la prise en charge et au traitement des intoxications. La région ne dispose pas de son propre centre. Le centre antipoison du centre hospitalier de Lille couvre 3 régions : le Nord - Pas-de-Calais, la Picardie et la Haute-Normandie. Néanmoins, tous les appels de personnes domiciliées en Picardie ne sont pas comptabilisés dans ce tableau puisqu'ils peuvent s'adresser à un autre centre que celui de Lille.

Motif du dossier téléphonique des personnes domiciliées en Picardie ayant appelé le centre antipoison de Lille au cours de l'année 2003

Motif	Nombre
intoxication	2 694
Information	2 454
Ensemble	5 148
Recours pour 100 000 habitants	275

Source : centre antipoison de Lille, Rapport annuel 2003

Le SAMU est doté d'un secrétariat ou d'un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) qui assure la réception des appels émanant de la population, des services de secours, des médecins,... Il est situé dans un établissement hospitalier public. Son fonctionnement est assuré conjointement par le service public hospitalier et par le secteur médical privé. Il donne suite à ces appels en provoquant la mise en œuvre des moyens de secours et de soins appropriés. Il peut également donner des conseils médicaux.

Le SMUR assure la médicalisation précoce sur les lieux de détresse. Dans le cas des interventions primaires, il assure le bilan médical sur place, le traitement et, éventuellement, le transport des patients pris en charge. Le SMUR fonctionne dans le cadre des centres hospitaliers. Pour leur fonctionnement interne, ils passent éventuellement une convention avec des organismes publics ou privés.

Organisation du déclenchement des secours dans le cadre de la réception de l'appel par le SAMU : les appels font l'objet d'une régulation médicale. Le médecin régulateur du SAMU, en fonction des renseignements que lui communique l'intervenant et du bilan établi, recourt aux moyens d'intervention qui lui paraissent les plus appropriés. Il fait appel aux médecins libéraux, aux ambulanciers privés, aux secouristes, aux sapeurs-pompiers, aux SMUR pour les urgences lourdes.

LES URGENCES

Les recours urgents ou non programmés en médecine générale

L'enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale fait suite à l'enquête réalisée en 2002 par la Drees sur les usagers des services d'urgences hospitaliers. Elle permet d'étudier les recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville. Elle a été réalisée auprès de 1 398 médecins généralistes libéraux exerçant en France métropolitaine en cabinet ou en association d'urgentistes¹. En Picardie, 58 médecins ont participé à l'enquête, permettant la constitution d'un échantillon de près de 750 séances.

● Un patient sur trois est âgé de moins de 25 ans

Selon l'enquête sur les consultations et les visites des médecins généralistes libéraux², la majorité de la clientèle des médecins généralistes, dans le cadre d'un recours programmé, est constituée de personnes âgées de plus de 45 ans (60 %). Par contre, les recours urgents ou non programmés concernent davantage les plus jeunes puisque 42 % des patients sont âgés de 45 ans ou plus. Les enfants âgés de moins de 13 ans représentent 22 % des patients.

La majorité des recours a eu lieu en journée, seuls 7 % des recours urgents ou non programmés ont été observés la nuit, entre 20h et 8h.

Les recours urgents auprès des médecins généralistes se sont déroulés à 16,2 % en dehors des horaires d'ouverture du cabinet, parmi lesquelles 3,1 % pendant des gardes ou des astreintes.

● Plus de trois patients sur quatre souffrent d'un problème aigu

Pour 78 % des patients, le recours a été motivé par un problème aigu. L'affection chronique est le second motif, représentant 14 % des patients. Enfin, 6 % des patients ont consulté pour une déstabilisation d'une affection chronique. Avec l'âge, la proportion de recours attribué à un problème aigu diminue au profit des deux autres motifs.

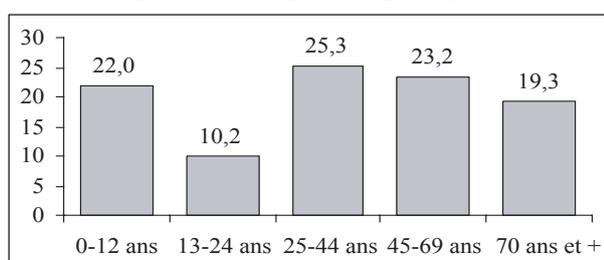
Le diagnostic principal se rapporte à 25 % à une pathologie infectieuse et à 16 % à l'ORL-ophtalmologie-stomatologie, avec toutefois des différences importantes selon l'âge : l'infectiologie prédomine chez les moins de 45 ans contre la rhumatologie chez les 45-69 ans et la cardiologie chez les plus de 70 ans. Hormis les examens cliniques pratiqués quasi-systématiquement, un entretien de type préventif et une écoute psychologique ont été menés, dans respectivement 17,0 % et 12,3 % des cas.

Pour 87,4 % des patients, l'état clinique est jugé stable et pour 15,7 %, l'état est jugé stable mais susceptible de s'aggraver. Le pronostic vital n'est engagé que pour 0,6 % des patients. Ce sont chez les plus de 70 ans que cette proportion est la plus élevée (1,9 %).

● Un arrêt de travail est prescrit dans 10 % des cas

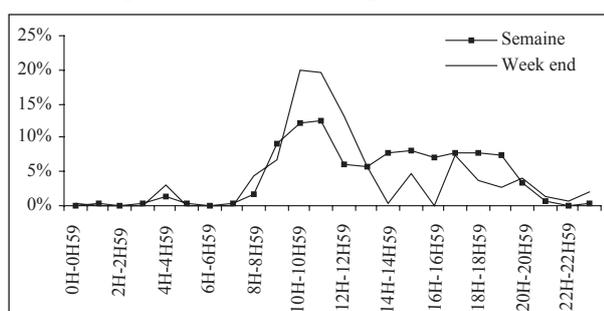
Des médicaments sont prescrits dans près de neuf cas sur dix (88,7 %). Un arrêt de travail est prononcé pour 10,0 % des patients et l'hospitalisation est immédiate dans 3,2 % des cas. D'autres soins ou examens sont prescrits : analyses biologiques (9,6 % des cas), radiologie (7,7 %) et soins paramédicaux (4,4 %).

Répartition des patients par âge (%)



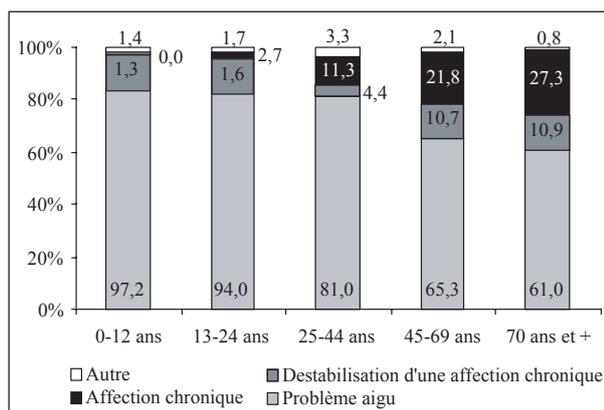
Source : enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (Drees, 2004)

Répartition des recours par heure (%)



Source : enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (Drees, 2004)

Répartition des recours urgents selon leur nature et l'âge des patients (%)



Source : enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (Drees, 2004)

1. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. *Études et résultats*, n°471, mars 2006, DREES.

2. Les consultations et les visites des médecins généralistes libéraux, un essai de typologie, *Études et résultats* n°315, Juin 2004, DREES.

CONTEXTE NATIONAL

Par les soins qu'ils nécessitent (consultations, hospitalisations) et par les handicaps et les invalidités qu'ils génèrent, les troubles mentaux constituent un réel problème de santé publique. L'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) réalisée par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) tente d'évaluer la prévalence de certains troubles mentaux en population générale. Parmi les personnes enquêtées (36 000 personnes âgées de 18 ans ou plus), 11 % déclarent avoir eu un épisode dépressif au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et 13 % déclarent avoir souffert d'anxiété généralisée au cours des six derniers mois. Les femmes, les personnes séparées, divorcées ou au chômage sont les plus concernées par ces troubles mentaux. Notons que 2 % des personnes présenteraient un risque suicidaire élevé⁽¹⁾.

Au cours de ces dernières années, l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie s'est caractérisée par le développement de l'hospitalisation partielle et d'autres alternatives à l'hospitalisation complète et à la diversification des modes de soins : développement des structures extra-hospitalières et pluralité des lieux d'intervention, développement des programmes de réadaptation et de réinsertion sociale des malades mentaux. Le secteur public est composé de centres hospitaliers spécialisés, de services de psychiatrie des établissements de santé et d'hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics. Dans le privé, il s'agit d'établissements de lutte contre les maladies mentales (cliniques et foyers de postcure) et des cliniques générales ayant des services de psychiatrie. Cependant, une part non négligeable de patients est prise en charge hors de ce système. En psychiatrie générale, les rapports des secteurs rapportent une file active (ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par l'un des membres de l'équipe du secteur) de 1,1 million de patients en 2000 en France (soit un taux de recours de 26 pour 1 000 habitants âgés de 20 ans ou plus) et en psychiatrie infanto-juvénile de plus de 432 000 patients (soit un taux de recours de 28 pour 1 000 habitants âgés de moins de 20 ans)⁽²⁾.

En France, le dispositif de soins psychiatriques repose sur une organisation en sectorisation géographique. 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et 830 secteurs de psychiatrie générale. Chaque secteur assure dans un territoire géographique donné, la proximité et la continuité des soins, et ceci pour tous les malades, et à tous les stades de la maladie (prévention, soins, réinsertion). Pour se faire, les secteurs disposent d'une équipe pluridisciplinaire et de moyens variés : hospitalisation complète et partielle, accueil et soins ambulatoires en centres médico-psychologiques, appartements thérapeutiques, familles d'accueil. Au sein des régions, les schémas régionaux d'organisation de la psychiatrie établis par les agences régionales d'hospitalisation (ARH) doivent permettre de mener à bien la politique de santé mentale.

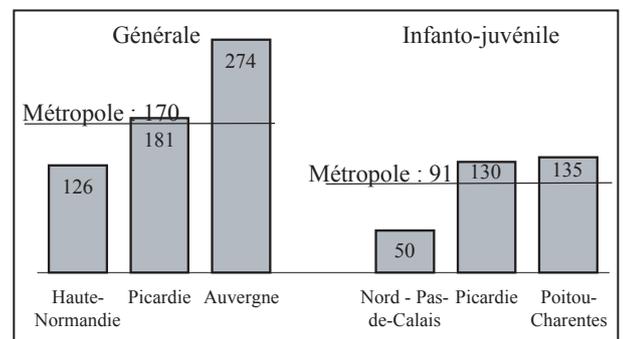
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- La région paraît assez bien équipée, mais le recours aux secteurs psychiatriques est parmi les plus faibles de métropole.
- Trois centres hospitaliers spécialisés se partagent 87 % de la capacité en psychiatrie.
- Diminution du nombre de lits en hospitalisation complète.
- La Picardie, seconde région française pour son taux d'hospitalisation sur demande d'un tiers.

• Des taux d'équipement un peu plus élevés que sur l'ensemble du territoire

Au 1^{er} janvier 2003, la Picardie présente un taux d'équipement en psychiatrie générale (181 places pour 100 000 habitants âgés de plus de 16 ans) proche de la moyenne nationale (170) et se place au 9^e rang parmi les régions les plus équipées. Entre 1998 et 2003, la capacité d'accueil a diminué de 10 %, le développement de l'hospitalisation partielle et des places en accueil familial thérapeutique n'ayant pas compensé la baisse importante du nombre de lits en hospitalisation complète. Avec un taux de 130 places en psychiatrie infanto-juvénile pour 100 000 personnes âgées de 16 ans ou moins, la région se classe 2^e parmi les régions les plus dotées. Entre 1998 et 2003, le nombre de lits et places a progressé de 5 %, progression attribuée au développement des alternatives à l'hospitalisation complète.

Taux d'équipement en psychiatrie* pour 100 000 habitants au 01/01/2003



Sources : DREES, INSEE

*hospitalisation complète, hospitalisation partielle (de jour, de nuit) et placement familial thérapeutique

NB : la capacité a été rapportée au nombre d'habitants âgés de plus de 16 ans pour la psychiatrie générale et au nombre d'habitants âgés de 16 ans ou moins pour la psychiatrie infanto-juvénile

⁽¹⁾ Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale, DREES, *Études et résultats*, n° 347, octobre 2004

⁽²⁾ Les secteurs de psychiatrie générale en 2000, DREES, document de travail, *Série Étude*, n°42, mars 2004 et Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000, DREES, document de travail, *Série Étude*, n°32, mai 2003.

LA PSYCHIATRIE

Capacités en psychiatrie générale et infanto-juvénile selon la catégorie de l'établissement* en 2003

	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle	Autres prises en charge	Total	%
CHS	1 792	606	1 065	3 463	87%
SPHG	176	86	14	276	7%
Secteur privé	126	92	25	243	6%
Total	2 094	784	1 104	3 982	100%
%	53%	20%	28%	100%	

Source : DREES - SAE

* voir note de bas de page

● 87 % de la capacité dans trois centres hospitaliers spécialisés

Au 31 décembre 2003, la Picardie compte près de 4 000 places ou lits en secteurs de psychiatrie. L'hospitalisation complète représente la moitié de cette capacité. L'hospitalisation partielle offre près de 800 places, soit 20 % de l'équipement total. Enfin, les autres types de prise en charge (28 % de la capacité) sont composés principalement de l'accueil de jour (près de 700 places), l'accueil familial thérapeutique (près de 200 places), l'hospitalisation à domicile (près de 160 places) et les places en appartements thérapeutiques et en centres de post-cure.

Les trois centres hospitaliers spécialisés (CHS) de Picardie rassemblent 87 % de l'ensemble de l'équipement en psychiatrie.

Nombre de lits et places en psychiatrie en Picardie

	1998	2003	Évolution
Hospitalisation complète	2 450	2 094	-14,5
psychiatrie adulte	2 331	1 992	-14,5
psychiatrie infanto-juvénile	119	102	-14,3
Hospitalisation partielle	810	784	-3,2
psychiatrie adulte	410	371	-9,5
psychiatrie infanto-juvénile	400	413	3,3
Placement familial thérapeutique	169	193	14,2
psychiatrie adulte	128	133	3,9
psychiatrie infanto-juvénile	41	60	46,3

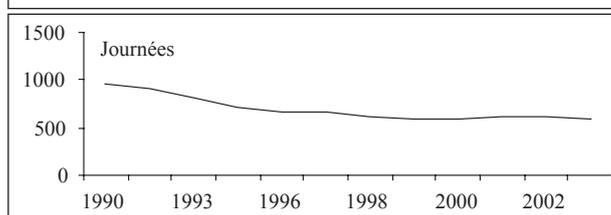
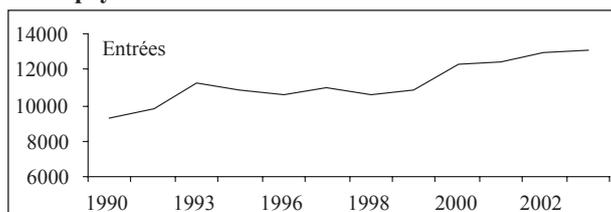
Source : DREES - SAE

● Diminution du nombre de lits en hospitalisation complète

Entre 1998 et 2003, le nombre de lits en hospitalisation complète a diminué de 15 % en Picardie, évolution proche pour les deux secteurs.

En hospitalisation partielle, la capacité a diminué en psychiatrie adulte et a progressé en psychiatrie infanto-juvénile. Sur la période, on note également une progression du nombre de places en placement accueil familial thérapeutique.

Évolution de l'activité en hospitalisation complète de psychiatrie en Picardie entre 1990 et 2003



Sources : DREES - SAE

● Progression du nombre d'entrées dans le secteur public

Le nombre d'entrées en hospitalisation complète a progressé de +41 % entre 1990 et 2003. Ce chiffre cache cependant une évolution différente selon le secteur : le nombre d'entrées a diminué de 12 % dans le privé alors qu'il a progressé de 53 % dans le public.

Par contre, le nombre de journées réalisées diminue sur la période, avec une progression moins forte dans le privé (-13 %) que dans le public (-39 %). La faible augmentation du nombre de journées depuis 2000 doit être rapprochée de la modification apportée dans le décompte du nombre de journées pour les activités inférieures à 24 heures. Depuis 2000, une entrée en hospitalisation complète avec sortie le jour même (sortie avant minuit) est en effet comptée comme une journée.

Catégories d'établissements

Secteur public ou faisant fonction

- Centres hospitaliers publics spécialisés en psychiatrie (CHS)
- Services de psychiatrie des hôpitaux généraux publics (SPHG)
- Hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics (HPP)

Secteur privé (y compris ceux participant au service public, mais non HPP)

- Cliniques et foyers de post-cure pour malades mentaux
- Services de psychiatrie des cliniques non spécialisées en psychiatrie.

Modes de prise en charge en psychiatrie

- **les prises en charge ambulatoire** : consultations en centre médico-psychologiques (CMP), d'autres méthodes existent mais restent marginales (démarches d'accompagnement).

- **les prises en charge à temps partiel** : hospitalisation en hôpital de jour, prise en charge en centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), prise en charge en ateliers thérapeutiques et hospitalisation de nuit.

- **les prises en charge à temps complet** : hospitalisation à temps plein, prise en charge dans les centres de post-cure, appartement thérapeutique, hospitalisation à domicile (HAD) et placement en accueil familial thérapeutique.

● Un taux de recours aux secteurs de psychiatrie parmi les plus faibles de métropole

Au cours de l'année 2000, les secteurs de psychiatrie générale de Picardie ont suivi près de 30 000 patients. La Picardie présente le 3^e recours le plus faible de métropole. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont suivi près de 11 000 enfants et adolescents en Picardie. Seule l'Alsace présente un taux de recours plus faible que la Picardie.

Avec le temps, on note une progression du recours aux secteurs de psychiatrie. En 1997, les taux pour la France s'élevaient à 23 et 24 respectivement pour la psychiatrie générale et infanto-juvénile.

**Effectifs de patients vus dans l'année rapportés à la population âgée de moins de 20 ans pour la psychiatrie infanto-juvénile et à la population âgée de 20 ans ou plus pour la psychiatrie générale.*

● Les prises en charge exclusivement ambulatoire ou partielle sont un peu plus développées qu'en France

Parmi les patients suivis en psychiatrie générale, 73 % ont été pris en charge exclusivement en ambulatoire à temps partiel au cours de l'année 2000 en Picardie. Cette proportion est plus faible sur l'ensemble du territoire (67 %).

Les enfants et adolescents suivis sont majoritairement exclusivement pris en charge en ambulatoire ou à temps partiel (91 % en Picardie et 87 % en France). L'évolution des modes de prise en charge est marquée par une progression des prises en charge ambulatoire ou partielle.

La file active est définie comme l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par un des membres de l'équipe du secteur.

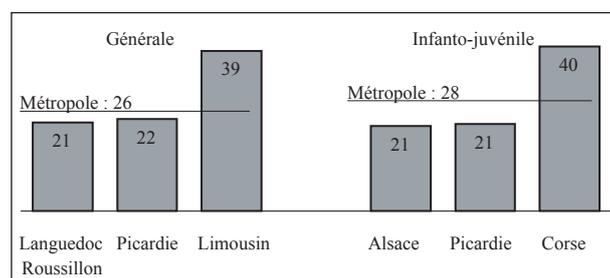
● Plus de 2 500 hospitalisations sans consentement

Il existe deux types d'hospitalisation sans consentement : les hospitalisations sur demande d'un tiers et les hospitalisations d'office.

En 1999, 2 251 Picards ont été hospitalisés sur demande d'un tiers, soit un taux de 168 hospitalisations pour 100 000 habitants âgés de 20 ans ou plus. La région présente le 2^e taux le plus élevé de métropole.

Cette même année, les hospitalisations d'office se chiffrent à 288 en Picardie, soit un taux de 21 hospitalisations d'office pour 100 000 habitants âgés de 20 ans ou plus. La moyenne française s'élève à 20. La Picardie présente le 8^e taux le plus élevé de métropole.

Taux de recours* aux secteurs de psychiatrie pour 1 000 habitants en 2000



Sources : DREES – Rapport des secteurs, INSEE

File active et personnel en secteur de psychiatrie

	Picardie	France	
	2000	1997	2000
Psychiatrie générale			
File active	29 988	1 036 049	1 148 354
Dont suivi			
exclusif en ambulatoire ou partiel	73%	66%	67%
exclusif à temps complet	11%	12%	12%
mixte	16%	21%	21%
Personnel médical*	6,1	6,4	6,2
Personnel non médical*	98	83,7	79,8
Psychiatrie infanto-juvénile			
File active	10 866	379 672	432 317
Dont suivi			
exclusif en ambulatoire ou partiel	91%	89%	87%
exclusif à temps complet	1%	1%	1%
mixte	8%	10%	12%
Personnel médical*	4,8	5,6	5,8
Personnel non médical*	78,1	45,9	48,4

Source : DREES - Rapports des secteurs

* ETP (équivalent temps plein) moyen par secteur

Hospitalisation sans consentement dans les établissements psychiatriques en 1999

	Picardie	France
Hospitalisation sur demande d'un tiers		
Nombre	2 251	56 199
Taux*	167,5	128,5
Hospitalisation d'office		
Nombre	288	8 567
Taux*	21,4	19,6

Sources : DGS, INSEE

*hospitalisations pour 100 000 habitants âgés de 20 ans ou plus

Modes d'hospitalisation en psychiatrie

Hospitalisation libre : admission du malade avec son consentement après avis du médecin.

Hospitalisation sur la demande d'un tiers (HDT) : admission après demande motivée d'une personne de l'entourage et après deux certificats médicaux circonstanciés.

Hospitalisation d'office (HO) : hospitalisation prononcée par arrêté motivé du préfet avec certificat médical circonstancié.

LA PSYCHIATRIE

La carte sanitaire et le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. Un indice de besoin est par ailleurs fixé conformément aux arrêtés ministériels pour déterminer quantitativement les besoins. Dans ce tableau, figurent les indices établis par l'arrêté du 11 décembre 2002 de l'ARH de Picardie fixant la carte sanitaire de psychiatrie de la région.

En psychiatrie générale, les indices réels sont supérieurs aux indices établis pour la carte sanitaire pour les indices partiels en Picardie. Les indices globaux sont par contre inférieurs aux indices de besoin et ceci surtout pour la Somme et l'Oise. Le même constat s'observe pour la psychiatrie infanto-juvénile avec, en plus, un déficit en lits d'hospitalisation complète pour le département de la Somme en indice partiel.

Bilan de la carte sanitaire au 1^{er} janvier 2005 en Picardie

		Aisne	Oise	Somme	Picardie
Psychiatrie générale	Indice partiel :				
	lits d'hospitalisation complète pour 1 000 hab. au 01/01/2007*	0,90	0,95	0,90	0,92
	indice réel	1,11	1,09	0,92	1,05
	Nombre de lits d'hospitalisation complète théoriques	479	772	504	1 755
	Nombre de lits d'hospitalisation complète autorisés	592	898	515	2 005
	Bilan au 1^{er} janvier 2005	113	126	11	250
	Indice global :				
	lits et places pour 1 000 hab. au 01/01/2007*	1,40	1,45	1,40	1,42
	indice réel	1,30	1,17	1,05	1,17
	Nombre de lits et places théoriques	745	1 178	785	2 708
Nombre de lits et places autorisés**	693	964	586	2 243	
Bilan au 1^{er} janvier 2005**	-52	-214	-199	-465	
Psychiatrie infanto-juvénile	Indice partiel :				
	lits d'hospitalisation complète pour 1 000 hab. de 0 à 16 ans au 01/01/2007*	0,30	0,30	0,30	0,30
	indice réel	0,30	0,30	0,10	0,24
	Nombre de lits d'hospitalisation complète théoriques	34	56	35	125
	Nombre de lits d'hospitalisation complète autorisés	34	56	12	102
	Bilan au 1^{er} janvier 2005	0	0	-23	-23
	Indice global :				
	lits et places pour 1 000 hab. de 0 à 16 ans au 01/01/2007*	1,40	1,40	1,40	1,40
	indice réel	0,35	0,51	0,33	0,42
	Nombre de lits et places théoriques	158	261	164	583
Nombre de lits et places autorisés	40	95	39	174	
Bilan au 1^{er} janvier 2005	-118	-166	-125	-409	

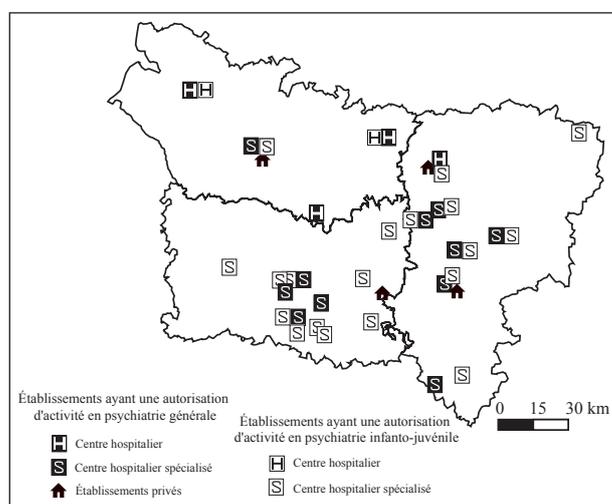
Sources : DRASS, ARH

* estimations de population : projections INSEE Omphale – DRASS/SSER

** déduction faite des places d'hospitalisation à temps partiel et d'HAD

NB : Les indices ont été établis par l'arrêté du 11 décembre 2002 de l'ARH de Picardie fixant la carte sanitaire de psychiatrie de la région Picardie.

Offre de soins en psychiatrie générale et infanto-juvénile en Picardie en 2003



Sources : DREES – FINESS, SAE

En psychiatrie infanto-juvénile, la prise en charge dans la Somme est assurée par les services de pédo-psychiatrie de deux centres hospitaliers et par les hôpitaux de jour situés à Amiens du CHS Pinel (un pour les enfants et un pour les adolescents). Dans l'Aisne, l'EPSM offre 8 structures (hôpitaux de jour pour enfants et adolescents et un centre pour adolescents). Enfin, l'Oise dispose de 4 structures EPSM participant au service public hospitalier et 6 structures relevant du CHI de Clermont (Foyer, centres de jour, hôpital, centre familial thérapeutique). En psychiatrie générale, on compte 3 cliniques (Saint-Quentin, Soissons, Pierrefonds), 2 structures privées dans la Somme à Dury (foyer post-cure et hôpital de jour), et 4 centres hospitaliers (dont trois situés dans la Somme). Enfin, l'EPSM de l'Aisne est implanté dans 6 communes (pour 8 structures), l'Oise présente 5 centres spécialisés dans 4 communes. Amiens dispose de 3 structures relevant du CHS.

CONTEXTE NATIONAL

En 2004, la dépense courante de santé s'élève à 183,5 milliards d'euros, soit en moyenne 2 951 euros par habitant. Au sein de cette dépense, 145 milliards d'euros ont été directement affectés à la consommation de soins et de biens médicaux, soit 2 328 euros par habitant. Par rapport à 2003, une augmentation de 5,1 % en valeur et de 3,4 % en volume a été enregistrée. Le médicament est, depuis 1997, le poste de dépense qui contribue le plus à la croissance de la consommation en volume, suivi des soins ambulatoires et du secteur hospitalier. La part de la consommation de soins et biens médicaux dans le produit intérieur brut (PIB) atteint désormais 8,8 %. La dépense nationale de santé est l'agrégat utilisé pour les comparaisons entre les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). En 2004, avec 10,5 % de part des dépenses de santé dans le PIB, la France se place au 5^e rang après les États-Unis, la Suisse, l'Allemagne et l'Islande, d'après les estimations provisoires⁽¹⁾. La part des dépenses de santé dans le PIB a crû au total en France de 1,1 point entre 1990 et 2002.

Pour le secteur hospitalier, le nombre d'entrées enregistrées en soins de courte durée (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique) s'élève à près de 11,2 millions en 2003. En ce qui concerne le secteur libéral, chaque personne a consommé en moyenne au cours de l'année 2002, 5,0 actes d'omnipraticiens, 2,7 actes de spécialistes (hors radiologues), 1,6 acte de dentistes, 5,7 actes infirmiers. Les pouvoirs publics cherchent depuis plusieurs années à contenir la progression des dépenses de santé dans des limites compatibles avec l'évolution de la richesse nationale. Cette démarche a d'abord concerné l'hospitalisation publique, la tarification à la journée étant remplacée entre 1984 et 1985 par le système de dotation globale, avec un taux d'évolution des dépenses de fonctionnement fixé par les pouvoirs publics. Pour le secteur libéral (cliniques privées, professions libérales), des dispositifs sont introduits dans les accords ou conventions au début des années quatre-vingt-dix : objectifs prévisionnels d'évolution maximale des dépenses, mécanismes de renversement... En 1996, les lois de financement de la Sécurité sociale viennent modifier ces objectifs. Le vote de l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) par le parlement constitue dorénavant le point de départ à partir duquel sont définis l'ensemble des objectifs prévisionnels. Pour freiner la progression des dépenses de médicaments, des politiques ont été adoptées en 1999, par exemple : le droit de substitution pour les pharmaciens aux médicaments génériques, le non remboursement de certains médicaments... Enfin, les recours aux soins ont été facilités ces dernières années notamment grâce aux nombreuses évolutions enregistrées en matière de fonctionnement du système de santé comme l'introduction de la couverture maladie universelle (CMU). Les dépenses de santé sont fortement liées à l'âge, les indices de consommation les plus élevés étant ceux des enfants de moins d'un an et ceux des personnes âgées. Elles sont également corrélées avec le milieu social. Enfin la loi d'août 2004 de l'Assurance maladie devrait modifier le comportement de la population avec notamment la détermination d'un médecin référent.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

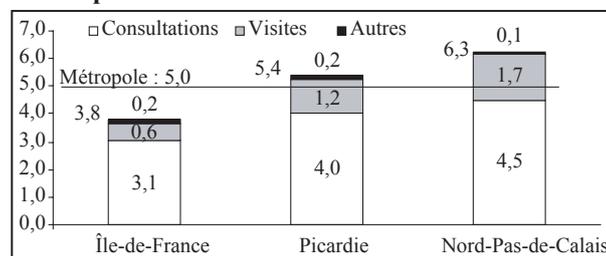
- Une consommation d'actes d'omnipraticiens un peu plus forte qu'en France, mais un recours aux spécialistes particulièrement faible.
- Des actes d'auxiliaires médicaux, de biologie et de dentistes moins nombreux que sur l'ensemble du territoire.
- Diminution du nombre d'entrées en court séjour, contre une progression en psychiatrie.

● Une consommation d'actes d'omnipraticiens un peu plus élevée que la moyenne nationale, mais le recours aux spécialistes le plus faible de France

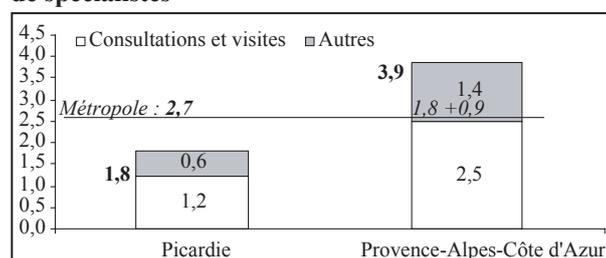
En 2002, la Picardie compte 5,4 actes d'omnipraticiens par habitant, soit un peu plus que la moyenne nationale. Il s'agit du 9^e recours le plus élevé de métropole.

Concernant les spécialistes (hors radiologues), le recours picard est le plus faible de métropole avec 1,8 acte par an et par habitant en 2002 contre une moyenne nationale de 2,7 actes. Le recours en région Provence – Alpes-Côte d'Azur, région la plus consommatrice, est plus du double de celui de Picardie.

Nombre d'actes par habitant en 2002 d'omnipraticiens



de spécialistes



Source : CNAMTS (SNIR)

⁽¹⁾ Les Comptes nationaux de la santé en 2004, *Études et résultats* n° 413, juillet 2005, DREES

LA CONSOMMATION DE SOINS

Évolution du nombre moyen d'actes effectués par des omnipraticiens*, par habitant et par an entre 1997 et 2002

	Picardie			France métropole		
	1997	2002	Évolution 1997-2002 (%)	1997	2002	Évolution 1997-2002 (%)
Consultation	3,4	4,0	18,0	3,3	3,9	16,3
Visites	1,6	1,2	-24,5	1,2	0,9	-21,2
Autres	0,2	0,2	-3,8	0,2	0,2	0,2
Total	5,2	5,4	4,2	4,7	5,0	6,2

Sources : CNAMTS (SNIR), INSEE

* les omnipraticiens comprennent les médecins généralistes ainsi que les médecins ayant un mode d'exercice particulier (homéopathes, acupuncteurs...)

Nombre moyen d'actes par habitant effectués par certains spécialistes

	Picardie		Métropole	
	1997	2002	1997	2002
Cardiologues	0,139	0,122	0,266	0,252
Gynéco-obstétriciens	0,234	0,241	0,308	0,316
Dermatologues	0,169	0,187	0,210	0,233
Psychiatres	0,079	0,097	0,235	0,266
Pédiatres	0,112	0,122	0,169	0,174
Ophthalmologues	0,306	0,350	0,351	0,418
Radiologues	0,512	0,884	0,662	1,006

Sources : CNAMTS (SNIR), INSEE

Nombre d'actes effectués par les dentistes, par habitant

	1997	2002
Picardie	1,30	1,36
France métropolitaine	1,58	1,62

Source : CNAMTS (SNIR)

Prescription pharmaceutique moyenne par habitant en 2002 en euros

	Picardie	Métropole
Des omnipraticiens	308,5	274,4
Des spécialistes	37,3	55,7
Ensemble	345,8	330,1

Sources : CNAMTS-SNIR, INSEE

● Une diminution du nombre de visites par habitant pour les omnipraticiens

La consommation globale dans la région demeure supérieure à la moyenne nationale pour les actes de médecine générale en 1997 comme en 2002. Alors que le nombre moyen de consultations a augmenté de 18 % en Picardie, le nombre de visite a diminué de plus de 24 % entre 1997 et 2002.

● Des recours aux spécialistes inférieurs aux recours nationaux

Le nombre moyen d'actes par habitant est inférieur en Picardie par rapport à la France pour les spécialistes retenus. Les écarts les plus prononcés s'observent pour les cardiologues et les psychiatres avec, en France, un nombre moyen plus du double du nombre picard.

Entre 1997 et 2002, on note une progression du nombre moyen d'actes effectués, excepté pour les cardiologues. Dans la région, les progressions les plus fortes concernent les actes effectués par les psychiatres et par les radiologues.

● Un recours aux dentistes moins fréquent dans la région

Avec les régions de Basse et Haute-Normandie, la Picardie fait partie des trois régions présentant les recours aux dentistes les plus faibles de métropole en 2002. Dans la région, le nombre moyen d'actes par habitant s'élève à 1,36, soit un recours inférieur de 16 % à la moyenne nationale.

● Une prescription pharmaceutique supérieure à la moyenne nationale

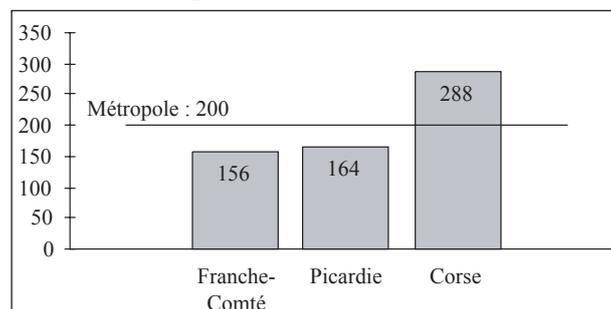
En 2002, la Picardie présente un montant de prescriptions pharmaceutiques par habitant supérieur de 5 % à la moyenne nationale pour l'ensemble des médecins. Il est cependant inférieur au niveau moyen si on ne s'intéresse qu'aux spécialistes (-33 %), avec le deuxième montant le plus faible de métropole. La région occupe le 7^e rang parmi les régions les plus consommatrices pour les prescriptions d'omnipraticiens.

LA CONSOMMATION DE SOINS

● Un nombre d'actes de biologie inférieur à la moyenne nationale

En 2002, le nombre de coefficients d'actes de biologie par habitant est inférieur de 18 % en Picardie (164) par rapport à la moyenne nationale (200). La Picardie présente le 4^e indicateur le plus faible de métropole.

Nombre de coefficients d'actes de biologie (B) par habitant* en 2002



Sources : CNAMTS-SNIR, INSEE

*actes effectués par les laboratoires d'analyse médicale libéraux (actes de prélèvements exclus)

● Des actes d'auxiliaires médicaux moins nombreux que sur l'ensemble du territoire

Pour les trois auxiliaires médicaux retenus, le nombre d'actes par habitant effectués dans la région est inférieur au niveau moyen en 2002. La différence la plus prononcée s'observe pour les orthophonistes (-24 %). Entre 1996 et 2002, on note une progression du nombre d'actes par habitant pour les infirmiers et les orthophonistes, contre une baisse chez les masseurs-kinésithérapeutes.

Nombre d'actes d'auxiliaires médicaux par habitant en 2002

	Picardie		Métropole	
	Nb	Évolution 1996-2002 (%)	Nb	Évolution 1996-2002 (%)
Infirmiers	4,74	30	5,69	22
Masseurs-kinésithérapeutes	1,22	-35	1,58	-33
Orthophonistes	0,22	31	0,29	32

Sources : CNAMTS-SNIR, INSEE

NB : actes AMI et AIS pour les infirmiers, AMK et AMC pour les masseurs-kinésithérapeutes, AMO pour les orthophonistes. Les actes infirmiers ne comprennent pas les actes effectués dans les centres de soins.

● Diminution du nombre d'entrées en court séjour, progression en psychiatrie

En Picardie, près de 306 000 entrées en services de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) ont été enregistrées au cours de l'année 2003. Près de la moitié (45 %) concernait la médecine. Entre 1996 et 2003, le nombre d'entrées a diminué quelle que soit la discipline retenue, la diminution la plus forte s'observant en chirurgie.

Par contre, le nombre d'entrées en psychiatrie a progressé sur la période, en Picardie comme en France.

Notons cependant que d'autres formes d'hospitalisation, alternatives à l'hospitalisation complète, se développent en parallèle.

Évolution du nombre d'entrées en hospitalisation complète pour 1 000 habitants dans les établissements de santé publics et privés entre 1996 et 2003

	Picardie			Métropole		
	1996	2003	%	1996	2003	%
Médecine	83	74	-10,3	89	84	-5,3
Chirurgie	78	68	-12,6	94	83	-12,0
Gynéco-obstétrique	22	21	-3,6	22	21	-5,2
Total court séjour	183	164	-10,5	205	188	-8,3
Psychiatrie	6	7	22,6	10	10	8,3

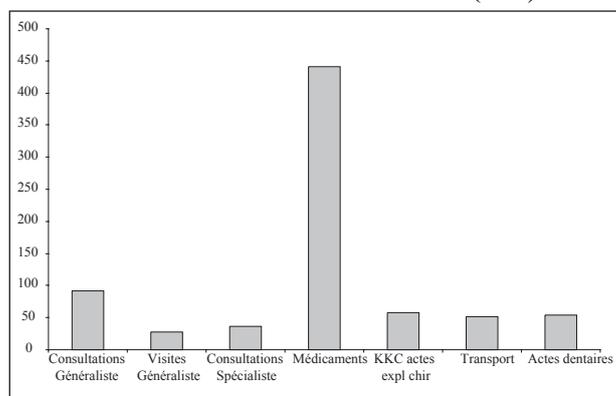
Sources : DRESS (SAE), INSEE

Le **SNIR** (Système national inter-régimes) est un système d'information permettant de recueillir et d'agrèger l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les caisses gérant l'Assurance maladie. Seuls les régimes de militaires, de la caisse des Français à l'étranger et du port autonome de Bordeaux ne sont pas inclus dans le SNIR. Les données utilisées ne concernent pas la consommation de soins de santé en secteur libéral des habitants d'une région mais la production des professionnels de santé de cette unité géographique. Cela revient à faire l'hypothèse que « production » = « consommation », hypothèse raisonnable au plan régional.

Soulignons que l'indicateur ne tient compte, ni de la structure par âge de la population, ni de l'effet mobilité de la clientèle d'une région à l'autre.

LA CONSOMMATION DE SOINS

Montant moyen des dépenses remboursables par consommant en 2003 en Picardie (en €)



Sources : CPAM, MSA, CMR

● Un poids très important des médicaments parmi l'ensemble des dépenses remboursables

On constate que la consommation de médicaments représente une grande partie de la consommation de soins et de biens médicaux. Ce sont plus de 440 euros par consommant qui sont consacrés aux médicaments en Picardie. Suivent ensuite des dépenses telles que les consultations de généraliste (91 euros par consommant), les actes d'exploration et de chirurgie (58 euros par consommant) et les actes dentaires (54 euros par consommant).

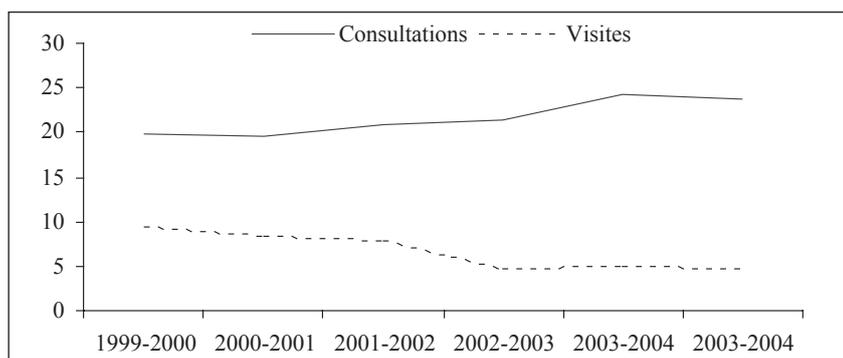
Consultations et visites en médecine générale

Le GROG (groupe régional d'observation sur la grippe) fonctionne en Picardie depuis l'automne 1987. Il repose sur la participation de médecins généralistes dits « sentinelles » qui transmettent chaque lundi ou mardi par téléphone entre le début octobre et la fin du mois de mars les informations suivantes sur la semaine qui a précédé :

- le nombre d'actes et le nombre de visites ;
- le nombre de viroses respiratoires suspectées et le nombre de bronchiolites ;
- le nombre d'arrêts de travail inférieurs à 15 jours prescrits et le nombre de jours travaillés.

Pour chaque « saison », ce sont près de 25 médecins répartis assez uniformément sur les trois départements qui participent au recueil. Les informations et les courbes présentées ici portent sur les données des années 1999 à 2004 sur l'activité de ces médecins. Il ne s'agit bien évidemment pas d'une référence absolue mais d'un élément de connaissances dans la consommation médicale en médecine générale.

Évolution des nombres moyens journaliers de consultations et de visites chez les médecins d'octobre 1999 à mars 2004 en Picardie (sur les mois d'automne et d'hiver)



Source : ORS Picardie - GROG

● Progression du nombre de consultations et diminution du nombre de visites

Entre 1999-2000 et 2003-2004, le nombre de consultations sur les mois d'automne et d'hiver progresse, passant de 20 consultations en 1999-2000 à 24 consultations en 2003-2004. À l'inverse, le nombre de visites décroît, passant de 9 visites en 1999-2000 à 5 visites en 2003-2004. Cette évolution s'observait déjà dans les années quatre-vingt-dix puisque le nombre de consultations s'élevait à 15 en 1990-1991 et le nombre de visites à 11 sur la même période.

● Un acte sur six est une visite en 2003-2004

La conséquence de cette évolution est le poids grandissant des consultations dans le total des actes. Alors que les visites représentaient un acte sur trois en 1999-2000, elles ne représentent plus qu'un acte sur six en 2003-2004.

CONTEXTE NATIONAL

En 2004, 797 400 enfants sont nés en métropole et dans les départements d'outre-mer, soit près de 3 500 naissances en plus par rapport à 2003. Cette faible progression est en partie liée au jour supplémentaire de l'année bissextile 2004 mais pas seulement. L'indice conjoncturel de fécondité continue en effet sa progression amorcée en 2003. En 2004, l'indice s'élève à 191,6 enfants pour 1 000 femmes. La baisse du nombre de femmes en âge de procréer (les générations du baby-boom étant progressivement remplacées par des générations moins nombreuses) est ainsi compensé par une plus forte fécondité. En 2003, la fécondité française reste la 2^e d'Europe, juste après celle de l'Irlande et loin de la moyenne européenne (Europe des 25) : 148 enfants pour 1 000 femmes. En France, les grossesses sont d'une façon générale de plus en plus tardives. L'âge moyen à la maternité est de 29,6 ans en 2004, dix ans plus tôt, il était de 28,8 ans. Cette évolution est le résultat de deux mouvements simultanés de la fécondité : une baisse des taux de fécondité chez les femmes avant 30 ans, et une augmentation chez les femmes âgées de 30 ans et plus. Les mères âgées de moins de 20 ans sont de plus en plus rares. La proportion de naissances hors mariage continue sa progression : elle atteint 47,4 % en 2004 contre 42,7 % cinq ans plus tôt. Le suivi des femmes enceintes s'est beaucoup amélioré notamment avec le développement de la protection maternelle et infantile (PMI). Créée en 1945 pour lutter contre une mortalité infantile importante, la PMI a mis l'accent, dès les années soixante, sur la prévention et la détection précoce des déficiences invalidantes. À partir des années soixante-dix, une politique périnatale a été développée où les services de PMI ont joué un rôle essentiel. Ainsi, le plan périnatalité 2005-2007 doit permettre d'atteindre en 2008 les objectifs fixés par la loi relative à la politique de Santé publique : réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1 000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000. Plusieurs acteurs interviennent dans le cadre du dispositif actuel de soins et de prévention pour la mère et l'enfant : médecins et professionnels de santé libéraux, établissements hospitaliers, services de PMI et de promotion de la santé en faveur des élèves (ex-santé scolaire). Les pratiques obstétricales continuent à évoluer avec le développement de l'anesthésie péridurale, et l'augmentation du nombre de césariennes. Parallèlement, les techniques de diagnostic anténatal sont de plus en plus précises et la prise en charge de la stérilité s'est développée. Le 29 novembre 1974, l'Assemblée nationale adopte la loi Veil légalisant l'IVG (interruption volontaire de grossesse) dans les dix premières semaines de grossesse. Depuis juillet 2001, la limite légale est passée à 12 semaines. En 2003, près de 201 000 IVG et 10 200 interruptions thérapeutiques de grossesse (ITG) ont été pratiquées dans les établissements de santé en France métropolitaine.

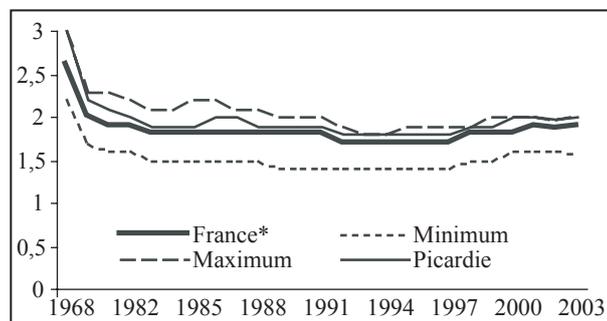
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Un indice de fécondité en baisse mais qui reste plus élevé que la moyenne nationale.
- Une fécondité tardive en progression, mais les mères picardes restent plus jeunes que les mères françaises.
- Près de 38 600 séjours en établissements de santé pour grossesse et accouchement.
- Un taux de césariennes qui progresse mais toujours parmi les plus bas de métropole.

● Une fécondité toujours plus forte que sur l'ensemble du territoire

La fécondité continue de constituer en Picardie l'un des éléments du dynamisme de la région même si l'indice synthétique de fécondité a considérablement diminué depuis la fin des années soixantes, à l'instar de celui de l'ensemble du pays. Pour la période 1967-69, l'indice conjoncturel de fécondité était de 3,0 enfants par femme (la région étant ex-aequo avec le Nord - Pas-de-Calais et les Pays de la Loire). Sur la période 2002-2004, la Picardie se place à la 2^e place des régions à forte fécondité (derrière les Pays de la Loire), avec un indice conjoncturel de fécondité de 1,99 enfant par femme, la moyenne nationale s'élevant à 1,88 enfant par femme.

Évolution de l'indice conjoncturel de fécondité de 1968 à 2003*



Sources : INSEE

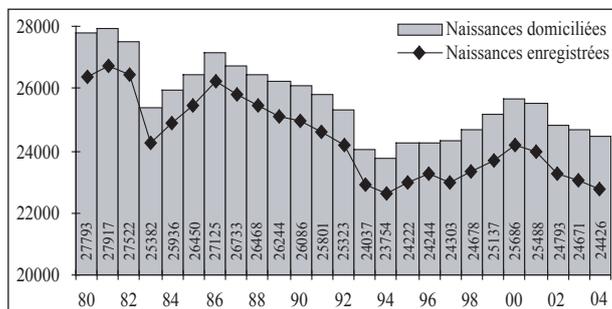
*Données lissées sur 3 ans

** France métropolitaine, sauf pour 1968 et 1971, France entière

L'indice conjoncturel de fécondité, ou somme des naissances réduites, est le nombre moyen d'enfants mis au monde par une génération de femmes qui seraient soumises, pendant leur vie, aux conditions de fécondité par âge de la période d'observation, en absence de mortalité. Il s'obtient en faisant la somme des taux de fécondité par âge de 15 à 49 ans. L'année pour laquelle le point est placé sur le graphique est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

AUTOUR DE LA GROSSESSE

Évolution du nombre de naissances domiciliées et enregistrées en Picardie entre 1980 et 2004



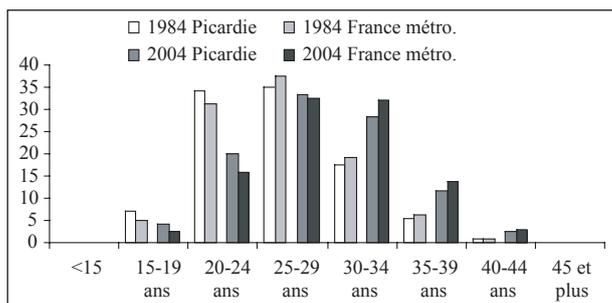
Source : INSEE

Structure par âge des mères en 2004

Âge de la mère	Picardie		France
	Nbre	%	%
Moins de 18 ans	251	1,0	0,6
18 à 37 ans	22 736	93,1	92,9
38 ans ou plus	1 439	5,9	6,5
Ensemble	24 426	100,0 %	100,0 %

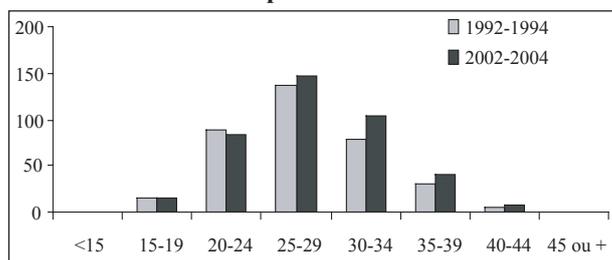
Source : INSEE

Répartition des mères selon leur classe d'âge en 1984 et 2004



Source : INSEE

Taux de fécondité par classes d'âge en 1992-1994 et 2002-2004 pour 1 000 femmes



Source : INSEE

● Une remontée temporaire des naissances entre 1995 et 2000

Alors que le nombre de naissances était en baisse de 1986 à 1994, année marquant le plus bas niveau jamais atteint dans la région (23 754 naissances), il augmente à partir de 1994. En 1999, il dépasse même les 25 000 naissances. Néanmoins, cette hausse ne semble pas se confirmer après 2000. Sur la période 2000 à 2004, le nombre de naissances retrouve une évolution à la baisse. En 2004, 24 426 naissances domiciliées en Picardie ont été comptabilisées. 12 % des Picardes ont accouché dans une autre région, le Val-d'Oise, la Marne et le Nord étant les départements les plus attractifs.

L'excédent naturel (excès des naissances sur les décès) est largement positif en Picardie : près de + 8 600 en 2004. Sur toute la période, les naissances enregistrées sont moins nombreuses que les naissances domiciliées.

Le nombre de naissances hors mariage ne cesse de progresser. En Picardie, ces naissances représentent 50,0 % des naissances totales (45,0 % en 1997), contre 45,2 % en France en 2003 (40,0 % en 1997).

● Des mères plus jeunes en Picardie

L'âge moyen des mères en Picardie est de 28,7 ans en 2003, contre 29,6 ans en France métropolitaine. En 1982, il était respectivement de 25,9 ans et de 26,4 ans.

La proportion des mères âgées de moins de 18 ans est la deuxième la plus forte derrière le Nord - Pas-de-Calais. Par contre, la proportion de mères âgées de 38 ans ou plus est moins forte en Picardie qu'en France.

L'histogramme de la distribution des naissances par âge montre que le groupe d'âge le plus représenté en 2004 est celui des 25-29 ans suivi par celui des 30-34 ans. En 1984, il s'agissait des groupes d'âge 25-29 ans et 20-24 ans. Comme le traduisent les âges moyens, les groupes d'âge les plus jeunes sont davantage représentés chez les Picardes que chez les Françaises.

L'évolution de ces vingt dernières années tend vers une moindre représentation des groupes d'âge inférieurs à 25 ans.

● Une fécondité tardive qui progresse

L'histogramme des taux de fécondité par âge souligne l'évolution du « calendrier » des naissances. En effet, en vingt ans, la fécondité par âge s'est modifiée : elle diminue chez les femmes les plus jeunes (surtout pour le groupe d'âge 20-24 ans), et elle progresse aux âges les plus élevés. Au total, la fécondité du groupe d'âge 25-29 ans n'a pas fortement évolué. Pour simplifier, les femmes picardes (comme les femmes françaises) ont moins d'enfants qu'il y a quelques années, et elles les ont plus tard, phénomène appelé « retard de calendrier ».

● Plus de 5 100 IVG pratiquées dans les établissements de Picardie

En 2003, 5 154 IVG ont été pratiquées en Picardie, soit 11,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. La Picardie présente le 10^e taux le plus élevé, la moyenne nationale s'élevant à 14,1. Par contre, la Picardie occupe le second rang pour la proportion d'IVG réalisées auprès de mineures (8,2 % contre 5,4 % en France métropolitaine).

Les dernières données d'IVG domiciliées (c'est-à-dire de femmes domiciliées en Picardie, et non d'IVG réalisées en Picardie, comme précédemment) datent de 1997. Durant cette année, 4 503 Picardes ont eu recours à l'IVG, soit un taux 18,5 IVG pour 1 000 naissances vivantes, inférieur à la moyenne nationale (22,8). La Picardie présente le 7^e taux le plus faible parmi les régions métropolitaines.

● 38 600 séjours en établissements de santé pour grossesse et accouchement

En 2002, 38 580 séjours en établissements de santé avaient pour diagnostic principal une grossesse ou un accouchement. Ces motifs d'hospitalisation représentent 7,6 % de l'ensemble des séjours.

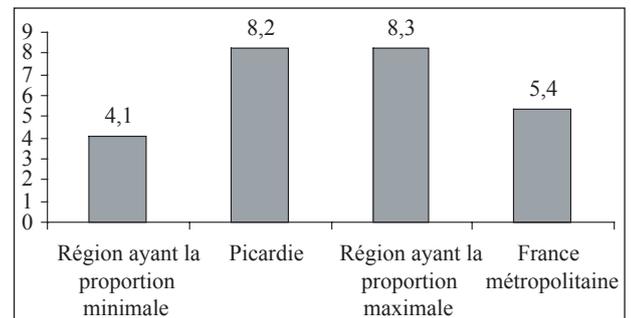
Enfin, les complications de grossesses et accouchements ont été responsables de 2 décès par an en moyenne sur la période 1998-2000.

● Un taux de césariennes parmi les plus bas de métropole

En 2003, 3 743 césariennes ont été pratiquées en Picardie, soit 16,4 % des accouchements. La moyenne française s'élève à 18,9 % et seule la Franche-Comté affiche une proportion plus faible que la Picardie (16,0 %).

En dix ans, le taux de césariennes a progressé. Il a ainsi évolué en moyenne de +2,8 % en Picardie et de +2,1 % en France chaque année. Malgré cette évolution plus rapide en Picardie, le taux de césariennes picard reste inférieur à la moyenne nationale en 2003. Spécificités locales, type d'établissement et pratiques médicales expliquent les disparités régionales.

Proportion d'IVG réalisées auprès de mineures en 2003



Source : DREES - SAE 2003

Nombre de séjours en établissements de santé pour grossesse et accouchement en Picardie en 2002

	chirurgie	non chirurgie	Total
Accouchements	1 840	15 267	17 107
Complications du travail, de l'accouchement, de la grossesse	2 317	8 572	10 889
Avortement (spontané, médical, autres)	4 799	2 354	7 153
Autres pathologies, faux travail, menace d'accouchement prématuré	52	3 379	3 430
Grossesse et accouchement	9 008	29 572	38 580

Source : DHOS

Taux de césariennes (secteurs public et privé)

	1993	1998	2003
Nombre d'accouchements	23 177	23 132	22 891
Nombre de césariennes	2 880	3 237	3 743
Pourcentage de césariennes (France)	12,4 (15,3)	14,0 (16,5)	16,4 (18,9)
Rang de la Picardie*	21 ^e	21 ^e	21 ^e

Source : DREES - SAE 2003

* dans le classement des 22 régions métropolitaines par taux décroissant

Les naissances domiciliées sont établies à partir des bulletins de l'état civil, et comptabilisées au domicile de la mère. Y sont compris les faux mort-nés, c'est-à-dire les enfants nés vivants mais décédés avant leur déclaration à l'état civil (dans les trois jours qui suivent la naissance).

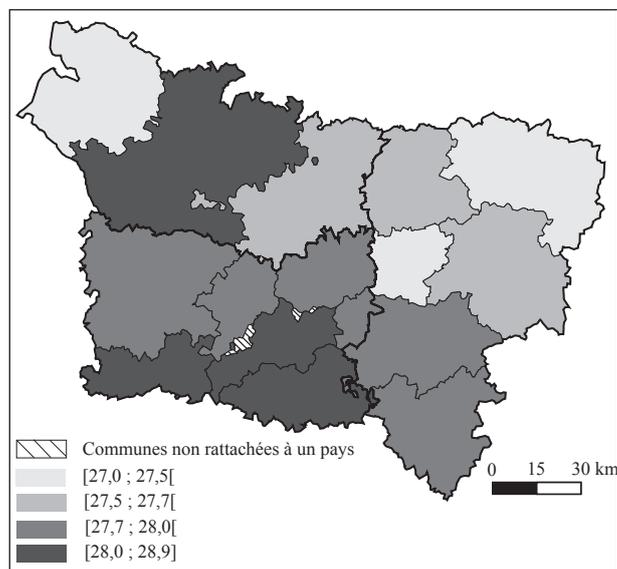
Statistiques sur l'avortement. Ces données proviennent de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Il s'agit du nombre d'IVG pratiquées avant la fin de la douzième semaine de grossesse, dans les établissements domiciliés en Picardie. Aucune information socio-démographique sur les femmes ayant eu recours à l'IVG n'est collectée par cette source. Les variables retenues sont les suivantes : numéro Finess de l'établissement, son département, son secteur d'activité (public ou privé) et le type d'avortement (une information sur l'âge gestationnel a cependant été introduite en 2002).

Les interruptions volontaires de grossesse en 2003, *Études et résultats*, n°431, octobre 2005, DREES.

Concernant les **bulletins** statistiques de déclaration (envoyés aux DRASS par le médecin ayant pratiqué l'intervention), ils permettent d'obtenir les IVG domiciliées, (c'est-à-dire les IVG selon le département de résidence de la femme). Cependant, les données pour les années 1999 à 2003 ne sont pas encore disponibles et les données de 1998 sont inexploitable compte tenu d'un trop grand nombre d'erreur sur les variables.

AUTOUR DE LA GROSSESSE

Âge moyen des mères à la naissance en 2002-2003



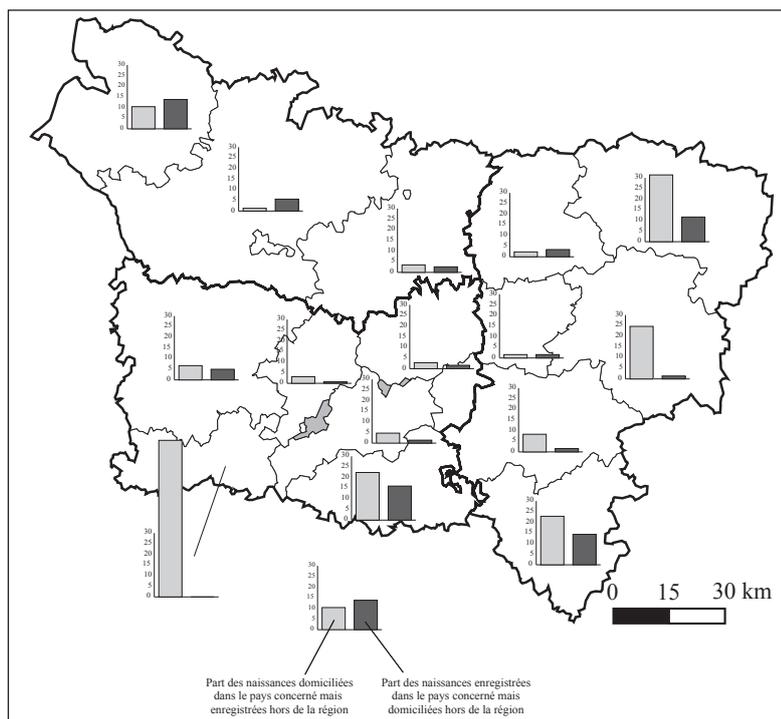
Source : INSEE

● Des mères plus jeunes dans le nord de la région à l'exception du Grand Amiénois

L'âge moyen des mères à la naissance n'est pas uniforme sur l'ensemble du territoire picard. On constate que plusieurs pays du sud de l'Oise et le Grand Amiénois présentent des âges moyens plus élevés que le reste de la région. Ainsi, le Grand Amiénois présente l'âge moyen des mères le plus élevé de la région avec 28,9 ans devant le Valois-Senlis-Chantilly (28,9 ans), le Thelle-Vexin-Sablons (28,6 ans) et la Vallée de l'Oise (28,3 ans).

En revanche, des âges plus faibles sont recensés dans la moitié Nord de la région. La Thiérache se distingue avec un âge moyen des mères à la naissance de 27,0 ans, valeur la plus faible de la région. Suivent ensuite la Picardie Maritime (27,3 ans) et le Chaonois (27,4 ans).

Naissances domiciliées et enregistrées par pays en 2002-2003



Source : INSEE

● Près de 12 % des femmes picardes vont accoucher à l'extérieur de la région

Cette carte nous montre que dans certains pays, une part non négligeable de femmes a accouché à l'extérieur de la région. C'est notamment le cas dans le pays de Thelle-Vexin-Sablons où ce sont près des trois quarts des femmes qui vont accoucher hors de la région, certainement en Île-de-France. Des valeurs élevées sont également présentes dans les pays de l'Aisne et de l'Oise limitrophes des régions Champagne-Ardenne et Île-de-France.

Les femmes domiciliées à l'extérieur de la région qui viennent accoucher en Picardie sont moins nombreuses. Elles représentent plus de 10 % de l'ensemble des naissances dans deux pays du sud de la région que sont le Valois-Senlis-Chantilly et le Sud de l'Aisne ainsi qu'en Picardie Maritime et en Thiérache.

CONTEXTE NATIONAL

Parmi les pathologies les plus fréquentes chez les enfants, les pathologies infectieuses des sphères ORL et pulmonaires, les affections bucco-dentaires et les accidents sont sources d'une morbidité et d'un recours aux soins importants tout en restant le plus souvent bénins.

La mortalité des enfants se concentre principalement sur la première année de vie : deux tiers des décès d'enfants âgés de moins de 15 ans ont lieu au cours de la première année de vie. Le taux de mortalité infantile (rapportant le nombre de décès d'enfants de moins d'un an aux naissances vivantes) a décliné de manière importante en France, passant de 10,0 pour 1 000 naissances vivantes en 1980 à 4,0 en 2003. Actuellement, la décroissance se ralentit. Avant un an, les principales causes de décès sont les affections d'origine périnatale, les anomalies congénitales et les symptômes et états morbides mal définis (dont la mort subite du nourrisson). L'amélioration de la prise en charge de la grossesse et des nouveaux-nés est effective et a permis de réduire les décès dus aux affections périnatales (prématurité, souffrance fœtale). Une campagne de prévention récente semble avoir entraîné une diminution de la mort subite du nourrisson, principale cause de mortalité post-néonatale (décès d'enfants d'un mois à un an). Les objectifs du gouvernement énoncés dans le plan périnatalité 2005-2007 doivent permettre d'atteindre en 2008 les objectifs fixés par la loi relative à la politique de santé publique : réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1 000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000. Ce plan comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il vise également à améliorer la connaissance du secteur et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent.

Chez les 1-14 ans, les causes de mortalité les plus importantes sont les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements (39 % des décès en 2000). Ensuite, les tumeurs représentent 19 % des décès. L'importance des accidents pour ce groupe d'âge explique peut-être la grande mobilisation des professionnels de la santé mais aussi des décideurs et du grand public autour du thème des accidents domestiques et de la circulation.

La maîtrise de nombreuses maladies infectieuses ne doit pas occulter l'importance de la vaccination, celle-ci ayant contribué à réduire la mortalité chez les jeunes enfants. En 2002, 86 % des enfants de 2 ans étaient vaccinés contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, l'objectif d'un taux de couverture vaccinale de 95 % à deux ans préconisé par l'OMS pour éradiquer ces maladies est loin d'être atteint.

En matière d'hospitalisation en soins de court séjour des enfants de moins de 15 ans, les données issues du programme de système d'information médicalisé (PMSI) donnent pour principaux motifs d'hospitalisation les maladies de l'appareil respiratoire (17 % des séjours pour ce groupe d'âge en 2002), suivies des lésions traumatiques et empoisonnements et des maladies de l'appareil digestif. Concernant les affections de longue durée (ALD), ce sont les troubles mentaux qui en motivent le plus grand nombre chez les moins de 15 ans (30 % des ALD en 2002 pour ce groupe d'âge) suivis des maladies du système nerveux et des maladies de l'appareil respiratoire.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

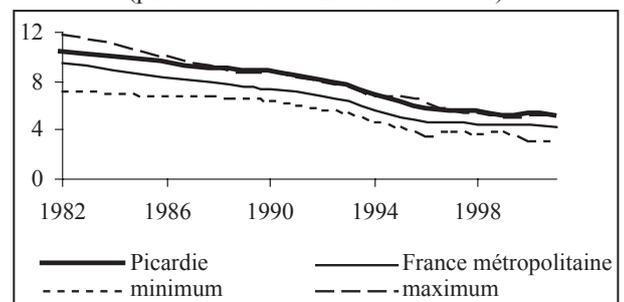
- Une mortalité infantile en baisse mais qui reste parmi les plus élevées de métropole.
- 128 enfants sont décédés au cours de leur première année de vie annuellement en 1998-2000.
- Un taux de prématurité de 5,5 % en Picardie.

● Une mortalité infantile élevée en Picardie

Depuis 1968, la mortalité infantile a fortement diminué, mais elle reste supérieure en Picardie par rapport à la moyenne nationale. La mortalité infantile picarde est en effet parmi les plus élevées de métropole, avec un taux qui se place au mieux 5^e parmi les plus élevés sur la période 1982-2001. Entre 1982 et 2001, la mortalité infantile a diminué annuellement de -3,8 % en Picardie contre -4,0 % en France métropolitaine.

Sur la période 2000-2002, la mortalité infantile la plus forte s'observe dans le Nord - Pas-de-Calais (5,1 décès pour 1 000 naissances), mais la Picardie suit de très près son voisin avec un taux de 5,0 pour 1 000 naissances vivantes (comme l'Alsace et la Lorraine).

Évolution de la mortalité infantile de 1982 à 2001*
(pour 100 000 naissances vivantes)



Source : INSEE

* données lissées sur trois ans

La mortalité infantile est le quotient rapportant les décès d'enfants de moins d'un an aux naissances vivantes de l'année. Y sont inclus les faux mort-nés, c'est-à-dire les enfants nés vivants et décédés avant la déclaration de leur naissance à l'état civil (dans les trois jours qui suivent la naissance). Sur le graphique, chaque point représenté concerne, outre l'année indiquée, les deux années qui l'entourent (le point 1999, par exemple regroupe les résultats des années 1998, 1999 et 2000).

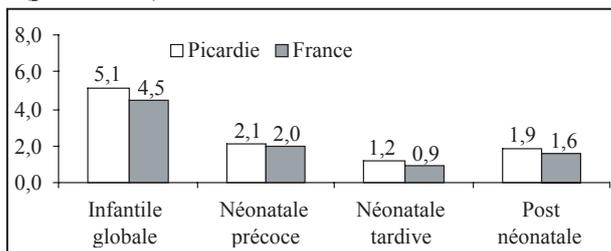
LA SANTÉ DE L'ENFANT

Décès infantiles survenus en Picardie en 1988-90 et 1998-00

	1988-90	1998-00
Décès néonataux (< 28 jours)	125	81
<i>Dont décès néonataux précoces (< 7 jours)</i>	<i>80</i>	<i>52</i>
Décès post-néonataux (entre 28 jours et un an)	107	47
Décès infantiles	232	128

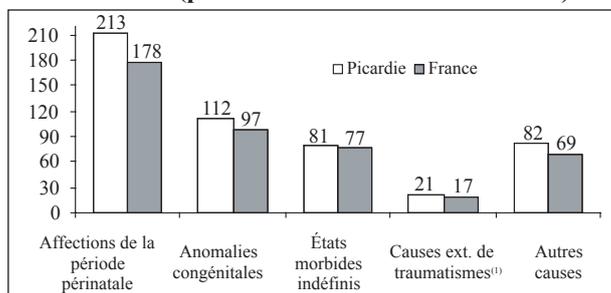
Source : INSEE

Taux des composantes de la mortalité fœto-infantile (pour 1 000) en Picardie et en France en 1998-2000



Source : INSEE

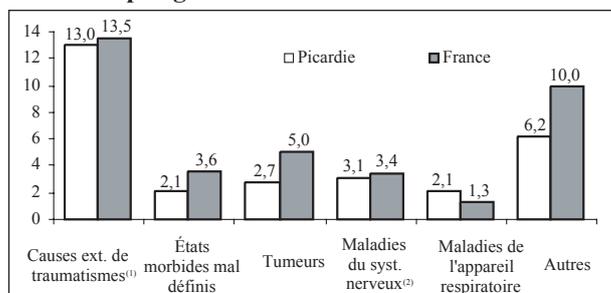
Taux de mortalité infantile par grandes causes en 1998-2000 (pour 100 000 naissances vivantes)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

⁽¹⁾Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements

Taux de mortalité (pour 100 000) des 1-4 ans par grandes causes en 1998-2000



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

⁽¹⁾Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements

⁽²⁾Maladies du système nerveux et des organes des sens

● 128 enfants âgés de moins d'un an décèdent en moyenne chaque année

Sur la période 1998-2000, 128 enfants de moins d'un an sont décédés en moyenne chaque année en Picardie. Plus de la moitié de ces décès (63,3 %) est survenue au cours du premier mois de la vie. En 10 ans, le chiffre brut de décès infantiles a diminué de 44,8 %.

● Des indicateurs de mortalité infantile supérieurs à la moyenne nationale

Sur la période 1998-2000, le taux de mortalité néonatale précoce s'élève à 2,1 décès pour 1 000 naissances vivantes en Picardie et à 2,0 en France. La Picardie présente également un taux de mortalité néonatale tardive supérieur à la moyenne française (1,2 contre 0,9). Enfin, les taux de mortalité post-néonatale s'élèvent à 1,9 pour la Picardie et à 1,6 pour la France. Au total, la mortalité infantile s'élève à 5,1 décès pour 1 000 naissances vivantes en Picardie contre 4,5 décès en France.

● Première cause de mortalité chez les moins d'un an : les affections de la période périnatale

Alors que les états morbides mal définis constituaient la principale cause de mortalité en 1988-1990, ce sont en 1998-2000, les affections de la période périnatale qui ont été responsable du plus grand nombre de décès chez les enfants de moins d'un an en Picardie. Rapporté aux naissances, la Picardie présente donc un taux de mortalité infantile par affections de la période périnatale de 213 décès pour 100 000 naissance vivantes, contre 178 en France.

● Première cause de décès chez les 1-4 ans : les accidents

Sur la période 1998-2000, 28 enfants âgés de 1 à 4 ans sont décédés en moyenne chaque année en Picardie. La principale cause de mortalité est constituée par les causes accidentelles, responsables de 13 décès annuels sur cette période. Dix ans plus tôt, ce chiffre était le double : 26 décès annuels en moyenne (sur la période 1988-1990). Le taux de mortalité associé à cette cause s'élève à 13,0 pour 100 000 en Picardie contre 13,5 en France.

Les maladies du système nerveux et des sens arrivent en deuxième place.

Les composantes de la mortalité infantile sont calculés en utilisant les naissances vivantes au dénominateur. Au numérateur sont portés les décès des enfants âgés de 0 à 6 jours pour la mortalité néonatale précoce, les décès des enfants âgés de 7 à 27 jours pour la mortalité néonatale tardive, et âgés de 28 à 364 jours pour la mortalité post-néonatale.

● Première cause de mortalité chez les 5-14 ans : les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements

Sur la période 1998-2000, 39 enfants âgés de 5 à 14 ans sont décédés chaque année en moyenne. La majorité des décès (20) est attribuée à une cause extérieure de traumatismes et empoisonnements, il s'agit plus particulièrement des accidents de la circulation. Les tumeurs (principalement les leucémies et les tumeurs malignes du cerveau) sont la seconde cause de mortalité chez les enfants âgés de 5 à 14 ans (8 décès).

● Un taux de prématurité de 5,5 %

En 2003, le pourcentage d'enfants prématurés est inférieur en Picardie (5,5) par rapport à la France (6,6). En 1990, le taux picard de prématurité s'élevait à 4,8 %. Cette même année, 6,8 % des enfants nés de Picardes pesaient moins de 2 500 g, proportion supérieure à la moyenne française (6,6 %).

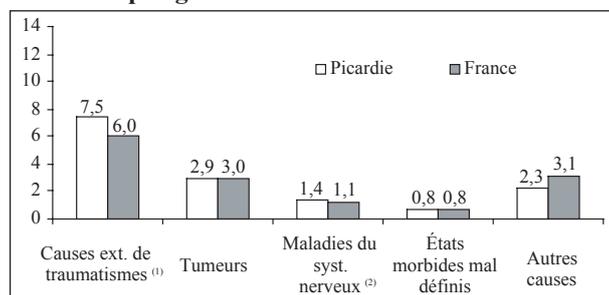
● ALD les plus fréquentes : insuffisance cardiaque chez les 0-4 ans et troubles mentaux chez les 5-15 ans

Près de 774 admissions en ALD ont été prononcées en Picardie chez des jeunes de moins de 15 ans. Plus de la moitié de ces admissions (56,7 %) concernaient des garçons. Chez les 0-4 ans, le motif d'admission en ALD le plus fréquent est l'insuffisance cardiaque, les troubles du rythme, les cardiopathies valvulaires, et les cardiopathies congénitales graves. Ces pathologies représentent près d'une admission sur quatre pour ce groupe d'âge. Vient ensuite les troubles mentaux.

Chez les 5-10 ans et chez les 10-14 ans, les troubles mentaux (psychose, trouble grave de la personnalité et arriération mentale) arrivent en tête avec une proportion particulièrement importante chez les garçons de 5-10 ans (plus de la moitié des admissions). Chez les 10-14 ans, on note une différence par sexe : le second motif d'admission chez les garçons sont les formes graves des affections neurologiques et musculaires contre la scoliose structurale évolutive chez les filles.

ALD En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels de premiers avis favorables. Ces nombres dépendent de la morbidité régionale, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis de médecins conseil.

Taux de mortalité (pour 100 000) des 5-14 ans par grandes causes en 1998-2000



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

⁽¹⁾Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements

⁽²⁾Maladies du système nerveux et des organes des sens

Pourcentages d'enfants prématurés* et d'enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2 500 g en 2003

(à partir du certificat de santé du 8^e jour)

	Picardie	France
Enfants prématurés	5,5	6,6
Enfants <2 500 g	6,8	6,6

Sources : Conseils généraux 02, 60 et 80, DREES

* âge gestationnel inférieur à 37 semaines

Principales admissions en ALD chez les moins de 15 ans en Picardie en 2002

	Garçons		Filles	
	Nb	%	Nb	%
0-4 ans				
Insuffisance cardiaque grave ⁽¹⁾	46	23,5%	37	27,0%
Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale	39	19,9%	14	10,2%
Forme grave des affections neurologiques et musculaires ⁽²⁾	23	11,7%	23	16,8%
<i>Ensemble des causes</i>	<i>196</i>		<i>137</i>	
5-10 ans				
Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale	63	51,6%	26	28,6%
Forme grave des affections neurologiques et musculaires ⁽²⁾	15	12,3%	11	12,1%
Insuffisance respiratoire chronique grave	10	8,2%	11	12,1%
<i>Ensemble des causes</i>	<i>122</i>		<i>91</i>	
10-14 ans				
Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale	38	31,4%	24	22,4%
Forme grave des affections neurologiques et musculaires ⁽²⁾	16	13,2%	14	13,1%
Diabète de type 1 et diabète de type 2	16	13,2%	12	11,2%
Scoliose structurale évolutive ⁽³⁾	2	1,7%	20	18,7%
<i>Ensemble des causes</i>	<i>121</i>		<i>107</i>	

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

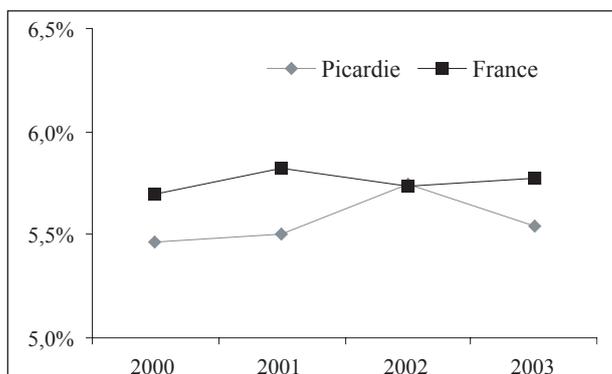
⁽¹⁾ Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme grave, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves.

⁽²⁾ Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathies), épilepsie grave.

⁽³⁾ Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne.

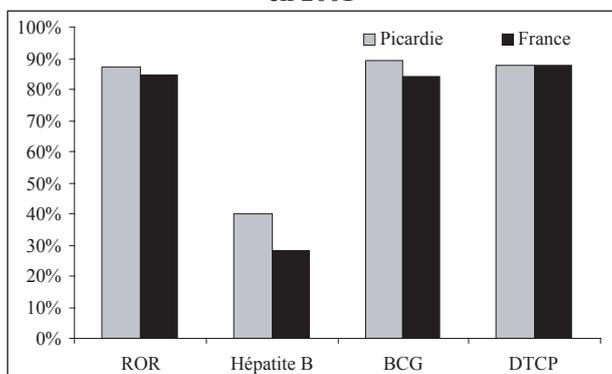
LA SANTÉ DE L'ENFANT

**Pourcentage d'enfants prématurés
entre 2000 et 2003**



Sources : Conseils généraux 02, 60, 80

**Pourcentage d'enfants de 2 ans vaccinés
en 2001**



Sources : Conseils généraux 02, 60, 80

● Plus de 58 000 séjours en établissements de santé effectués par des enfants âgés de moins de 15 ans

En 2002, près de 14 500 séjours en établissements de santé ont été effectués par des enfants âgés de moins d'un an en Picardie*. Les affections d'origine périnatale sont le principal diagnostic d'hospitalisation chez les moins d'un an (38 % des séjours). Viennent ensuite les maladies de l'appareil respiratoire (principalement les bronchites et bronchiolites aiguës). Les enfants âgés de 1 à 4 ans ont été responsables de 18 700 séjours. Les pathologies les plus représentées sont les maladies de l'appareil respiratoire avec majoritairement les maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes. Chez les 5-14 ans, plus de 25 000 séjours ont été comptabilisés avec pour diagnostic le plus fréquent les lésions traumatiques et empoisonnements (17 % des séjours).

* Les séjours dont le diagnostic principal est «enfants nés vivants» ne sont pas pris en compte puisque tous les nouveaux-nés, même «bien portants» sont comptabilisés.

Les données sur les établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours.

● Un pourcentage d'enfants prématurés proche du niveau national

Que ce soit en France ou en Picardie, le pourcentage d'enfants prématurés oscille entre 5 % et 6 %. Ce pourcentage est le plus souvent légèrement supérieur en France par rapport à la Picardie. Ce pourcentage n'a pas connu de variation importante depuis 2000.

● Une bonne couverture vaccinale dans la région

Ce graphique sur la couverture vaccinale montre que les taux de couverture picards sont le plus souvent supérieurs aux taux français. Pour le ROR, le BCG et le DTCP, les taux de couverture sont importants et compris entre 80 % et 90 %. La couverture pour l'hépatite B est beaucoup plus faible, de l'ordre de 40 % en Picardie et de moins de 30 % en France.

**Nombre de séjours en établissements hospitaliers
(court séjour) en Picardie en 2002 et part parmi
l'ensemble des séjours du groupe d'âge**

	Nb	%
Moins d'un an*	14 495	
Certaines affections d'origine périnatale	5 537	38,2%
Maladies de l'appareil respiratoire	1 963	13,5%
Maladies infectieuses et parasitaires	1 295	8,9%
Autres	5 700	39,3%
1 à 4 ans	18 700	
Maladies de l'appareil respiratoire	5 159	27,6%
Autres motifs de recours aux soins	2 007	10,7%
Symptômes, signes et résultats anormaux non classés ailleurs	1 817	9,7%
Autres	9 717	52,0%
5 à 14 ans	25 239	
Lésions traumatiques et empoisonnements	4 300	17,0%
Maladies de l'appareil digestif	3 414	13,5%
Autres motifs de recours aux soins	2 973	11,8%
Autres	14 552	57,7%

Source : DHOS

CONTEXTE NATIONAL

Depuis les années soixante-dix, le mode de vie des jeunes enfants a évolué sous l'influence des changements dans la société et la famille. En effet, les mères sont de plus en plus nombreuses à exercer une activité, même si l'extension de l'allocation parentale d'éducation a entraîné un net fléchissement du taux d'activité des mères de deux enfants. Par ailleurs, le nombre de familles monoparentales a beaucoup augmenté. Selon l'INSEE, deux familles sur dix sont monoparentales au recensement de 1999. Entre 1990 et 1999, le nombre de familles monoparentales a augmenté de 17 % et le nombre d'enfants qui y vivent de 22 %. Ces évolutions ont entraîné un besoin croissant en termes de capacité d'accueil. Les structures d'accueil collectif permettent de recevoir dans la journée de façon régulière ou occasionnelle des enfants de moins de 6 ans. Elles comprennent les crèches collectives, les haltes-garderies et les jardins d'enfants. À ces structures, s'ajoutent des établissements multi-accueil regroupant en un même lieu plusieurs modes de garde. En outre, l'accueil peut être assuré par les assistantes maternelles à leur domicile. Elles doivent au préalable avoir obtenu un agrément délivré par le président du conseil général. Elles sont employées soit par des particuliers, par une collectivité ou une association (dans le cadre de crèche familiale). Fin 2003, 8 350 établissements d'accueil collectif et 1 170 crèches familiales accueillaient les enfants de moins de 6 ans. La capacité totale des crèches, haltes-garderies et jardins d'enfants s'élève à 242 600 places, et ceci pour les 4,5 millions d'enfants âgés de moins de 6 ans. Le nombre d'assistantes maternelles ne cesse de croître, surtout depuis 1995. En 2001, près de 258 400 assistantes maternelles sont en exercice et on compte 342 300 agréments en cours de validité ⁽¹⁾. Pour aider au financement de ce mode de garde, l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) a été créée en 1990, et majorée deux ans plus tard. Par ailleurs, l'école maternelle occupe une place importante dans l'accueil des jeunes enfants : le taux de scolarisation en 2003-2004 est de 29,4 % à l'âge de 2 ans. Depuis quelques années, ce taux diminue, il s'élevait à 35,6 % à la rentrée scolaire 2000-2001. Le taux de scolarisation à 3 ans avoisine les 100 % en France. Enfin, il faut souligner la diminution régulière du nombre d'enfants admis comme Pupilles de l'État, passé de 7 600 en 1987 à 3 000 en 2000. Ces pupilles sont soit des enfants abandonnés par leurs parents, soit des enfants dont les parents ont été déchus de leurs droits, soit des orphelins, et une partie d'entre eux sont adoptables. Cette évolution a eu des répercussions sur les modalités de l'adoption en France, les enfants concernés venant aujourd'hui en majorité de l'étranger. Ainsi, le nombre de visas délivrés est passé de 2 800 en 1993 à près de 4 000 en 1999.

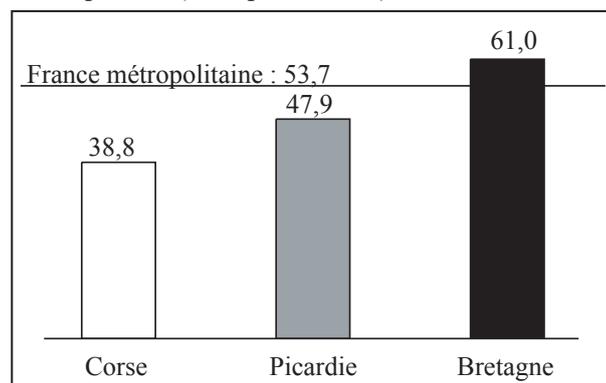
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- 48 % des enfants âgés de moins de 7 ans ont leurs deux parents actifs (ou le parent isolé les ayant à charge).
- Des capacités d'accueil pour les enfants en âge pré-scolaire inférieures à celles de l'ensemble du territoire, excepté pour les crèches parentales et familiales.
- Des bénéficiaires de l'allocation parent isolé plus nombreux en Picardie qu'en France métropolitaine.
- Un nombre d'enfants concernés par l'ASE supérieur à la moyenne nationale pour un niveau de dépenses inférieur.

● Plus de 70 000 jeunes enfants concernés par les modes d'accueil

Les besoins potentiels en structures d'accueil peuvent être estimés par le nombre d'enfants de 0 à 6 ans dont les deux parents (ou le parent isolé les ayant à charge) exercent une activité professionnelle. Cette estimation n'est que globale puisque les besoins sont différents selon que la famille est mono ou bi-parentale. De plus, le recensement ne fournit l'information que pour les enfants âgés de moins de 7 ans, alors que les structures n'accueillent pas les enfants de 6 ans. En Picardie, 47,9 % des enfants de moins de 7 ans sont dans cette situation en 1999 (contre 58,9 % en 1990), ce qui est inférieur à la moyenne nationale. La baisse de la proportion s'explique en grande partie par l'élargissement en 1994 de l'APE aux familles de deux enfants d'où une diminution du taux d'activité des mères.

Pourcentage d'enfants de moins de 7 ans dont les deux parents (ou le parent isolé) sont actifs en 1999



Source : INSEE RP 99 Sondage 1/4

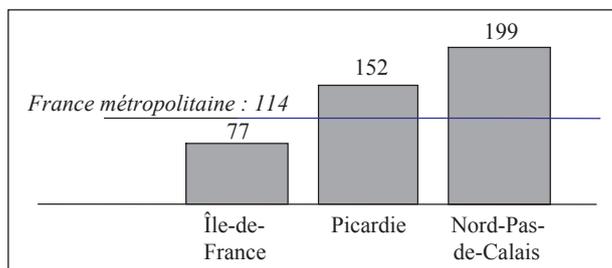
L'allocation parentale d'éducation (APE) a été créée en 1985 pour permettre à l'un des parents de trois enfants dont l'un au moins a moins de trois ans, de suspendre son activité professionnelle ou de l'exercer à temps partiel. Depuis 1994, elle a été étendue aux familles de deux enfants dont l'un au moins a moins de trois ans.

⁽¹⁾ Les assistantes maternelles : une profession en développement, *Études et résultats*, n°232, avril 2003, DREES et L'accueil collectif en crèches familiales des enfants de moins de 6 ans en 2003, *Études et résultats*, n°356, décembre 2004, DREES.

LE MODE DE VIE DE L'ENFANT

Taux d'allocataires de l'API au 01/01/2004

(Nombre de bénéficiaires pour 1 000 familles monoparentales avec enfant(s))



Sources : CNAF - CCMSA, INSEE RP99

Capacité d'accueil des enfants d'âge préscolaire en Picardie au 01/01/2004

	Nombre de places	Nombre de places pour 1 000 enfants ⁽¹⁾		
	Picardie	Picardie	Métropole Hors IDF	Métropole
Crèches collectives	1 497	20,0	40,7	59,7
Crèches parentales	429	5,7	3,0	3,1
Haltes-garderies	1 717	11,4	15,0	15,1
Accueil polyvalent	10	0,1	5,7	4,5
Garderies et jardins d'enfants	45	0,3	1,6	2,0
Crèches familiales ⁽²⁾	1 648	22,0	21,1	26,6

Sources : DREES - Stat. départ. des conseils généraux, INSEE

⁽¹⁾ Les taux sont calculés sur la population des moins de 3 ans pour les crèches collectives, parentales et familiales et sur la population des moins de 6 ans pour les autres modes de garde.

⁽²⁾ Il s'agit du nombre d'enfants inscrits et non du nombre de places

Nombre de places chez les assistantes maternelles au 30/06/2002

	Picardie
Nombre de places	33 548
Nbre pour 1 000 enfants âgés de moins de 6 ans	230,2
Valeur France (au 31/12/2001)	404,5

Sources : Conseils généraux 02, 60 et 80, INSEE

Nombre d'allocataires de l'AFEAMA au 31/12/2002

	Picardie
Nombre d'allocataires	19 468
Nbre pour 1 000 familles avec enfants	67,5
Valeur France (au 31/12/2001)	66,5

Sources : CAF, MSA, INSEE

● Plus de 6 700 bénéficiaires de l'API

L'allocation de parent isolé (API) est versée aux mères ou pères isolés avec enfant(s) à charge, ou aux femmes enceintes isolées, dont les revenus sont inférieurs à un certain plafond. Au 1^{er} janvier 2004, 6 708 familles bénéficiaient de l'API en Picardie. Rapporté au nombre de familles monoparentales au recensement de 1999, cet effectif correspond à un taux d'allocataires de 152 bénéficiaires pour 1 000 familles monoparentales avec enfant(s). Ce taux est supérieur au taux moyen métropolitain (114) et se place 3^e au classement des régions les plus concernées, derrière le Nord - Pas-de-Calais et le Languedoc-Roussillon.

● Des capacités en accueil pré-scolaire inférieures à la moyenne

Au 1^{er} janvier 2004, 1 497 places sont disponibles en crèches collectives pour les enfants âgés de moins de 3 ans en Picardie. La région est sous-équipée pour ce type de structure puisqu'elle présente le taux d'équipement le plus faible de métropole (deux fois plus faible que la moyenne nationale hors Île-de-France). Par contre, concernant les crèches parentales et familiales, la région est plus équipée que l'ensemble du territoire. L'accueil polyvalent, les garderies et jardins d'enfants et les haltes-garderies sont plus développés en France qu'en Picardie.

Les assistantes maternelles peuvent être employées par les crèches familiales ou être indépendantes. Au 30 juin 2002, la Picardie compte plus de 33 500 places chez les assistantes maternelles non permanentes, soit 230 places pour 1 000 enfants âgés de moins de 6 ans. Au 31 décembre 2001, la France métropolitaine disposait de 405 places pour 1 000 enfants âgés de moins de 6 ans.

Au 31 décembre 2002, près de 19 500 allocataires (de la caisse d'allocation familiale et de la mutualité sociale agricole) perçoivent l'AFEAMA, prestation destinée aux personnes employant une assistante maternelle indépendante agréée, pour garder leur enfant âgé de moins de 6 ans.

Enfin, les pouponnières, à caractère sanitaire ou social (selon la nécessité ou non de soins médicaux), accueillent les enfants de moins de trois ans ne pouvant pas être gardés à domicile pour des problèmes sociaux. En 2003, la Picardie compte 99 places en pouponnières à caractère social et une pouponnière à caractère sanitaire offrant 18 places.

Les modes d'accueil collectif

Crèches collectives : établissements pour l'accueil de façon régulière d'enfants de moins de trois ans en journée. Ce sont des crèches de quartier et de personnel ou des crèches à gestion parentale.

Crèches familiales : il s'agit d'un regroupement d'assistantes maternelles agréées, employées d'une municipalité, d'une administration ou d'une association et encadrées par une puéricultrice. Les enfants sont accueillis au domicile des assistantes maternelles.

Haltes-garderies : établissements pour l'accueil discontinu pendant la journée d'enfants de moins de 6 ans.

Jardins d'enfants : structures d'accueil collectif recevant des enfants entre 2 et 6 ans et permettant, en plus de la garde, une pré-scolarisation.

Les assistantes maternelles doivent obtenir un agrément délivré par le conseil général après instruction par le service de protection maternelle infantile (PMI) afin d'être autorisées à garder des enfants. Cet agrément est valable cinq ans.

LE MODE DE VIE DE L'ENFANT

● Des dépenses d'aide sociale à l'enfance inférieures à la moyenne nationale

Les actions d'aide sociale à l'enfance (ASE) relèvent de l'aide sociale des départements. Représentant, depuis la décentralisation, le premier poste des dépenses d'aide sociale des conseils généraux, elles sont constituées de :

- mesures de placement en famille d'accueil ou en établissements type foyer de l'enfance ou pouponnière : administratives (à la demande ou en accord avec les parents, ce sont des accueils provisoires), judiciaires (décidées par le juge des enfants au titre de l'assistance éducative) ou placement direct par le juge ;
- d'actions éducatives en milieu familial à la demande ou en accord avec les parents (action éducative à domicile : AED) ou en milieu ouvert en vertu d'un mandat judiciaire (action éducative en milieu ouvert : AEMO).

En 2002, les trois départements picards ont dépensé près de 147 millions d'euros pour l'aide sociale à l'enfance. La Picardie présente un niveau de dépenses inférieur à la moyenne nationale (288 euros contre 314 euros par habitant âgé de moins de 20 ans). En revanche, les pourcentages d'enfants relevant de l'ASE sont plus élevés en Picardie qu'en France.

Les dépenses par habitant âgé de moins de 20 ans sont en progression (+44 % entre 1993 et 2003 en Picardie comme en France).

● Une scolarisation un peu plus faible que sur l'ensemble du territoire

Pour l'année scolaire 2001-2002, le taux de scolarisation picard s'élève à 32 % pour les enfants âgés de 2 ans. Il est un peu plus faible que le taux moyen national (36 %). Trois ans plus tôt, la Picardie enregistrait un taux de 35 %.

● 107 pupilles de l'État en Picardie

Les pupilles de l'État sont des enfants abandonnés par leurs parents ou dont les parents ont été déchus de leurs droits ou des enfants orphelins. En Picardie, ils sont au nombre de 107 en 2000, soit 0,21 pour 1 000 jeunes âgés de moins de 20 ans. Cette proportion est équivalente à la moyenne nationale.

Les pupilles peuvent ne pas bénéficier d'un projet d'adoption en raison de leur santé, d'un handicap, d'une bonne insertion dans la famille d'accueil, de leur âge ou de l'existence d'une fratrie.

Bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance (ASE) au 31/12/2003 et dépenses brutes d'ASE en 2002

	Nb	Taux ⁽¹⁾	
		Picardie	France
Enfants accueillis à l'ASE	5 190	10,2	9,0
enfants confiés à l'ASE	4 429	8,7	7,5
placements directs par un juge	761	1,5	1,5
Actions éducatives			
AED ⁽²⁾	921	3,2	2,3
AEMO	3 529	6,9	6,3
Dépenses d'ASE (euros)	146 633 195	288	314

Sources : DREES (Enquête sociale), INSEE

⁽¹⁾ Taux de bénéficiaires pour 1 000 habitants âgés de moins de 20 ans et dépenses en euros par habitant âgé de moins de 20 ans

⁽²⁾ Données de l'Oise non disponibles pour l'AED

Taux de scolarisation des enfants de 2 ans en maternelle

	Picardie	France
2001-2002	32%	36%
1998-1999	35%	35%

Sources : inspections académiques 02, 60 et 80, INSEE

Nombre de pupilles de l'État et d'enfants placés en vue d'adoption

	1995		2000	
	Picardie	Métropole	Picardie	Métropole
Pupilles de l'État	116	3 390	107	2 997
pour 1 000 pers. < 20 ans	0,22	0,22	0,21	0,20
Dont placés en vue d'adoption	47	1 291	Nd	Nd
pour 1 000 pers. < 20 ans	0,09	0,09		

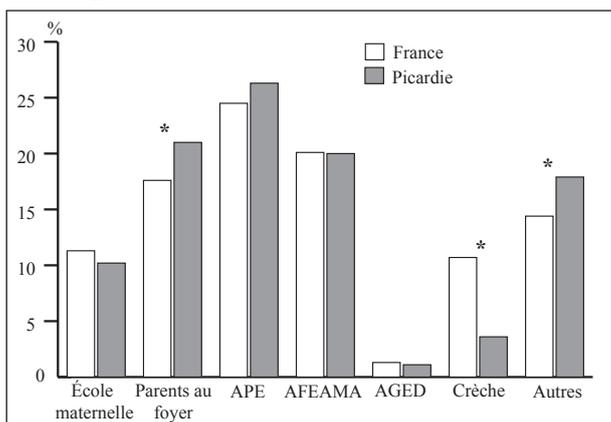
Sources : DREES, INSEE

LE MODE DE VIE DE L'ENFANT

Menée en 2002-2003 par l'ORS, l'étude « mode de garde de la petite enfance et activité professionnelle des femmes en Picardie », est une synthèse de plusieurs recueils d'information (recensement, entretiens semi-directifs et enquête par questionnaire) portant sur les différents modes de garde, la scolarisation des très jeunes enfants et l'activité professionnelle des mères.

La confrontation des données obtenues grâce à l'enquête réalisée auprès des femmes et des données transmises par les CAF et l'Éducation nationale à celles du rapport réalisé par Frédérique Leprince pour le Haut conseil à la population et

Répartition des enfants** de moins de 3 ans



Source : «Accueil des jeunes enfants en France», ORS Picardie

* Différence significative au seuil de 5 %

** Certains enfants sont gardés de façon multiple, tant dans une même journée qu'au cours de la semaine. Pour des raisons d'harmonisation avec la définition retenue au niveau national, ont été privilégiés l'utilisation d'établissements collectifs et le fait de disposer d'une allocation.

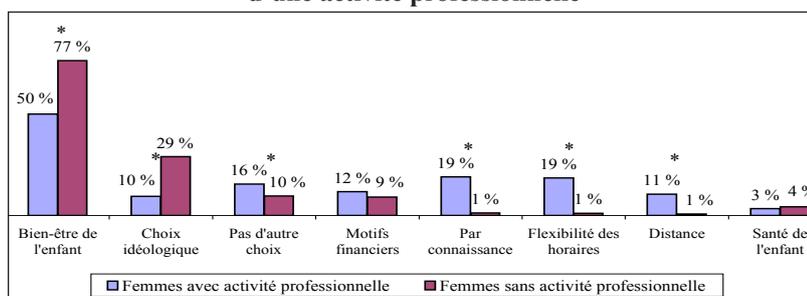
à la famille permet de mieux cerner les différences concernant le mode de garde de la petite enfance en Picardie par rapport au niveau national. En 2002, la Picardie compte 75 400 enfants** âgés de moins de 3 ans. Les estimations portent à 7 700 le nombre d'enfants fréquentant l'école maternelle et à 2 700 le nombre d'enfants fréquentant une crèche. Près de 15 800 enfants sont gardés par l'un des parents qui est au foyer et 19 800 par l'un des parents dans le cadre de l'aide parentale d'éducation (APE). Enfin, 15 000 enfants le sont par une assistante maternelle avec l'aide aux familles pour l'emploi d'une assistante maternelle (AFEAMA), 800 à domicile dans le cadre de l'allocation de garde d'enfants à domicile (AGED) et 13 500 d'une façon « autre » (dont 6 000 par la famille autre que les parents, à l'extérieur ou à l'intérieur du domicile). Trois différences avec le niveau national sont significatives : pour les parents au foyer, les crèches et les autres modes de garde. Ainsi, le mode de garde en crèche est moins représenté en Picardie qu'en France alors que la modalité « les parents au foyer » qui gardent leurs enfants sont plus nombreux en Picardie que dans l'ensemble du pays.

● Principale motivation dans le choix du mode de garde : le bien-être de l'enfant

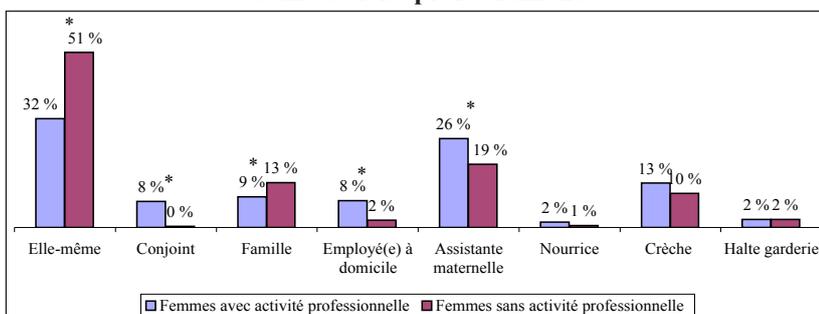
Près de neuf mères sur dix ont consulté l'avis du conjoint pour choisir le mode de garde. Les autres ont essentiellement décidé seules, les femmes ayant laissé leur conjoint prendre la décision sont en effet très minoritaires (0,2 %). Le bien-être de l'enfant est la raison la plus citée (64 %) parmi les motivations dans le choix du mode de garde. Ensuite, le choix idéologique a été cité par une femme sur cinq et la modalité « pas d'autre choix » par 12 % des femmes. Les réponses fluctuent cependant selon l'activité professionnelle des femmes. Les femmes avec activité professionnelle sont moins nombreuses à avoir fait leur choix pour le bien-être de l'enfant (50 % versus 77 %). Le manque de choix est plus cité par les femmes actives, tout comme les critères de distance et de flexibilité des horaires.

Globalement, 42 % des femmes pensent qu'elles représentent le mode de garde idéal. L'assistante maternelle est citée par 22 % des femmes, la famille par près de 15 % et la crèche par 12 % des femmes. Le graphique ci-contre présente les résultats selon l'activité ou non des femmes.

Décision du mode de garde en fonction de l'exercice ou non d'une activité professionnelle



Mode de garde idéal en fonction de l'exercice ou non d'une activité professionnelle



Source : «Accueil des jeunes enfants en France», ORS Picardie

* Différence significative au seuil de 5 %

CONTEXTE NATIONAL

Plusieurs acteurs interviennent dans le cadre du dispositif actuel de soins et de prévention pour la mère et l'enfant : médecins et professionnels de santé libéraux, établissements hospitaliers, service de protection maternelle et infantile (PMI) et mission de promotion de la santé en faveur des élèves (ex-santé scolaire).

La médecine de ville est fortement impliquée dans la surveillance de la grossesse, que ce soit par les médecins généralistes, les gynécologues médicaux et les gynécologues-obstétriciens (ces derniers intervenant essentiellement pour le suivi du troisième trimestre). Cependant, même si le nombre de praticiens et de spécialistes augmente, des disparités régionales persistent. Les régions du nord sont en effet les moins bien loties en termes de densités médicales, alors qu'elles présentent les fécondités les plus fortes et les populations les plus jeunes.

Le paysage hospitalier public et privé s'est quant à lui fortement modifié au cours des dernières années. Un recentrage progressif vers les plus grosses structures a été induit par une médicalisation systématique de l'accouchement et l'introduction de règles de plus en plus exigeantes en matière d'effectifs et de permanence de personnels. Ainsi, les maternités ne disposant pas de blocs opératoires ont disparu et celles pratiquant un nombre insuffisant d'accouchements (moins de 300 par an) sont amenées à fermer ou à se regrouper (hormis situations d'accessibilité routière particulièrement difficile). Dans les secteurs distants d'une maternité, la mise en place de centres périnataux de proximité permet d'assurer le suivi des femmes enceintes. Un dispositif généralisé de protection maternelle et infantile (PMI) a été instauré en France par l'ordonnance du 2 novembre 1945 afin de lutter contre la mortalité infantile très élevée et contre la mortalité maternelle. Dès cette date, les parents ont été tenus de faire suivre médicalement leur enfant régulièrement de la naissance à six ans et les femmes enceintes de se faire surveiller médicalement durant la grossesse. Un service de PMI a été mis en place dans chaque département et la loi relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfant (18 décembre 1989) énumère ses missions : gestion des consultations prénuptiales, pré et post-natales, mise en place d'actions de prévention, organisation des activités de planification et d'éducation familiales, recueils d'informations en épidémiologie et en santé publique, formation des assistantes maternelles et participation aux procédures d'agrément, contrôle et suivi des structures d'accueil de la petite enfance. Les examens obligatoires sont désormais au nombre de sept, leur contenu et les délais dans lesquels ils doivent être faits sont précisés par décret. Le suivi des grossesses s'est ainsi beaucoup amélioré. Cependant, l'enquête nationale périnatale 2003 a montré que 9,2 % des femmes ont eu moins de 7 consultations, c'est-à-dire moins que le nombre fixé par la loi pour une grossesse à terme. Le nombre de femmes n'ayant pas consulté l'équipe de la maternité avant l'accouchement a beaucoup diminué, passant de 11,2 % en 1995 à 8,3 % en 2003⁽¹⁾. Enfin, le suivi de l'enfant scolarisé s'effectue par le service de promotion de la santé en faveur des élèves qui dépend de l'Éducation nationale. Il a pour objectif de veiller au bien-être des élèves, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective. Outre des examens systématiques, des vaccinations, des soins d'urgence en milieu scolaire, ce service est amené à mettre en œuvre, avec différents partenaires, des actions d'éducation pour la santé afin que les élèves adoptent des comportements favorables à leur santé.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

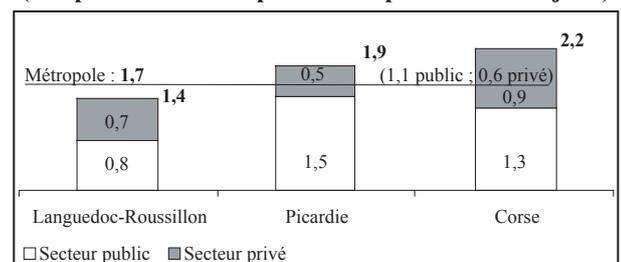
- 1,9 lit ou place en gynécologie-obstétrique pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans avec un secteur privé moins développé que sur l'ensemble du territoire.
- Moins de naissances enregistrées que de naissances domiciliées en Picardie.
- 5 350 élèves par médecin scolaire, un indicateur un peu plus faible que la moyenne nationale.
- Des gynéco-obstétriciens, médecins généralistes et pédiatres moins présents que sur l'ensemble du territoire.

● Une offre hospitalière en gynécologie-obstétrique proche de la moyenne nationale

Au 1^{er} janvier 2003, la Picardie dispose de 847 lits en hospitalisation complète et de 23 places en hospitalisation de jour en gynécologie-obstétrique. Le service public rassemble 76 % de la capacité totale (contre 65 % au niveau national). Le taux d'équipement picard (1,9 lit pour 1 000 femmes en âge de procréer) est légèrement supérieur à la moyenne nationale (1,7).

En ce qui concerne les formes d'autorisation détenue, on compte 1 centre périnatal de proximité, 13 unités d'obstétrique seule (niveau I), 9 unités d'obstétrique et néonatalogie (niveau II) et 2 unités d'obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale (niveau III) en Picardie en 2003.

Taux d'équipement* en gynécologie-obstétrique au 01/01/2003 (Hospitalisation complète et hospitalisation de jour)



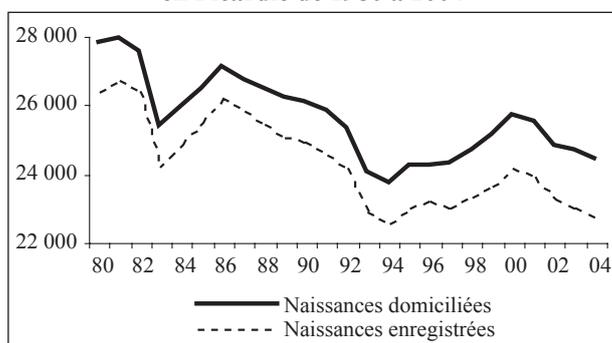
Source : DRASS-DREES : Enquête SAE

* capacité pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

⁽¹⁾La situation périnatale en France en 2003, Drees, *Études et résultats* n°383, mars 2005

L'OFFRE DE SOINS POUR LA MÈRE

Naissances vivantes domiciliées et enregistrées en Picardie de 1980 à 2004



Source : INSEE

● Progression de l'écart entre naissances domiciliées et naissances enregistrées

La comparaison entre les naissances domiciliées et les naissances enregistrées met en relief l'attractivité du plateau obstétrical dans son ensemble.

En Picardie, le nombre de naissances domiciliées est supérieur à celui des naissances enregistrées. L'écart entre les naissances domiciliées et les naissances enregistrées diminue de 1980 à 1986 pour atteindre son minimum à 909. Depuis 1986, l'écart est à la hausse pour atteindre son maximum en 2003 (1 662).

La situation géographique de la Picardie et la répartition des maternités expliquent en partie ce constat, avec une fuite qui concerne essentiellement les femmes domiciliées dans le sud de l'Oise et l'est de l'Aisne.

Effectifs des praticiens au 01/01/2003 (libéraux et/ou salariés)

	Picardie	Métropole
Praticiens généralistes	2 674	98 502
Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans par généraliste	169	145
Nombre de naissances par généraliste	9	8
Praticiens gynécologie-obstétrique	130	5 183
Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans par gynéco-obstétricien	3 471	2 763
Nombre de naissances par gynéco-obstétricien	190	147
Praticiens pédiatres	161	6 453
Praticiens gynécologie médicale	31	1 833

Sources : DRASS – DREES, ADELI, INSEE

● Des gynéco-obstétriciens moins présents que sur l'ensemble du territoire

La prise en charge des mères est assurée à la fois par les médecins généralistes et par les gynéco-obstétriciens. Ces praticiens sont cependant moins nombreux en Picardie que sur l'ensemble du territoire. Ainsi, on compte 3 471 femmes en âge de procréer pour un gynéco-obstétricien en Picardie contre 2 763 en France métropolitaine. En termes de généralistes, la Picardie est de même moins bien lotie que l'ensemble du territoire : 169 femmes en âge de procréer pour un généraliste en Picardie contre 145 en Métropole. Le même constat s'observe avec le nombre de naissances par praticien.

Prise en charge des mères par la PMI en 2001

Nombre de femmes enceintes*	Picardie	Métropole
par sage-femme**	966	1 222
par médecin PMI**	410	451

Sources : DREES, INSEE

*estimé à partir de celui des naissances.

**nombre de sages-femmes et de médecins en équivalent temps plein.

● Un plus grand nombre de médecins et de sages-femmes de PMI en Picardie que sur l'ensemble du territoire

La PMI met à la disposition des futures mères des consultations prénatales et une surveillance à domicile assurée principalement par les sages-femmes.

En Picardie, la PMI présente une densité de 966 femmes enceintes pour une sage-femme en 2002 (contre 1 222 en France métropolitaine).

La densité est de même plus favorable en Picardie qu'en France en ce qui concerne les médecins de PMI.

L'OFFRE DE SOINS POUR L'ENFANT

● Un encadrement en santé scolaire un peu plus favorable que sur l'ensemble du territoire

À la rentrée 2003, l'encadrement par les médecins en milieu scolaire est plus favorable en Picardie qu'en France avec 5 300 élèves pour un médecin scolaire ETP dans la région contre 5 684 en France. La Picardie présente le 5^e taux le plus favorable des régions métropolitaines. L'encadrement par les infirmières en Picardie est assez proche de la moyenne nationale (1 810 élèves par infirmière ETP dans la région contre 1 844 sur l'ensemble du territoire). Depuis 1995, l'encadrement en santé scolaire régresse : celui des médecins a diminué de 23 % en Picardie (21 % en France métropolitaine) celui des infirmières a baissé de 30 % (25 % en métropole) entre 1995 et 2003.

● 319 lits en pédiatrie en 2002

En 2002, la Picardie présente un taux d'équipement de 0,79 lit en pédiatrie pour 1 000 enfants âgés de moins de 16 ans. Le nombre de places en néonatalogie s'élève à 130 (contre 154 en 1998), dont 21 en soins intensifs.

● 161 pédiatres exercent en Picardie

En 2003, le nombre d'enfants par pédiatre est supérieur en Picardie par rapport à la France (2 518 enfants pour un pédiatre contre 1 843 en France). Pour atteindre la moyenne nationale, 59 pédiatres devraient s'installer en Picardie.

Ce déficit de pédiatres n'est pas comblé par les médecins généralistes, puisque la région est la moins bien lotie de l'ensemble des régions métropolitaines en termes de densité en médecins généralistes.

● Une densité en puéricultrices dans les services de PMI plus faible en Picardie qu'en France

En 2001, le nombre de nouveau-nés par puéricultrice est supérieur en Picardie par rapport à la moyenne nationale. En 1998, ce nombre s'élevait à 251.

La densité en infirmière est plus favorable en Picardie par rapport à la France.

Le nombre d'enfants de moins de 6 ans par médecin de PMI est également inférieur à la moyenne nationale, mais plus proche de celle-ci. En 1998, cet effectif s'élevait à 2 454.

Taux d'encadrement par la santé scolaire à la rentrée 2003

	Picardie	Métropole
Médecins		
Effectifs (en équivalent temps plein)	71,2	2 024,5
Taux d'encadrement*	5 350	5 684
Infirmières		
Effectifs (en équivalent temps plein)	210,4	6 241,5
Taux d'encadrement*	1 810	1 844

Source : Ministère de l'Éducation nationale

*nombre d'élèves par équivalent temps plein (ETP)

Capacité en pédiatrie et néonatalogie en Picardie au 31/12/2002

(hospitalisation complète, de jour et de nuit)

	Capacité
Néonatalogie	130
<i>dont soins intensifs</i>	21
Pédiatrie	319
<i>dont spécialités</i>	27
Taux d'équipement pour 1 000 enfants âgés de moins de 16 ans	0,79
Médecine adolescent	8

Source : DRASS

Prise en charge des enfants de moins de 16 ans au 01/01/2003*

	Picardie	France
Nombre d'enfants par pédiatre	2 521	1 843
Nombre d'enfants par généraliste	152	121

Sources : DREES, INSEE

* L'effectif des enfants âgés de moins de 16 ans a été rapporté aux effectifs de médecins et de pédiatres.

Prise en charge des enfants de moins de 6 ans par la PMI en 2001

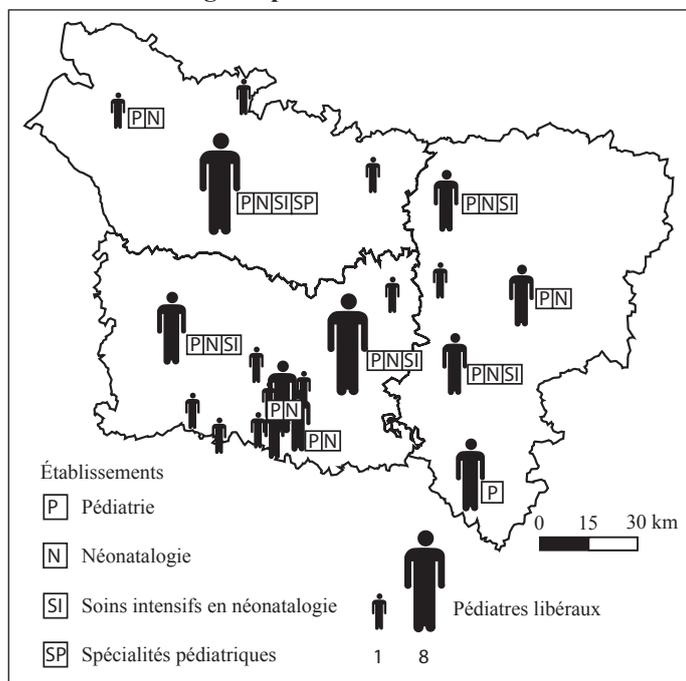
	Picardie	Métropole
Nouveau-nés par puéricultrice	266	218
Nombre d'enfants de moins de 6 ans par infirmière	2 344	4 068
Nombre d'enfants de moins de 6 ans par médecin (équivalent temps plein)	2 348	2 520

Sources : DREES, INSEE

La PMI relève de la compétence des conseils généraux depuis la loi de décentralisation du 7 janvier 1983. Les consultations prénatales reçoivent les futurs conjoints en vue de l'examen prénuptial, les femmes enceintes pour la surveillance de la grossesse et les mères après l'accouchement. Les consultations infantiles ont pour objet la surveillance de la croissance, du développement psychomoteur et affectif de l'enfant jusqu'à 6 ans (dépistage, actions préventives, éducation sanitaire). Les sages-femmes effectuent la surveillance à domicile des femmes enceintes, les puéricultrices et les infirmières exercent soit dans les consultations, soit à domicile. La mission de **promotion de la santé en faveur des élèves** est entièrement rattaché, depuis le 1^{er} janvier 1991, au ministère de l'Éducation nationale. Il comprend des médecins titulaires, des vacataires et des infirmières de santé scolaire.

L'OFFRE DE SOINS POUR LA MÈRE ET L'ENFANT

Établissements ayant une activité en pédiatrie et/ou en néonatalogie et pédiatres libéraux au 30/06/2005



Sources : FINESS, SAE, DRASS - Fichier ADELI au 30 juin 2005

● Le nord-est de la région dépourvu d'établissements et de pédiatres libéraux

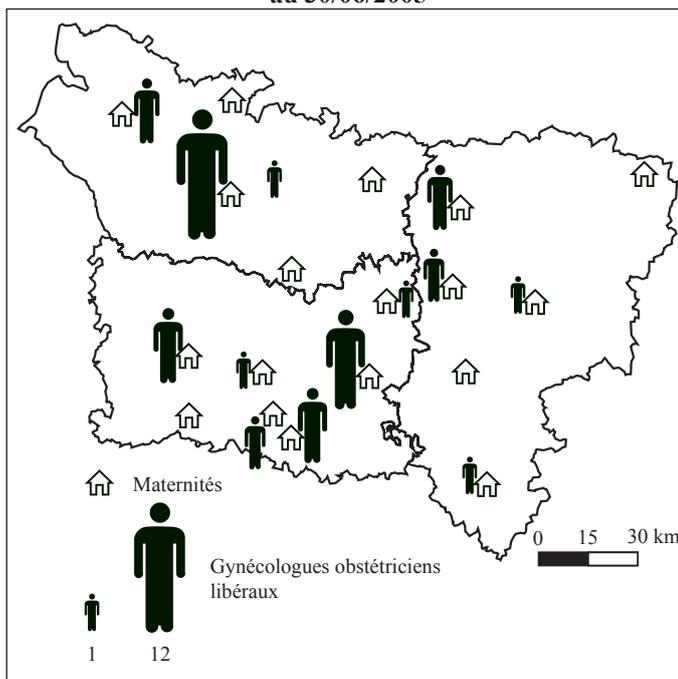
Les établissements ayant une activité en pédiatrie et/ou en néonatalogie sont implantés dans les principales villes picardes. Les soins intensifs en néonatalogie sont pratiqués à Saint-Quentin et Soissons dans l'Aisne, Compiègne et Beauvais dans l'Oise ainsi qu'Amiens. Pour les spécialités pédiatriques, celles-ci sont uniquement pratiquées à Amiens.

Les pédiatres libéraux sont en nombre relativement important dans la région. Une nouvelle fois, c'est le nord-est de la région qui est dépourvu pour cette profession de santé alors que le département de l'Oise est plus largement doté.

● Les maternités sont au nombre de 18 en Picardie

Celles-ci sont réparties de manière relativement homogène sur l'ensemble du territoire picard même si le nord-est de la région est faiblement pourvu avec uniquement la maternité d'Hirson. Les gynécologues libéraux sont implantés dans les principales communes picardes et sont donc souvent à proximité des maternités de la région.

Maternités et gynécologues-obstétriciens libéraux au 30/06/2005



Sources : FINESS, SAE, DRASS - Fichier ADELI au 30 juin 2005

CONTEXTE NATIONAL

Au cours du XX^{ème} siècle, deux phénomènes ont bouleversé la répartition par âge de la population : l'allongement de la durée de vie et la réduction du nombre d'enfants au sein des couples. La conséquence immédiate est que la France a vieilli. Ainsi en 1999, la population des personnes âgées de 60 ans ou plus s'élève à 12,5 millions, soit un peu plus d'un Français sur cinq : leur proportion est passée de 20,0 % à 21,3 % entre 1990 et 1999.

Parmi cette population, 4,5 millions de personnes sont âgées de 75 ans ou plus, soit 7,7 % de la population totale, et 1,4 million ont atteint ou dépassé 85 ans. En dix ans, alors que la population totale n'a augmenté que de 3,3 %, celle des personnes âgées de 60 ans ou plus a augmenté de 10 %. L'évolution la plus importante concerne la tranche d'âge des 85 ans ou plus puisque leur effectif a augmenté de 390 000 personnes, soit une hausse de 36,7 %. Cette évolution n'est pas propre à la France. Ainsi, en 1998, la part des plus de 65 ans dans l'ensemble de la population se trouvait en France à un niveau comparable à celui de l'Union européenne : parmi les 374,5 millions d'habitants des 15 pays de l'Union, 59 millions (soit 15,9 %) sont âgés de 65 ans ou plus. La France, l'Allemagne, le Royaume-Uni ont des taux proches de cette moyenne européenne. Les situations extrêmes sont celles de la Suède (17,4 %) et de l'Irlande (11,3 %).

Les projections démographiques basées sur l'hypothèse du maintien des tendances observées entre 1975 et 1990 concernant la fécondité, la mortalité et les migrations confirment le vieillissement de la population. À l'horizon 2020, les personnes âgées de 60 ans ou plus représenteraient 27,3 % de la population, celle des 75 ans et plus autour de 10 %.

Avec l'arrivée des classes creuses nées entre 1915 et 1919 dans leur 85^e année, l'effectif des 85 ans ou plus diminue. Leur effectif devrait ensuite repartir à la hausse.

La vie à domicile reste très majoritaire chez les personnes âgées. En 1999, 90,1 % des personnes âgées de 75 ans ou plus vivent à leur domicile (y compris les logements foyers) ou chez un membre de leur famille. La vie en institution ne progresse qu'aux grands âges. Ainsi, en 1999, 15 % des personnes âgées de 80 ans ou plus vivent en maison de retraite ou en unité de soins longue durée contre 14,3 % en 1990.

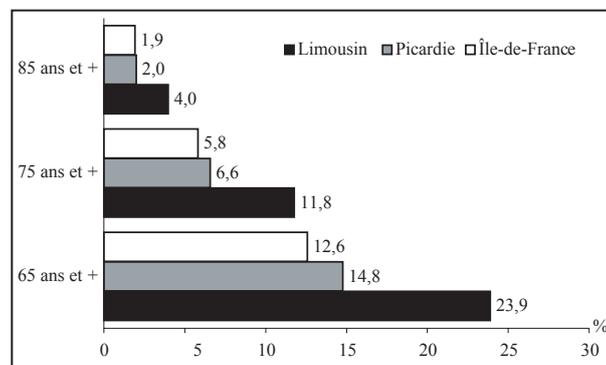
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Une proportion de personnes âgées inférieure à la moyenne nationale.
- La région compte près de 37 000 personnes âgées de 85 ans ou plus.
- Une femme sur deux vit seule après 80 ans.
- 95,3 % des personnes âgées vivent à leur domicile.
- Un taux de bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse moins élevé que la moyenne nationale.

● Une proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus inférieure à la moyenne nationale

Les personnes âgées de 65 ans ou plus représentent 14,8 % de la population de Picardie au recensement de 1999, leur part était de 13,0 % en 1990. La région occupe ainsi une position sensiblement inférieure à la moyenne nationale (16,7 %), entre le Limousin, région française où ce pourcentage est le plus élevé (23,9 %) et l'Île-de-France, où il est le plus bas (12,6 %) ; la position intermédiaire de la Picardie se retrouve pour les différentes classes d'âge de la population âgée.

Proportion de la population âgée dans la population totale de 1999



Source : INSEE RP 1999

LA POPULATION ÂGÉE

Espérance de vie à 60 ans en 2002

	Hommes	Femmes
Picardie	19,5 ans	24,6 ans
France	20,8 ans	25,7 ans

Sources : INSEE - État civil

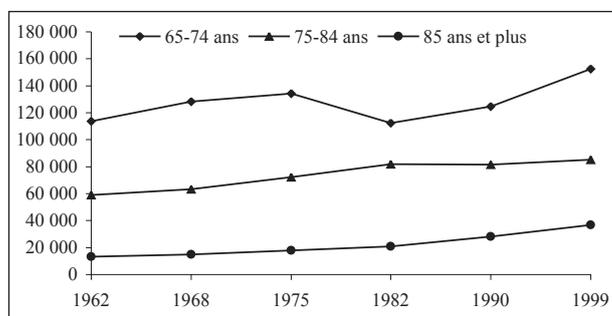
Effectifs et proportion de personnes âgées en Picardie en 1999

	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et +	Ensemble
Hommes	68 424	33 783	10 361	112 568
Femmes	84 010	51 372	26 588	161 970
Ensemble	152 434	85 155	36 949	274 538
Proportion* Picardie	8,2	4,6	2,0	14,8
Proportion* France	9,0	5,3	2,4	16,7

Source : INSEE RP 99

* Proportion dans la population totale

Évolution du nombre de personnes âgées en Picardie entre 1962 et 1999



Source : RP 62-68-75-82-90-99

Mode de vie des personnes âgées en Picardie en 1999

Tranche d'âge	60-74	75-79	80 ans et +	Ensemble
Nombre de personnes vivant en collectivité	3 929	2 313	10 362	16 604
Nombre de personnes vivant à domicile*	228 570	58 866	50 563	337 999
Proportion** de personnes vivant à domicile	98,3	96,2	83,0	95,3
Proportion** France	98,4	96,6	84,2	95,5

Source : INSEE RP 99

* logements-foyers compris

** proportion dans la population de la tranche d'âge

● Une espérance de vie à 60 ans inférieure à la moyenne nationale

L'espérance de vie à 60 ans en Picardie est inférieure à la moyenne nationale, pour les hommes comme pour les femmes.

L'écart entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes se réduit avec l'âge : de près de 8,0 ans à la naissance, il passe à 5,1 ans à 60 ans.

● 14,8 % des Picards ont 65 ans ou plus

Au recensement de 1999, 274 538 Picards sont âgés de 65 ans ou plus, l'effectif de cette classe d'âge a augmenté de 40 539 entre 1990 et 1999 (+17 %). Du fait de la différence d'espérance de vie entre les deux sexes, 72 % des personnes âgées de 85 ans et plus sont des femmes.

● Une population âgée croissante

La population âgée de 65 ans ou plus a progressé de 47,7 % entre 1962 et 1999.

Le groupe d'âge des 75-84 ans a connu une hausse importante : 44 % d'augmentation, tandis que les 85 ans ou plus ont vu leur effectif plus que doubler pendant la période : 13 212 en 1962, 36 949 en 1999.

Seule la classe des 65-74 ans montre un fléchissement très net de son effectif au début des années 80 en raison de l'arrivée dans cette tranche d'âge des classes creuses de la guerre 1914-1918.

● 95,3 % des personnes âgées vivent à leur domicile

En Picardie, 16 604 personnes âgées de 60 ans ou plus vivent en collectivité, 62 % d'entre-elles ont 80 ans et plus. Toutefois, il faut noter que les personnes qui vivent dans les logements-foyers ne sont pas dénombrées avec les personnes vivant en collectivité.

Un peu plus de 95 % des personnes âgées picardes vivent à leur domicile, leur part s'amenuise avec l'âge : elles ne sont plus que 83 % pour les 80 ans ou plus. Ces proportions sont très proches des moyennes nationales.

LA POPULATION ÂGÉE

● Une personne de 60 ans ou plus sur quatre vit seule

Plus de 90 000 personnes de 60 ans ou plus vivent seules en Picardie, soit 25,6 % de la population de cette tranche d'âge (27,1 % au niveau national). Après 60 ans, plus des trois quarts des personnes seules sont des femmes et au-delà de 80 ans, cette proportion atteint 81,7 %.

Les femmes vivent plus longtemps seules que les hommes en Picardie comme en France métropolitaine.

Proportion des personnes vivant seules en Picardie et en France en 1999 (%)

	60-74			75-79			80 ans et +		
	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total
Picardie	11,8**	25,5	19,2	17,0	45,3	33,7	24,4	49,6	41,7
France*	13,2	27,3	20,8	16,7	46,1	34,2	23,9	50,2	41,9

Source : INSEE RP 99

* France métropolitaine

** 11,8 % des hommes de 60-74 ans vivent seuls

● Moins d'allocataires de l'ASV en Picardie qu'en France

L'allocation supplémentaire du minimum vieillesse (ASV) est versée aux personnes âgées de 65 ans ou plus. Au 31 décembre 2003, 12 455 personnes bénéficient de l'ASV, le taux de bénéficiaires (4,6 %) est en dessous de la moyenne nationale (5,4 %). 30,2 % des allocataires vivent en couple et 62,4 % des bénéficiaires sont des femmes.

Allocation supplémentaire du minimum vieillesse en Picardie au 31/12/2003

	Effectif
Hommes	4 686
Femmes	7 769
Hommes + Femmes	12 455
Proportion* Picardie	4,6
Proportion* France	5,4

Sources : DREES, INSEE

* proportion de bénéficiaires dans la population de 65 ans et plus (en %)

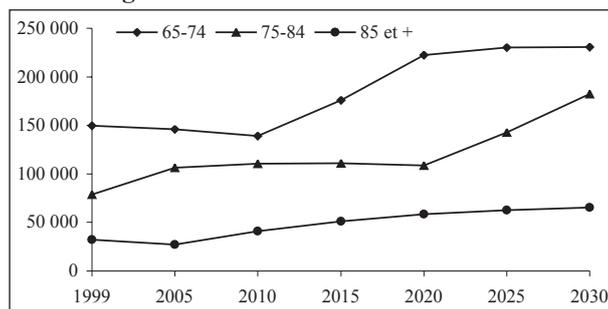
● 12,6 % de la population picarde aura plus de 75 ans en 2030

Quelles que soient les hypothèses formulées concernant la fécondité, la mortalité et les migrations, la part des personnes de 65 ans et plus augmentera de manière si importante qu'elle sera supérieure à celle des moins de 20 ans. En effet, le vieillissement se poursuivra : en 2030, 30,5 % des Picards seront âgés de 60 ans ou plus contre 19,1 % en 1999 ; néanmoins, même si l'écart se réduisait, la région demeurerait plus jeune que la moyenne nationale.

La part des personnes âgées augmentera avec l'arrivée de la génération du baby-boom dans la tranche des plus de 60 ans en 2007. Ensuite, la faiblesse des naissances ne permettant pas de renouveler les générations, la part des personnes âgées dans la population globale va augmenter. Avec le vieillissement de la génération du baby-boom, l'effectif des plus de 75 ans va très fortement s'accroître à partir de 2020. Il représentera 12,6 % de la population picarde en 2030 (13,1 % en France) contre 7,7 % en 1999 (6,6 % en France).

Les femmes seront toujours plus nombreuses aux âges élevés, même si l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes diminue.

Évolution prévisionnelle du nombre de personnes âgées en Picardie entre 1999 et 2030



Source : INSEE OMPHALE

Les données OMPHALE n'engagent en rien la responsabilité de l'INSEE. Elles ne sont que des projections et leur utilisation reste sous l'entière responsabilité de l'organisme qui les utilise.

LA POPULATION ÂGÉE

Projections de population à l'horizon 2020

Les pyramides ci-dessous présentent la structure par âge de la population picarde en 2005 et en 2020. Les données sont issues des projections réalisées par l'INSEE, selon le modèle Omphale. Ce dernier calcule des chiffres de population en paramétrant la fécondité, la mortalité et les migrations, ce qui permet de varier les hypothèses retenues. Sont présentés ici les résultats relatifs au scénario central, fondé sur la reconduction des tendances passées pour chacune de ces trois variables.

● Une pyramide des âges qui se transforme

Conséquence du vieillissement important de la population, la pyramide des âges en Picardie se transforme entre 2005 et 2020. Les personnes âgées de moins de 60 ans voient leur part dans la population se réduire alors que celle des 60-75 ans et des plus de 85 ans augmente fortement.

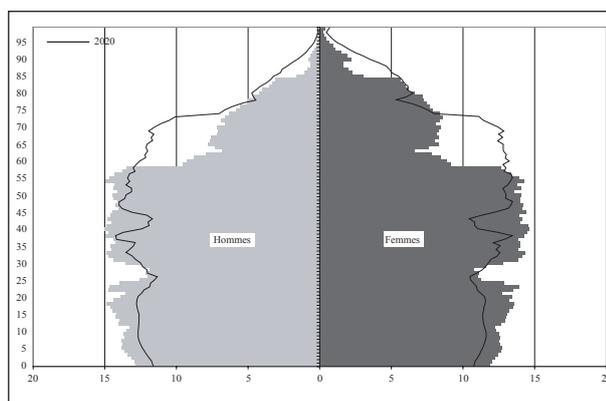
Deux facteurs expliquent la part grandissante de la population âgée parmi la population totale. Progressivement, les générations du baby-boom, nées entre 1945 et 1975, vont accéder aux âges élevés : celles nées après-guerre sont âgées de 60 ans en 2005 et atteindront celui de 75 ans en 2020. De surcroît, avec la progression de l'espérance de vie, ces générations resteront en vie plus longtemps. Le second facteur porte sur les naissances, qui demeurent trop faibles pour renouveler les générations.

La proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus dans la population passe ainsi de 18,7 % en 2005 à 26,2 % en 2020. En 2030, elles représenteront le tiers de la population (30,5 %). Cette croissance se ralentirait cependant vers 2035-2040, lorsque les générations moins nombreuses parviendront à leur tour à des âges élevés et que commenceront à décéder les générations nombreuses nées entre 1945 et 1975.

Après 2020, on peut même s'attendre à une forte progression du poids des personnes âgées de 75 ans ou plus compte tenu du vieillissement de la génération du baby-boom. Les projections chiffrent la part des plus de 75 ans dans la population à 12,6 % (10,5 % chez les hommes et 14,7 % chez les femmes) en 2030 contre 8,5 % en 2020 (6,6 % chez les hommes et 10,4 % chez les femmes) et 7,1 % en 2005 (5,2 % chez les hommes et 8,8 % chez les femmes).

Compte tenu de ces évolutions, la structure par âge de la population picarde se rapprochera de la structure de la population française.

Pyramide des âges au 1^{er} Janvier 2005 et 2020 en Picardie



Source : INSEE, modèle Omphale

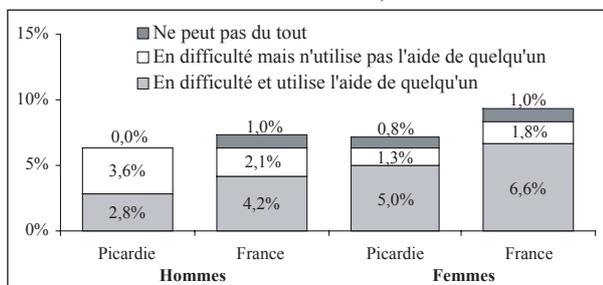
Déficiences et incapacités chez les 55 ans ou plus : résultats de l'enquête décennale santé

Pour la première fois, l'enquête décennale sur la santé « 2002-2003 » a fait l'objet d'une extension régionale en Picardie. Les résultats présentés ci-dessous concernent les déficiences et incapacités chez les personnes âgées de 55 ans et plus.

● Plus de 6 % des Picards de 55 ans ou plus ont déclaré rencontrer des difficultés pour réaliser les actes élémentaires de la vie quotidienne

Près de la moitié des Picards de 55 ans ou plus est affectée par des déficiences physiques et/ou sensorielles non compensées, c'est-à-dire susceptibles de mener à une perte d'autonomie. Les déficiences visuelles sont plus souvent compensées que les déficiences auditives et physiques. Dans la région, 6,4 % des hommes et 7,1 % des femmes éprouvent des difficultés dans la réalisation d'actes élémentaires de la vie quotidienne ou ne peuvent pas les exécuter du tout. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à présenter des difficultés et à bénéficier d'une aide. Cependant, on ne sait pas si le non-recours à une aide résulte d'un choix délibéré ou d'une contrainte.

Proportion standardisée* de personnes présentant des restrictions d'activité, selon le sexe



Source : Insee, enquête décennale santé 2002-2003

* standardisée sur l'âge (population de référence : France métropolitaine, deux sexes, Insee RP 99)

CONTEXTE NATIONAL

Le vieillissement grandissant de la population s'est traduit par la progression du nombre de personnes atteintes de problèmes de santé pouvant altérer leur capacité à effectuer certains actes de la vie quotidienne. Selon l'enquête Handicap Incapacité Dépendance (HID) réalisée en 1998-2000 par l'INSEE, 5 % de la population âgée de 60 ans ou plus est confinée au lit ou au fauteuil ou a besoin d'aide pour la toilette et l'habillement. La prévalence est évidemment croissante avec l'âge passant de 1,7 % chez les 65-69 ans à 35 % chez les 90 ans ou plus.

Les pouvoirs publics, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé et les familles doivent faire face à un problème majeur, celui de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. En matière de prise en charge, le maintien à domicile reste favorisé et majoritaire, la vie en institution ne progresse qu'aux grands âges. Outre les aides professionnelles, les aides informelles de la part de l'entourage et de la famille permettent le maintien à domicile de la personne âgée. L'entourage garde en effet une place prépondérante. L'aide sociale départementale ou les caisses de retraite, par l'aide ménagère à domicile, peuvent financer l'intervention à domicile d'un professionnel qui assure une aide matérielle dans les tâches de la vie courante (ménage, repassage etc.) et un soutien psychologique qui rompt l'isolement. La prestation spécifique dépendance (PSD) est remplacée par l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) au 1^{er} janvier 2002. L'objectif reste le même : l'aide à la vie quotidienne. Les dispositifs de soins (infirmières libérales, hospitalisation à domicile, services de soins à domicile) jouent un rôle complémentaire et essentiel pour assurer des soins. Leurs interventions visent à différer une hospitalisation ou faciliter le retour à domicile après un séjour à l'hôpital. Pour répondre aux besoins des personnes âgées pour qui le maintien à domicile n'est pas souhaité ou n'est plus possible, différents types d'établissements d'hébergement et/ou de soins proposent diverses offres d'accueil plus ou moins médicalisées pour près de 667 400 places au 1^{er} janvier 2004 : unités de soins de longue durée des établissements de santé (79 000 lits), maisons de retraite (433 400 places), logements-foyers (156 000 places).

Les capacités d'accueil progressent et l'institutionnalisation de la personne âgée est retardée par la croissance de l'espérance de vie sans incapacité, mais l'effectif des personnes âgées augmente en même temps. Ces établissements sont dotés depuis une vingtaine d'années de sections de cure médicale afin d'assurer des soins médicaux et paramédicaux (15 % des capacités d'accueil en logements-foyers et en maisons de retraite en métropole).

D'autres types d'accueil (accueil temporaire, accueil de jour, accueil familial, hébergement en petites unités, notamment pour les personnes désorientées) et d'autres services se sont développés (portage des repas, systèmes de télé-alarme ou garde à domicile).

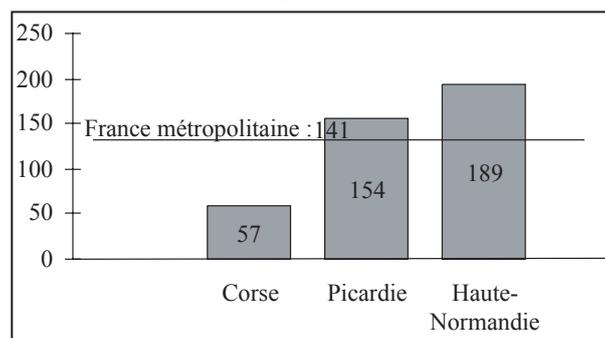
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- La Picardie présente un taux d'équipement en hébergement pour personnes âgées proche de la moyenne nationale.
- Le nombre de places en hébergement progresse, mais les taux d'équipement diminuent compte tenu de la progression importante du nombre de personnes âgées.
- Les équipements en hébergement médicalisé et en services de soins infirmiers à domicile sont un peu plus développés dans la région que sur l'ensemble du territoire.
- Près de 23 700 bénéficiaires de l'APA dont 54 % sont à domicile.

● Un taux d'équipement légèrement supérieur à la moyenne nationale

Au 1^{er} janvier 2004, la Picardie totalise 19 490 places en structures d'hébergement collectif pour personnes âgées (maisons de retraite, logements-foyers et soins de longue durée). Cette capacité représente 154 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, ce qui situe la Picardie au-dessus de la moyenne nationale (141) tout en restant nettement inférieure à la capacité observée en Haute-Normandie (189), région la mieux équipée.

Taux d'équipement ⁽¹⁾ en hébergement pour personnes âgées au 01/01/2004

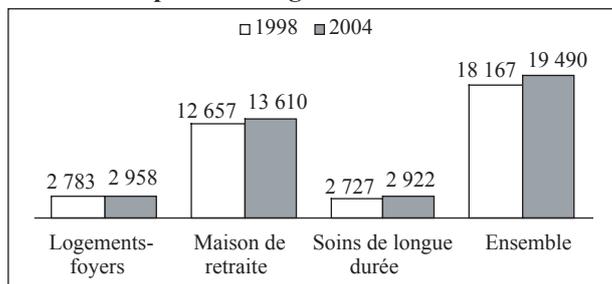


Sources : DRASS, DDASS, DREES, INSEE

⁽¹⁾ Nombre de places ou lits en maison de retraite, logements-foyers, unités de soins longue durée pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

LES ÉQUIPEMENTS ET AIDES POUR PERSONNES ÂGÉES

Évolution des capacités d'hébergement pour personnes âgées en Picardie



Sources : DRASS, DDASS, DREES

Évolution des taux d'équipement⁽¹⁾ pour personnes âgées

	1998		2004	
	Picardie	France	Picardie	France
Logements-foyers	26	40	23	33
Maisons de retraite	118	103	107	91
Soins de longue durée	25	20	23	17
Ensemble	169	163	154	141

Sources : DRASS, DDASS, DREES, INSEE

⁽¹⁾ Nombre de places ou lits en maisons de retraite, logements-foyers, unités de soins longue durée pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

Hébergement médicalisé pour personnes âgées en Picardie au 1/1/2004

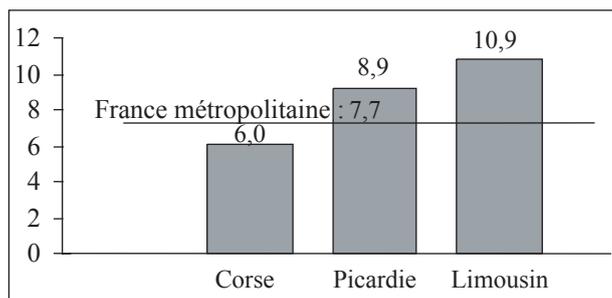
	Nb places	Taux d'équipement ⁽¹⁾	
		Picardie	France ⁽²⁾
Sections de cure médicale	2 336	18	19
Services de long séjour	2 922	23	17
Total	5 258	41	35

Sources : DRASS, DDASS, FINESS, INSEE

⁽¹⁾ Nombre de places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

⁽²⁾ France métropolitaine

Taux d'équipement⁽¹⁾ en services de soins à domicile au 01/01/2003



Sources : DRASS - DDASS - FINESS

(1) Nombre de places pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus

● Progression des capacités d'hébergement

Entre 1998 et 2004, le nombre de places en structures pour personnes âgées a progressé de +7,3 % en Picardie, progression un peu plus prononcée qu'en France (+2,5 %). Ce sont les places en maison de retraite (+7,5 %) et en soins de longue durée (+7,2 %) qui ont le plus progressé en Picardie. La capacité d'accueil en logements-foyers a quant à elle progressé de +6,3 % dans la région, alors qu'elle a faiblement diminué en France (-1,5 %).

À ces trois types d'hébergement s'ajoutent l'hébergement temporaire (103 places en Picardie) et l'accueil de jour (aucune place de ce type en Picardie).

● Mais diminution des taux d'équipement

En 2004, la Picardie paraît sur-équipée en places en maison de retraite (+18 %) et en lits de soins de longue durée (+38 %). Seul le taux d'équipement en logements-foyers est en dessous de la moyenne nationale. La croissance de l'effectif des personnes âgées (+18 %) étant plus importante que la croissance du nombre de places (+7 %), les taux d'équipement ont régressé sur la période 1998-2004 (-9 % pour l'ensemble).

Cependant, il faut tenir compte de la croissance de l'espérance de vie sans dépendance chez les personnes âgées qui permet de prolonger le maintien à domicile des aînés. Ces résultats sont donc à relativiser.

● Un équipement en hébergement médicalisé un peu plus important qu'en moyenne nationale

L'hébergement médicalisé cumule les lits des unités de soins de longue durée et ceux des sections de cure médicale (des maisons de retraite et des logements-foyers). La Picardie présente un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale. Il est cependant inférieur à la moyenne en section de cure médicale mais supérieur à la moyenne en services de long séjour. L'hébergement médicalisé s'est fortement développé depuis les années quatre-vingt-dix, traduisant la vocation plus médicale des maisons de retraite, dans lesquelles l'entrée se fait à un âge de plus en plus élevé et avec de plus en plus souvent des problèmes de dépendance.

● Des services de soins infirmiers à domicile un peu plus développés qu'en France

Les services de soins infirmiers à domicile ont pour vocation de prendre en charge la dépendance des personnes âgées, de retarder ou de prévenir l'hospitalisation. Ils apportent sur prescription médicale les soins infirmiers et d'hygiène nécessaires ainsi qu'une aide spécifique pour accomplir les actes essentiels de la vie. Au 1^{er} janvier 2004, 64 services de soins à domicile offrent une capacité de 2 400 places en Picardie, soit un taux d'équipement de 8,9 places pour 1 000 habitants âgés de 65 ans et plus. Ces services se sont développés, le nombre de places ayant progressé de 3 % entre 1998 et 2004.

LES ÉQUIPEMENTS ET AIDES POUR PERSONNES ÂGÉES

● 54 % des bénéficiaires de l'APA sont à domicile

Au 31 décembre 2003, près de 23 700 Picards bénéficiaient de l'APA soit un taux de bénéficiaires de 191 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus en Picardie. La région présente un taux faiblement supérieur à la moyenne nationale (166). Parmi l'ensemble des bénéficiaires, 46 % étaient pris en charge en établissement. Un an plus tôt, cette proportion s'élevait à 52 %. Alors qu'à l'instauration de l'APA, les bénéficiaires en établissement étaient plus nombreux que les bénéficiaires à domicile, la tendance s'est inversée et se confirme en 2004. Au 30 juin 2004, 57 % des bénéficiaires de l'APA sont à domicile en métropole.

Depuis le 1^{er} janvier 2002, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est versée aux personnes âgées de 60 ans ou plus dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à leur état physique ou mental. Non soumise à une condition de ressources, elle est versée directement aux particuliers qui en choisissent le mode d'intervention. Elle peut ainsi soit favoriser le maintien à domicile de la personne âgée soit contribuer au financement de son placement en institution. Elle remplace la prestation spécifique dépendance.

● Diminution du nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile

Depuis la mise en place de l'APA, l'aide ménagère à domicile est réservée aux personnes classées en GIR 5 et 6 (personnes indépendantes ou très peu dépendantes). Du fait de l'ouverture des droits de l'APA à un public plus large que celui de la PSD, une partie des personnes prises en charge par l'aide ménagère a pu prétendre à la nouvelle allocation. La diminution du nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile s'explique donc par la progression de l'APA.

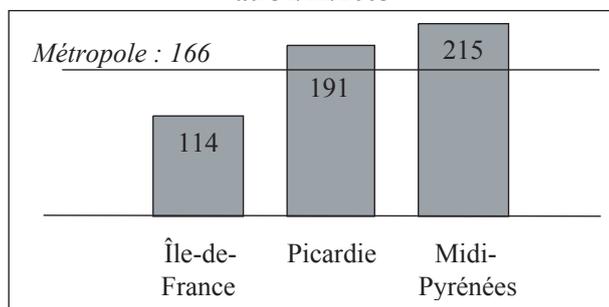
Seuls sont représentés ici le régime général, le régime agricole et l'aide sociale départementale. D'autres caisses peuvent financer des heures d'aides ménagères. Cette représentation n'est donc pas exhaustive de l'ensemble des bénéficiaires de l'aide ménagère.

Bénéficiaires de l'APA au 31/12/2003

	Picardie		France métropolitaine
	nb	%	nb
Domicile	12 892	54%	414 489
Institution	10 806	46%	350 212
Total des bénéficiaires	23 698	100%	764 701

Source : DREES

Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus au 31/12/2003



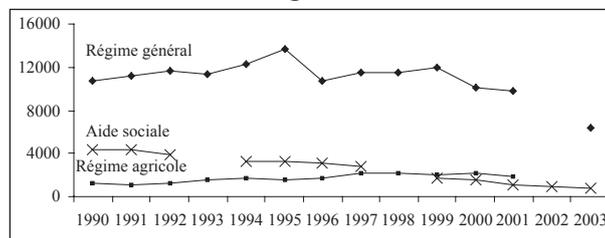
Sources : DREES, INSEE

Bénéficiaires de l'aide ménagère en Picardie au 31/12/2001

	Nombre
Régime général	6 438
Aide sociale	757
Régime agricole (au 31/12/2003)	1 890

Sources : DREES, CNAV, CCMSA, INSEE

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère en Picardie



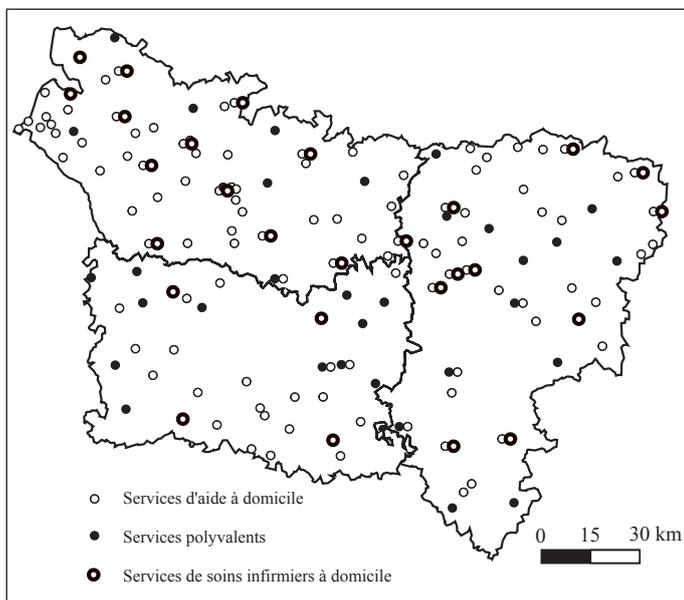
Sources : DREES, CNAV, CCMSA

Les structures d'hébergement collectif pour personnes âgées

- **Maison de retraite** : il s'agit d'un hébergement collectif de personnes âgées offrant un ensemble de prestations comprenant à la fois le logement, le repas et divers services spécifiques. Elle assure aussi bien l'hébergement complet que l'accueil de jour.
- **Logement-foyer** : il s'agit d'un groupe de logements autonomes assortis d'équipements et de services collectifs dont l'usage est facultatif. L'hébergement est à la charge de la personne âgée qui peut bénéficier de l'aide sociale ou de l'allocation logement.
- **Section de cure médicale** : elle est destinée à l'hébergement et à la surveillance médicale que nécessite l'état des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie mais dont l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation.
- **Unité de soins de longue durée** (anciennement services de long séjour) : il accueille des personnes âgées qui n'ont plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale continue.

LES ÉQUIPEMENTS ET AIDES POUR PERSONNES ÂGÉES

Services d'aide ou de soins à domicile pour personnes âgées en 2004



Sources : CRAM, DRASS, Conseils généraux 02, 60, 80, et DDTEFP

● Les services à domicile, très représentés dans la région

Les services d'aide ou de soins à domicile sont largement implantés au sein de la région. C'est notamment le cas des services d'aide à domicile qui sont répartis de façon relativement homogène sur tout le territoire régional. Les services de soins infirmiers à domicile sont moins nombreux et plus présents dans le nord de la région. Cette offre est également complétée par des services polyvalents.

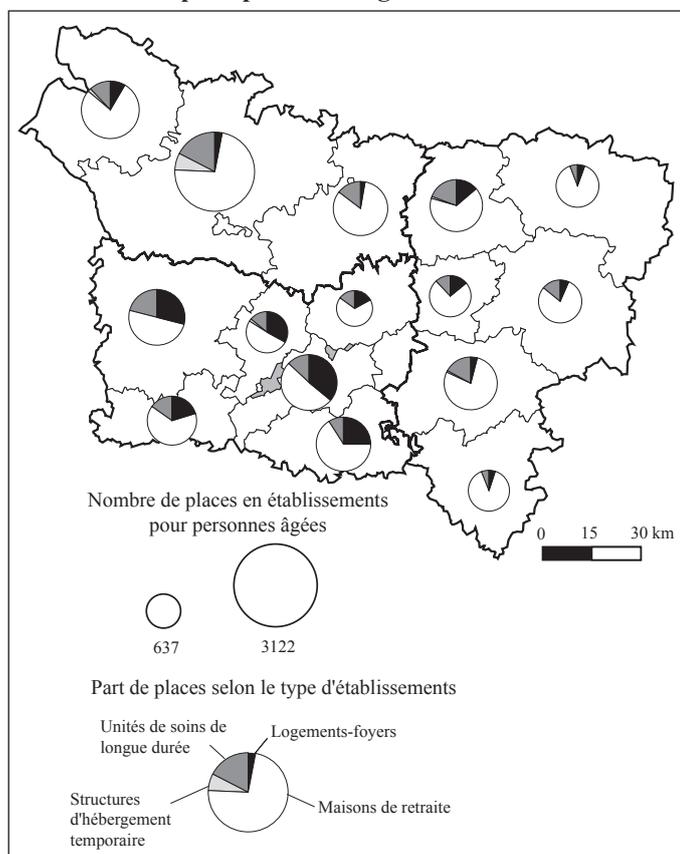
En outre, la région dispose de 24 centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC). Ils ont pour objectif de rassembler, en un lieu unique, toutes les informations relatives à l'aide aux personnes âgées.

● Près de 20 000 places en établissements pour personnes âgées dans la région

Ce sont les maisons de retraite qui sont le plus représentées parmi les établissements pour personnes âgées représentant, quel que soit le pays considéré, toujours plus de 50 % du nombre de places en établissement pour personnes âgées. Suivent les unités de soins et de longue durée alors que les places en structure d'hébergement temporaire sont beaucoup moins nombreuses.

Enfin, la Picardie compte 22 lieux de diagnostic de la maladie d'Alzheimer : 1 centre mémoire de ressource et de recherche (CMRR), 12 consultations mémoires, 6 hôpitaux de jour spécifiquement dédiés à cette pathologie et 3 autres lieux de diagnostic.

Nombre de places et type d'établissements pour personnes âgées en 2002



Sources : DRASS, Conseils généraux 02, 60, 80

CONTEXTE NATIONAL

Le registre des handicaps de l'enfant et l'observatoire périnatal du département de l'Isère (RHEOP) recense chaque année pour la génération des enfants âgés de 8 ans, la prévalence des déficiences sévères. Parmi les enfants nés en 1993, 0,99 % d'entre eux sont porteurs d'au moins une déficience neurosensorielle sévère à l'âge de huit ans. Les déficiences prises en compte sont les trisomies 21, les retards mentaux, les déficiences motrices nécessitant un appareillage et une rééducation continue et les infirmités motrices cérébrales, les cécités et les amblyopies bilatérales, les déficiences sévères et profondes de l'audition, les autismes et les psychoses infantiles.

Créées par la loi d'orientation du 30 juin 1975, les commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) ont pour rôle de reconnaître le handicap, de définir le taux d'incapacité, d'attribuer l'allocation d'éducation spéciale (AES) et d'orienter vers les structures médico-éducatives les enfants et jeunes handicapés de moins de 20 ans. L'AES est une prestation versée sans condition de ressources aux personnes qui ont la charge d'un enfant de moins de 20 ans handicapé avec un taux d'incapacité supérieur à 80 % ou compris entre 50 % et 80 % lorsqu'il est admis dans un établissement d'éducation spéciale. Au 31 décembre 2002, près de 135 000 familles bénéficiaient de l'AES. De fortes disparités s'observent entre les départements en termes de nombre de bénéficiaires et de montant moyen versé. Ainsi, les départements du Nord – Pas-de-Calais et de la Corse se distinguent par un nombre important de bénéficiaires. La progression du nombre de bénéficiaires constatée depuis quelques années serait attribuée à un repérage plus précoce des handicaps (l'âge moyen d'entrée dans le dispositif se réduit).

Au 31 décembre 2001, 2 892 établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés rassemblent un peu plus de 131 000 places. Plus de la moitié de la capacité (54 %) est offerte par des établissements pour enfants et adolescents déficients intellectuels. Les instituts de rééducation représentent 12 % des capacités et les établissements pour enfants et adolescents déficients moteurs 6 %. Enfin, 7 % des places sont situées dans des instituts d'éducation sensorielle. Parmi les jeunes accueillis, près de 3 % sont âgés de plus de 20 ans, ils sont maintenus dans les établissements malgré la limite d'âge en attente d'une place en structure de travail protégé ou d'hébergement pour adultes handicapés et ceci au titre de l'amendement Creton.

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ont pour vocation d'intervenir sur le lieu de vie ordinaire des jeunes. Ils interviennent en milieu scolaire mais également auprès d'enfants vivant à leur domicile. En fort développement depuis 1987, ils représentent aujourd'hui 18 % des capacités d'accueil. Malgré la progression du taux d'équipement global entre 1997 et 2001 (désormais de 8,4 places pour 1 000 habitants de 0 à 19 ans), les disparités géographiques restent importantes.⁽¹⁾

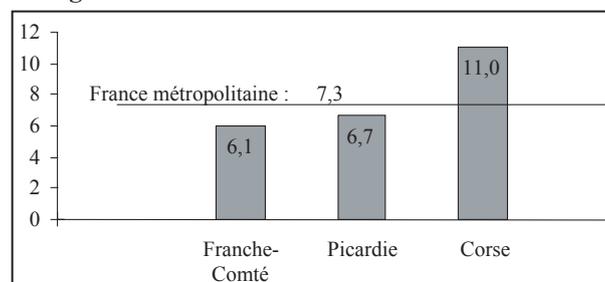
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Au 31 décembre 2002, 3 386 enfants bénéficiaient de l'allocation d'éducation spéciale en Picardie.
- Le nombre de bénéficiaires de l'allocation d'éducation spéciale progresse.
- En six ans, le nombre d'enfants handicapés intégrés dans les écoles a plus que doublé.
- Un équipement pour enfants et adolescents handicapés proche de la moyenne nationale.
- Au 31 décembre 2001, un peu plus de 4 000 enfants ou adolescents handicapés sont pris en charge dans un établissement spécialisé.

● Un taux de bénéficiaires de l'AES faiblement inférieur à la moyenne nationale

Au 31 décembre 2003, 3 386 enfants étaient bénéficiaires, par les caisses d'allocations familiales uniquement (hors versements MSA), de l'allocation d'éducation spéciale en Picardie. Rapporté au nombre de jeunes âgés de moins de 20 ans, cet effectif correspond à un taux de 6,7 bénéficiaires pour 1 000, soit un taux un peu plus faible que la moyenne nationale (7,3). La Picardie présente le 9^e taux le plus faible de Métropole.

Nombre de bénéficiaires de l'AES* pour 1 000 jeunes âgés de moins de 20 ans au 31 décembre 2003



Source : CNAF

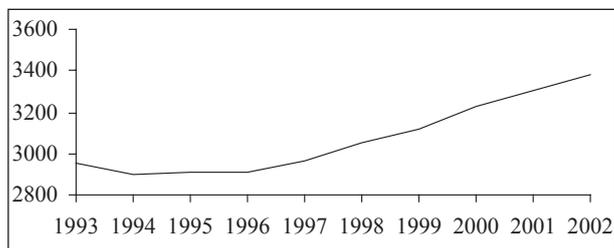
* Dans ce graphique, ne figurent pas les allocations versées par la MSA. En Picardie, 5 % des allocations d'éducation spéciale étaient versées par la MSA au 31/12/2002.

L'allocation d'éducation spéciale (AES) est une prestation familiale versée aux personnes qui ont la charge d'un enfant de moins de 20 ans atteint d'une incapacité permanente égale ou supérieure à 80 % ou comprise entre 50 et 80 % s'il est placé dans un établissement d'éducation spéciale ou bénéficie de soins spécialisés à domicile. Son financement est effectué par les caisses de sécurité sociale, CAF ou MSA.

⁽¹⁾ Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés en 2001, *Études et résultats* n°288, DREES, février 2004.

LES ENFANTS HANDICAPÉS

Évolution du nombre d'enfants bénéficiaires de l'AES en Picardie de 1993 à 2002



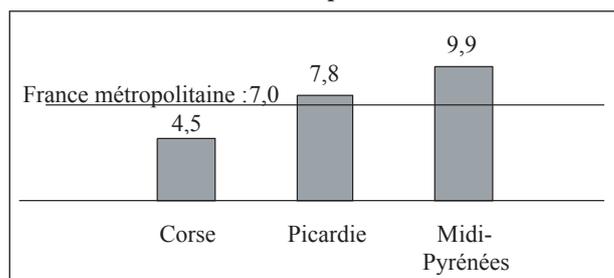
Sources : CAF, MSA

● Progression du nombre de bénéficiaires de l'allocation d'éducation spéciale (AES)

Entre 1993 et 2002, le nombre de bénéficiaires de l'AES a progressé de 15 %, soit un taux de croissance annuel moyen de +1,5 % en Picardie sur cette période. La croissance est un peu plus faible qu'en France, qui présente un taux de croissance annuel moyen de +1,9 % sur la période 1993-2001. Deux périodes se distinguent cependant. La progression débute en effet réellement en 1997. De 1993 à 1997, l'effectif est stagnant.

La croissance du nombre de bénéficiaires peut être rapprochée du fort développement de l'éducation précoce, qui encourage les parents à solliciter plus tôt une prise en charge, le bénéfice de l'AES intervenant plus rapidement que pour les générations précédentes.

Taux d'équipement global en établissements spécialisés pour enfants et adolescents handicapés au 01/01/2003



Sources : DRASS - DDASS - FINESS - ES - INSEE

● Un taux d'équipement global équivalent à la moyenne nationale

Au 1^{er} janvier 2003, la Picardie présente un taux d'équipement en structure d'accueil pour enfants et jeunes handicapés de 7,8 lits ou places pour 1 000 personnes âgées de moins de 20 ans.

Les établissements pour déficients mentaux et polyhandicapés représentent 81 % de la capacité d'accueil des établissements pour enfants et adolescents handicapés. Pour ce type d'établissement, la Picardie présente un taux d'équipement de 6,3 places contre 4,9 en France.

La Picardie paraît mieux lotie que l'ensemble du territoire en établissements pour déficients mentaux et polyhandicapés.

Entre 1998 et 2003, le nombre de places ou lits est resté relativement stable. Par type d'établissement, deux d'entre eux se distinguent par une augmentation forte de leur capacité d'accueil (+ de 30 % d'augmentation) : les établissements pour déficients sensoriels et les instituts de rééducation. Les établissements pour handicapés moteurs et pour déficients mentaux et polyhandicapés ont vu leur nombre de places diminuer entre les deux dates.

Nombre de lits ou places et taux d'équipement selon le type d'établissement en 1998 et 2003

	1998		2003			
	Places	Taux équipement	Étab.	Places	Taux équipement	
					Picardie	France
Déficients mentaux et polyhandicapés	3 415	6,5	46	3 201	6,3	4,9
Instituts de rééducation	357	0,7	8	484	1,0	1,0
Handicapés moteurs	80	0,2	1	68	0,1	0,5
Déficients sensoriels	132	0,3	3	217	0,4	0,6
Ensemble	3 984	7,6	58	3 970	7,8	7,0

Source : DRASS - Enquête ES - FINESS, INSEE

LES ENFANTS HANDICAPÉS

● Près de 4 000 enfants ou adolescents handicapés en établissements spécialisés

Au 31 décembre 2001, 4 011 enfants ou adolescents handicapés étaient pris en charge dans 68 établissements spécialisés en Picardie. Par rapport à 1996, l'effectif de présents a progressé de 2,1 % et le nombre d'établissements est passé de 70 à 68. L'enquête ES rapporte un taux d'occupation en Picardie de 96 % (contre 99 % en France). Le nombre d'établissements pour déficients intellectuels et polyhandicapés est inchangé entre 1996 et 2001, mais l'effectif de présents a progressé de 2,6 %. Le taux d'occupation est de 97 % en Picardie contre 100 % en France. En 2001, on compte deux instituts de rééducation en plus par rapport à 1996. Par contre, les instituts pour déficients auditifs sont au nombre de 3 en 2001 contre 7 en 1996.

Nombre d'enfants et adolescents présents dans les établissements spécialisés en Picardie en 2001

	Étab	Places	Effectifs	Évol 1996-2001	Taux d'occupation
Déficients intellectuels et polyhandicapés	52	3 365	3 278	0,7%	97,4%
Instituts de rééducation	8	487	482	44,3%	99,0%
Handicapés moteurs	1	88	88	2,3%	100,0%
Déficients visuels	0	-	-	-	0,0%
Déficients auditifs	3	270	207	-17,9%	76,7%
Sourds et/ou aveugles	0	-	-	-	0,0%
Ensemble	64	4 210	4 055	3,2%	96,3%

Source : DREES : Enquête ES 2001

Situation des enfants et adolescents handicapés accueillis dans les établissements de la région Picardie au 31 décembre 2001, *Études et Statistiques*, n° 2 DRASS de Picardie, décembre 2004

● 7 CAMSP dans la région

En 2003, la région dispose de 7 CAMSP, de 12 SESSD (services d'éducation spécialisée et de soins à domicile), de 5 SESSAD (services d'éducation spéciale et de soins à domicile) et d'un service de soutien spécifique à l'intégration scolaire.

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ont principalement trois missions : le conseil et l'accompagnement de la famille, l'aide au développement notamment psychomoteur et le soutien à l'intégration scolaire et sociale ainsi qu'à l'acquisition de l'autonomie.

Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ont pour mission la prévention, le dépistage, le traitement et la rééducation en cure ambulatoire des enfants handicapés de moins de six ans qui présentent des déficiences sensorielles, motrices ou mentales.

Les services Éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSD) ont pour finalité le maintien en milieu ordinaire des enfants et adolescents porteurs d'un handicap.

Nombre d'établissements en 2003 en Picardie

	Nombre de structures
CAMSP	7
SESSAD	5
SESSD	12
Service de soutien spécifique à l'intégration scolaire	1

Source : DRASS - FINESS

● Progression de l'effectif des enfants handicapés intégrés dans les écoles

À la rentrée 1999-2000, 855 enfants handicapés étaient intégrés dans un établissement scolaire en Picardie. 70 % d'entre eux l'étaient à temps plein. Le handicap le plus représenté est, largement, le handicap mental : près de 3 enfants sur 4. Le handicap moteur, à la 2^e place, ne concerne que 11 % des enfants.

En six ans, le nombre d'enfants handicapés intégrés dans les écoles a plus que doublé. Il est ainsi passé de 383 à la rentrée 1993 à 855 à la rentrée 1999.

Intégration individuelle des enfants handicapés dans les écoles maternelles et primaires selon le type de handicap en Picardie en 1999-2000

	Ensemble	%
Handicap mental	628	73,5%
Handicap moteur	93	10,9%
Déficient somatique	31	3,6%
Handicap auditif	76	8,9%
Handicap visuel	27	3,2%
Ensemble	855	100%

Source : ministère de l'éducation nationale

Les enfants handicapés scolarisés à temps plein, mais qui ont été admis directement dans l'école sans examen du dossier par la CCPE (commission consultative de l'enseignement préélémentaire et élémentaire) ou par la CDES (commission départementale de l'éducation spéciale) ne sont pas comptabilisés. Pourtant la déficience présentée par l'enfant peut être aussi importante que lorsque l'enfant est admis après passage en commission.

L'accueil des enfants handicapés, dépend en effet beaucoup du volontariat des enseignants et de la perturbation que cet accueil peut avoir sur l'organisation de la classe. La définition du type de handicap présenté par l'enfant n'utilise pas les classifications internationales. C'est le directeur de l'école qui définit le type de handicap selon les symptômes montrés par l'enfant ou en fonction des informations transmises par les parents ou le médecin de l'Éducation nationale.

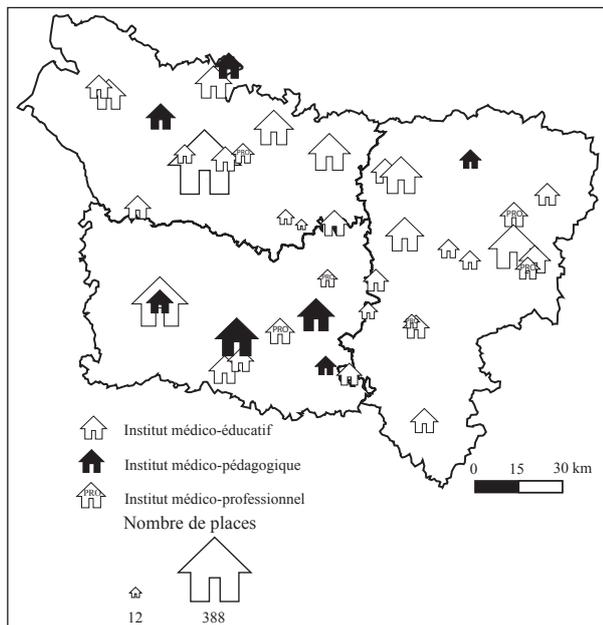
LES ENFANTS HANDICAPÉS

Établissements pour enfants handicapés en 2003



Source : DRASS (FINESS)

Établissements médico-éducatifs en 2003



Source : DRASS (FINESS)

Le centre régional pour l'enfance, l'adolescence et les Adultes inadaptés de Picardie (CREAI) s'est vu confier un travail visant à apporter un éclairage sur la situation actuelle en matière de prise en charge de l'autisme. L'« **Étude régionale sur l'autisme 2003-2004** » a ainsi permis de repérer les personnes autistes ou présentant des signes autistiques dans les secteurs médico-social et sanitaire ainsi que dans l'Éducation nationale et également d'analyser l'offre d'équipement existante en Picardie dans les secteurs enfant et adulte.

● Trois prises en charge masculines pour une prise en charge féminine

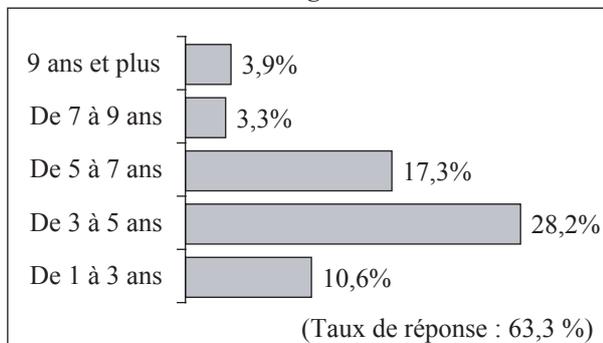
En Picardie, 40 places dans le secteur enfant sont financées pour l'accueil d'enfants autistes. L'enquête a permis de repérer 330 prises en charge d'enfants autistes ou présentant des signes autistiques répartis dans 34 structures. Le secteur médico-social (IME, EME, IMP, SESSAD, établissements pour enfants polyhandicapés et CMPP) rassemble 56 % des prises en charge et le secteur sanitaire 32 % (Hôpitaux, CATTP, CMP et services de psychiatrie infantile). Enfin, 11 % des enfants étaient pris en charge par l'Éducation nationale. Les garçons sont davantage concernés (76 % des prises en charges). Plus de la moitié des enfants est âgée de 7 à 14 ans au moment de l'enquête, les enfants âgés de 1 à 3 ans ne représentent qu'une part très faible des prises en charge (0,9 %). Ces résultats confirment la problématique de la prise en charge précoce et témoignent de la nécessité de favoriser la précocité d'une prise en charge spécialisée de l'autisme. Le diagnostic d'autisme est posé à un âge moyen de 5 ans, le dépistage précoce (avant l'âge de 3 ans) ne concernant que 10,6 % des enfants.

Répartition des prises en charge par type de structures

Type de structures	Nb	%
IME, IMP, EME	124	37,6
Hôpital de jour	79	23,9
Éducation nationale	37	11,2
CAMSP	22	6,7
SESSAD	16	4,8
CATTP	12	3,6
CMP	12	3,6
Étab. pour enfants polyhandicapés	11	3,3
IME, SESSD	9	2,7
CMPP	4	1,2
Service de psychiatrie infantile	4	1,2
Total	330	100

Source : CREAI de Picardie, Étude régionale sur l'autisme 2003-2004

Répartition des enfants selon l'âge au diagnostic



Source : CREAI de Picardie, Étude régionale sur l'autisme 2003-2004

CONTEXTE NATIONAL

L'enquête nationale HID (handicaps, incapacités, désavantages) est la première grande enquête exclusivement consacrée au phénomène du handicap. Elle a été réalisée par l'INSEE en 1998-2000, auprès d'un échantillon de 14 600 personnes vivant en institutions médico-sociales et 16 900 personnes vivant à domicile afin d'appréhender la situation sociale et les aides (financières, humaines etc.) dont bénéficient les personnes handicapées. D'après l'enquête, 3,4 millions de personnes ont une reconnaissance administrative de leur handicap (par la sécurité sociale, la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel -COTOREP-, l'armée ou une société d'assurance) et 701 000 personnes sont reconnues comme «travailleur handicapé» (soit 2,8 % des actifs de 20-59 ans). Diverses prestations sociales spécifiques sont accordées aux personnes handicapées. La COTOREP, créée par la loi d'orientation du 30 juin 1975 et implantée dans chaque département, est au centre du dispositif jusque l'âge de 60 ans. Elle est chargée d'évaluer le taux d'incapacité ouvrant droit aux aides financières, d'attribuer le titre de « travailleur handicapé » et d'orienter vers un établissement d'hébergement ou un service le plus adéquat possible. Au-delà de 60 ans, les aides à la perte d'autonomie relèvent des conseils généraux qui financent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Au 1^{er} janvier 2004, plus de 741 000 personnes perçoivent l'allocation aux adultes handicapés (AAH) en France métropolitaine, soit 23 allocataires pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans. Servie dans le cas où le handicap survient alors que la personne est inactive, cette allocation est versée sous conditions de ressources aux personnes âgées de 20 à 59 ans. Les personnes handicapées âgées de 20 à 59 ans ayant besoin de l'aide d'une tierce personne pour la vie quotidienne peuvent également percevoir l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP), relevant de l'aide sociale des départements.

La loi du 10 juillet 1987 soumet les employeurs de plus de 20 salariés à une obligation d'employer 6% de travailleurs handicapés. Si cette proportion n'est pas atteinte, les entreprises doivent soit cotiser à un fond (AGEFIPH) dont l'argent est ensuite redistribué pour favoriser l'emploi des personnes handicapées, soit recourir à des travaux de sous-traitance vers des entreprises du secteur adapté (centres d'aide par le travail - CAT - et ateliers protégés, structures destinées aux personnes handicapées qui ne trouvent pas d'emploi dans le secteur ordinaire). Les CAT sont des établissements sociaux, les travailleurs handicapés n'ayant pas un statut de salarié et ne relevant pas du Code du travail. Le nombre de places en CAT est de 97 478 en 2003 en France métropolitaine. Les ateliers protégés ont un statut d'entreprise et bénéficient de subventions publiques pour compenser la moindre productivité des personnes handicapées. La capacité d'accueil en atelier protégé progresse, atteignant 17 143 en 2003. À côté des établissements de travail adapté, différentes structures d'accueil offrent un hébergement permanent et/ou des soins. Les deux tiers de la capacité se trouvent en foyers occupationnels ou foyers de vie. Les personnes ayant besoin d'une prise en charge médicalisée sont hébergées dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ainsi que dans les foyers d'accueil médicalisés (anciennement foyers à double tarification) offrant respectivement 15 578 et 9 312 places. L'offre actuelle en équipement est insuffisante pour répondre aux besoins actuellement identifiés par les COTOREP.

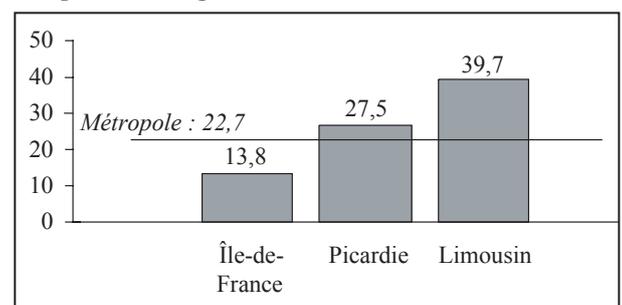
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Près de 28 200 bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés au 1^{er} janvier 2004.
- Un taux d'équipement en établissements de travail protégé supérieur à la moyenne nationale.
- Près de 4 300 handicapés travaillent en milieu protégé et 1 500 logent en foyer d'hébergement.
- Environ 1 900 adultes lourdement handicapés sont pris en charge en foyers de vie, foyers médicalisés ou maison d'accueil spécialisée.

● 2,8 % de la population adulte bénéficie de l'allocation aux adultes handicapés

Au 1^{er} janvier 2004, 28 160 Picards bénéficiaient de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Avec 28 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans, la région présente un taux supérieur à la moyenne nationale (23 bénéficiaires). Les situations régionales sont d'une extrême diversité. Le nombre de bénéficiaires de l'AAH a progressé de 22 % entre 1999 et 2004. En métropole, l'évolution est un peu moins prononcée (+14 %).

Nombre de bénéficiaires de l'AAH pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans au 01/01/2004



Sources : CNAF - CCMSA, INSEE

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est destinée aux personnes atteintes d'une incapacité d'au moins 80 % ou comprise entre 50 et 80 % lorsqu'elles sont dans l'impossibilité de se procurer un emploi. Elle est accordée sous condition de ressources et son versement est effectué par les caisses de sécurité sociale (CAF ou MSA : 599,49 € par mois au 1^{er} janvier 2005) tout en étant financée par l'État. À noter qu'un complément d'AAH peut être versé si le taux d'incapacité atteint au moins 80% et que la personne handicapée occupe un logement ouvrant droit à une aide au logement. Il vise à couvrir les dépenses supplémentaires pour l'acquisition d'une vie autonome à domicile et s'élève à 95,92 €.

LES ADULTES HANDICAPÉS

Nombre de personnes âgées de moins de 60 ans bénéficiant de l'ACTP

	31/12/01	31/12/03
Picardie	3 736	2 676*

Sources : DREES

*au 31/12/03, Oise et Somme uniquement

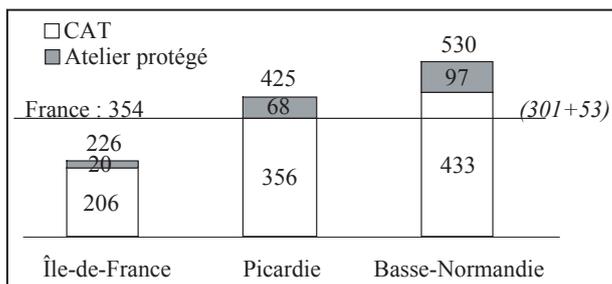
L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) est destinée aux personnes handicapées dont l'état nécessite l'aide d'une tierce personne pour les actes de la vie courante ou bien aux personnes pour lesquelles l'exercice d'une activité professionnelle entraîne des frais supplémentaires liés à leur handicap. Elle est versée sous conditions de ressources et relève de l'aide sociale départementale.

● Plus de 3 700 bénéficiaires de l'allocation compensatrice chez les moins de 60 ans

Au 31 décembre 2001, la Picardie compte 3 736 personnes âgées de moins de 60 ans bénéficiant de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). Il s'agit à 89 % de personnes à domicile. En 1996, le nombre de bénéficiaires âgés de moins de 60 ans s'élevait à 4 972, soit une diminution de 25 % en cinq ans.

Seuls les bénéficiaires âgés de moins de 60 ans sont inclus dans le tableau. Avec la loi du 24 Janvier 1997, l'ACTP accordée aux personnes de plus de 60 ans a été remplacée par la prestation spécifique dépendance (PSD), prestation elle-même remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) depuis la loi du 20 juillet 2001. Les personnes ayant obtenu l'ACTP avant l'âge de 60 ans peuvent en conserver le bénéfice.

Nombre de places en établissements de travail protégé pour 100 000 personnes âgées de 20 à 59 ans au 01/01/03



Sources : DRASS - DREES, INSEE

Nombre de personnes dans les établissements de travail protégé en Picardie au 31/12/2001

	Effectifs	Places	Taux occupation	
			Picardie	France
CAT (54 étab.)	3 621	3 647	99,3%	98,1%
Atelier protégé (17 étab.)	691	695	99,4%	107,8%
Ensemble	4 312	4 342	99,3%	99,4%

Source : DREES : Enquête ES 2001

● Un taux d'équipement en établissements de travail protégé au-dessus de la moyenne nationale

Il existe deux types de structures de travail protégé : les ateliers protégés et les centres d'aide par le travail (CAT). Au 1^{er} janvier 2003, 18 ateliers protégés offrent 696 places et 54 CAT se partagent 3 624 places en Picardie.

La région compte ainsi 425 places en établissements de travail protégé pour 100 000 adultes âgés de 20 à 59 ans. Ce taux d'équipement place la Picardie 8^e au classement des régions métropolitaines les plus dotées. Pour les deux types de structures, les taux d'équipement picards sont supérieurs aux moyennes nationales. Entre 1998 et 2003, le nombre de places en établissements de travail protégé a progressé de 21 % pour les ateliers protégés et de 8 % pour les CAT.

Enfin, on compte un centre de rééducation professionnelle (CRP) en Picardie offrant près de 180 places au 1^{er} janvier 2003.

L'enquête ES 2001 rapporte un taux d'occupation de 99,3 % en Picardie, taux proche de la moyenne nationale. Les places en ateliers protégés peuvent être occupées par plusieurs personnes étant donné que le travail à temps partiel est possible.

Enfin, le centre de rééducation professionnelle accueillait 173 Picards handicapés, soit un taux d'occupation de 96 % dans la région (contre 76 % en France).

Entre 1996 et 2001, l'effectif des travailleurs a progressé en ateliers protégés de 52 % et de 16 % en CAT.

Structures de travail protégé

Les **ateliers protégés** sont des unités de production soumises aux contraintes de l'économie de marché, mais pouvant bénéficier de subventions de fonctionnement. La capacité de travail exigée est au moins égale au 1/3 de la capacité normale.

Les **centres d'aide par le travail (CAT)** ont une vocation plus sociale que les ateliers protégés. Ils sont financés au titre de l'aide sociale de l'État par le biais d'une dotation globale de fonctionnement (DGF). La capacité de travail y est inférieure au tiers de la capacité normale.

Les **centres de rééducation professionnelle (CRP)** dispensent une formation, qualifiante ou non, aux personnes handicapées en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle (en milieu de travail ordinaire ou protégé). Ces institutions médico-sociales sont financées par l'Assurance maladie.

LES ADULTES HANDICAPÉS

● Un taux d'équipement en foyers d'hébergement proche de la moyenne nationale

Les foyers d'hébergement accueillent en fin de journée et en fin de semaine des personnes handicapées qui travaillent. Au 1^{er} janvier 2003, la Picardie comptait 1 482 places pour travailleurs handicapés dans 53 foyers d'hébergement. La capacité d'accueil est en augmentation de 6,8 % par rapport à 1999. La Picardie présente un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale.

L'enquête sociale 2001 rapporte un taux d'occupation des foyers d'hébergement de 98 % en Picardie contre 94 % en France métropolitaine. Entre 1996 et 2001, on note une progression de +6 % de l'effectif de travailleurs logés en foyers d'hébergement : ils étaient 1 433 en 1996 contre 1 514 en 2001.

● Près de 1 950 places en établissements pour personnes lourdement handicapées

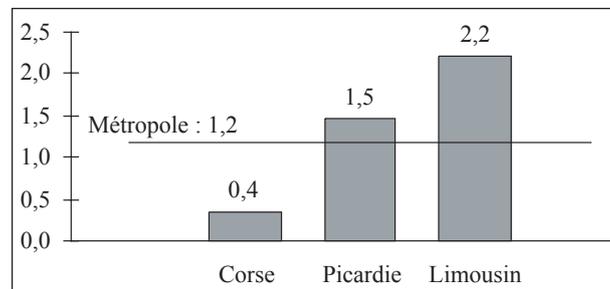
Trois types d'établissements répondent aux besoins d'hébergement des adultes handicapés. Pour ces établissements, la Picardie présente un taux d'équipement (192 places pour 100 000 habitants âgés de 20 à 59 ans) faiblement supérieur à la moyenne nationale (188). Au 1^{er} janvier 2003, la région compte 11 maisons d'accueil spécialisées offrant une capacité de 437 places, soit un taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale. Les places en foyers occupationnels sont au nombre de 1 387 en Picardie pour 44 établissements. Le taux d'équipement picard est supérieur à la moyenne nationale. Enfin, les foyers d'accueil médicalisés de création plus récente ne sont qu'au nombre de 4 en Picardie, pour une capacité de 125 places. Le taux d'équipement est inférieur en Picardie par rapport à l'ensemble du territoire.

L'enquête sociale 2001 rapporte un taux d'occupation de 98 % en foyer de vie et de 97 % en MAS, taux égaux aux moyennes nationales. Quant aux foyers d'accueil médicalisés, les places sont occupées à 95 % en Picardie (contre 98 % en France).

L'effectif pour ces établissements est passé de 20 à 125 entre 1996 et 2001, leur création récente expliquant cette forte évolution. Un seul établissement de ce type existait en 1996 contre 4 aujourd'hui. L'effectif de présents a progressé de +21 % entre 1996 et 2001 en MAS et de +18 % pour les foyers de vie.

Taux d'équipement en foyers d'hébergement au 01/01/2003

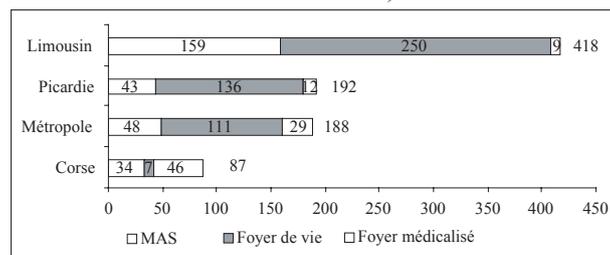
(Nombre de places pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans)



Sources : DRASS, DREES, INSEE

Taux d'équipement pour adultes handicapés au 01/01/2003

(Nombre de places pour 100 000 personnes âgées de 20 à 59 ans)



Sources: DRASS - DREES, INSEE

Occupation des établissements d'accueil pour adultes lourdement handicapés en Picardie au 31/12/2001

	Effectifs	Places	Taux d'occupation	
			Picardie	France
Foyers de vie (46 étab.)	1358	1387	98%	98%
MAS (11 étab.)	426	437	97%	97%
Foyers d'accueil médicalisés (4 étab.)	119	125	95%	98%
Ensemble	1 903	1 949	98%	98%

Source : DREES : Enquête ES

Structures d'hébergement

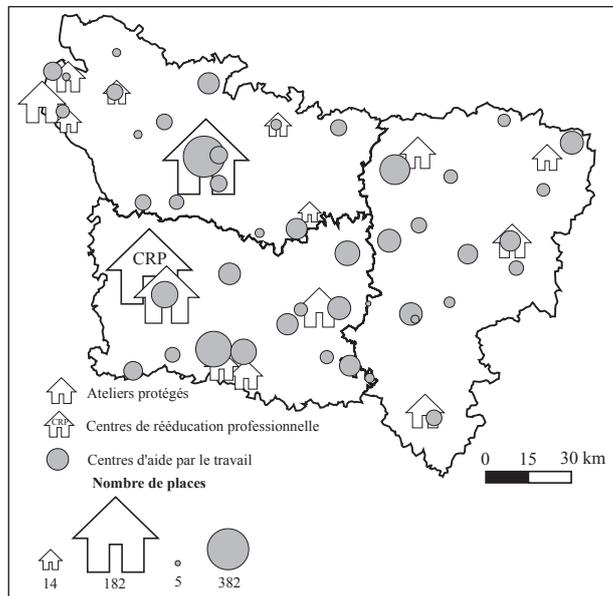
Les **foyers de vie (ou foyers occupationnels)**, reçoivent des adultes lourdement handicapés qui disposent d'une autonomie ne justifiant pas leur admission en maison d'accueil spécialisée, mais qui ne sont pas aptes à un travail productif. Ces structures sont financées par les conseils généraux.

Les **maisons d'accueil spécialisées (MAS)** reçoivent des personnes handicapées adultes qui n'ont pas d'autonomie, dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Elles sont financées à 100 % par les organismes de sécurité sociale.

Les **foyers d'accueil médicalisé (FAM)** (anciennement foyers à double tarification) sont des unités pour adultes lourdement handicapés et polyhandicapés. Inaptes à toute activité à caractère professionnel, leur dépendance les oblige à recourir à l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence et nécessite une surveillance médicale ou des soins constants. Leur appellation d'origine provient de leur mode de financement conjoint par l'Assurance maladie (pour les soins, les personnels et les matériels médicaux ou paramédicaux) et par l'aide sociale départementale (pour la partie hébergement et l'animation).

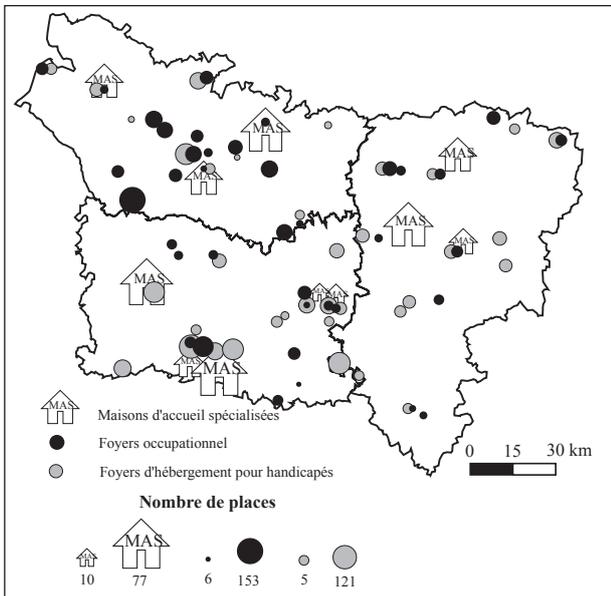
LES ADULTES HANDICAPÉS

Ateliers protégés, centres d'aide par le travail et centre de rééducation professionnelle en 2003



Sources : DRASS (FINESS)

Maisons d'accueil spécialisées, foyers occupationnels et foyers d'hébergement pour handicapés en 2003



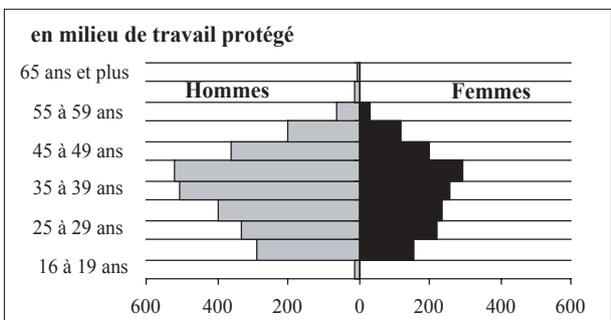
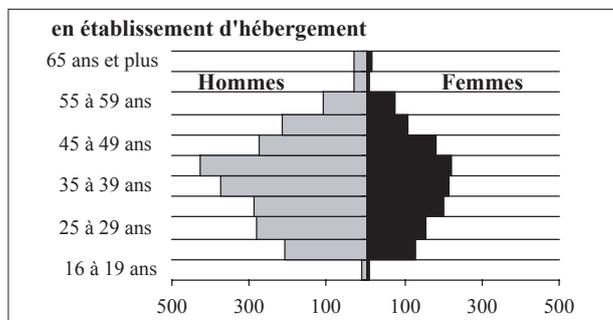
Sources : DRASS (FINESS)

L'enquête établissements sociaux (ES) est une enquête exhaustive réalisée par la DREES auprès des établissements pour personnes handicapées. Au 31 décembre 2001, la population des adultes handicapés accueillis dans les établissements de Picardie est au nombre de 6 219. La comparaison avec les résultats de l'enquête ES 1995 met en évidence une tendance au vieillissement de la population handicapée.

● Vieillesse de la population handicapée accueillie en établissements

Les hommes sont prédominants dans la population des personnes handicapées que ce soit en structures d'hébergement ou en structures de travail protégé. Une tendance au vieillissement de la population handicapée s'observe dans les deux types de structures. En établissements d'hébergement, l'âge moyen des personnes handicapées est différent selon le type de structure d'accueil : dans les MAS et les FAM, il s'élève à 37,5 ans contre 53 ans pour les foyers occupationnels. En 2002, 52 % de la population accueillie en structure d'hébergement a moins de 40 ans contre 65,5 % en 1995. En milieu de travail protégé, l'âge critique où se pose le problème du vieillissement de la population handicapée selon les professionnels du secteur est de 40 ans. La classe modale est celle des 40-44 ans. En 1995, 73 % des personnes handicapées exerçant une activité professionnelle avaient moins de 40 ans contre 56 % en 2001. Le CREA⁽¹⁾ de Picardie a également exploité ces données pour souligner cette tendance, données complétées par une approche qualitative par des entretiens et des visites d'établissements⁽²⁾.

Pyramide des âges des adultes handicapés accueillis au 31/12/2001



Source : Enquête ES (2001) - DREES

Situation des adultes handicapés accueillis dans les établissements de la région Picardie au 31 décembre 2001, *Étude et Statistiques*, DRASS de Picardie, n°1 novembre 2004

⁽¹⁾ Centre Régional pour l'enfance, l'adolescence et les adultes inadaptés

⁽²⁾ *Étude régionale et interdépartementale sur le vieillissement des personnes handicapées accueillies dans les établissements médico-sociaux picards*, CREA⁽¹⁾ de Picardie, 2003

CONTEXTE NATIONAL

La notion de « nouvelle pauvreté » est apparue au début des années quatre-vingt. Aux formes traditionnelles de pauvreté, liées à la faiblesse des revenus, s'ajoutent des formes plus récentes liées aux conditions de vie. Parce qu'elles cumulent de nombreux désavantages dans divers domaines (tels que l'emploi, le logement, la protection sociale, la formation, la santé), les personnes en situation de précarité sont exclues des habitudes et des activités de la société dans laquelle elles vivent et sont souvent dans l'impossibilité d'exercer leurs droits fondamentaux. Mesurer la précarité présente alors des difficultés qui tiennent à la définition même de cette notion, à la diversité des situations vécues et aux sources d'information disponibles. Le manque de ressources financières des individus ou des ménages reste malgré tout le critère le plus utilisé. La pauvreté se définit alors en fonction d'un seuil minimal de survie.

Depuis une dizaine d'années se substitue progressivement à une population pauvre, traditionnellement âgée, rurale et isolée (agriculteurs, petits artisans et commerçants), une pauvreté jeune et urbaine, composée de jeunes ménages, d'ouvriers, d'employés et de familles monoparentales.

Les allocations d'assistance sont attribuées en dessous d'un certain niveau de ressources et proviennent essentiellement de 8 prestations : l'allocation adulte handicapé (AAH, qui concernent près de 727 000 allocataires au 1^{er} janvier 2003 en métropole), l'allocation de parent isolé (API, près de 164 000 allocataires au 1^{er} janvier 2003), l'allocation d'insertion (AI), l'allocation de solidarité spécifique (ASS, près de 359 000 bénéficiaires à cette même date), l'allocation supplémentaire invalidité, l'allocation de veuvage, l'allocation supplémentaire vieillesse – versée par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV, ex-FNS) – et le revenu minimum d'insertion (RMI). Depuis 1989, année de sa création, le nombre des bénéficiaires du RMI a été multiplié par trois passant de 335 500 à plus de 1 million au 30 juin 2004.

Les politiques mises en œuvre pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion s'inscrivent désormais dans un cadre global, durable et cohérent. La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions comprend un ensemble de dispositions visant une amélioration des prestations destinées aux personnes en difficulté : revalorisation des minima sociaux, indexation sur les prix de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et de l'allocation d'insertion (AI), possibilité de cumul des minima sociaux avec une activité professionnelle à temps réduit. L'ensemble de ces dispositions vise à empêcher que les plus démunis se retrouvent sans ressources, limitant ainsi le processus d'exclusion.

Afin de renforcer l'accès aux soins des populations en situation de précarité, deux dispositifs en vue de généraliser la protection sociale de base ont été instaurés par la loi du 27 juillet 1999 : la couverture maladie universelle (CMU) de base et la CMU complémentaire. Depuis janvier 2000, toutes les personnes résidant en France de façon stable et régulière bénéficient ainsi de l'assurance maladie grâce à la mise en place de la CMU de base. Au 1^{er} janvier 2003, la CMU de base concernait près de 1,2 million de personnes et la CMU complémentaire près de 3,9 millions. Une protection complémentaire de santé peut être accordée gratuitement, sous condition de ressources.

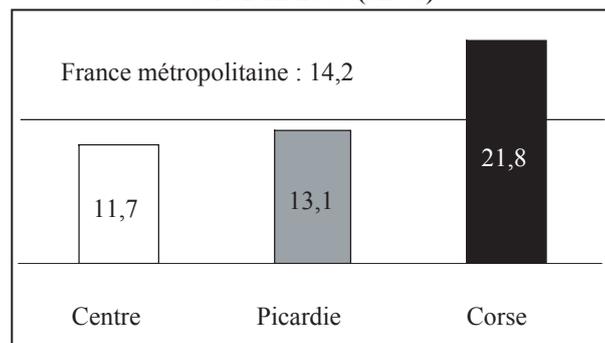
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- 13,1 % des ménages picards allocataires des caisses d'allocations familiales sont totalement dépendants des prestations légales.
- Depuis 1989, le nombre de bénéficiaires du RMI et de l'AAH progresse, alors que le nombre de bénéficiaires de l'ASV diminue.
- Des bénéficiaires du RMI ayant des enfants proportionnellement plus nombreux en Picardie que sur l'ensemble du territoire.

● 13,1 % des ménages allocataires des caisses d'allocations familiales totalement dépendants des prestations légales

Au 31 décembre 2000, 13,1 % des ménages allocataires des caisses d'allocations familiales tirent la totalité de leurs revenus des prestations légales et en sont donc fortement dépendants. Cette proportion est inférieure à la moyenne nationale. Elle a augmenté depuis 1997 pour la région comme pour la France métropolitaine, les proportions s'élevaient respectivement à 12,5 % et 12,7 %. La région présentant le taux le plus faible est le Centre avec 11,7 % et celle présentant le taux le plus élevé est la Corse avec un taux de 21,8 %.

Part des ménages dont les prestations légales représentent la totalité des ressources au 31/12/2000 (en %)



Source : CNAF

LES BÉNÉFICIAIRES DES MINIMA SOCIAUX

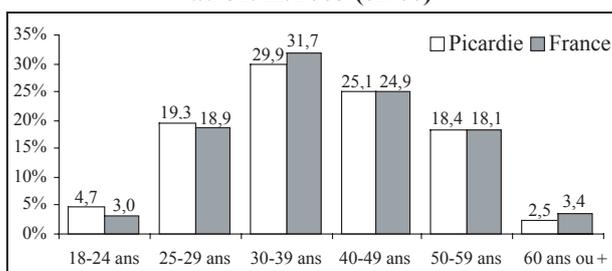
Allocataires du RMI selon l'âge et taux d'attribution pour 100 personnes au 31/12/2003

	Picardie		France	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux
18-24 ans	1 245	0,7	29 552	0,5
25-29 ans	5 122	4,2	184 165	4,7
30-39 ans	7 924	2,9	308 829	3,6
40-49 ans	6 657	2,4	242 878	2,9
50-59 ans	4 884	2,2	176 835	2,4
60 ans et plus	672	0,2	33 013	0,3
Ensemble	26 505*	1,9	975 272	2,1

Sources : BCA, PRM PMA CAF, INSEE

* dont un bénéficiaire dont l'âge est inconnu

Répartition des allocataires du RMI selon l'âge au 31/12/2003 (en %)



Sources : BCA, PRM PMA CAF

Répartition des bénéficiaires du RMI par type de famille au 31/12/2003

Type de famille	Picardie		France
	Nb	%	%
Couples sans enfant	1 097	4,1	3,7
Couples 1 enfant	1 421	5,4	4,1
Couples 2 enfants	1 403	5,3	4,0
Couples 3 enfants et +	1 968	7,4	5,3
Total couples	5 889	22,2	17,0
Isolés 1 enfant	3 709	14,0	12,8
Isolés 2 enfants et plus	3 672	13,9	11,7
Total familles monoparentales	7 381	27,8	24,5
Hommes sans enfant	8 150	30,7	20,7
Femmes sans enfant	5 085	19,2	37,7
Total personnes seules	13 235	49,9	58,4
Total	26 505	100	100

Sources : BCA, PRM PMA CAF

● Près de la moitié des allocataires du RMI a entre 25 et 39 ans

Au 31 décembre 2003, la Picardie compte 26 505 allocataires du RMI (allocataires des caisses d'allocation familiales uniquement, soit 98 % du total des allocataires). La population des allocataires est relativement jeune : 49,2 % ont entre 25 et 39 ans (50,5 % au niveau national).

En Picardie comme en France, le taux d'allocataires est à son maximum pour la classe d'âge 25-29 ans avec respectivement 4,2 et 4,7 allocataires pour 100 personnes de cette tranche d'âge. Avant l'âge de 25 ans et après 60 ans, les taux sont très faibles : les jeunes de moins de 25 ans ne peuvent prétendre au RMI que si ils ont un enfant à charge et après l'âge de 60 ans, l'ASV (allocation supplémentaire vieillesse) prend généralement le relais.

● Des allocataires âgés de moins de 25 ans plus nombreux en Picardie qu'en France

Le graphique ci-contre souligne le poids plus important en Picardie qu'en France des 18-24 ans (4,7 % dans la région contre 3,0 % en France), du fait de nombreux allocataires âgés de moins de 25 ans avec au moins un enfant à charge. Par contre, les 30-39 ans sont moins nombreux en Picardie (29,9 %) qu'en France (31,7 %).

● Les personnes seules moins représentées parmi les allocataires du RMI en Picardie qu'en France

Concernant uniquement les allocataires des caisses d'allocation familiales, la moitié des allocataires du RMI sont des personnes seules en Picardie contre 58 % en France. Les familles sont particulièrement concernées en Picardie, et surtout les couples avec une proportion picarde supérieure de 5 points à la moyenne nationale. Les couples et familles avec enfants représentent 46 % des allocataires en Picardie contre 38 % en France.

Parmi les personnes seules, les hommes représentent 62 % des allocataires.

LES BÉNÉFICIAIRES DES MINIMA SOCIAUX

● Des bénéficiaires de l'AAH plus nombreux en Picardie que sur l'ensemble du territoire

Le taux de bénéficiaires de l'AAH est plus élevé en Picardie (1,9 pour 100 personnes âgées de 18 à 59 ans) qu'en France (1,6). L'API, versée aux personnes seules assurant la charge d'un ou plusieurs enfants concerne près de 6 400 Picards au 1^{er} janvier 2003, soit 0,5 % de la population âgée de 18 à 59 ans, proportion proche de la moyenne nationale (0,4). La proportion de bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique n'est de même pas très différente de la moyenne nationale.

Au 30 juin 2004, 29 210 Picards bénéficient du RMI, soit 2,1 % des personnes âgées de 18 à 59 ans, proportion un peu inférieure à la moyenne nationale (2,3 %).

En ce qui concerne l'ASV, la Picardie présente un taux inférieur à la moyenne nationale : 4,6 % de la population picarde âgée de 65 ans ou plus bénéficie de l'ASV contre 5,4 % pour la France.

Bénéficiaires d'allocations attribuées en dessous d'un niveau de ressources au 01/01/2003

Type d'allocation	Picardie	France
AAH	27 303	726 693
% pop 18 à 59 ans	1,9	1,6
API	6 384	164 059
% pop 18 à 59 ans	0,5	0,4
ASS	12 471	359 023
% pop 18 à 59 ans	0,9	0,8
RMI (au 30/06/2004)	29 210	1 041 026
% pop 18 à 59 ans	2,1	2,3
ASV (au 31/12/2003)	12 455	529 205
% pop 65 et plus	4,6	5,4

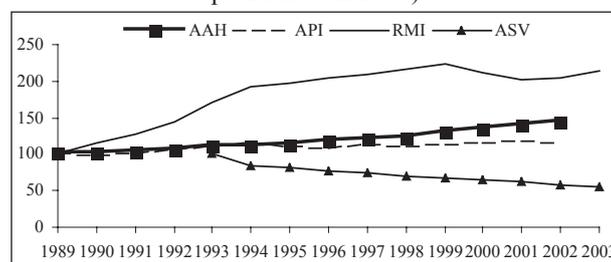
Sources : DREES, CNAF, CCMSA, INSEE

● Progression du nombre de bénéficiaires du RMI et de l'AAH

Le nombre d'allocataires de l'ASV est en nette régression depuis 1993 en Picardie, il a baissé de 45 % en dix ans. En revanche, depuis 1989, les effectifs de bénéficiaires de l'AAH et de l'API ont augmenté, respectivement de 45 % et 15 %.

L'accroissement le plus net des effectifs concerne les allocataires du RMI, leur nombre a plus que doublé entre 1989 et 2003.

Évolution du nombre de bénéficiaires des allocations d'assistance en Picardie du 31/12/1989 au 31/12/2003 (base 100 en 1989 pour AAH, API, RMI et base 100 pour ASV en 1993)



Sources : DREES, CNAF, CCMSA

Conditions d'attribution des allocations d'assistance :

AAH (Allocation aux adultes handicapés loi du 1/10/1975) : Pour en bénéficier, il faut avoir entre 20 et 60 ans (ou 16 à 20 ans et n'être plus à charge) et une incapacité permanente d'au moins 80 % ou comprise entre 50 et 80 % et être reconnu inapte au travail par la commission technique pour l'orientation et le reclassement des handicapés (COTOREP), ne pas bénéficier d'un avantage vieillesse, d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail d'un moment supérieur à celui de l'AAH. Lorsque cet avantage est d'un moment inférieur, l'AAH est réduite du même montant. Il ne faut pas percevoir de ressources dépassant le plafond annuel des ressources, soit 7 102,71 € pour une personne seule.

API (Allocation de parent isolé loi du 9/7/1976) : Elle s'adresse aux personnes seules pour assurer la charge d'un ou plusieurs enfants. Elle est également accordée aux femmes seules célibataires qui attendent un enfant. L'API est versée jusqu'à ce que le plus jeune des enfants ait atteint l'âge de 3 ans. La moyenne des ressources mensuelles des 3 derniers mois doit être inférieure à 542,06 € pour une femme enceinte, cette somme est majorée de 180,69 € par enfant à charge (montants valables au 1^{er} janvier 2005).

RMI (Revenu minimum d'insertion loi du 1/12/1988) : Il s'adresse aux personnes ayant un niveau de ressource qui ne leur permet pas de vivre correctement et qui empêche toute action autonome d'insertion. Ces personnes doivent avoir au moins 25 ans (18 à 25 ans s'ils ont au moins un enfant à charge). L'ouverture du droit au RMI est subordonnée au fait que les ressources du bénéficiaire doivent être inférieures au montant du RMI auquel il peut prétendre : 425,40 € par mois au 1^{er} janvier 2005 pour une personne seule.

ASV (Allocation supplémentaire de minimum vieillesse - dite ex Fonds national de solidarité - FNS -) (articles L 815-2 et L 815-3 du code de la Sécurité sociale) : Revenu supplémentaire versé par les organismes d'assurance vieillesse aux retraités percevant une pension vieillesse d'un montant très modeste, âgés de 65 ans, ou 60 ans en cas d'incapacité au travail. Le bénéficiaire doit disposer de ressources annuelles telles qu'elles soient, montant de l'allocation compris, ne dépassant pas 7 367,91 € pour une personne seule, ou 12 905,40 € pour un ménage (depuis le 1^{er} janvier 2005).

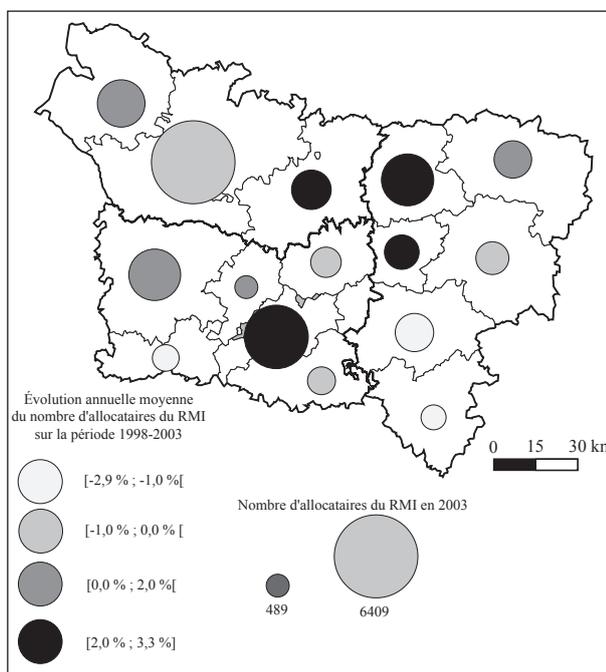
ASS (allocation de solidarité spécifique) : elle s'adresse aux chômeurs de longue durée ayant épuisé leur droit à l'assurance chômage, sous certaines conditions.

LES BÉNÉFICIAIRES DES MINIMA SOCIAUX

● Un nombre d'allocataires du RMI relativement stable

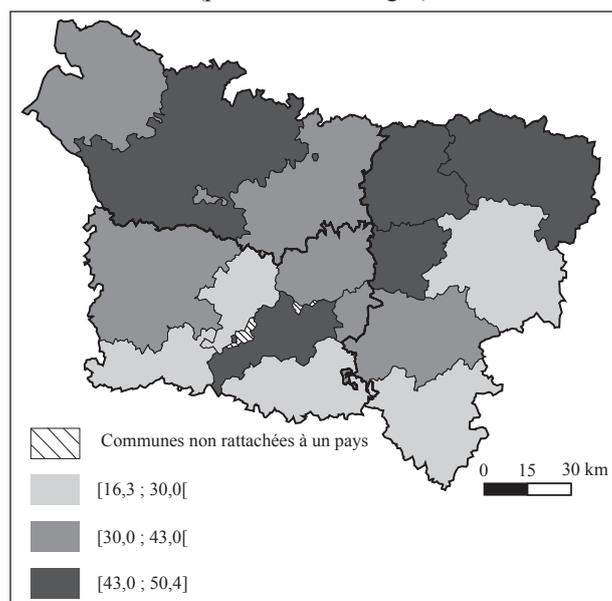
Le nombre d'allocataires RMI est particulièrement important dans le Grand Amiénois, le Saint-Quentinois, le Grand Beauvaisis et la Vallée de l'Oise. En ce qui concerne l'évolution du nombre d'allocataires RMI entre 1998 et 2003, la tendance régionale est à une légère hausse mais il faut savoir que l'évolution n'a pas été linéaire sur la période étudiée. En effet, les facteurs économiques et réglementaires font que le nombre d'allocataires RMI peut varier aussi bien à la hausse qu'à la baisse d'une année sur l'autre.

Évolution et nombre d'allocataires du RMI



Sources : CAF-MSA

Taux d'allocataires du RMI en 2003 (pour 1 000 ménages)



Sources : CAF, MSA, INSEE

● Des écarts importants au sein de la région pour les taux d'allocataires du RMI

Cette carte des taux d'allocataires RMI nous montre, qu'à l'exception du pays de la vallée de l'Oise, les taux les plus élevés sont principalement concentrés dans le nord de la région. Ainsi, le nord de l'Aisne est particulièrement concerné avec des taux élevés dans le Saint-Quentinois, la Thiérache et le Chaunois. De plus, les grandes villes possèdent généralement des taux d'allocataires du RMI importants et c'est pourquoi il n'est pas surprenant de retrouver deux pays tels que le Grand Amiénois (avec Amiens) et la Vallée de l'Oise (avec Creil et Montataire notamment) parmi les valeurs les plus élevées.

À l'inverse, dans l'extrême sud de la région, les taux sont plus faibles avec notamment les pays de Thelle, Vexin-Sablons, Valois, Senlis, Chantilly et Sud de l'Aisne.

CONTEXTE NATIONAL

Le logement est un déterminant majeur de l'insertion de l'individu dans la société. Les situations de précarité ne sont en effet pas seulement liées à l'absence de ressources, mais aussi aux conditions de vie qui en découlent (et notamment le logement). Les données systématiques sur les problèmes de logement des plus démunis et sur les difficultés d'accès au logement sont manquantes tant pour l'évaluation de l'offre existante que pour l'appréciation des besoins. Le nombre de sans domicile fixe ou occupant un logement précaire est difficilement estimable : entre 100 000 et 200 000 (certains mentionnent 400 000). Une enquête auprès des personnes utilisant les services de restauration ou d'hébergement gratuits⁽¹⁾ a été réalisée par l'INSEE en 2001. Au cours d'une semaine du mois de janvier 2001, 86 500 adultes ont fréquenté au moins une fois, soit un service d'hébergement soit une distribution de repas chauds en France métropolitaine. Parmi ceux-ci, 63 500 étaient privés d'un domicile propre et 16 000 enfants de moins de 18 ans les accompagnaient. Pour estimer le nombre de sans-domicile usagers des services d'aide, il faut également ajouter quelque 6 500 personnes logées dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), les centres provisoires d'hébergement (CPH), les centres de transit, ainsi que les sans-domicile des agglomérations dépourvues de services d'hébergement et de distribution de repas chauds, etc.

Quelques informations sur certaines catégories de logements apportent un éclairage à ce problème : les logements privés à faibles loyers, le logement social provisoire (centre d'hébergement et de réadaptation sociale ou CHRS, centre maternel, centre d'accueil, foyer...) et les logements sociaux (gérés par différents organismes HLM).

L'enquête « Parc locatif social »⁽²⁾ a pour objectif de connaître la structure et l'évolution du parc locatif social. Au 1^{er} janvier 2003, la France métropolitaine compte 4 113 500 logements sociaux, représentant 17,3 % des résidences principales. La croissance du parc reste stable. L'enquête nationale logement 2002 révèle un accroissement de la proportion de personnes à faibles ressources au sein du parc social. L'extinction du parc locatif privé à bas loyer explique en partie ce résultat. Un tiers des ménages à bas revenus habite dans des logements du parc social⁽³⁾.

Parallèlement à une progression des demandes d'accueil en urgence, une nouvelle population de sans-abri est apparue (plus jeune, plus féminisée, familles ou femmes accompagnées d'enfants, jeunes présentant des troubles du comportement). Celle-ci ne correspond plus à l'image traditionnelle du sans-abri et induit une diversification des formes de réponses : accueil de jour, accueil de nuit, hôtel social, boutiques-solidarité, SAMU social... Les CHRS sont à la fois agents et médiateurs d'insertion pour des personnes en difficulté financière, psychologiques et sociales. Quant aux foyers pour travailleurs migrants (Sonacotra et Unafo), ils proposent un mode de logement accessible aux personnes isolées en situation précaire, de même que les foyers pour jeunes travailleurs (FJT).

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

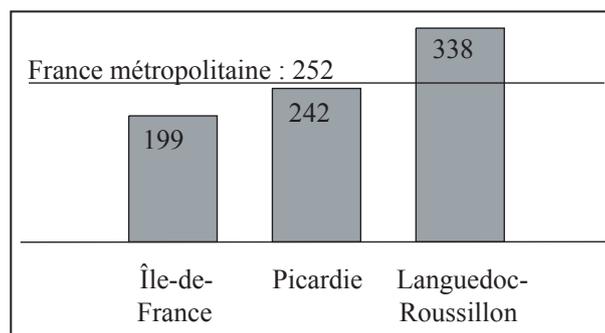
- Un nombre de bénéficiaires de l'aide au logement pour 1 000 ménages proche de la moyenne nationale.
- Une densité du parc locatif social équivalente à la moyenne nationale.
- Une capacité d'accueil en CHRS un peu plus faible dans la région que sur l'ensemble du territoire.

● 169 700 bénéficiaires de prestations d'aide au logement en Picardie

Les aides au logement sont attribuées par les caisses d'allocations familiales (CAF) et la Mutualité sociale agricole (MSA), selon les revenus des ménages et le nombre de personnes du ménage. Ces allocations sont un des éléments essentiels pour l'accès au logement des personnes en situation de précarité ou leur maintien dans les lieux. Au 31 décembre 2002, la Picardie compte près de 169 700 bénéficiaires de prestations d'aides au logement, soit un taux de 242 bénéficiaires pour 1 000 ménages. Ce taux est proche de la moyenne nationale (252).

Les aides au logement regroupent l'ALS, l'APL et l'ALF qui correspondent chacune à un public particulier.

Nombre de bénéficiaires de prestations d'aide au logement pour 1 000 ménages au 31/12/2002



Sources : CNAF, CCMSA, INSEE

L'allocation personnalisée au logement (APL) est souvent destinée, soit aux ménages résidant en logement HLM conventionnés, soit aux accédants à la propriété bénéficiant de prêt aidé ou conventionné.

L'allocation de logement social (ALS) s'adresse à ceux qui ne peuvent bénéficier de l'APL et l'ALF. Elle touche particulièrement des ménages aux ressources modestes tels que RMistes, demandeurs d'emplois qui ne sont plus indemnisés, etc.

L'allocation de logement familial (ALF) est généralement attribuée à des familles moins démunies que celles bénéficiant de l'ALS, mais pour qui la présence de personnes à charge maintient un quotient familial faible. Elle peut être attribuée pour une location ou pour une accession à la propriété.

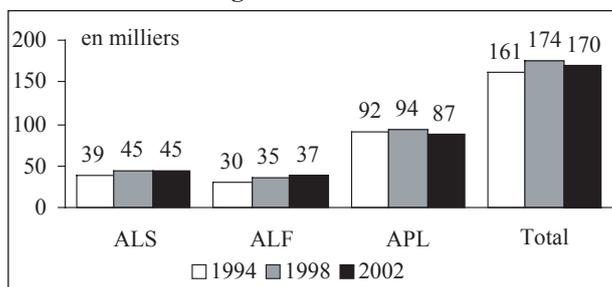
⁽¹⁾ Le cas des sans-domicile, *Insee Première* n°823, janvier 2002

⁽²⁾ Le parc locatif social au 1^{er} janvier 2003, *SES Infos rapides*, n°260, juin 2003, ministère de l'Équipement, des Transports, de l'Aménagement du territoire, du Tourisme et de la Mer

⁽³⁾ Les ménages à bas revenus et le logement social, *Insee Première* n°962, avril 2004

L'ACCÈS AU LOGEMENT

Nombre de bénéficiaires de prestations d'aides au logement en Picardie



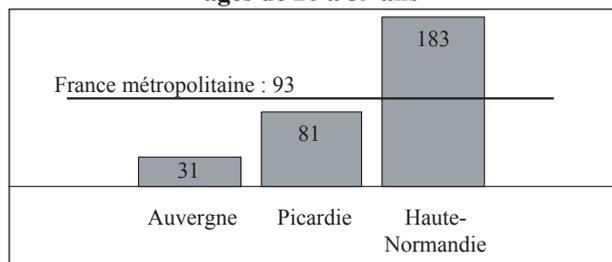
Sources : CNAF, CCMSA

● Diminution du nombre de bénéficiaires d'aides au logement depuis 1998

Parmi les aides au logement, l'APL est la plus représentée (87 400 bénéficiaires en 2002), suivie de l'ALS (45 200) et de l'ALF (37 200).

En progression entre 1994 et 1998, le nombre de bénéficiaires toutes aides confondues diminue cependant depuis 1998 (de -0,7 % par an en moyenne entre 1998 et 2002). L'évolution est néanmoins différente selon l'aide : alors que le nombre de bénéficiaires de l'APL a diminué (-1,9 % par an), les effectifs de bénéficiaires de l'ALS et l'ALF ont faiblement augmenté (respectivement de +0,3 % et +1,3 % par an). En France, l'évolution se distingue par une progression moins forte du nombre de bénéficiaires de l'ALF qu'en Picardie et une faible diminution du nombre de bénéficiaires de l'ALS.

Nombre de places en CHRS pour 100 000 habitants âgés de 20 à 59 ans



Sources: DRASS - DREES, INSEE

⁽¹⁾ Les établissements d'hébergement pour adultes et familles en difficulté sociale, Document de travail, *série statistiques* n°49, février 2003

● 81 places en CHRS pour 100 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

Au 1^{er} janvier 2003, la Picardie compte 826 places en CHRS. En rapportant cet effectif à la population âgée de 20 à 59 ans, la région se place un peu en dessous de la moyenne nationale (93) avec un taux de 81 places pour 100 000 personnes de ce groupe d'âge. L'enquête ES 97⁽¹⁾, fournit les taux d'occupation des CHRS au 1^{er} janvier 1998 : en Picardie, 93,0 % des places (807 présents pour une capacité de 868 places) étaient occupées contre 89,9 % en France métropolitaine.

Le répertoire FINESS recense 3 établissements autonomes d'accueil mère enfant et relevant de l'aide sociale à l'enfance. Il existe des services non autonomes exerçant l'activité des centres maternels dans les foyers de l'enfance par exemple. Cette activité peut également être mise en œuvre dans les CHRS, après convention passée entre le CHRS et le conseil général pour le financement.

Nombre de places en établissements pour adultes et familles en difficultés au 01/01/2003

	Nombre places	Taux d'équipement ⁽¹⁾	
		Picardie	France
CHRS	826	81	93
Centre accueil demandeur d'asile (CADA)	426	42	25
Centre accueil non conventionné aide sociale	0	0	27,1
Centre provisoire d'hébergement	60	5,9	4,2

Sources: DREES, INSEE

⁽¹⁾ nombre de places pour 100 000 habitants de 20 à 59 ans

● 426 places en centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA)

Les CHRS ne sont pas les seuls établissements à accueillir les familles et adultes en difficultés. Au 1^{er} janvier 2003, la Picardie compte 426 places en CADA. Enfin, les centres provisoires d'hébergement disposent de 60 places dans la région.

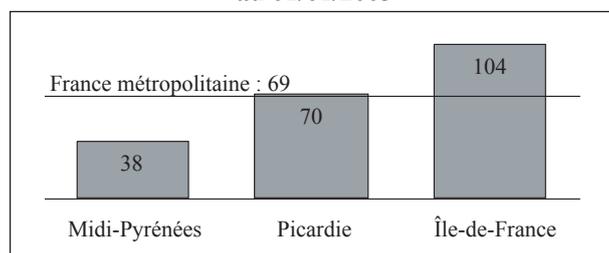
15 régions métropolitaines disposent d'établissements d'accueil non conventionnés au titre de l'aide sociale (bénéficiant de financements divers : associations, État, départements, communes) et dont l'activité, centrée sur l'accueil d'urgence, est menée en partenariat avec les CHRS et les lieux d'accueil de jour. La Picardie ne fait pas partie de ces régions.

● Une densité du parc locatif social en Picardie identique à la moyenne nationale

Au 1^{er} janvier 2003, le parc locatif social compte 130 221 logements en Picardie. La région présente une densité proche de celle de l'ensemble du pays (70 pour 1 000 habitants contre 69 en moyenne nationale). Le parc locatif social représente 18,6 % des résidences principales, contre 17,3 % en moyenne nationale. Cette proportion est maximale en Île-de-France où une résidence principale sur quatre appartient au parc locatif social.

Toutefois, le parc social n'est pas occupé exclusivement par des familles en situation de précarité.

Densité du parc locatif social pour 1 000 habitants au 01/01/2003



Source : Enquête « Parc locatif social au 1^{er} janvier 2003 » METATTM/DAEI/SES

● Des foyers d'hébergement aux résidences sociales

L'Union des professionnels de l'hébergement social (UNAFO*) rassemble 34 gestionnaires de foyers ou de résidences sociales. Depuis 2002, la SONACOTRA (Société nationale de construction pour les travailleurs) est membre de cette union. Actuellement, l'UNAFO recense 17 foyers ou résidences en Picardie (dont 7 établissements gérés par la SONACOTRA).

À ceux-ci s'ajoutent 4 foyers répertoriés par l'Union nationale des foyers et services pour jeunes travailleurs (UFJT).

L'Oise est le département le plus pourvu en Picardie, avec 16 structures sur les 21.

En 2001, la capacité d'accueil des établissements regroupés par l'UNAFO et la SONACOTRA s'élevait à 3 290 places (pour 16 établissements).

Foyers et résidences sociales gérés par la SONACOTRA adhérents à l'UNAFO*

	2001	
	Picardie	France
Nombre d'établissements	16	653
Nombre de places	3 290	108 767

Sources : UNAFO, SONACOTRA

*Union nationale des associations gestionnaires de foyers de travailleurs migrants et de résidences sociales devenue en 2000 l'Union des professionnels de l'hébergement social.

Les **centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS)** accueillent et accompagnent les personnes et les familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion, en vue de les aider à accéder ou recouvrer leur autonomie personnelle, sociale, et professionnelle.

Les **établissements d'accueil mère-enfant** ou **centres maternels**, sous la compétence des départements et financés au titre de l'aide sociale à l'enfance, accueillent et hébergent les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans ayant besoin d'un soutien matériel et psychologique.

Les **centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA)** sont juridiquement des CHRS (décret du 2 septembre 1954). Ils ont été spécialement conçus pour les demandeurs d'asile primo-arrivants n'ayant aucune possibilité de logement et sans ressources suffisantes, afin de leur offrir une prise en charge pendant la procédure OFPRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou CRR (Commission des recours des réfugiés).

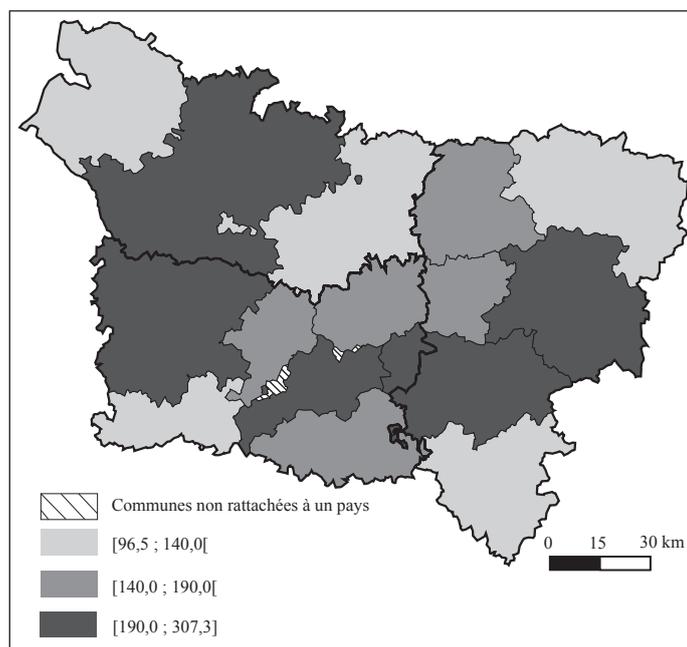
Différents types de structures proposent des hébergements relevant du logement social provisoire : les foyers de jeunes travailleurs (FJT), les foyers ou résidences de l'UNAFO, et les établissements gérés par la SONACOTRA. Si ces lieux d'hébergement étaient, à l'origine, destinés aux travailleurs migrants, ils se sont peu à peu ouverts à l'ensemble des personnes en situation de précarité.

L'époque des foyers de travailleurs migrants laisse donc place à celle des résidences sociales. Depuis la circulaire du 31 août 2000 relative à la gestion locative sociale de résidences sociales, beaucoup de foyers pour travailleurs migrants se sont en effet transformés en résidences sociales. Au-delà du changement de nom, des mutations s'opèrent afin d'adapter les logements à la population des résidents vieillissante et aux besoins des nouvelles populations accueillies (personnes en situation de précarité), les établissements ayant eux-mêmes beaucoup vieilli.

L'implantation est inégale selon les régions puisqu'elle correspond aux zones d'immigrations des régions économiques ayant fait appel à des étrangers.

L'ACCÈS AU LOGEMENT

Densité de logements sociaux pour 1 000 ménages au 01/01/2004



Sources : DRE, INSEE

● Des densités importantes au sein des principales agglomérations picardes

Sur cette carte, par pays la densité de logements sociaux est importante dans le Grand Amiénois dans la Somme, le Grand Beauvaisis et la Vallée de l'Oise dans l'Oise ainsi que le Soissonais-Vallée de l'Aisne et le Grand Laonnois dans le département de l'Aisne. À l'inverse, des densités plus réduites se retrouvent dans le Santerre-Haute Somme, dans le Thelle-Vexin-Sablons et dans le Sud de l'Aisne et la Thiérache.

● Près de la moitié des logements sociaux picards ont été construits avant 1975

Dans le tableau suivant, on peut relever qu'une part importante des logements sociaux a été construite avant 1974 soit des logements qui ont au moins 30 ans d'existence. Il faut cependant noter que depuis 2001, la mise en œuvre du plan de relance du logement social a pour but d'inverser la tendance à la forte diminution de la construction de logements sociaux constatée à la fin des années quatre-vingt-dix. La construction neuve participe ainsi à l'accroissement du parc social, et à en améliorer la qualité et le confort en renouvelant les logements les plus vétustes.

Les logements sociaux sont majoritairement des logements collectifs même si dans les zones plus rurales de la région la part d'habitat individuel n'est pas négligeable. Ainsi, dans le Santerre-Haute Somme, ce sont près de 45 % des logements sociaux qui sont individuels.

La taille des logements est également une caractéristique importante des logements sociaux. La grande majorité a entre 3 et 4 pièces.

Enfin, concernant le conventionnement, ce sont plus de 9 logements sociaux sur 10 qui sont conventionnés. À noter que la part des logements conventionnés est la plus faible dans le Grand Amiénois (85,7 %) et le Santerre-Haute Somme (85,2 %).

Principales caractéristiques du parc de logements sociaux en Picardie au 01/01/2004

Pays	Année de construction			Type d'habitat		Nombre de pièces					Conventionnement	
	1974 et avant	1975 à 1989	1990 et après	Collectif	Individuel	1	2	3	4	5+	Oui	Non
Picardie Maritime	43,6%	37,8%	16,9%	64,9%	35,1%	4,2%	13,7%	37,7%	34,7%	9,8%	97,6%	1,2%
Grand Amiénois	55,5%	24,2%	13,3%	79,6%	20,4%	6,5%	17,4%	37,4%	27,1%	11,7%	85,7%	12,4%
Santerre Haute-Somme	38,7%	41,4%	18,9%	55,4%	44,6%	5,1%	15,2%	38,2%	28,2%	13,2%	85,2%	14,7%
Saint-Quentinois	45,3%	38,6%	13,9%	72,6%	27,4%	2,8%	21,9%	37,1%	28,7%	9,6%	97,8%	0,1%
Thiérache	36,1%	47,0%	14,9%	68,1%	31,9%	5,6%	22,0%	33,6%	30,4%	8,4%	98,1%	1,2%
Grand Laonnois	45,6%	37,9%	13,4%	72,4%	27,6%	3,9%	18,2%	30,3%	32,0%	15,6%	96,7%	0,7%
Clermontois - Plateau Picard	34,7%	35,7%	28,8%	77,1%	22,9%	6,2%	19,3%	35,7%	28,7%	10,2%	97,4%	2,0%
Sources et Vallées	36,4%	44,3%	18,1%	76,9%	23,1%	4,3%	16,4%	37,7%	30,2%	11,5%	92,0%	7,2%
Chanois	55,8%	36,5%	6,6%	72,8%	27,2%	3,9%	19,9%	32,5%	33,0%	10,7%	98,4%	0,8%
Vallée de l'Oise	53,7%	32,1%	12,6%	92,4%	7,6%	5,3%	17,0%	36,8%	30,8%	10,1%	95,6%	3,4%
Thelle Vexin-Sablons	35,8%	35,7%	23,8%	62,1%	37,9%	4,5%	18,2%	32,5%	31,1%	13,7%	90,1%	5,7%
Grand Beauvaisis	50,6%	27,8%	20,3%	75,4%	24,6%	6,6%	15,6%	31,6%	32,3%	13,9%	97,1%	1,8%
Valois Senlis-Chantilly	53,6%	30,7%	14,3%	88,8%	11,2%	4,1%	17,0%	37,9%	29,5%	11,5%	89,5%	9,4%
Soissonais Vallée de l'Aisne	49,8%	36,0%	10,9%	85,5%	14,5%	6,8%	20,4%	33,8%	29,3%	9,8%	89,0%	8,4%
Sud de l'Aisne	47,2%	38,2%	11,9%	90,4%	9,6%	4,0%	19,3%	36,3%	32,7%	7,8%	97,1%	0,4%

Sources : DRE, INSEE

CONTEXTE NATIONAL

Pour faire face aux dépenses occasionnées par la maladie, la quasi-totalité de la population bénéficie d'une protection obligatoire par l'Assurance maladie de l'un des régimes de Sécurité sociale. La plus grande partie des assurés est rattachée au régime général (84 % au 1^{er} janvier 2002). Après celui-ci, le régime agricole (exploitants et salariés) et l'assurance maladie des professions indépendantes (AMPI) sont les deux régimes les plus représentés. À ceux-ci s'ajoutent des régimes spéciaux (Mines, Sncf, militaires, etc.). Alors que les ordonnances de la sécurité sociale de 1945 prévoyaient un droit universel à l'Assurance maladie, il aura fallu attendre un demi siècle pour que ce droit soit effectif, avec l'instauration de la couverture maladie universelle (CMU). Deux dispositifs en vue de généraliser la protection sociale de base et de favoriser l'accès aux soins des plus démunis ont été instaurés par la loi du 27 juillet 1999 : la CMU de base et la CMU complémentaire. Depuis janvier 2000, toutes les personnes résidant en France de façon stable et régulière bénéficient ainsi de l'Assurance maladie. Au 1^{er} janvier 2004, elle concernait près de 1,3 million de personnes. Dans la plupart des cas, l'Assurance maladie laisse une partie des dépenses à la charge des patients, c'est-à-dire le ticket modérateur, un éventuel dépassement de tarif, ou la somme des deux. Le ticket modérateur peut être pris en charge, soit par l'Assurance maladie pour des raisons médicales soit au titre de la CMU ou soit par une couverture complémentaire payée par l'assuré ou par son entreprise. Différents types de couverture complémentaire (mutuelle, assurance, caisse de prévoyance) se sont développés pour prendre en charge tout ou partie des frais non couverts par l'assurance maladie. La CMU complémentaire prend en charge à 100 % les dépenses de soins non couverts par l'assurance maladie et à la charge de l'assuré et ceci sous conditions de ressources. Au 1^{er} janvier 2004, la couverture complémentaire est attribuée à plus de 4 millions de personnes en métropole. Selon l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) menée tous les deux ans par l'IRDES, 91 % des individus déclarent être protégés par une couverture complémentaire maladie en 2002 (dont 5 % par la CMU complémentaire). Hors CMU, 47 % des enquêtés adhèrent à une mutuelle, 20 % à une assurance privée et 15 % à une institution de prévoyance. Plus d'un contrat sur deux est obtenu par l'intermédiaire de l'entreprise⁽¹⁾. Néanmoins, les difficultés financières ne sont pas les seules à entraver l'accès aux soins des populations et les aides financières ne peuvent régler tous les problèmes d'inégalités de santé liées à la précarité. Aux difficultés financières s'associent également des problèmes culturels touchant la perception du corps et de la santé, ainsi que la connaissance et l'usage du système de soins, entraînant des réticences du patient à aller consulter.

Dans le cadre du plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion, les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ont été lancés en 2000. Ils visent à réduire les inégalités d'accès aux soins et à la prévention des publics en situation de précarité par l'impulsion d'une dynamique régionale. La deuxième génération de PRAPS (2003-2006) conforte la démarche de coopération locale engagée par la mise en place d'un système d'information adapté pour juger de l'efficacité des actions, en ciblant mieux les territoires défavorisés et en renforçant le volet prévention.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- 7,9 % des personnes relèvent du régime agricole en Picardie contre 7,1 % en France.
- Une proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire supérieure à la moyenne nationale.
- En 2003, près de 16 000 consultants ont fréquenté les centres d'examen de santé de Creil et d'Amiens.

● Un régime agricole un peu plus représenté en Picardie qu'en France

En Picardie, 84,5 % des personnes sont protégées par le régime général. Cette proportion est équivalente à la moyenne nationale (84,1 %). La proportion de personnes relevant du régime agricole est un peu plus élevée en Picardie qu'en France (7,9 % contre 7,1 %). Au sein même de ce régime, les salariés sont plus représentés en Picardie que sur l'ensemble du territoire, à l'inverse des agriculteurs exploitants moins présents dans la région.

MSA : mutualité sociale agricole qui comprend deux sous-régimes distincts : Agriculteurs exploitants (**AMEXA**) et salariés (**ASA**)
AMPI : assurance maladie des professions indépendantes (CANAM)

Répartition de la population protégée par régime au 31/12/2001

	Picardie		France métropolitaine
	Effectifs	%	%
Régime général	1 555 880	84,5%	84,1%
MSA	145 935	7,9%	7,1%
AMEXA	57 832	3,1%	3,8%
ASA	88 103	4,8%	3,3%
AMPI	74 449	4,0%	4,9%
SNCF	32 754	1,8%	1,1%
Militaires	23 660	1,3%	1,6%
Autres	9 193	0,5%	1,2%

Source : CNAMTS

Dossier Études et Statistiques n°56, Octobre 2003, La population protégée par les régimes de sécurité sociale, Répartition géographique par département et par circonscription de caisse primaire au 31 décembre 2001

⁽¹⁾Santé, soins et protection sociale en 2002, *Questions d'économie de la santé*, n°78 CREDES, décembre 2003

L'ACCÈS AUX SOINS

Nombre de bénéficiaires de la CMU de base et de la CMU complémentaire en Picardie

	01/01/02	01/01/03	01/01/04
CMU de base	20 680	23 439	26 228
CMU complémentaire	144 818	136 243	139 972

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

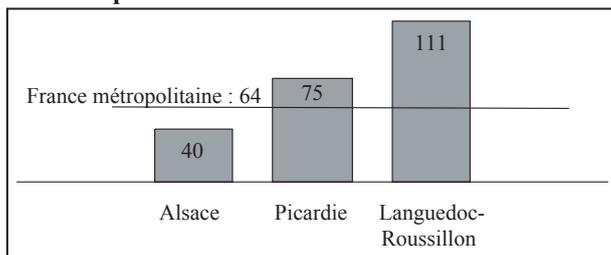
● Près de 140 000 bénéficiaires de la CMU complémentaire et plus de 26 000 bénéficiaires de la CMU de base

La CMU de base permet d'affilier à l'Assurance maladie toute personne, résidant en France de façon stable et régulière, qui n'est pas couverte au titre de son activité professionnelle ou comme ayant droit d'un assuré. Au 1^{er} janvier 2004, la Picardie compte 26 228 bénéficiaires de la CMU de base, soit un taux de 14 bénéficiaires pour 1 000 habitants, contre une moyenne nationale de 21 pour 1 000.

La CMU complémentaire offre une protection complémentaire gratuite en matière de santé aux personnes dont les revenus sont les plus faibles. À cette même date, 139 972 Picards bénéficiaient de la CMU complémentaire.

Notons que l'instauration de la CMU a supprimé l'aide médicale départementale.

Nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire pour 1 000 habitants au 01/01/2004



Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM, INSEE

● Des bénéficiaires de la CMU complémentaire plus nombreux en Picardie qu'en France

Au 1^{er} janvier 2004, la Picardie compte 75 bénéficiaires de la CMU complémentaire pour 1 000 habitants. Le taux de bénéficiaires est supérieur dans la région par rapport à la moyenne nationale (64). Les variations régionales sont fortes puisque le taux varie de 40 bénéficiaires pour 1 000 en Alsace à 111 en Languedoc-Roussillon.

Les centres d'accueil, de soins et d'orientation des Missions France de Médecins du Monde en 2003

	Picardie	France
Nombre de CASO	0	23
Nombre de patients*	-	19 863
dont nouveaux patients*	-	14 644
Nombre de consultations*	-	43 526

Source : Médecins du Monde : Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, Rapport 2003

* pour les 20 centres ayant informatisé leurs données sur l'ensemble de l'année. Il s'agit des données enregistrées informatiquement : en comptage manuel, le nombre de consultations approchent 47 000.

● La région ne dispose pas de centres d'accueil, de soins et d'orientation gérés par Médecins du monde

La Mission France de Médecins du Monde assure un accès aux soins pour les plus démunis. Outre les prises en charge en centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO), elle gère des actions mobiles de proximité (vers des publics ciblés) et élabore des actions de réduction de risques liés à la toxicomanie. En 2003, la France compte 23 centres d'accueil, de soins et d'orientation (dont deux ont cependant été fermés en fin d'année). Pour les 20 centres présentant des données sur l'ensemble de l'année, 19 863 patients et 43 526 consultations médicales ont été enregistrés informatiquement. Le profil démographique montre que les consultants sont majoritairement des hommes (59 %), jeunes (57 % ont moins de 35 ans), et étrangers (86 %). La région Picardie ne dispose pas de centres d'accueil, de soins et d'orientation. En 1996, elle n'en disposait pas non plus.

● Beaucoup de familles concernées par l'accueil du Secours catholique

En 2003, le Secours catholique a rencontré environ 16 400 «situations» de pauvreté en Picardie, c'est-à-dire des personnes ou des familles venues d'elles-mêmes ou envoyées par les services sociaux parce qu'elles se trouvent en grande difficulté. Ces chiffres sont des ordres de grandeur, certaines «situations» n'étant pas faciles à comptabiliser (accueil anonyme, etc.). Parmi l'ensemble des «situations», 3 341 ont fait l'objet d'un recueil statistique.

La proportion d'étrangers rencontrés dans les accueils a progressé, la fermeture du centre de Sangatte dans le Nord - Pas-de-Calais a eu des répercussions dans la région. Enfin, la Picardie reste une des régions où le Secours catholique rencontre le plus de familles avec enfants et où le nombre moyen d'enfants par famille reste le plus élevé. Aussi, les inactifs sont un peu plus représentés en Picardie qu'en France. Outre la pauvreté de la région, ces chiffres sont également fonction de la politique et des ressources humaines et matérielles des associations.

● 22 % des consultants sont âgés de moins de 25 ans contre 46 % des consultants « précaires »

La Picardie compte 4 centres d'examen de santé de la caisse primaire d'assurance maladie, situés à Creil (ce centre est doté d'une antenne à Crepy-en-Valois depuis septembre 1992), à Amiens, à Saint-Quentin et à Laon. Les deux centres situés dans l'Aisne se sont mis en place au cours de l'année 2003.

En 2003, près de 16 000 personnes ont effectué un bilan de santé dans les centres de Creil et d'Amiens, parmi ceux-ci, 38 % sont en situation de précarité (bénéficiaires du RMI, 16-25 ans en voie d'insertion, chômeurs et leurs ayants droit pour ces trois catégories). Le recrutement des personnes en situation de précarité est effectué par les agents de la CPAM, et il est favorisé par des partenariats avec les différents organismes œuvrant pour ces publics. 54 % des personnes en situation de précarité sont des femmes. Près d'une personne en situation de précarité sur deux est âgée de moins de 25 ans (contre seulement 22 % pour l'ensemble des consultants, toutes catégories confondues). Les « prioritaires non précaires » représentent les étudiants, les handicapés, les retraités et les inactifs. Les personnes âgées de 60 ans ou plus sont donc majoritaires dans cette catégorie.

Nombre de « situations » rencontrées par le Secours catholique en 2003

	Picardie	France
Nombre de « situations »	16 400	690 600
	22 000 adultes	860 000 adultes
	21 300 enfants	740 000 enfants
	3 341 analysées	104 592 analysées
Nombre de familles rencontrées	9 100	326 000
Nombre d'enfants moyen par famille	2,28	2,20
Proportions parmi les situations analysées		
d'étrangers	22,5%	27,2%
d'inactifs	42,6%	38,8%
de demandeurs d'emploi	35,4%	40,6%
de logements précaires ⁽¹⁾	18,3%	20,5%
de ressources provenant uniquement de transferts sociaux	41,7%	41,7%

Source : Secours catholique, Rapport statistique 2003

(1) hôtel, pension, caravane, famille, centres d'hébergement, etc.

Répartition des consultants des centres d'examen de santé de Creil et d'Amiens par sexe en 2003

	Non prioritaires		Prioritaires non précaires		Précaires	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<16 ans	0,6%	1,0%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%
16/24 ans	3,3%	7,5%	9,4%	12,5%	41,9%	49,1%
25/44 ans	46,5%	48,2%	5,1%	10,1%	34,6%	31,2%
45/59 ans	47,9%	42,3%	12,5%	22,4%	21,0%	18,4%
60 ou plus	1,7%	1,0%	72,9%	54,9%	2,2%	1,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Effectif	3 537	2 341	1 897	2 149	2 768	32 52

Sources : Centres d'examen de santé de Creil et d'Amiens

L'ACCÈS AUX SOINS

Les données présentées ci-dessous proviennent des centres d'examen de santé de Creil et d'Amiens. Au cours de l'année 2003, 15 944 personnes ont consulté dans ces deux centres. Il existe deux autres centres d'examen de santé en Picardie, situés dans l'Aisne (à Saint-Quentin et à Laon). Ils n'ont cependant ouvert qu'au cours de l'année 2003 et ne disposent donc pas de données pour l'année 2003 dans sa globalité.

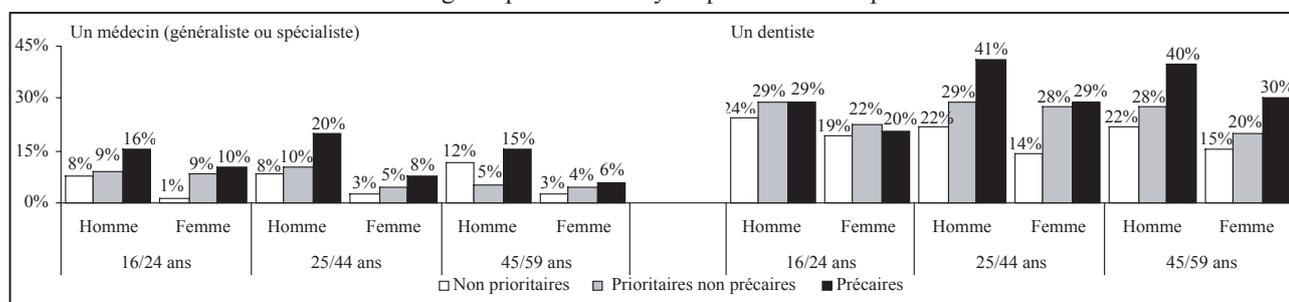
● Un faible recours aux soins des consultants en situation de précarité

Au cours de l'examen médical, les consultants sont interrogés sur leur fréquence de recours à un médecin et un dentiste au cours des deux dernières années. Parmi les hommes, 11,4 % n'ont pas consulté de médecin au cours des deux dernières années contre 5,5 % des femmes. Concernant le recours à un dentiste, la consultation remonte à plus de deux ans pour 27,7 % des hommes et 21,5 % des femmes.

Les résultats présentés dans le graphique ci-dessous indiquent les proportions de consultants n'ayant pas consulté depuis plus de deux ans selon leur catégorie (« non prioritaires », « prioritaires non précaires » et « précaires »⁽¹⁾).

Les consultants en situation de précarité sont plus nombreux à ne pas avoir consulté de médecin et de dentiste depuis deux ans que les consultants non précaires, et ils ont d'autant moins recours aux soins qu'ils sont jeunes. Globalement, les hommes consultent moins que les femmes.

Recours aux soignants des consultants des centres d'examen de santé de Creil et d'Amiens en 2003
Pourcentage de personnes n'ayant pas consulté depuis 2 ans



Sources : Centres d'examen de santé de Creil et d'Amiens

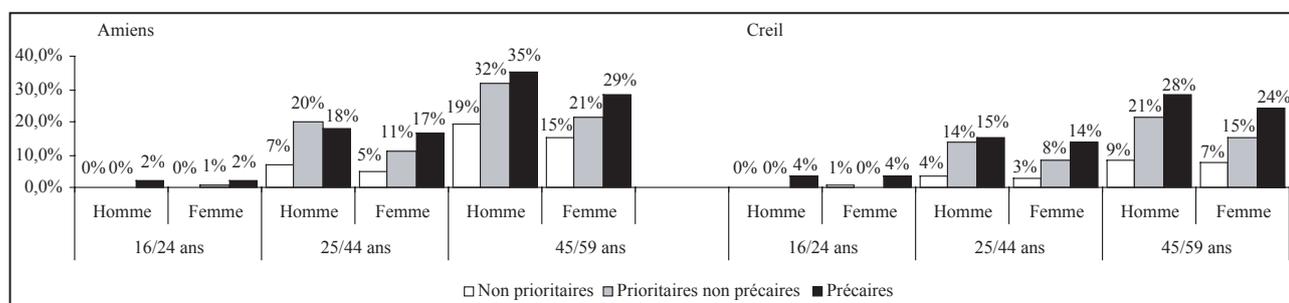
● Les populations précaires et prioritaires présentent plus fréquemment une surface masticatoire insuffisante

Une surface masticatoire est considérée comme insuffisante quand une prothèse est nécessaire, soit lorsque 5 couples ou plus de molaires ou prémolaires ou 4,5 couples du même côté sont absents. Elle résulte à la fois d'une hygiène bucco-dentaire défectueuse et de soins moins suivis.

Les populations appartenant aux catégories « prioritaires non précaires » et « précaires » sont plus nombreuses à avoir une surface masticatoire insuffisante que les personnes appartenant à la catégorie « non prioritaires ».

Enfin, les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir une surface masticatoire insuffisante, et la fréquence de personnes présentant une surface masticatoire insuffisante est croissante avec l'âge.

Pourcentages de personnes présentant une surface masticatoire insuffisante en 2003



Sources : Centres d'examen de santé de Creil et d'Amiens

⁽¹⁾ Les personnes de la catégorie « précaires » regroupent les bénéficiaires du RMI, les 16-25 ans en voie d'insertion, les chômeurs et les ayants droit pour ces trois catégories. Le recrutement des personnes en situation de précarité est effectué par les agents de la CPAM, et favorisé par des partenariats avec les différents organismes oeuvrant pour ces publics. Les « prioritaires non précaires » représentent les étudiants, les handicapés, les retraités, les inactifs.

CONTEXTE NATIONAL

Différentes approches permettent d'aborder la question de l'état de santé de la population : pathologies déclarées, motifs de recours aux soins (en médecine de ville ou en établissements de santé), causes de mortalité, admissions en affection de longue durée, pathologies craintes. Apportant chacune des regards différents sur la santé des populations, ces sources de données paraissent complémentaires. L'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) menée tous les deux ans par l'IRDES⁽¹⁾ dresse, d'après un échantillon en population générale, un bilan de santé des personnes vivant en France, en évaluant notamment leur recours aux soins et leur couverture maladie. En 2002, les pathologies cardio-vasculaires affectent 26 % de la population et les maladies de l'appareil ostéo-articulaires touchent un enquêté sur quatre. Les maladies endocriniennes sont cependant les plus fréquentes avec notamment l'importance du surpoids, auquel il faut ajouter les troubles du métabolisme des lipides et le diabète. L'enquête décennale santé menée par l'INSEE traite également des pathologies affectant la population. Quant aux maladies les plus craintes, il s'agit, selon le baromètre santé 2000⁽²⁾, des cancers suivis des maladies cardiaques chez les 18-75 ans (les accidents de la circulation constituant la principale crainte). Les affections de longue durée (ALD) présentent une approche spécifique des problèmes de santé des populations. Il s'agit de maladies graves et invalidantes nécessitant un traitement coûteux. Une liste définie par décret précise les pathologies concernées, au nombre de 30. Les personnes atteintes par ces pathologies peuvent bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins résultants de ces affections. Les statistiques régionales portent sur les trois principaux régimes d'Assurance maladie (régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes). En 2002, près de 1 100 000 admissions en ALD ont été prononcées en France métropolitaine. Les maladies de l'appareil circulatoire représentent près d'une admission sur trois et les tumeurs une admission sur quatre. Les données de mortalité exploitées par l'Inserm font également apparaître en premier lieu les maladies de l'appareil circulatoire (31% de l'ensemble des décès en 2000) suivies par les cancers (27 %). Elles constituent une source particulièrement précieuse d'informations. Enfin, les données du programme médicalisé du système d'information (PMSI) exploitent le diagnostic principal d'hospitalisation de près de 15,6 millions de séjours en établissements de santé en 2002 et présentent ainsi des informations sur le recours aux soins en services de soins de courte durée des populations. La hiérarchie des pathologies est différente pour cette source, puisque les maladies de l'appareil digestif constituent les pathologies les plus représentées, responsables de 11 % des séjours en 2002 (après la catégorie «autres motifs de recours aux soins»). Quelle que soit la source retenue, de fortes différences s'observent selon l'âge, le sexe et la catégorie sociale des personnes.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- *Surmortalité significative par rapport à la moyenne nationale pour les trois principales causes de décès.*
- *Prédominance des accidents de la circulation et des suicides parmi les causes de décès chez les 15-34 ans contre les troubles mentaux en motif premier d'admission en ALD.*
- *Chez les 35-64 ans, les tumeurs sont la principale cause de décès ; alors que les maladies de l'appareil circulatoire prédominent chez les hommes en motif d'admission en ALD.*
- *Chez les plus de 65 ans : prédominance des maladies de l'appareil circulatoire.*

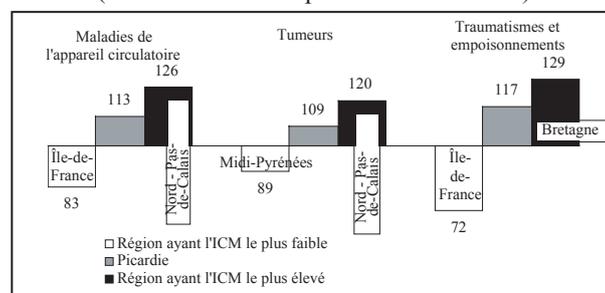
● Une surmortalité significative en Picardie pour les principales causes de décès

Sur la période 1998-2000, 16 670 Picards sont décédés en moyenne chaque année. Les trois principales causes de mortalité sont, comme en France, les maladies de l'appareil circulatoire (5 013 décès), les tumeurs (4 600) et les traumatismes et empoisonnements (1 464).

La surmortalité par rapport à la moyenne nationale se chiffre à + 13 % pour les maladies de l'appareil circulatoire, 4^e mortalité la plus élevée de métropole. Concernant les tumeurs, la surmortalité s'élève à + 9 % et place la Picardie 3^e au classement. Enfin, la Picardie se situe au 2^e rang pour la mortalité par traumatismes et empoisonnements, avec une surmortalité de + 17 %.

Indice comparatif de mortalité des trois principales causes de décès en 1998-2000

(ICM France métropolitaine = base 100)



Sources : Inserm CépiDC, INSEE

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi2 au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

⁽¹⁾ Santé, soins et protection sociale en 2002, *Questions d'économie de la santé*, n°78, décembre 2003, IRDES

⁽²⁾ *Baromètre santé 2000, volume 2, Résultats*, CFES

VUE D'ENSEMBLE DES PATHOLOGIES

Principales causes de décès en Picardie en 1998-2000 (moyenne annuelle)

15 à 34 ans

HOMMES	Effectif	%
Traumatismes et empoisonnements	215	71,4
<i>dont accidents de la circulation</i>	110	36,5
<i>dont suicide</i>	66	21,9
Tumeurs	23	7,6
Symptômes, signes et états morbides mal définis	15	5,0
Maladies de l'appareil circulatoire	14	4,8
Maladies infectieuses et parasitaires	7	2,3
<i>dont sida et infections par le VIH</i>	5	1,7
Autres	27	9,0
Total	301	100,0
FEMMES	Effectif	%
Traumatismes et empoisonnements	57	51,1
<i>dont accidents de la circulation</i>	32	28,8
<i>dont suicide</i>	16	14,4
Tumeurs	19	17,4
Maladies de l'appareil circulatoire	11	9,9
Maladies infectieuses et parasitaires	2	1,8
<i>dont sida et infections par le VIH</i>	1	0,9
Autres	22	19,8
Total	111	100,0

35 à 64 ans

HOMMES	Effectif	%
Tumeurs	983	41,5
<i>dont cancer du poumon</i>	299	12,6
<i>dont cancer des VADS*</i>	199	8,4
Maladies de l'appareil circulatoire	432	18,2
<i>dont cardiopathies ischémiques</i>	173	7,3
Traumatismes et empoisonnements	366	15,5
<i>dont suicide</i>	158	6,7
Maladies de l'appareil digestif	189	8,0
<i>dont cirrhose alcoolique</i>	147	6,2
Autres	400	16,9
Total	2 370	100
FEMMES	Effectif	%
Tumeurs	445	46,5
<i>dont cancer du sein</i>	125	13,1
Maladies de l'appareil circulatoire	133	13,9
Traumatismes et empoisonnements	126	13,2
<i>dont suicides</i>	55	5,8
Maladies de l'appareil digestif	81	8,5
<i>dont cirrhose alcoolique</i>	60	6,3
Autres	171	17,9
Total	956	100,0

65 ans ou plus

HOMMES	Effectif	%
Maladies de l'appareil circulatoire	1 933	32,2
<i>dont cardiopathies ischémiques</i>	621	10,3
Tumeurs	1 867	31,1
<i>dont cancer du poumon</i>	415	6,9
<i>dont cancer de la prostate</i>	264	4,4
Maladies de l'appareil respiratoire	583	9,7
Traumatismes et empoisonnements	315	5,2
Maladies de l'appareil digestif	269	4,5
Autres	1037	17,3
Total	6 004	100,0
FEMMES	Effectif	%
Maladies de l'appareil circulatoire	2 485	36,9
<i>dont maladies vasculaires cérébrales</i>	621	9,2
Tumeurs	1 252	18,6
<i>dont cancer du sein</i>	206	3,1
Maladies de l'appareil respiratoire	590	8,8
Symptômes, signes et états morbides mal définis	460	6,8
Traumatismes et empoisonnements	347	5,2
Autres	1599	23,7
Total	6 733	100,0

Source : INSERM CépiDc

*Voies aéro-digestives supérieures

● Les traumatismes et empoisonnements : première cause de décès chez les 15-34 ans

Sur la période 1998-2000, 412 décès sont survenus en moyenne chaque année chez des jeunes âgés de 15 à 34 ans, dont 73 % chez des hommes.

Les traumatismes et empoisonnements constituent la principale cause de mortalité de cette tranche d'âge : 71 % des décès masculins et la moitié des décès féminins. Dans cette catégorie, la majorité des décès résulte d'accidents de la circulation ou de suicides. Les tumeurs constituent la seconde cause de mortalité chez les 15-35 ans, loin derrière les traumatismes et empoisonnements (8 % des décès masculins et 17 % des décès féminins). Parmi les cancers les plus représentés : les tumeurs malignes du cerveau, la Maladie de Hodgkin et les leucémies. Enfin, le sida a provoqué en moyenne 6 décès par an sur la période (5 décès masculins contre un décès féminin). Sur la période 1995-1997, ce chiffre s'élevait à 14 décès annuels en moyenne.

● Les tumeurs : première cause de mortalité chez les 35-64 ans

Chez les hommes comme chez les femmes, les tumeurs sont la première cause de mortalité pour la tranche d'âge 35-64 ans, représentant respectivement 42 % et 47 % des décès. Les cancers du poumon et des VADS, souvent liés à une consommation excessive d'alcool et/ou de tabac sont les plus représentés chez les hommes. Chez les femmes, il s'agit du cancer du sein. Les maladies de l'appareil circulatoire sont la seconde cause de décès (18 % des décès masculins et 14 % des décès féminins). Les traumatismes et empoisonnements sont responsables de 16 % des décès chez les hommes et 13 % chez les femmes. Enfin, les maladies de l'appareil digestif constituent la 4^e cause de mortalité (les cirrhoses alcooliques représentant plus de 3 décès par maladies de l'appareil digestif sur 4).

● Les maladies cardio-vasculaires : première cause de mortalité après 65 ans

Contrairement aux deux groupes d'âge précédents, les décès féminins sont plus nombreux que les décès masculins.

Chez les plus de 65 ans, les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de mortalité chez les hommes (32 % des décès masculins) et chez les femmes (37 % des décès), avec une prédominance des cardiopathies ischémiques chez les hommes et des maladies cérébro-vasculaires chez les femmes. Elles sont suivies par les tumeurs, avec principalement le cancer du poumon et de la prostate chez l'homme et le cancer du sein chez la femme. Sur la période 1998-2000, les tumeurs ont été responsables de 31 % des décès masculins et 19 % des décès féminins.

VUE D'ENSEMBLE DES PATHOLOGIES

● Premier motif d'admission en ALD chez les 15-34 ans : les troubles mentaux

Près de 1 700 personnes âgées de 15 à 34 ans domiciliées en Picardie ont été admises en affection de longue durée au cours de l'année 2002.

Les troubles mentaux (psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale) sont le motif le plus fréquent d'admission chez les hommes (42 %) comme chez les femmes (29 %). Ensuite, viennent les tumeurs, avec majoritairement les tumeurs du testicule et la maladie de Hodgkin chez l'homme et les tumeurs du sein et de la thyroïde chez la femme. Le troisième motif d'admission sont les maladies de l'appareil digestif représentées par les rectocolites hémorragiques et maladies de Crohn évolutives principalement.

● Chez les 35-64 ans : maladies de l'appareil circulatoire et tumeurs

Près de 12 050 personnes âgées de 35 à 64 ans domiciliées en Picardie ont été admises en ALD au cours de l'année 2002. La hiérarchie des motifs d'admission est différente selon le sexe.

Chez les hommes, les maladies de l'appareil circulatoire sont le motif d'admission le plus fréquent (36 %), avec principalement les maladies coronaires. Viennent ensuite les tumeurs avec pour localisations les plus représentées, les voies aéro-digestives supérieures et le poumon.

Chez les femmes, ce sont les tumeurs qui sont responsables du plus grand nombre d'admissions en ALD (33 %), le sein étant la localisation la plus fréquente. Les maladies de l'appareil circulatoire se placent au second rang, avec l'hypertension artérielle sévère qui représente près de la moitié des admissions féminines pour maladies de l'appareil circulatoire.

● Prédominance des maladies de l'appareil circulatoire chez les plus de 65 ans

Chez les hommes comme chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire sont le motif d'admission le plus fréquent chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Les maladies coronaires sont les principales pathologies cardio-vasculaires chez les hommes contre l'hypertension artérielle sévère chez les femmes.

Les tumeurs sont les secondes pathologies pour chacun des deux sexes, avec pour localisations les plus fréquentes la prostate chez l'homme et le sein chez les femmes. Les troubles mentaux restent un motif d'entrée en ALD relativement fréquent chez les femmes (14 %).

Principaux motifs d'admission en affection de longue durée en Picardie en 2002

15 à 34 ans		
HOMMES	Effectif	%
Troubles mentaux	359	41,9%
Tumeurs	98	11,4%
Maladies de l'appareil digestif	91	10,6%
Maladies du système nerveux	71	8,3%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	70	8,2%
Maladies de l'appareil circulatoire	67	7,8%
Autres	100	11,7%
Ensemble	856	100,0%
FEMMES	Effectif	%
Troubles mentaux	244	29,1%
Tumeurs	141	16,8%
Maladies de l'appareil digestif	107	12,8%
Maladies du système nerveux	99	11,8%
Maladies du système ostéo-articulaire	78	9,3%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	63	7,5%
Autres	107	12,8%
Ensemble	839	100,0%
35 à 64 ans		
HOMMES	Effectif	%
Maladies de l'appareil circulatoire	2 521	35,9%
Tumeurs	1 734	24,7%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1 287	18,3%
Troubles mentaux	483	6,9%
Maladies de l'appareil digestif	338	4,8%
Maladies de l'appareil respiratoire	212	3,0%
Autres	453	6,4%
Ensemble	7 028	100,0%
FEMMES	Effectif	%
Tumeurs	1 673	33,3%
Maladies de l'appareil circulatoire	996	19,8%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	831	16,5%
Troubles mentaux	668	13,3%
Maladies du système nerveux	236	4,7%
Maladies de l'appareil digestif	226	4,5%
Autres	396	7,9%
Ensemble	5 026	100,0%
65 ans ou plus		
HOMMES	Effectif	%
Maladies de l'appareil circulatoire	2 826	39,9%
Tumeurs	2 338	33,0%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	771	10,9%
Troubles mentaux	410	5,8%
Maladies de l'appareil respiratoire	286	4,0%
Maladies du système nerveux	201	2,8%
Autres	245	3,5%
Ensemble	7 077	100,0%
FEMMES	Effectif	%
Maladies de l'appareil circulatoire	3 239	42,4%
Tumeurs	1 660	21,7%
Troubles mentaux	1 036	13,5%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	959	12,5%
Maladies du système nerveux	240	3,1%
Maladies de l'appareil respiratoire	189	2,5%
Autres	324	4,2%
Ensemble	7 647	100,0%

Sources : CNAMTS, CANAM, CCMSA

ALD En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels de premiers avis favorables. Ces nombres dépendent aussi de la morbidité régionale, mais encore d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou l'avis de médecins conseil.

VUE D'ENSEMBLE DES PATHOLOGIES

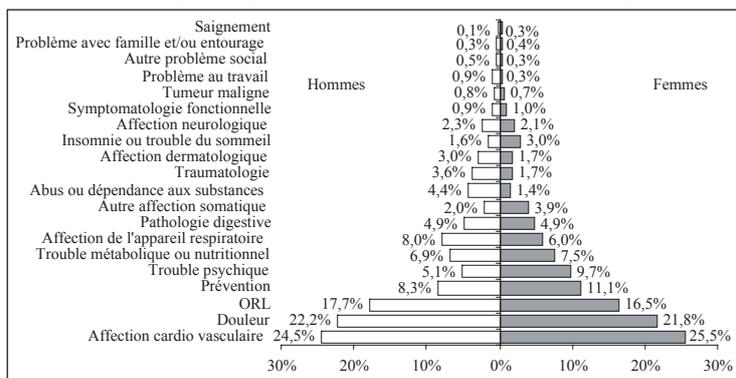
Motifs de recours aux soins d'après l'enquête en médecine générale

Réalisée en octobre 2000 dans toute la France auprès de la clientèle des médecins généralistes, l'enquête menée en médecine libérale sur le thème de l'alcool renseigne sur le motif ayant motivé le recours aux soins. Pendant deux jours d'activité des médecins, ceux-ci ont rempli un questionnaire pour tous les patients âgés de 16 ans ou plus. En Picardie, le recueil a rassemblé des informations sur quelque 2 600 patients.

● Les affections cardio-vasculaires : motif premier de recours aux soins

Les affections cardio-vasculaires constituent le premier motif de recours aux soins tant chez les hommes que chez les femmes. Viennent ensuite dans le même ordre pour chacun des deux sexes, les douleurs et les affections de la sphère ORL. Les consultations pour prévention (4^e motif pour chacun des deux sexes) ou pour troubles psychiques concernent davantage les femmes que les hommes. Le 5^e motif le plus fréquent est un trouble psychique chez la femme et une affection de l'appareil respiratoire chez l'homme.

Liste des 20 principaux motifs de recours aux soins par sexe



Source : Enquête alcool en médecine générale, ORS Picardie

● Des recours différents selon l'âge

Ces données masquent cependant des différences importantes selon l'âge des patients. Le pourcentage des affections cardio-vasculaires croît régulièrement avec l'âge, passant de 0,3 % chez les moins de 65 ans à près de 34 % chez les 85 ans ou plus. Elles constituent le motif premier de recours aux soins à partir de 55 ans. Avant 45 ans, le motif de recours aux soins le plus courant est celui des maladies infectieuses ORL et, pour le groupe d'âge des 45-54 ans, il s'agit des douleurs.

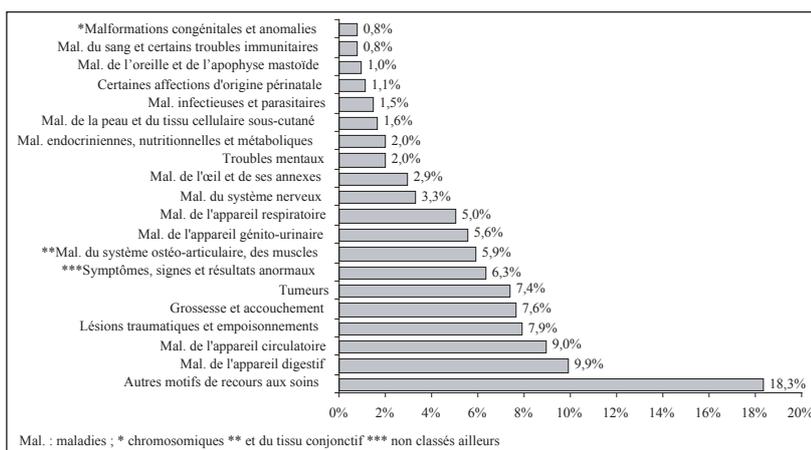
Diagnostic principal d'hospitalisation

Concernant les motifs de recours aux soins dans les établissements de santé, les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent l'exploitation du diagnostic principal d'hospitalisation de près de 505 400 séjours effectués en services de courte durée par des Picards en établissements de santé en 2002.

● Les pathologies digestives, responsables de 9,9 % des séjours en établissements de santé

Avec près de 92 600 séjours, la catégorie « autre motif de recours aux soins¹⁾ » rassemble 18,3 % des séjours effectués en 2002. Les pathologies responsables du plus grand nombre de séjours sont les pathologies digestives (près de 50 300 séjours) suivies des maladies de l'appareil circulatoire (près de 45 300 séjours). Les lésions traumatiques et les empoisonnements sont 4^e dans la hiérarchie des pathologies. Les séjours pour tumeurs n'arrivent qu'en 6^e position, les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou radiothérapie n'étant pas dénombrés dans ce programme.

Répartition des séjours effectués en 2002 par des Picards selon le diagnostic principal d'hospitalisation



Mal. : maladies ; * chromosomiques ** et du tissu conjonctif *** non classés ailleurs

Source : DHOS

⁽¹⁾ Examens et investigations sans mention de résultats anormaux, stérilisation, mesures procréatives, surveillance d'une grossesse à haut risque, dépistage prénatal, enfants nés vivants, soins palliatifs, motif autre de recours aux soins.

Méthodologie : À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours.

CONTEXTE NATIONAL

L'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population conduisent à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès. En 2000, près de la moitié des décès (47 %) sont survenus chez des personnes âgées de 80 ans ou plus. En raison de la surmortalité masculine, cette proportion est bien plus importante chez les femmes (62 %) que chez les hommes (33 %). Conséquence de cette évolution, les statistiques des causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, ce qui limite leur utilisation pour évaluer les besoins de prévention. C'est pourquoi les responsables de santé publique s'intéressent de plus en plus à la mortalité prématurée définie généralement comme la mortalité survenant avant 65 ans.

Au cours de l'année 2000, plus de 108 000 décès sont survenus prématurément en France métropolitaine, soit près de 20 % de l'ensemble des décès. Néanmoins, les hommes et les femmes sont inégaux face à la mortalité prématurée. Les décès prématurés sont en effet proportionnellement plus fréquents chez les hommes (28 % des décès) que chez les femmes (13 % des décès). Quatre grands types de causes sont à l'origine de plus des trois quarts des décès prématurés. Il s'agit des tumeurs (39 %), des traumatismes et empoisonnements (18 %), des maladies de l'appareil circulatoire (14 %) et des décès directement attribués à une consommation excessive d'alcool (alcoolisme, psychose alcoolique, cirrhose du foie : 6 %).

En constante diminution, la mortalité prématurée reste cependant plus élevée en France que chez ses voisins européens. Ainsi, le paradoxe français est-il de présenter, pour les hommes comme pour les femmes, la meilleure espérance de vie à 65 ans parmi les pays de l'Union européenne et une mortalité prématurée défavorable, particulièrement pour les hommes. Une partie de cette mortalité est considérée comme «évitable» selon les travaux menés au niveau européen ou par l'Inserm soit près de la moitié des décès prématurés. Le poids de la mortalité évitable dans la mortalité prématurée est comparable pour les hommes et les femmes. Ces décès pourraient être évités, ou du moins réduits, sans connaissance médicale supplémentaire ni équipement nouveau. Deux catégories d'actions ont ainsi été déterminées afin de prévenir ces décès évitables. La première modalité d'action porte sur la modification de certains comportements individuels, en particulier l'alcoolisme, le tabagisme, la conduite routière... La seconde concerne davantage le système de soins. L'amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins, la prévention de certaines pathologies par le biais du dépistage (cancer du sein par exemple) réduirait la mortalité évitable et donc une partie des décès prématurés. La modalité d'action la plus pertinente diffère selon le sexe : elle passe davantage par une modification des comportements à risque chez les hommes (trois quarts des décès évitables) contre une amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins chez les femmes (la moitié des décès évitables).

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

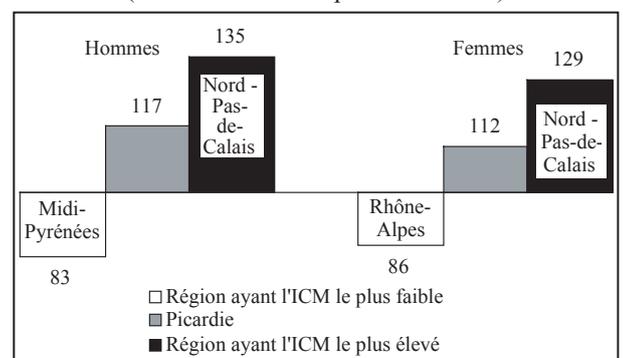
- Une mortalité prématurée significativement supérieure à la moyenne française, plaçant la région au 2^e rang des régions métropolitaines à forte mortalité prématurée.
- Chaque semaine, 54 Picards et 22 Picardes âgés de moins de 65 ans décèdent en moyenne.
- Plus de la moitié des décès prématurés pourraient être évités grâce notamment à des actions sur les facteurs de risque individuels chez les hommes et à une meilleure prise en charge par le système de soin chez les femmes.

● 2^e mortalité prématurée la plus forte de métropole

La Picardie est particulièrement concernée par la mortalité prématurée puisqu'elle occupe le 2^e rang pour les hommes comme pour les femmes dans le classement des régions métropolitaines à forte mortalité prématurée. La surmortalité s'élève à +17 % chez les hommes et à +12 % chez les femmes, elle est significative pour les deux sexes. La région est devancée par son voisin le Nord - Pas-de-Calais. Les indices les plus faibles s'observent au sud du pays en région Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées.

Indice comparatif de mortalité (ICM) chez les moins de 65 ans en 1998-2000

(ICM France métropolitaine = 100)

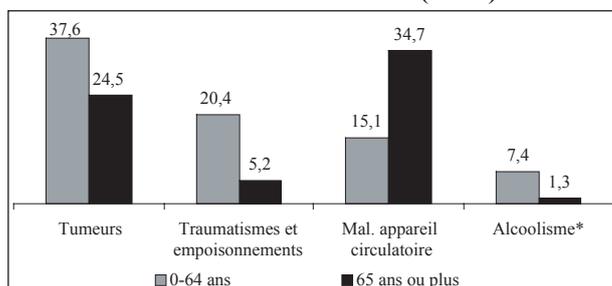


Sources : INSERM CépiDc, INSEE

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi² au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés les uns aux autres.

LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE

Répartition des causes de décès selon l'âge en Picardie en 1998-2000 (en %)



Source : INSERM CépiDc

* comprend les psychoses alcooliques et alcoolisme, et cirrhose alcoolique

Causes à l'origine des décès prématurés selon le sexe en Picardie en 1998-2000*

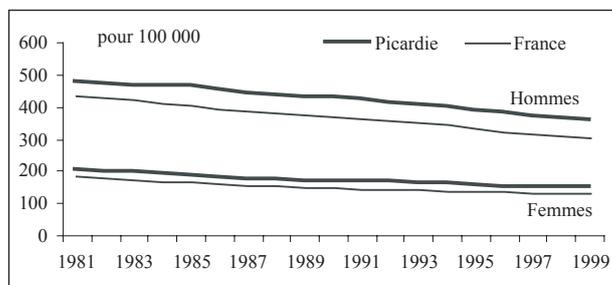
	Hommes		Femmes	
	Nb**	%	Nb**	%
Tumeurs	1 013	36,3	468	40,9
Dont poumon	300	10,8	47	4,1
Voies aéro-digestives supérieures	199	7,1	21	1,9
Intestin	63	2,3	40	3,5
Sein	-	-	129	11,3
Utérus	-	-	30	2,6
Traumatismes et empoisonnements	604	21,7	197	17,2
Dont accident de la circulation	192	6,9	66	5,8
Suicides	225	8,1	71	6,2
Maladies appareil circulatoire	448	16,1	147	12,8
Dont cardiopathies ischémiques	176	6,3	36	3,2
Maladies vasculaires cérébrales	79	2,8	41	3,5
Alcoolisme	213	7,6	80	7,0
Sida	15	0,5	3	0,3
Autres causes	494	17,7	250	21,8
Toutes causes	2 787	100,0	1 146	100,0

Source : INSERM CépiDc

* nombre de décès moyen observés annuellement chez des personnes âgées de moins de 65 ans

**s'agissant d'un nombre annuel moyen de décès, la somme des effectifs peut être légèrement différente du total compte tenu des arrondis

Évolution des taux comparatifs de mortalité prématurée (toutes causes) en Picardie entre 1981 et 1999*



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

*données lissées sur trois ans

● Les tumeurs, responsables de 38 % des décès prématurés

Sur la période 1998-2000, les tumeurs sont la principale cause de mortalité chez les moins de 65 ans, représentant 38 % des décès prématurés en Picardie. Parmi les tumeurs, celles résultant d'une consommation excessive d'alcool et/ou de tabac occupent une place non négligeable. Les accidents et morts violentes constituent la seconde cause de mortalité prématurée (20 % des décès prématurés). Enfin, les décès directement attribués à une consommation d'alcool* représentent 7 % des décès prématurés.

La répartition des causes de mortalité chez les moins de 65 ans diffère de celle des personnes âgées de 65 ans ou plus. Ainsi, les maladies de l'appareil circulatoire sont peu représentées avant 65 ans, contrairement aux morts violentes et accidents ainsi que l'alcoolisme.

● Quelques différences par sexe

Sur la période 1998-2000, 3 934 Picards âgés de moins de 65 ans sont décédés en moyenne chaque année, représentant 24 % de l'ensemble des décès en Picardie (contre 21 % en France). Les hommes sont davantage concernés puisque 71 % des décès prématurés sont des décès masculins.

Les tumeurs représentent 40,9 % des décès prématurés féminins contre 36,3 % des décès prématurés masculins. Les localisations cancéreuses sont les suivantes : chez les hommes, les cancers les plus fréquents en termes de mortalité prématurée sont les cancers du poumon (11 % des décès prématurés en 1998-2000) et des VADS (7 %), alors que chez les femmes, le cancer du sein est de loin la première cause de mortalité par tumeurs (11 % des décès féminins prématurés). À l'inverse des tumeurs, les morts violentes et accidents sont un peu plus représentés chez les hommes que chez les femmes (22 % des décès prématurés contre 17 %).

● Diminution de la mortalité prématurée

Les taux comparatifs de mortalité prématurée ont diminué de 25 % chez les hommes et de 27 % chez les femmes entre 1981 et 1999. En France métropolitaine, l'évolution est un peu plus marquée pour les hommes (-30 %) et équivalente chez les femmes (-28 %).

La surmortalité picarde par rapport à la moyenne nationale ne s'atténue pas avec le temps. La progression est non négligeable chez les hommes, passant de +10 % en 1981 à +17 % en 1999. Chez les femmes, la surmortalité picarde reste relativement constante (autour de 12 %).

Pour l'ensemble de la période et pour chacun des deux sexes, la mortalité prématurée en Picardie est significativement supérieure à la moyenne nationale.

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'année pour laquelle est placée le point est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE

● Diminution pour les quatre principales causes

En décomposant l'évolution de la mortalité prématurée selon les quatre principales causes de décès, il apparaît que les diminutions les plus flagrantes s'observent pour les maladies de l'appareil circulatoire et l'alcoolisme (diminution toutefois inférieure à celle observée pour la France métropolitaine).

● Plus de la moitié des décès prématurés sont considérés comme "évitables"

Selon les critères utilisés dans le cadre de recherches menées au niveau européen ou par l'INSERM, 54 % des décès prématurés masculins et 51 % des décès prématurés féminins survenus sur la période 1998-2000 chez des Picards peuvent être considérés comme "évitables" dans les conditions sanitaires et sociales françaises.

Chez les hommes, la survenue de ces décès serait évitée pour 78 % des cas par des actions sur les facteurs de risques individuels en vue d'une modification des comportements à risque. Chez les femmes, les deux types d'action sont équitablement réparties : 51 % des décès prématurés seraient évités par des actions sur les facteurs de risque individuels et 49 % par une meilleure prise en charge par le système de soin. Une différence plus nette s'observe pour les cancers. Alors que la très grande majorité des décès masculins par cancers seraient évités par une action sur les facteurs de risque individuels (à titre d'exemple, la consommation d'alcool et/ou de tabac en prévention des cancers des VADS ou du poumon), près de trois décès féminins par cancer sur quatre seraient évités par une meilleure prise en charge par le système de soin (meilleure détection des cancers du sein ou de l'utérus).

Les décès évitables Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme « évitables », c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant 65 ans. La liste des causes de décès évitables utilisée dans ce document a été établie par la Fnors en s'inspirant à la fois des travaux européens menés sous l'égide du Comité d'actions concertées «Health Services Research» et des travaux menés au sein du service d'information sur les causes médicales de décès de l'Inserm. Les travaux européens classent les décès « évitables » en deux groupes selon les modalités d'action capables d'en diminuer la fréquence. Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action sur les facteurs de risque individuels (cancers de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, du larynx, des bronches et du poumon, psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose du foie, accidents de la circulation, chute accidentelle, suicide, sida). Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels (décès par tuberculose, cancer du sein ou maladies hypertensives et tous les autres décès non cités dans le premier groupe). Basée sur la classification internationale des maladies (9^e révision jusqu'en 1999 et 10^e révision à partir de l'année 2000), la liste inclut les décès de moins de 65 ans par typhoïde, tétanos, sida, cancers de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, de la peau, du sein, de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémies, psychose alcoolique et cirrhose du foie, cardiopathies rhumatismales chroniques, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, grippe, asthme, ulcères, mortalité maternelle, accidents de la circulation, chute accidentelle et suicide.

Taux de croissance annuel moyen du taux comparatif de mortalité prématurée pour certaines causes entre 1981 et 1999*

	Hommes		Femmes	
	Picardie	France	Picardie	France
Tumeurs	-0,5	-1,0	-0,7	-0,7
Traumatismes et empoisonnements	-1,9	-2,1	-1,8	-2,1
Maladies de l'appareil circulatoire	-2,5	-3,1	-3,0	-3,4
Alcoolisme	-2,7	-3,3	-3,1	-3,8
Toutes causes	-1,6	-1,9	-1,8	-1,8

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

* données lissées sur trois ans

Répartition des décès prématurés en Picardie selon leur caractère "évitables" (1998-2000)

	Hommes		Femmes	
	Nb*	%	Nb*	%
Décès évitables	1 510	54,2	587	51,2
Facteurs de risque				
<i>individuels</i>	1 175	42,2	297	25,9
<i>autres</i>	335	12,0	290	25,3
Autres décès	1 277	45,8	560	48,8
Décès prématurés	2 787	100,0	1 146	100,0

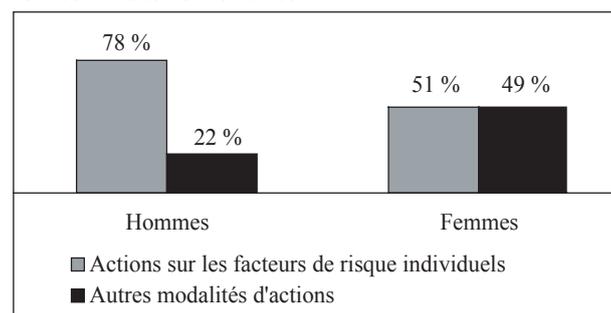
Source : INSERM CépiDc

Estimation FNORS – ORS Picardie

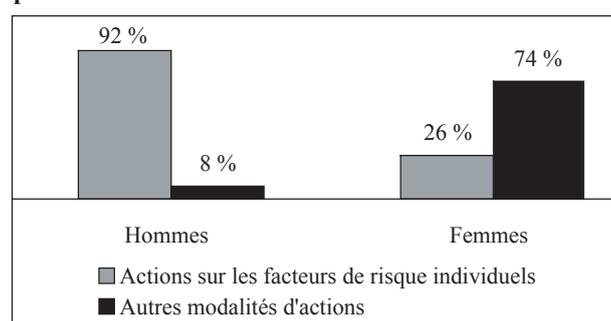
* Nombre annuel moyen de décès de personnes âgées de moins de 65 ans

Répartition des décès prématurés "évitables" en Picardie selon le type d'actions pour les prévenir (1998-2000)

toutes causes confondues



par cancer

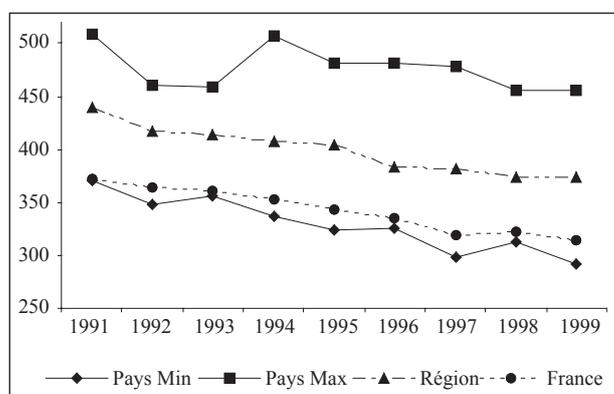


Source : INSERM CépiDc

Estimation FNORS – ORS Picardie

LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE

Évolution des taux comparatifs de mortalité prématurée (toutes causes) entre 1991 et 1999 chez les hommes



Source : INSEE

Exploitation ORS Picardie

● Une baisse modérée mais constante de la mortalité prématurée chez les hommes

La mortalité prématurée chez les hommes a connu une baisse relativement modeste durant les années quatre-vingt-dix. Alors qu'en 1991, en Picardie, le taux de mortalité prématurée était de plus de 440 décès pour 100 000 hommes, cette valeur chute à environ 373 décès pour 100 000 hommes en 1999.

Les valeurs nationales sont plus faibles avec environ 372 décès pour 100 000 hommes en 1991 contre 315 décès pour 100 000 hommes en 1999. Il est intéressant de constater que, schématiquement, la région a dix ans de retard par rapport au niveau national, les valeurs de la fin des années 1991 en Picardie étant comparables à celles du début de la décennie pour la France.

Au niveau infra-régional, on constate que les valeurs minimales par pays sont très légèrement inférieures aux valeurs nationales avec une évolution similaire. En revanche, les valeurs maximales sont très élevées avec des taux qui ne descendent jamais sous les 450 décès pour 100 000 hommes.

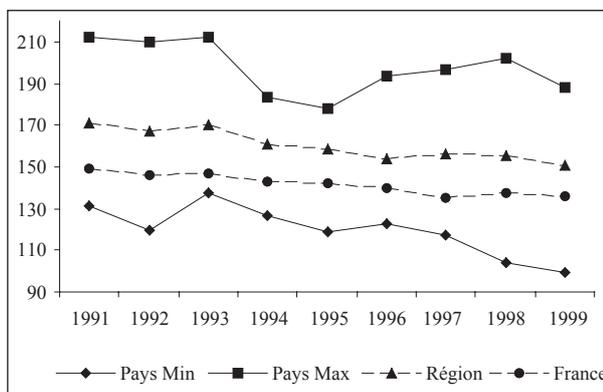
● Des taux nettement plus faibles chez les femmes avec également une tendance à la baisse

Chez les femmes, les taux sont moins élevés avec des valeurs régionales comprises entre environ 171 décès pour 100 000 femmes en 1991 contre 151 décès pour 100 000 femmes en 1999. L'évolution sur cette période peut donc être qualifiée de baisse modérée.

Pour la France métropolitaine, la baisse sur la décennie est également modérée avec des valeurs passant d'environ 149 décès pour 100 000 femmes en 1991 contre 136 décès pour 100 000 femmes en 1999. Une nouvelle fois, les valeurs de la région en 1999 correspondent globalement aux valeurs nationales une dizaine d'années plus tôt.

Les valeurs minimales au niveau des pays sont assez nettement plus faibles que celles au niveau national avec des taux qui descendent sous les 100 décès pour 100 000 femmes en 1999. À l'opposé, les valeurs maximales avoisinent les 200 décès pour 100 000 femmes et ont eu tendance à stagner depuis le milieu des années 1990.

Évolution des taux comparatifs de mortalité prématurée (toutes causes) entre 1991 et 1999 chez les femmes



Source : INSEE

Exploitation ORS Picardie

CONTEXTE NATIONAL

En France, comme dans tous les pays industrialisés, les affections cardio-vasculaires occupent une place prépondérante dans la mortalité et la morbidité : elles constituent la première cause de décès, le premier motif d'admission en affection de longue durée (ALD) et le troisième motif d'hospitalisation en soins de courte durée. En 2000, les affections cardio-vasculaires ont provoqué plus de 161 330 décès en France métropolitaine. Parmi ces décès, près de 15 300 sont considérés comme prématurés, car ils sont survenus avant l'âge de 65 ans. La mortalité par maladie de l'appareil circulatoire régresse : le taux comparatif de mortalité est ainsi passé de 460 pour 100 000 sur la période 1980-1982 à 261 sur la période 1998-2000. Les données de morbidité cardio-vasculaire sont, en France, très parcellaires, mais différentes sources permettent néanmoins d'approcher l'ampleur de ce problème. Environ 360 200 admissions en ALD pour une pathologie cardio-vasculaire ont été prononcées en 2002. D'autre part, les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) comptabilisent pour l'année 2002 plus de 1,3 million de séjours pour maladie de l'appareil circulatoire (soit 9 % de l'ensemble des séjours).

Plusieurs facteurs constitutionnels et comportementaux influencent l'incidence des pathologies cardio-vasculaires et sont souvent associés : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, diabète, tabagisme, alimentation et mode de vie. La réduction de ces facteurs de risque passe non seulement par des actions d'information collective auprès du grand public, par une action spécifique auprès des patients, mais aussi par une mobilisation de tous les professionnels de santé en matière de dépistage et de prise en charge de la maladie.

Parmi les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies vasculaires cérébrales regroupent les pathologies entraînant une altération de la circulation cérébrale. Elles sont responsables d'une part importante de la mortalité et de handicaps moteurs. Elles peuvent également être à l'origine de démences vasculaires. Les cardiopathies ischémiques regroupent l'ensemble des manifestations cliniques engendrées par une souffrance cardiaque, résultat d'un rétrécissement des artères coronaires. En France, trois registres des cardiopathies ischémiques, connus sous le nom de registre MONICA (multinational MONItoring of trends and déterminants in Cardiovascular disease) couvrent 3 régions contrastées (Bas-Rhin, Haute-Garonne et communauté urbaine de Lille). Les registres réalisent l'enregistrement des cas d'une pathologie de façon continue et exhaustive dans une région géographique donnée et effectuent également des travaux de recherche et des études complémentaires visant à améliorer les connaissances concernant cette pathologie. Un programme national de réduction des risques cardio-vasculaires a été mis en place par le ministère chargé de la Santé pour la période 2002-2005. Il comprend des axes communs à l'ensemble des maladies cardio-vasculaires, notamment concernant la réduction des facteurs de risque, mais aussi des recommandations plus spécifiques quant à l'amélioration de l'organisation et la prise en charge globale des accidents vasculaires cérébraux sur l'ensemble de la filière de soins. Enfin, un volet épidémiologique vise à renforcer le système de surveillance spécifique des maladies cardio-vasculaires.

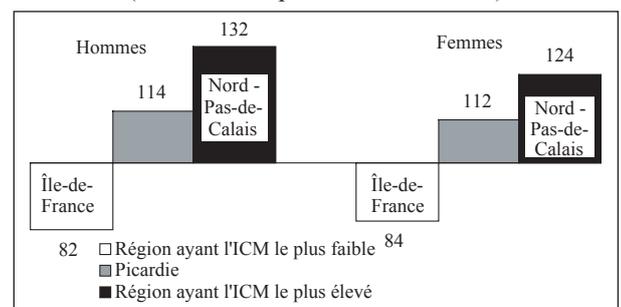
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- 5 013 décès annuels par maladie de l'appareil circulatoire sur la période 1998-2000, survenus à 53 % chez des femmes.
- Une surmortalité par maladie de l'appareil circulatoire significative en Picardie par rapport à la moyenne nationale.
- Diminution de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire depuis vingt ans.
- Un recours aux établissements de santé pour maladies de l'appareil circulatoire plus fréquent en Picardie que sur l'ensemble du territoire.

● Surmortalité significative pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire

Chez les hommes, la Picardie enregistre une surmortalité par maladie de l'appareil circulatoire par rapport à la moyenne nationale de 14 %, la région disposant du 3^e ICM le plus élevé parmi les régions métropolitaines. Avec une surmortalité de 12 %, la région se place au 5^e rang du classement des régions métropolitaines chez les femmes. Pour chacun des deux sexes, la différence observée avec la moyenne nationale est significative.

Indice comparatif de mortalité (ICM) par maladies de l'appareil circulatoire en 1998-2000
(France métropolitaine = base 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi² au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM hommes et femmes ne peuvent être comparés les uns aux autres.

LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

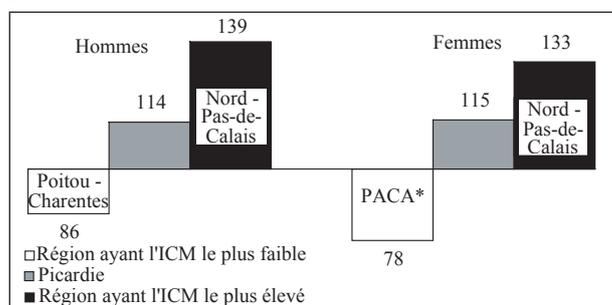
Nombre annuel moyen de décès et proportion des décès survenus après l'âge de 65 ans en 1998-2000 (Picardie)

	Hommes	Femmes
Cardiopathies ischémiques	797	618
(dont % après 65 ans)	77,9	94,1
Maladies vasculaires cérébrales	476	662
(dont % après 65 ans)	83,5	93,9
Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire	2 381	2 632
(dont % après 65 ans)	81,2	94,4

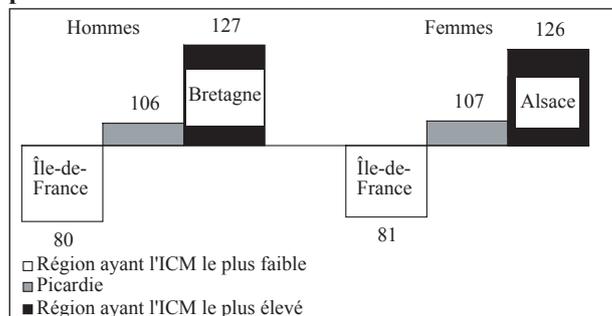
Source : INSERM CépiDc

Indice comparatif de mortalité (ICM) en 1998-2000 (France métropolitaine = base 100)

par cardiopathies ischémiques



par maladies vasculaires cérébrales



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

* Provence-Alpes-Côte d'Azur

Admissions en affection de longue durée pour maladie de l'appareil circulatoire en Picardie en 2002

	Hommes		Femmes		Total
	Nb	%	Nb	%	
Accident vasculaire cérébral	539	52,6	486	47,4	1 025
Artériopathies chroniques	1 002	69,4	441	30,6	1 443
Insuffisance cardiaque	1 073	52,7	963	47,3	2 036
Hypertension artérielle	1 106	39,9	1 663	60,1	2 769
Maladie coronaire	1 763	69,4	779	30,6	2 542
Total	5 483	55,9	4 332	44,1	9 815

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

● Plus de 5 000 décès chaque année

Sur la période 1998-2000, les maladies de l'appareil circulatoire ont été responsables de 5 013 décès en moyenne chaque année en Picardie, représentant 27 % des décès chez les hommes contre 33 % chez les femmes.

Parmi ces maladies, la moitié sont des cardiopathies ischémiques ou des maladies vasculaires cérébrales.

Les cardiopathies ischémiques sont survenues à 56 % chez des hommes contre 42 % pour les maladies vasculaires cérébrales.

● Surmortalité significative par cardiopathies ischémiques et maladies vasculaires cérébrales

Sur la période 1998-2000, la Picardie enregistre une surmortalité significative par cardiopathies ischémiques par rapport à la moyenne nationale. La surmortalité se chiffre à +14 % chez les hommes et à +15 % chez les femmes. La place occupée par la Picardie dans le classement des régions métropolitaines à forte mortalité est la 5^e chez les hommes et la 6^e chez les femmes.

De même, la mortalité par maladies vasculaires cérébrales est significativement plus élevée en Picardie qu'en France. Sur la période 1998-2000, la surmortalité picarde se chiffre à + 6 % chez les hommes et à + 7 % chez les femmes. La région présente le 7^e ICM le plus élevé chez les hommes et le 6^e chez les femmes.

● Admissions en ALD : maladie coronaire chez l'homme et hypertension artérielle chez la femme

En 2002, près de 9 800 Picards ont été admis en affection de longue durée pour une maladie de l'appareil circulatoire. 56 % des ces exonérations ont été attribuées à des hommes.

Ce pourcentage varie cependant selon la pathologie : ainsi, l'hypertension artérielle concerne davantage les femmes que les hommes, à l'inverse des autres pathologies cardio-vasculaires, en particulier les maladies coronaires et les artériopathies chroniques.

ALD En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels de premiers avis favorables. Ces nombres dépendent de la morbidité régionale, mais encore d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou l'avis de médecins conseil.

LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

● Une mortalité croissante avec l'âge

La mortalité par cardiopathies ischémiques est croissante avec l'âge, et plus rapidement pour les hommes que pour les femmes. À chaque âge, les hommes présentent des taux de mortalité supérieurs à ceux des femmes, la surmortalité masculine maximale s'observant pour le groupe d'âge 45-49 ans, avec un risque féminin dix fois plus faible. Pour ce groupe d'âge, 80 % des décès par cardiopathies ischémiques sont masculins sur la période 1998-2000.

Après 80 ans, les décès féminins deviennent plus nombreux que les décès masculins, mais le risque de décéder par cardiopathies ischémiques est toujours supérieur chez les hommes par rapport aux femmes.

Le risque de décéder par maladies vasculaires cérébrales est également croissant avec l'âge et il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (une seule exception s'observe pour le groupe d'âge 30-34 ans). Par rapport aux cardiopathies ischémiques, la différence de mortalité entre les deux sexes est plus faible.

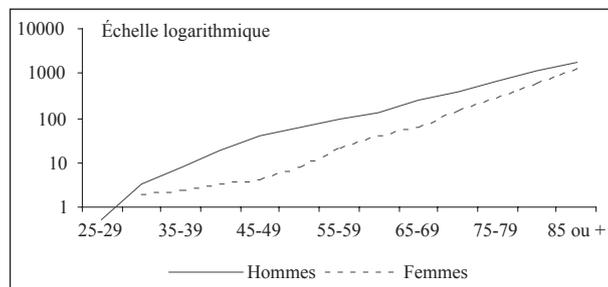
● Près de 45 300 séjours en établissements de santé pour maladies de l'appareil circulatoire en 2002

Au cours de l'année 2002, 45 286 séjours en établissements de santé de patients domiciliés en Picardie avaient pour diagnostic principal une maladie de l'appareil circulatoire. Plus de la moitié des séjours (57 %) concernait des patients âgés de 65 ans ou plus. Les séjours sont significativement plus nombreux en Picardie qu'en France au regard des indices comparatifs (de +12 % chez les hommes et de +21 % chez les femmes). La région présente l'indice le plus élevé de France métropolitaine chez les femmes. Chez les hommes, il se place au 3^e rang.

Taux de mortalité par sexe et par âge en Picardie en 1998-2000

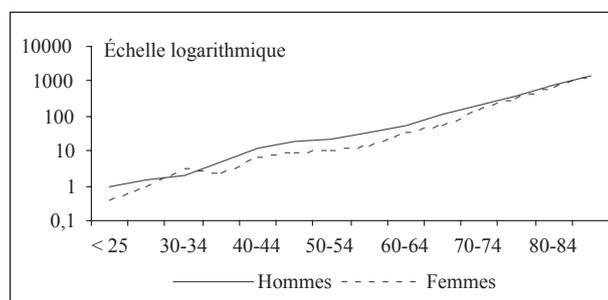
(Taux pour 100 000 habitants)

par cardiopathies ischémiques



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

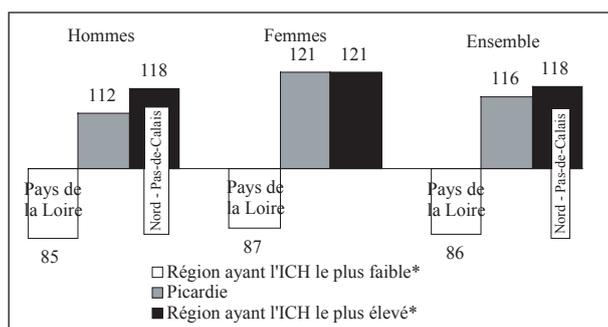
par maladies vasculaires



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Indice comparatif d'hospitalisation pour maladie de l'appareil circulatoire en 2002

(France base 100 pour chacun des sexes)



Source : DHOS

* Hors Corse

Les données sur les **établissements de santé** proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. Enfin, la Corse n'est pas représentée sur les graphiques du fait de sa spécificité. **L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH)** est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Picardie signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

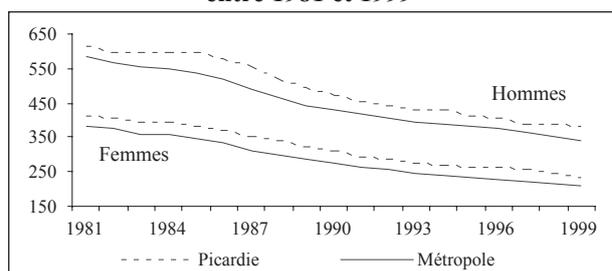
LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

Évolution de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire entre 1981 et 1999

● Baisse de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire

Entre 1981 et 1999, la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a diminué chez les hommes comme chez les femmes. La baisse est sensiblement plus élevée chez les femmes (taux de croissance annuel moyen de -3,0 %) que chez les hommes (taux de croissance annuel moyen de -2,6 %). Notons également que les évolutions sont un peu plus importantes en France qu'en Picardie. Sur l'ensemble du territoire, les diminutions se chiffrent à -3,3 % par an chez les femmes et à -2,9 % chez les hommes. La surmortalité observée en Picardie par rapport à la moyenne nationale ne se réduit pas avec le temps. Entre 1981 et 1999, elle est passée de 5 % à 12 % chez les hommes et de 7 % à 13 % chez les femmes.

Évolution du taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire entre 1981 et 1999*



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

* Données lissées sur trois ans

● Une diminution plus prononcée pour les maladies vasculaires cérébrales que pour les cardiopathies ischémiques

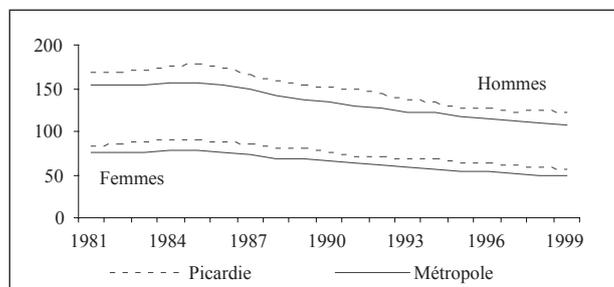
L'évolution de la mortalité est décroissante pour les deux principales pathologies cardio-vasculaires : les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales.

La baisse a cependant été plus prononcée pour les maladies vasculaires cérébrales que pour les cardiopathies ischémiques. Chez les hommes, le taux de croissance annuel moyen s'élève à -4,7 % pour les maladies vasculaires cérébrales contre -1,7 % pour les cardiopathies ischémiques. Chez les femmes, la mortalité par maladies vasculaires cérébrales a diminué en moyenne chaque année de -4,8 % contre -2,0 % pour les cardiopathies ischémiques.

De même que pour l'ensemble des pathologies cardio-vasculaires, les évolutions sont un peu plus prononcées en France qu'en Picardie. Les évolutions se chiffrent à -2,0 % par an en moyenne chez les hommes et -2,5 % chez les femmes pour les cardiopathies ischémiques et à -4,9 % pour les hommes et -4,8 % pour les femmes pour les maladies vasculaires cérébrales. La surmortalité picarde est un peu plus forte pour les cardiopathies ischémiques que pour les maladies vasculaires cérébrales et elle ne s'atténue pas avec le temps pour les deux groupes de pathologies.

Évolution du taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire entre 1981 et 1999*

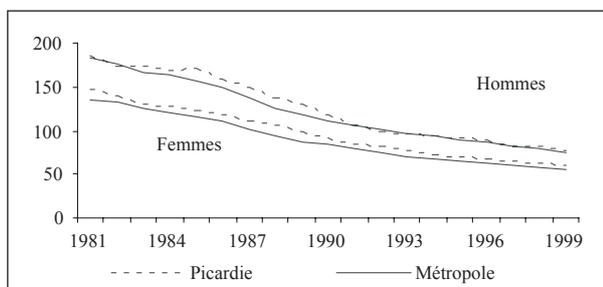
par cardiopathies ischémiques



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

* Données lissées sur trois ans

par maladies vasculaires cérébrales



Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'année pour laquelle est placée le point est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

CONTEXTE NATIONAL

Conséquence d'une prolifération anormale de cellules dans un tissu ou un organe, les tumeurs occupent une place particulièrement importante dans la morbidité. Les tumeurs bénignes restent localisées et sont en général peu graves, alors que la gravité des tumeurs malignes (ou cancers) est notamment liée à leur aptitude à se disséminer par voie lymphatique ou sanguine, créant ainsi des foyers secondaires (métastases) à distance du foyer primitif. Parmi l'ensemble des tumeurs, 96 % sont malignes. En France, les cancers occupent une place grandissante en termes de morbidité. Le réseau français des registres du cancer (Francim) estime à environ 278 000 le nombre de nouveaux cas de cancer pour l'année 2000 en France métropolitaine, soit une progression de 32 % entre 1990 et 2000. Le vieillissement de la population, l'amélioration du dépistage et du diagnostic et la plus grande fréquence de certains cancers expliquent cette évolution. En termes d'incidence, les localisations les plus fréquentes sont la prostate et le poumon chez l'homme et le sein et le côlon-rectum chez la femme.

En 2000, 143 300 décès enregistrés en France métropolitaine ont été attribués au cancer. Les cancers représentent la première cause de décès chez l'homme (32 % des décès masculins en 2000) et la deuxième chez la femme (22 % des décès féminins). Cette même année, 71 % des décès par cancer sont survenus chez des personnes âgées de 65 ans ou plus. Chez les femmes, le cancer du sein est responsable du plus grand nombre de décès par cancer (10 915 décès en 2000) suivi par le cancer du côlon-rectum (7 589 décès). Chez les hommes, le cancer du poumon arrive en tête (20 542 décès) devant les cancers des voies aéro-digestives supérieures (9 075 décès) et de la prostate (9 071 décès). Contrairement à l'incidence, la mortalité par cancer, toutes localisations confondues, diminue depuis le début des années cinquante chez les femmes et a également tendance à baisser depuis le milieu des années quatre-vingt chez les hommes.

Les facteurs de risque des cancers sont divers et interagissent souvent entre eux. Pour certains cancers, la part des facteurs de risque dans la responsabilité des décès est clairement établie. En particulier, 22 % des décès par cancer sont attribués au tabac en 2000 et 12 % des décès par cancer sont imputables à l'alcool. D'autres facteurs comme la nutrition ou les expositions professionnelles ont un rôle certain, mais celui-ci est plus difficilement quantifié.

La prévention du cancer est donc pour une large part une prévention primaire (lutte contre le tabagisme, consommation d'alcool etc.). Certains cancers peuvent également faire l'objet d'un dépistage, c'est le cas des cancers du sein, du col de l'utérus, du côlon-rectum et du mélanome. La prise en charge thérapeutique repose quant à elle principalement sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, le choix du traitement étant fonction de l'état de santé général du malade, de la localisation de la tumeur, de sa taille, de son type histologique et de l'existence ou non de métastases.

Le Plan cancer, lancé en 2003 a pour objectif de diminuer la mortalité de 20 % à l'horizon 2007. Ces mesures sont réparties en six chapitres : prévention, dépistage, accès à des soins de qualité, volet social et information, formation plus adaptée et enfin recherche.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Une surmortalité par cancer de 12 % chez les hommes et de 4 % chez les femmes en Picardie par rapport à la France.
- À partir de 45 ans, la mortalité masculine est au moins deux fois plus importante que la mortalité féminine.
- L'incidence des cancers augmente en Picardie pour chacun des deux sexes.
- Le cancer a été responsable d'un décès sur quatre en 2000.
- En terme d'incidence, les localisations les plus fréquentes sont la prostate chez l'homme et le sein chez la femme.

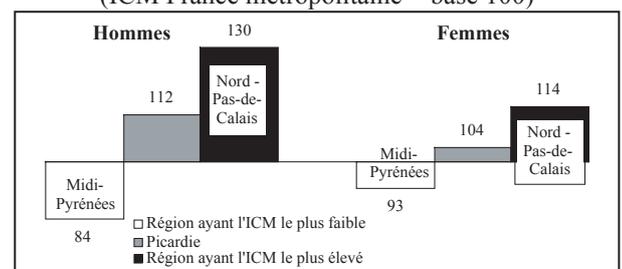
● Une surmortalité par cancer chez les hommes et les femmes en Picardie

Sur la période 1998-2000, la Picardie présente une surmortalité significative de 12 % par rapport à la moyenne nationale chez les hommes et se place au 3^e rang des régions métropolitaines à forte mortalité derrière le Nord-Pas-de-Calais et la Haute-Normandie.

Chez les femmes, la surmortalité picarde par rapport à la moyenne nationale se chiffre à +4%, elle est, comme pour les hommes, significative. La Picardie occupe le 5^e rang.

Indice comparatif de mortalité par cancer en 1998-2000

(ICM France métropolitaine = base 100)

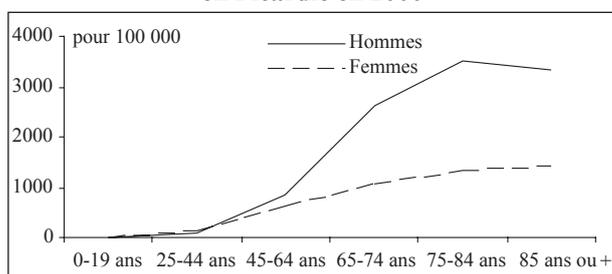


Sources : INSERM CépiDc, INSEE

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi² au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM hommes et femmes ne peuvent être comparés les uns aux autres.

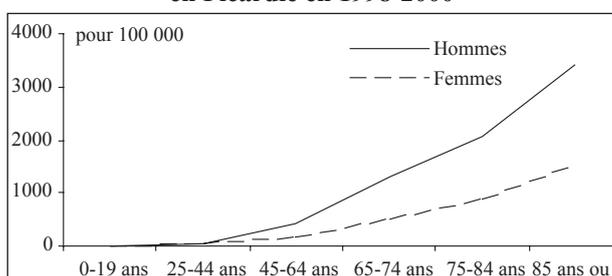
LES CANCERS

Incidence estimée du cancer selon l'âge en Picardie en 2000



Sources : Francim, INSEE

Mortalité par cancer selon l'âge en Picardie en 1998-2000



Sources : Inserm CépiDC, INSEE

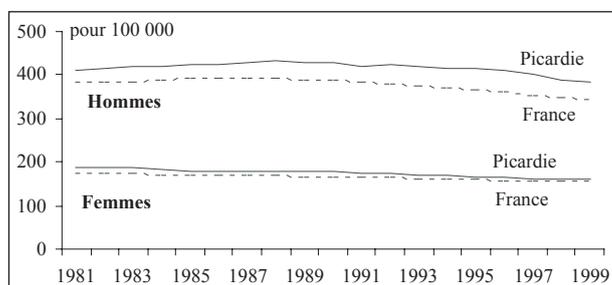
Incidence estimée des cancers entre 1980 et 2000

	1980	1985	1990	1995	2000
Hommes nb	3 207	3 494	3 921	4 548	5 366
Taux*	537	572	616	665	730
France	488	517	553	598	645
Femmes nb	2 279	2 515	2 805	3 191	3 651
Taux*	299	319	339	361	387
France	278	297	317	341	362

Sources : Francim, INSEE

*standardisé sur la population française de 2001, taux pour 100 000

Taux comparatifs de mortalité par cancer de 1981 et 1999*



Sources : INSERM CépiDC, INSEE

* Données lissées sur trois ans

● Une mortalité et une incidence croissantes avec l'âge

En 2000, 9 017 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués en Picardie. 60 % de ces nouveaux cas sont survenus chez des hommes.

Les taux bruts d'incidence augmentent avec l'âge. Plus l'âge est élevé, plus le risque est grand. Globalement, une sur-incidence est enregistrée chez les hommes par rapport aux femmes. Une seule exception s'observe pour le groupe d'âge 20-44 ans : l'incidence est plus élevée chez les femmes compte tenu de l'importance des cancers du sein.

Sur la période 1998-2000, 4 448 Picards sont décédés en moyenne chaque année d'un cancer. 63 % de ces décès sont survenus chez des hommes.

La mortalité par cancer est croissante avec l'âge chez les hommes comme chez les femmes. Les taux de mortalité sont toujours inférieurs chez les femmes par rapport aux hommes, et la surmortalité masculine est maximale pour le groupe d'âge 65-74 ans (surmortalité masculine de +163 %).

● Progression de l'incidence du cancer

Entre 1980 et 2000, le nombre de nouveaux cas de cancer a progressé de 67 % chez les hommes et de 60 % chez les femmes. Cette progression s'explique par le vieillissement de la population, l'incidence étant plus forte au sein des populations âgées, mais pas seulement. Les taux standardisés d'incidence ont progressé de 36 % chez les hommes et de 29 % chez les femmes sur la période. Enfin, l'incidence est significativement plus élevée en Picardie que sur l'ensemble du territoire (+13 % chez les hommes et +7 % chez les femmes en 2000).

● Une mortalité par cancer en baisse

Chez les hommes, la mortalité par cancer a dans un premier temps progressé à la hausse entre 1981 et 1989. Ensuite, elle diminue. Entre 1981 et 1999, la mortalité a diminué de 7 % chez les hommes.

Chez les femmes, la mortalité diminue depuis 1981. En vingt ans, la baisse se chiffre à -14 %.

En France, l'évolution se chiffre à -11 % pour les deux sexes.

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'année pour laquelle est placée le point est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Incidence Les données d'incidence utilisées correspondent aux données du Réseau français des registres de cancer Francim. Elles proviennent de registres généraux sur 9 départements : Bas-Rhin, Calvados, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Manche, Somme et Tarn et de registres spécialisés sur 6 départements : Ardennes, Calvados, Côte-d'Or, Loire-Atlantique, Marne et Saône-et-Loire. La méthode d'estimation du nombre de cas incidents par région, âge, sexe et localisation s'appuie sur le rapport Incidence/Mortalité des régions couvertes par les registres du cancer. L'utilisation de ce rapport s'intègre dans une modélisation prenant en compte l'effet de l'âge et du temps. Les estimations ont été réalisées sur 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000.

● Près de 7 500 admissions en ALD pour cancer

En 2002, près de 7 500 Picards ont été admis en ALD pour cancer. 55 % de ces bénéficiaires étaient des hommes. Chez ces derniers, 44 % étaient âgés de moins de 65 ans contre 53 % chez les femmes.

● Des séjours en établissements de santé pour cancer plus nombreux en Picardie qu'en France

En 2002, près de 22 600 séjours en établissements de santé effectués par des Picards avaient pour diagnostic principal un cancer. Près de la moitié des ces séjours (48 %) concernaient des personnes âgées de moins de 65 ans. L'indice comparatif d'hospitalisation met en évidence un recours aux établissements de santé plus fréquent en Picardie qu'en France. La région présente ainsi le 2^e recours le plus élevé chez les hommes et le 5^e chez les femmes. La Haute-Normandie est en tête de classement.

● En terme d'incidence, le sein chez la femme et la prostate chez l'homme sont les localisations les plus fréquentes

En terme d'incidence, le cancer de la prostate est la première localisation chez l'homme. Le cancer des VADS et le cancer du poumon occupent les 2^e et 3^e places du classement (chacun 15 % des nouveaux cas de cancer). Le cancer du poumon est responsable du plus grand nombre de décès par cancer : un sur quatre.

Les deux localisations suivantes sont les VADS (13 %) et la prostate (10 %). Chez les femmes, la localisation la plus fréquente en terme d'incidence est le sein (36 % des nouveaux cas de cancer en 2000) suivi du côlon-rectum (14 %). Les cancers de l'utérus (col et corps) et de l'ovaire rassemblent 13 % des nouveaux cas de cancer en Picardie contre 11 % pour la moyenne française. Le cancer du sein reste la première localisation en terme de mortalité suivi du cancer du côlon-rectum.

Admissions en ALD pour cancer en Picardie en 2002

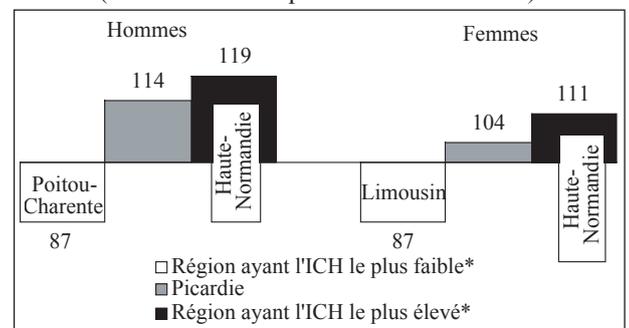
	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 45 ans	274	6,7	396	11,8
45-64 ans	1 542	37,6	1 377	41,0
65-84 ans	2 103	51,3	1 384	41,2
85 ans ou plus	182	4,4	205	6,1
Ensemble	4 101*	100,0	3 362	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

*plus 4 admissions dont l'âge du bénéficiaire est inconnu

Indice comparatif d'hospitalisation pour cancer en 2002

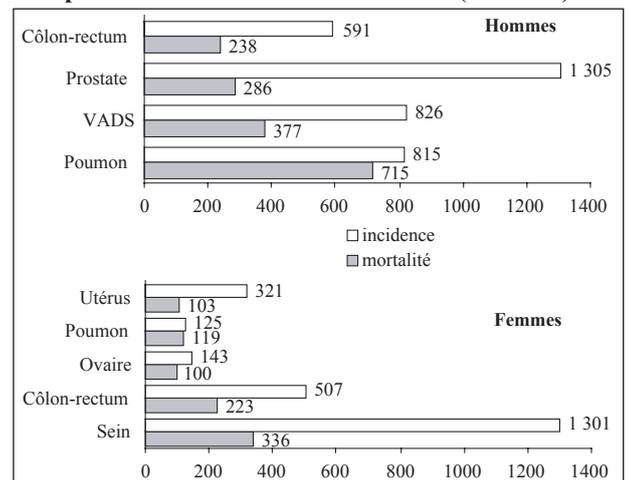
(France base 100 pour chacun des sexes)



Source : DHOS

* Hors Corse

Incidence estimée (2000) et mortalité (1998-2000) par cancers selon leur localisation (Picardie)



Sources : INSERM Cépide, Francim

ALD En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels de premiers avis favorables. Ces nombres dépendent de la morbidité régionale, mais encore d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou l'avis de médecins conseil.

Les données sur les **établissements de santé** proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. Enfin, la Corse n'est pas représentée sur les graphiques du fait de sa spécificité. **L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH)** est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Picardie signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

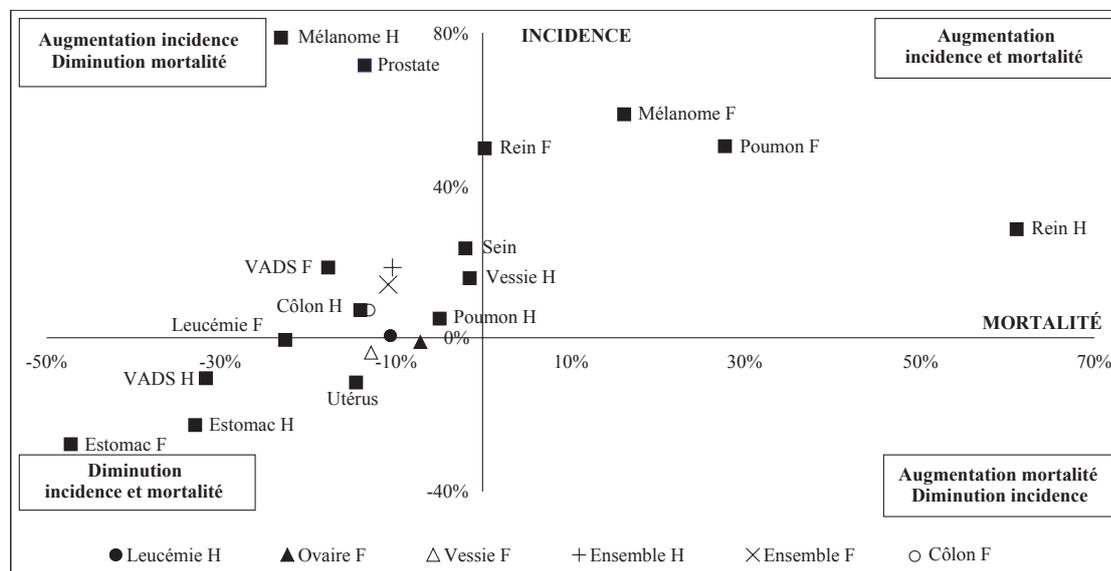
LES CANCERS

Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer au cours des années quatre-vingt-dix

Le plan factoriel ci-dessous présente conjointement l'évolution de la mortalité et celle de l'incidence au cours des années quatre-vingt-dix pour l'ensemble des cancers et quelques localisations cancéreuses. Sur l'axe des abscisses figurent les taux de croissance entre 1988-1991 et 1998-2001 des taux standardisés de mortalité. Sur l'axe des ordonnées, sont représentés les taux de croissance des taux standardisés d'incidence entre 1990 et 2000.

Chez les hommes, la mortalité par cancer a diminué de 11 % alors que l'incidence a progressé de +19 % sur la période. Chez les femmes, l'évolution de la mortalité est identique (-11 %) mais l'incidence a augmenté moins fortement que chez les hommes (+14 %). La majorité des cancers se place autour des deux points présentant l'évolution pour l'ensemble des cancers toutes localisations confondues, avec un taux de croissance de l'incidence entre 0 % et +20 % et un taux de croissance de la mortalité compris entre -20 % et 0 %. Certains cancers se distinguent de l'évolution globale, soit par une forte progression de l'incidence (accompagnée ou non par une progression de la mortalité), soit par une évolution favorable des indicateurs (baisse de l'incidence et la mortalité).

Évolution des taux standardisés de mortalité (entre 1988-1991 et 1998-2001) et d'incidence (entre 1990 et 2000) en Picardie



Sources : Inserm CépiDC, Francim, INSEE

Exploitation ORS Picardie

Pour le cancer du rein et le mélanome, pour chacun des deux sexes, le cancer du poumon chez la femme et le cancer de la prostate chez l'homme, l'incidence a progressé fortement au cours des années quatre-vingt-dix. Parmi ces localisations, l'évolution de la mortalité est favorable pour le mélanome chez l'homme et pour le cancer de la prostate.

Les évolutions les plus favorables (baisse de la mortalité et de l'incidence) s'observent pour le cancer des VADS chez l'homme, de l'utérus et de la vessie chez la femme et pour le cancer de l'estomac pour chacun des deux sexes.

Pour aucune localisation parmi celles retenues pour ce graphique, la mortalité a augmenté simultanément à une diminution de l'incidence.

Parmi les évolutions les plus remarquables, on retrouve l'augmentation marquée de l'incidence féminine du cancer du poumon, conséquence de la progression du tabagisme féminin et l'augmentation de l'incidence du cancer de la prostate. Enfin, le mélanome se démarque également : il se caractérise par une progression inquiétante de son incidence, chez les hommes (+79 %) comme chez les femmes (+59 %). L'évolution de la mortalité est différente selon le sexe, elle a progressé chez les femmes (+16 %) mais régressé chez les hommes (-23 %).

Le taux standardisé de mortalité est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au 1^{er} janvier 2001). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. Les taux ont été calculés sur quatre ans pour la mortalité (période 1988-1991 et 1998-2001) pour disposer d'effectifs suffisants.

CONTEXTE NATIONAL

Communément appelé cancer du poumon, le cancer primitif de la trachée, des bronches et du poumon occupe une place prépondérante en France tant en termes de nouveaux cas diagnostiqués qu'en terme de mortalité. Alors qu'il était relativement rare au début du siècle, sa fréquence a fortement progressé au cours des dernières décennies en raison de l'augmentation du tabagisme.

En 2000, près de 27 500 nouveaux cas ont été diagnostiqués selon les estimations du Réseau français des registres du cancer (Francim). La majorité des cas est apparue chez des hommes (83 %). Il est chez ses derniers le cancer le plus répandu en termes d'incidence après le cancer de la prostate. Depuis vingt ans, l'incidence progresse, et ceci surtout chez les femmes, conséquence de l'adoption par ces dernières des habitudes tabagiques masculines.

Cette même année, 24 770 décès ont été attribués au cancer du poumon en métropole. Il constitue la 1^{re} cause de décès par cancer chez les hommes et la 3^e chez les femmes (après les cancers du sein et du côlon-rectum). On peut cependant craindre que dans les années à venir, il ne prenne la première place chez les femmes comme c'est le cas aux États-Unis, où le tabagisme des femmes est plus ancien. Depuis 1980, la mortalité progresse et ce d'autant plus chez les femmes. Le cancer du poumon touche des personnes relativement jeunes : 39 % des décès surviennent avant l'âge de 65 ans.

Le cancer du poumon a motivé environ 21 000 admissions en affection de longue durée (ALD) parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie. Ainsi, ces personnes ont pu bénéficier de l'exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection. Il a également constitué le diagnostic principal de 60 000 séjours en établissements de soins de courte durée en 2002 selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI). S'y ajoutent les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou radiothérapie, dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas de dénombrement.

Le principal facteur de risque de ce cancer est la consommation tabagique, responsable de 80 % à 90 % des décès par cancer du poumon selon certaines études. Il n'y a pas d'effet de seuil à l'effet du tabac sur la santé, mais la durée d'exposition augmente le risque de façon exponentielle. En outre, le risque du tabagisme passif est clairement identifié aujourd'hui. Les expositions professionnelles (à l'amiante, à l'arsenic, etc.) constituent également des facteurs de risque connus.

La prévention du cancer du poumon passe essentiellement pour le moment par la lutte contre les facteurs de risque (tabac et expositions professionnelles principalement). De nombreuses études en cours évaluent diverses techniques de dépistage du cancer du poumon, mais aucune technique n'a pour l'instant fait preuve d'efficacité.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Une surmortalité de 18 % par rapport à la moyenne nationale chez les hommes.
- Forte progression de la mortalité par cancer pulmonaire chez les femmes âgées de moins de 65 ans.
- Forte progression de l'incidence du cancer du poumon chez les femmes entre 1980 et 2000.
- Près de 700 admissions en ALD pour cancer du poumon, dont 85 % concernaient des hommes.

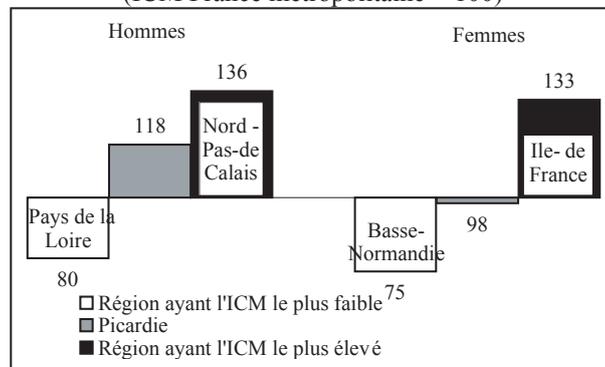
● Une surmortalité par rapport à la moyenne nationale significative chez les hommes

Sur la période 1998-2000, 834 Picards sont décédés en moyenne chaque année d'un cancer du poumon.

Chez les hommes, l'ICM indique une surmortalité significative de +18 % par rapport à la moyenne nationale. La Picardie se place 5^e au classement des régions à forte mortalité. La première place est occupée par le Nord-Pas-de-Calais.

Chez les femmes, la mortalité par cancer du poumon est équivalente à la moyenne nationale. La région se classe au 7^e rang. L'Île-de-France présente l'ICM le plus élevé chez les femmes.

Indice comparatif de mortalité par cancer du poumon en 1998-2000
(ICM France métropolitaine = 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi² au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés les uns aux autres.

LE CANCER DU POUMON

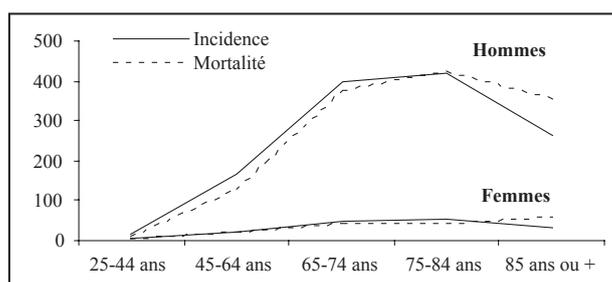
Incidence estimée en 2000 et mortalité par cancer du poumon en 1998-2000 en Picardie

	25-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans ou plus	Ensemble
Incidence						
Hommes						
Nombre	37	351	265	139	23	815
Taux*	13,7	164,1	398,9	420,8	264,7	88,9
Femmes						
Nombre	9	42	39	27	8	125
Taux*	3,3	19,9	47,2	52,5	34,7	13,2
Mortalité						
Hommes						
Nombre	26	274	250	135	30	715
Taux*	9,7	130,3	374,6	426,7	356,3	121,5
Femmes						
Nombre	8	39	36	23	13	119
Taux*	2,8	19,0	43,8	45,4	58,8	18,8

Sources : Francim, Inserm CépiDC, INSEE

*taux brut pour 100 000

Taux de mortalité (1998-2000) et d'incidence (2000) du cancer du poumon par âge en Picardie (pour 100 000 habitants)



Sources : Francim, Inserm CépiDC, INSEE

Taux comparatifs de mortalité par cancer du poumon

		Taux*		Évolution (%)	
		1980-1982	1998-2000	1981-1999	1990-1999
< 65 ans					
Hommes	Picardie	35,2	39,2	11,4	-5,3
	Métropole	30,3	32,3	6,6	-3,3
Femmes	Picardie	2,3	5,8	152,2	81,3
	Métropole	2,7	5,6	107,4	55,6
65 ans ou plus					
Hommes	Picardie	389,1	399,9	2,8	-5,3
	Métropole	322,6	339,6	5,3	-5,7
Femmes	Picardie	36,0	45,7	26,9	9,1
	Métropole	32,0	49,3	54,1	21,4

Sources : Francim, Inserm CépiDC, INSEE

*données lissées sur trois ans, taux pour 100 000

● Les hommes, particulièrement concernés

En 2000, Francim a estimé à 940 le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon en Picardie. Les hommes sont majoritairement concernés (87 % des nouveaux cas). Chez les hommes, 48 % des nouveaux cas se sont déclarés avant 65 ans, contre 41 % chez les femmes.

Sur la période 1998-2000, 834 Picards sont décédés en moyenne chaque année d'un cancer du poumon. Ces décès sont survenus à 86 % chez des hommes. Chez ces derniers, 42 % des décès sont survenus avant l'âge de 65 ans, contre 39 % chez les femmes.

● Une incidence et une mortalité croissantes avec l'âge

Quel que soit l'âge, l'incidence du cancer du poumon est supérieure chez les hommes par rapport aux femmes : les taux masculins sont plus de 4 fois supérieurs aux taux féminins. La sur-incidence masculine maximale s'observe pour le groupe d'âge 65-74 ans. Les taux d'incidence sont croissants avec l'âge jusqu'au groupe d'âge 75-84 ans pour chacun des deux sexes.

Quel que soit l'âge, la mortalité par cancer du poumon est supérieure chez les hommes par rapport aux femmes : les taux masculins sont plus de 3 fois supérieurs aux taux féminins. La sur-mortalité masculine maximale s'observe pour le groupe d'âge 75-84 ans. Les taux de mortalité sont croissants avec l'âge chez les femmes, et uniquement jusqu'au groupe d'âge 75-84 ans chez les hommes.

● Progression de la mortalité prématurée par cancer pulmonaire chez les femmes

Entre 1981 et 1999, la mortalité par cancer du poumon a progressé de 11 % chez les hommes âgés de moins de 65 ans et de 3 % chez les hommes âgés de 65 ans ou plus. Alors que la mortalité prématurée (avant 65 ans) par cancer pulmonaire chez les hommes reste relativement stable depuis 1990, elle progresse fortement chez les femmes, conséquence de la progression du tabagisme féminin. Ainsi, le taux comparatif de mortalité prématurée a progressé de 81 % entre 1990 et 1999 en Picardie. La progression de la mortalité est moins forte chez les femmes âgées de plus de 65 ans.

L'évolution de la mortalité pour l'ensemble des âges est présentée dans la fiche 8.2 « le tabac et ses conséquences sur la santé ».

Incidence Les données d'incidence utilisées correspondent aux données du Réseau français des registres de cancer Francim. Elles proviennent de registres généraux sur 9 départements : Bas-Rhin, Calvados, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Manche, Somme et Tarn et de registres spécialisés sur 6 départements : Ardennes, Calvados, Côte-d'Or, Loire-Atlantique, Marne et Saône-et-Loire. La méthode d'estimation du nombre de cas incidents par région, âge, sexe et localisation s'appuie sur le rapport incidence/mortalité des régions couvertes par les registres du cancer. L'utilisation de ce rapport s'intègre dans une modélisation prenant en compte l'effet de l'âge et du temps. Les estimations ont été réalisées sur 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000.

LE CANCER DU POUMON

● 13 % des nouveaux cas sont survenus chez des femmes en 2000

Chez les femmes, l'incidence du cancer du poumon a plus que doublé entre 1980 et 2000. Elles représentent désormais, 13 % des nouveaux cas, contre 7 % en 1980. Chez les hommes, l'incidence est plus élevée en Picardie qu'en France (88,9 pour 100 000 en 2000), alors que chez les femmes, l'incidence picarde est inférieure à l'incidence française (14,0 pour 100 000 en 2000). Le tabagisme féminin est moins prononcé dans la région.

Incidence estimée du cancer du poumon en Picardie

	1980	1985	1990	1995	2000
Nombre de nouveaux cas					
Hommes	563	607	663	739	815
Femmes	43	57	73	95	125
% femmes	7,1%	8,6%	9,9%	11,4%	13,3%
Taux standardisé sur la population française de 2001 (pour 100 000)					
Hommes	91,5	96,8	100,9	104,5	106,3
Femmes	5,6	7,3	8,9	10,8	13,3

Sources : Francim, INSEE

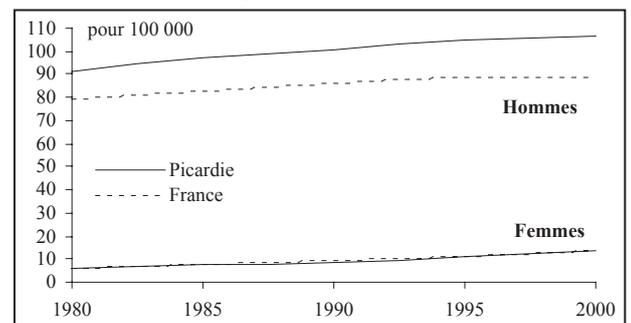
● Forte progression de l'incidence chez les femmes

Le taux standardisé d'incidence du cancer du poumon a progressé en moyenne de 0,8 % par an chez les hommes entre 1980 et 2000.

Chez les femmes, la progression est plus forte, le taux de croissance annuel moyen s'élève à +4,4 % sur la période.

La sur-incidence masculine est forte mais elle tend à se réduire compte tenu de la progression particulièrement importante chez les femmes. En 1980, l'incidence masculine était 16 fois supérieure à l'incidence féminine contre 8 fois en 2000.

Évolution du taux standardisé* d'incidence du cancer du poumon entre 1980 et 2000



Sources : Francim, INSEE

* Taux standardisé sur la population française 2001

● Près de 700 admissions en ALD pour cancer du poumon en 2002

Au cours de l'année 2002, 695 admissions en affection de longue durée pour cancer du poumon ont été prononcées en Picardie. Les hommes sont majoritairement concernés puisqu'ils représentent 85 % des admissions.

Chez les hommes comme chez les femmes, 53 % des admissions ont été prononcées en faveur de personnes âgées de moins de 65 ans.

Admissions en ALD pour cancer du poumon en Picardie en 2002

	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 45 ans	22	3,7%	9	8,5%
45-65 ans	292	49,7%	47	44,3%
65 ans et plus	274	46,6%	50	47,2%
Ensemble	588	100,0%	106	100,0%

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'année pour laquelle est placée le point est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

ALD En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes. Ces nombres dépendent de la morbidité régionale, mais encore d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou l'avis de médecins conseil.

LE CANCER DU POUMON

Les séjours en établissements de santé pour cancer du poumon

Au cours de l'année 2002, les Picards ont effectué près de 505 400 séjours en services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) dans les établissements de santé publics et privés. Plus de 1 900 séjours avaient pour diagnostic principal un cancer de la trachée, des bronches ou du poumon.

● Près de la moitié des séjours ont été effectués par une personne âgée de moins de 65 ans

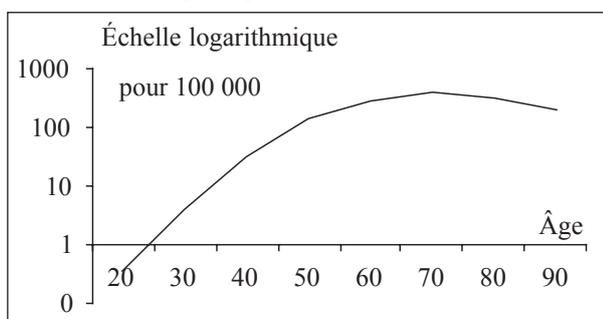
Parmi l'ensemble des séjours pour cancer, 8,5 % avaient pour motif principal un cancer du poumon. Le poids du cancer du poumon dans l'ensemble des séjours pour cancer est croissant avec l'âge jusqu'au groupe d'âge 55-64 ans, atteignant 10,4 % des séjours. Moins d'un séjour pour cancer du poumon sur quatre concernait un service de chirurgie. Les séjours pour cancer du poumon ont duré en moyenne 10,4 jours. Parmi les séjours pour cancer du poumon, la moitié concernait des personnes âgées de moins de 65 ans. Le taux brut de séjour croît rapidement avec l'âge jusqu'au groupe d'âge 65-74 ans, atteignant près de 392 séjours pour 100 000 personnes. Enfin, le taux de fuite (proportion de séjours effectués par des Picards hors de la région Picardie) pour cette pathologie s'élève à 31 % des séjours, l'Île-de-France rassemblant plus de 60 % de ces séjours hors Picardie. Sur la période 1998-2002, le nombre de séjours pour cancer du poumon se situe autour de 1 900 séjours. Les projections chiffrent à un peu plus de 2 200 le nombre de séjours pour cette pathologie en 2010, soit une progression de +17 % entre 2001 et 2010.

Répartition des séjours pour cancer du poumon par âge, Picardie, 2002

	Nb	%
Moins de 25 ans	1	0,0%
25-44 ans	95	5,0%
45-64 ans	895	46,5%
65-84 ans	875	45,5%
85 ans ou plus	59	3,0%
Ensemble	1924	100,0%

Source : DHOS

Taux brut de séjour pour cancer du poumon par âge, Picardie, 2002

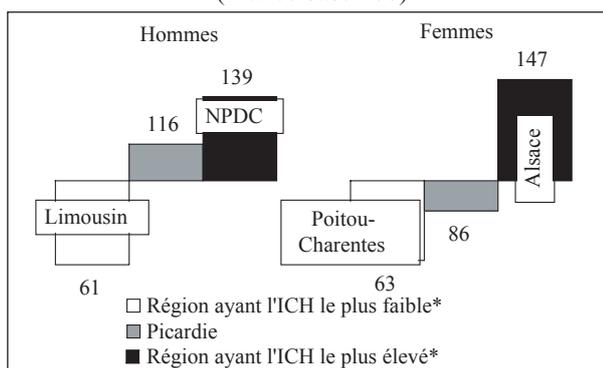


Sources : DHOS, INSEE

● Un recours aux établissements de santé plus fréquent en Picardie qu'en France chez les hommes

Chez les hommes, le recours aux établissements de santé pour cancer du poumon est significativement plus élevé que sur l'ensemble du territoire (+16 %). Il s'agit du 6^e ICH le plus élevé de métropole*. Chez les femmes, le recours est significativement plus faible que sur l'ensemble du territoire (-14%). Le recours est significativement plus fréquent chez les hommes depuis 1999 et significativement plus faible chez les femmes depuis 2000. Les différences observées dans le cadre de ces données sur les séjours hospitaliers sont complexes à interpréter puisqu'elles peuvent résulter de plusieurs paramètres : différence de morbidité dans la population, différences de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge (traitement en ville ou à l'hôpital, séjours uniques ou itératifs ...) ou encore différences d'habitudes de codage dans le cadre du PMSI.

Indice comparatif d'hospitalisation pour cancer du poumon en 2002 (France base 100)



Source : DHOS

* Hors Corse

Les données sur les établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. Enfin, la Corse n'est pas représentée sur les graphiques compte tenu de sa spécificité. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Picardie signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

CONTEXTE NATIONAL

En France, le nombre de nouveaux cas de cancers du côlon-rectum diagnostiqués au cours de l'année 2000 est estimé à 19 000 pour les hommes et à 17 000 pour les femmes selon le Réseau français des registres des cancers (Francim). Il s'agit de la 4^e localisation cancéreuse en termes d'incidence chez l'homme, après le cancer de la prostate, du poumon et des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Chez les femmes, il est le plus fréquent après le cancer du sein. Rare avant 50 ans, son incidence augmente très fortement après cet âge. Il est précédé pendant de nombreuses années par une tumeur épithéliale bénigne, le polype adénomateux. Alors que l'incidence du cancer colo-rectal progresse, la mortalité diminue chez les hommes comme chez les femmes. Néanmoins, il a été responsable de près de 16 000 décès en 2000 (8 300 chez les hommes et 7 600 chez les femmes). Cette évolution dissociée entre incidence et mortalité semble liée à un diagnostic plus précoce, associé à une amélioration du traitement (baisse de la mortalité opératoire et augmentation de l'opérabilité). Le cancer du côlon-rectum a motivé plus de 28 000 admissions en affection de longue durée (ALD) parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie en 2002. Ainsi, ces personnes ont pu bénéficier de l'exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection. Cette même année, le cancer du côlon-rectum a constitué le diagnostic principal de 70 500 séjours en établissements de soins de courte durée, dont près de 34 500 séjours chirurgicaux selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI). S'y ajoutent les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou radiothérapie, dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas de dénombrement.

La nutrition joue un rôle important dans l'étiologie des cancers colo-rectaux et constitue par là, un levier important de prévention primaire. Le rôle protecteur des légumes, le rôle favorisant d'un apport calorique élevé et le rôle de la sédentarité sont les faits les mieux établis. Des données récentes suggèrent également que le tabac est un facteur d'apparition des adénomes. Comme il est habituellement précédé de polypes adénomateux, la stratégie de prévention de ce cancer repose sur la possibilité d'identifier la présence de ces polypes et de cancer à un stade d'extension précoce. Il existe deux méthodes de dépistage : la recherche de saignements occultes dans les selles et la réalisation d'une coloscopie totale. La première technique est simple, sans danger mais n'est qu'un test de sélection ; la deuxième, plus lourde pouvant provoquer des complications rares mais potentiellement graves, permet, elle, de poser le diagnostic. Selon différents travaux, il serait possible de diminuer de 15 % à 20 % la mortalité par cancer colo-rectal en faisant un test de recherche de saignements occultes dans les selles (Hémocult®) tous les deux ans aux personnes de 50 à 74 ans, à condition que plus de la moitié de la population concernée participe régulièrement au dépistage et qu'une coloscopie soit faite en cas de dépistage positif. Les personnes à risque élevé (antécédents personnels ou familiaux de cancer colo-rectal ou de polypes, antécédents de maladie inflammatoire de l'intestin) doivent bénéficier d'un suivi spécifique. Le plan national cancer lancé en 2003 réaffirme la nécessité de poursuivre l'expérimentation du dépistage organisé du cancer du côlon-rectum.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

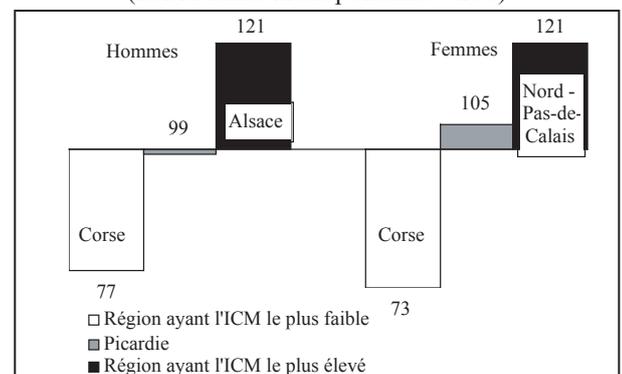
- Près de 1 100 nouveaux cas de cancer du côlon-rectum en 2000, dont près de 30 % sont survenus avant 65 ans.
- Une mortalité par cancer colo-rectal proche de la moyenne nationale pour les hommes comme pour les femmes.
- Progression de l'incidence, mais diminution de la mortalité.
- Près de 750 bénéficiaires d'une ALD pour cancer du côlon-rectum en 2002.

● Une mortalité par cancer colo-rectal proche de la moyenne nationale

L'indice comparatif n'indique pas de surmortalité significative en Picardie par rapport à la moyenne nationale, chez les hommes, comme chez les femmes pour le cancer du côlon-rectum.

Les ICM varient fortement selon les régions ; ils s'échelonnent de 77 en Corse à 121 en Alsace pour les hommes et de 73 en Corse à 121 dans le Nord - Pas-de-Calais pour les femmes. Il faut noter que sur la période 1995-1997, la surmortalité picarde par rapport à la moyenne nationale était significative.

Indice comparatif de mortalité (ICM) par cancer du côlon-rectum (1998-2000)
(ICM France métropolitaine = 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi² au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés les uns aux autres.

LES CANCERS DU CÔLON-RECTUM

Incidence estimée (2000) et mortalité (1998-2000) par cancer du côlon-rectum en Picardie

	25-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	Ensemble
Incidence						
Hommes						
Nombre	14	162	207	160	48	591
Taux*	5,2	75,8	311,6	484,3	552,5	64,5
Femmes						
Nombre	16	118	139	149	85	507
Taux*	5,9	55,9	168,1	289,8	368,3	53,5
Mortalité						
Hommes						
Nombre	5	56	70	68	38	238
Taux*	1,8	26,7	105,4	215,5	450,2	26,0
Femmes						
Nombre	2	37	48	68	69	223
Taux*	0,7	17,7	57,5	135,6	302,8	23,5

Sources : Francim, Inserm CépiDC, INSEE

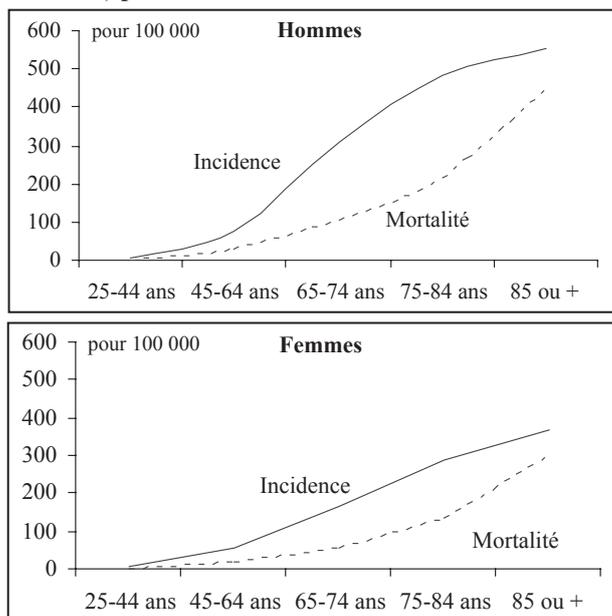
*taux brut pour 100 000

● Près de 1 100 nouveaux cas de cancer du côlon-rectum en 2000

En 2000, le nombre de nouveaux cas de cancer du côlon-rectum est estimé à 591 en Picardie chez les hommes et à 507 chez les femmes. Chez les hommes, 30 % des nouveaux cas se sont déclarés avant 65 ans, contre 26 % chez les femmes.

Sur la période 1998-2000, 461 décès par cancer colorectal ont été enregistrés en moyenne chaque année, dont 52 % chez des hommes. Parmi ces décès, 26 % sont survenus avant l'âge de 65 ans chez les hommes contre 17 % chez les femmes.

Taux d'incidence (2000) et taux de mortalité (1998-2000) par cancer du côlon-rectum en Picardie



Sources : Francim, INSEE, Inserm, CépiDC, INSEE

● Une mortalité et une incidence croissantes avec l'âge

Pour l'incidence comme pour la mortalité, les taux progressent avec l'âge, chez les hommes comme chez les femmes. Les valeurs maximales s'observent donc pour le dernier groupe d'âge : 85 ans ou plus.

Entre 25-44 ans et 45-64 ans, l'incidence croît plus rapidement chez les hommes que chez les femmes.

Incidence Les données d'incidence utilisées correspondent aux données du Réseau français des registres de cancer Francim. Elles proviennent de registres généraux sur 9 départements : Bas-Rhin, Calvados, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Manche, Somme et Tarn et de registres spécialisés sur 6 départements : Ardennes, Calvados, Côte-d'Or, Loire-Atlantique, Marne et Saône-et-Loire. La méthode d'estimation du nombre de cas incidents par région, âge, sexe et localisation s'appuie sur le rapport incidence/mortalité des régions couvertes par les registres du cancer. L'utilisation de ce rapport s'intègre dans une modélisation prenant en compte l'effet de l'âge et du temps. Les estimations ont été réalisées sur 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000.

LES CANCERS DU CÔLON-RECTUM

● L'incidence du cancer colo-rectal en progression depuis 1980

Les taux standardisés d'incidence ont progressé de +21 % chez les hommes comme chez les femmes. En France, l'augmentation des taux standardisés d'incidence est un peu plus faible : +18 % pour les hommes et +16 % pour les femmes.

Incidence estimée du cancer du côlon-rectum entre 1980 et 2000 en Picardie

	1980	1985	1990	1995	2000
Nombre de nouveaux cas					
Hommes	390	425	469	530	591
Femmes	339	373	413	455	507
Taux d'incidence*					
Hommes	70,5	75,3	79,2	82,8	85,0
(valeur France)	67,7	71,8	75,4	79,3	80,1
Femmes	43,8	46,5	49,1	50,7	52,8
(valeur France)	42,3	44,8	46,8	48,7	49,2

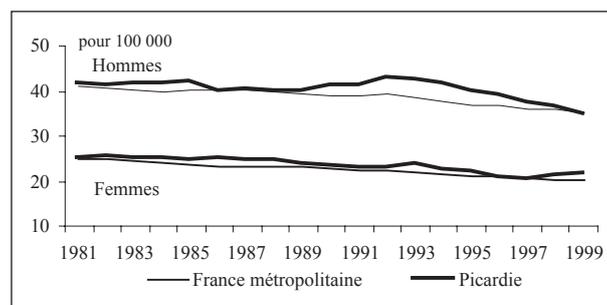
Sources : Francim, INSEE

* taux pour 100 000 standardisés sur la population française de 2001

● Une baisse de la mortalité chez les hommes et chez les femmes

La mortalité par cancer colo-rectal diminue depuis 1981. Ainsi, la mortalité masculine a baissé de 14 % en Picardie (16 % en France) entre 1981 et 1999. Jusque 1992, le taux comparatif est relativement stable (autour de 41 pour 100 000). Après, la baisse du taux est nette, ce dernier passe en dessous de 40 pour 100 000 en 1996. Sur la période 1992-1995, la surmortalité picarde par rapport à la moyenne nationale est significative chez les hommes. Pour les femmes, la diminution se chiffre à -14 % en Picardie (-19 % en France) sur la même période. L'évolution est plus régulière chez les femmes, les taux sont très proches de la moyenne nationale.

Taux comparatifs de mortalité par cancer du côlon-rectum 1981 et 1999*



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

*données lissées sur trois ans

● 36 % des bénéficiaires d'une ALD pour cancer du côlon-rectum ont moins de 65 ans

En 2002, 757 cas de cancer colo-rectal ont été reconnus au titre d'une affection de longue durée par les trois principaux régimes d'Assurance maladie. Parmi les bénéficiaires, 36 % étaient âgés de moins de 65 ans. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (41 %) que chez les femmes (30 %).

Admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum en Picardie en 2002

	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 45 ans	14	3,4	8	2,3
45-64 ans	152	37,2	95	27,3
65 ans ou plus	243	59,4	245	70,4
Ensemble	409	100,0	348	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'année pour laquelle est placée le point est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

ALD En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels de premiers avis favorables. Ces nombres dépendent de la morbidité régionale, mais encore d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou l'avis de médecins conseil.

LES CANCERS DU CÔLON-RECTUM

Les séjours en établissements de santé pour cancer du côlon-rectum

Au cours de l'année 2002, les Picards ont effectué près de 505 400 séjours en services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) dans les établissements de santé publics et privés. Plus de 2 140 séjours avaient pour diagnostic principal un cancer du côlon-rectum.

● Près de deux séjours sur trois ont été effectués par une personne âgée de 65 ans ou plus

Parmi l'ensemble des séjours pour cancer, 9,5 % avaient pour motif principal un cancer du côlon-rectum. Le poids du cancer colo-rectal dans l'ensemble des séjours pour cancer est croissant avec l'âge : cette proportion croît avec l'âge, atteignant 14,0 % des séjours pour le groupe d'âge 85 ans ou plus. Un peu moins de la moitié (46 %) des séjours pour cancer colo-rectal concernait un service de chirurgie. Les séjours pour cancer du côlon-rectum ont duré en moyenne 16,7 jours dans les services de chirurgie contre 5,8 dans les services non chirurgicaux. Le groupe d'âge des 85 ans ou plus enregistre les durées de séjours les plus élevées (respectivement de 22,6 jours et de 11,4 jours).

Parmi les séjours pour cancer du côlon-rectum, 35 % concernaient des personnes âgées de moins de 65 ans. Le taux brut de séjour est croissant avec l'âge, jusqu'au groupe d'âge 75-84 ans, atteignant près de 637 séjours pour 100 000 personnes. Enfin, le taux de fuite pour cette pathologie s'élève à 16 % des séjours, l'Île-de-France rassemblant près de la moitié de ces séjours hors Picardie. Sur la période 1998-2002, le nombre de séjours pour cancer colo-rectal est compris entre 2 100 et 2 150 séjours, excepté en 1999 où il approche les 2 300. Les projections chiffrent à un peu plus de 2 500 le nombre de séjours pour cette pathologie en 2010, soit une progression de +18 % entre 2001 et 2010.

Répartition des séjours par âge pour cancer du côlon-rectum, Picardie, 2002

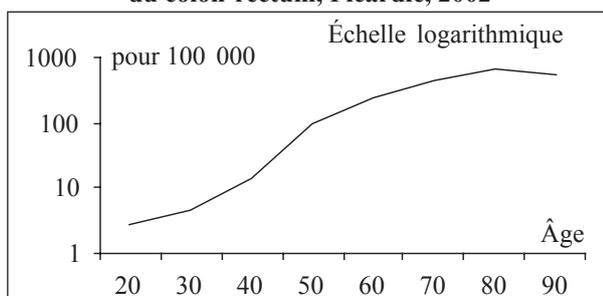
	Nb	%
Moins de 25 ans	7	0,3%
25-44 ans	52	2,4%
45-64 ans	689	32,2%
65-84 ans	1 240	57,9%
85 ans ou plus	154	7,2%
Ensemble	2 142	100,0%

Sources : DHOS, INSEE

● Un recours aux établissements de santé plus fréquent que sur l'ensemble du territoire pour les femmes

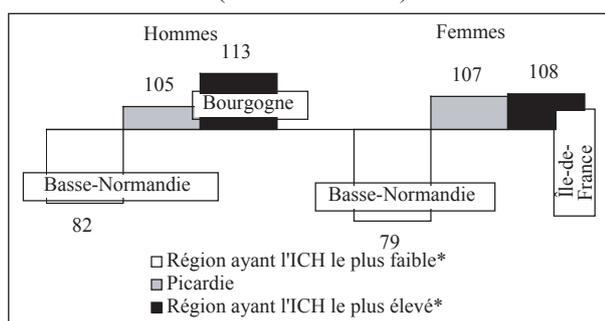
Le recours aux établissements de santé est proche de la moyenne nationale chez les hommes, alors qu'il est significativement plus élevé chez les femmes. On enregistre 7 % de séjours en plus que sur l'ensemble du territoire pour les femmes. De 1998 à 2000, les hommes présentaient un recours aux établissements de santé significativement supérieur en Picardie par rapport à l'ensemble du territoire, ce qui n'est plus le cas depuis. Les différences observées dans le cadre de ces données sur les séjours hospitaliers sont complexes à interpréter puisqu'elles peuvent résulter de plusieurs paramètres : différence de morbidité dans la population, différences de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge (traitement en ville ou à l'hôpital, séjours uniques ou itératifs...) ou encore différences d'habitudes de codage dans le cadre du PMSI.

Taux brut de séjour par âge pour cancer du côlon-rectum, Picardie, 2002



Sources : DHOS, INSEE

Indice comparatif d'hospitalisation pour cancer du côlon-rectum en 2002 (France base 100)



Source : DHOS

* Hors Corse

Les données sur les établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. Enfin, la Corse n'est pas représentée sur les graphiques du fait de sa spécificité. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Picardie signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

CONTEXTE NATIONAL

En France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Le Réseau français des registres des cancers (Francim) a estimé à 41 700 le nombre de nouveaux cas de cancer du sein infiltrants diagnostiqués au cours de l'année 2000 en France métropolitaine. L'incidence de ce cancer progresse dans l'ensemble des pays occidentaux du fait d'un diagnostic plus précoce et de l'élévation du risque pour les jeunes générations. Actuellement, toutes générations confondues, une Française sur dix risque d'être atteinte par cette maladie au cours de son existence.

Malgré la progression de l'incidence, la mortalité par cancer du sein reste plutôt stable depuis les années quatre-vingt. Il constitue la première cause de mortalité par cancer chez la femme, devançant le cancer du côlon-rectum. Ainsi, en 2000, il a été responsable de 10 900 décès, soit 19 % des décès féminins par cancer. Sur dix décès par cancer du sein, quatre sont survenus avant l'âge de 65 ans. Le cancer du sein a motivé environ 50 000 admissions en affection de longue durée (ALD) parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'Assurance maladie en 2002. Ainsi, ces personnes ont pu bénéficier de l'exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection. Cette même année, il a constitué le diagnostic principal de 72 800 séjours en établissements de soins de courte durée, dont plus de 60 000 séjours chirurgicaux selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI). S'y ajoutent les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou radiothérapie, dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas de dénombrement.

Parmi les facteurs de risque de ce cancer, on note la précocité de l'âge aux premières règles, la nulliparité, un âge supérieur à trente ans lors de la première grossesse menée à son terme ou une ménopause tardive. Par ailleurs, il existe un facteur héréditaire dans 5 % des cas. Enfin, les facteurs environnementaux liés au mode de vie occidental semblent également avoir un rôle dans la survenue des cancers. Les actions de prévention primaire sont donc difficilement envisageables.

Néanmoins, l'évolution lente à un stade localisé du cancer du sein ainsi que les stratégies thérapeutiques efficaces permettent un dépistage à un stade précoce. L'efficacité du dépistage dépend cependant de la qualité technique des examens, de l'organisation de la campagne de dépistage et de la définition de la population cible.

Dans le cadre du plan national cancer lancé en 2003, le dépistage organisé du cancer du sein est étendu à l'ensemble des départements depuis le 1^{er} janvier 2004. Tous les deux ans, les femmes âgées de 50 à 74 ans sont invitées à réaliser une mammographie de dépistage. L'objectif du plan est qu'au moins 80 % des femmes concernées participent au dépistage. Des actions ciblées en faveur des femmes en situation de précarité ou mal informées devraient être mises en place. Enfin, les femmes déjà atteintes d'un cancer du sein ou celles qui ont une prédisposition familiale nécessitent un suivi particulier en dehors de ce programme de dépistage.

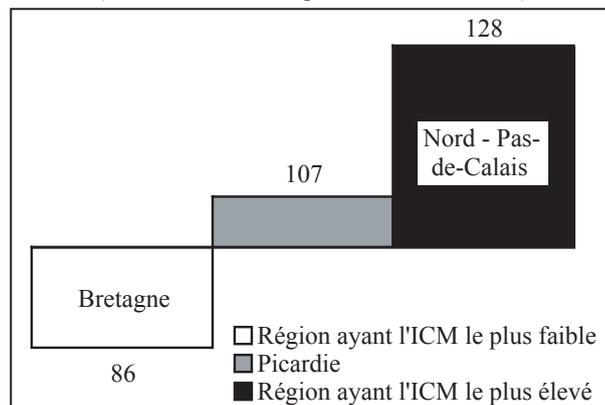
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Une surmortalité par cancer du sein significative en Picardie par rapport à la France.
- Près de 1 300 nouveaux cas de cancer du sein en 2000.
- Une incidence en progression depuis 1980, une mortalité relativement stable.
- Plus de 1 400 bénéficiaires d'une ALD pour cancer du sein en 2002.

● Une surmortalité significative par cancer du sein en Picardie

Au cours de la période 1998-2000, 336 Picardes sont décédées en moyenne chaque année d'un cancer du sein. L'indice comparatif de mortalité souligne une surmortalité significative picarde par cancer du sein par rapport à la moyenne nationale. Sur la période 1998-2000, la mortalité par cancer du sein est supérieure de + 7 % par rapport à la France. Parmi les 22 régions métropolitaines, la Picardie se place au 4^e rang, derrière l'Île-de-France, la Haute-Normandie et le Nord - Pas-de-Calais.

Indice comparatif de mortalité par cancer du sein en 1998-2000
(ICM France métropolitaine = base 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi² au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

LE CANCER DU SEIN

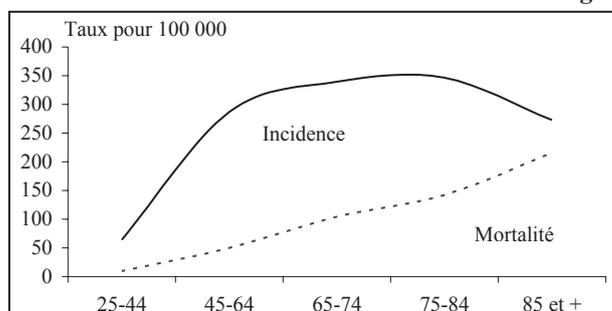
Incidence estimée en 2000 et mortalité par cancer du sein en 1998-2000

	25-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans ou plus	Total
Incidence	173	605	281	178	63	1301
<i>Taux*</i>	63,8	286,5	339,8	346,2	273,0	137,4
Mortalité	26	103	86	71	49	336
<i>Taux*</i>	9,5	49,9	104,1	142,3	216,1	35,5

Sources : Francim, Inserm CépiDC, INSEE

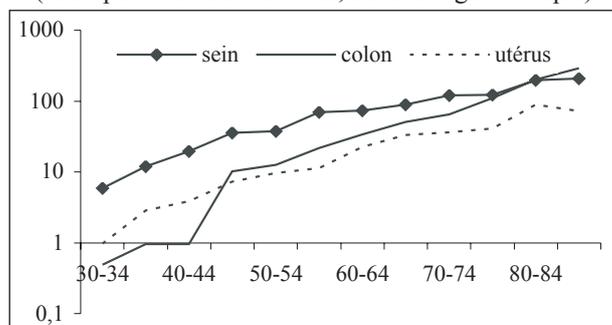
* Taux brut pour 100 000

Taux d'incidence en 2000 et taux de mortalité par cancer du sein en 1998-2000 en Picardie selon l'âge



Sources : Francim, Inserm, CépiDC, INSEE

Mortalité féminine par cancer du sein, de l'utérus et du côlon-rectum selon l'âge en Picardie en 1998-2000 (Taux pour 100 000 femmes, échelle logarithmique)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE

● 1 301 nouveaux cas de cancer du sein en 2000

En 2000, Francim a estimé à 1 301 le nombre de nouveaux cas de cancer du sein en Picardie dans la population féminine. Le cancer du sein constitue la première localisation cancéreuse en terme d'incidence chez les femmes. Il représentait ainsi 36 % des nouveaux cas de cancer estimés en 2000.

Le cancer du sein est également la première cause de décès par cancer chez les femmes. Il a été responsable de 336 décès, soit 20 % des décès par cancer sur la période 1998-2000.

● 60 % des nouveaux cas de cancer du sein sont survenus avant 65 ans

Le taux d'incidence du cancer du sein est croissant avec l'âge jusqu'au groupe d'âge 75-84 ans. L'augmentation est particulièrement forte entre 25 et 64 ans. Pour le dernier groupe d'âge, le taux décroît. L'incidence maximale du cancer du sein s'observe pour le groupe d'âge 75-84 ans.

Le taux de mortalité par cancer du sein augmente quant à lui régulièrement avec l'âge, pour atteindre sa valeur maximale au groupe d'âge 85 ans ou plus.

● Le cancer du sein, première cause de mortalité par cancer chez les femmes

Le cancer du sein est la première localisation des décès féminins par cancer en Picardie comme en France pour pratiquement tous les âges. Plus l'âge augmente, plus les taux de mortalité par cancer du côlon-rectum s'approche des taux de mortalité par cancer du sein, et chez les femmes âgées de 85 ans ou plus, le cancer du côlon-rectum dépasse le cancer du sein en terme de mortalité.

Incidence Les données d'incidence utilisées correspondent aux données du Réseau français des registres de cancer Francim. Elles proviennent de registres généraux sur 9 départements : Bas-Rhin, Calvados, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Manche, Somme et Tam et de registres spécialisés sur 6 départements : Ardennes, Calvados, Côte-d'or, Loire-Atlantique, Marne et Saône-et-Loire. La méthode d'estimation du nombre de cas incidents par région, âge, sexe et localisation s'appuie sur le rapport incidence/mortalité des régions couvertes par les registres du cancer. L'utilisation de ce rapport s'intègre dans une modélisation prenant en compte l'effet de l'âge et du temps. Les estimations ont été réalisées sur 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000.

ALD En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels de premiers avis favorables. Ces nombres dépendent de la morbidité régionale, mais encore d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou l'avis de médecins conseil.

Les données sur les établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données sur les séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. La Corse n'est pas représentée sur les graphiques du fait de sa spécificité. **L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH)** est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Picardie signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

● Progression de l'incidence du cancer du sein depuis vingt ans

L'incidence du cancer du sein progresse en Picardie comme en France. Ainsi, le nombre brut de nouveaux cas a doublé en vingt ans. Entre 1980 et 2000, le taux standardisé d'incidence a progressé de + 58 % en Picardie. Depuis 1980, l'incidence picarde est supérieure à la moyenne nationale (+ 5 % en 2000).

Incidence estimée du cancer du sein en Picardie

	1980	1985	1990	1995	2000
Nombre de nouveaux cas	653	767	907	1 092	1 301
Dont prématurés	379	475	555	664	779
Taux standardisé*	88,3	100,4	112,8	125,9	139,6
France	83,1	94,5	107,0	120,3	132,9

Sources : Francim, INSEE

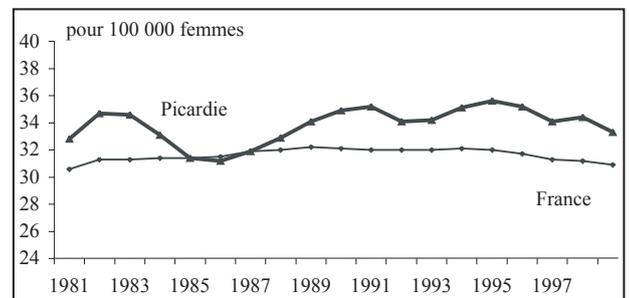
* standardisé sur la population française de 2001, taux pour 100 000

● La mortalité par cancer du sein relativement stable sur vingt ans

Entre 1980 et 2000, les décès par cancer du sein ont progressé de + 30 %, progression en partie liée à l'évolution de la population picarde (la mortalité par cancer du sein étant maximale aux âges élevés, le vieillissement de la population entraîne une augmentation du nombre de décès par cancer du sein).

Sur l'ensemble de la période, le taux comparatif a progressé de + 2 % en Picardie, et de + 1 % en France. Depuis 1994, les taux comparatifs de mortalité par cancer du sein sont significativement supérieurs en Picardie par rapport à la France.

Taux comparatifs de mortalité par cancer du sein en France et en Picardie entre 1981 et 1999*



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

* données lissées sur trois ans

● 64 % des bénéficiaires d'une ALD ont moins de 65 ans

En 2002, près de 1 440 cas de cancer du sein ont été reconnus au titre d'une ALD par les trois principaux régimes de l'Assurance maladie.

Près de la moitié des admissions en ALD pour cancer du sein concernait des femmes âgées de 45 à 64 ans. Les femmes âgées de 65 ans ou plus représentent 36 % des admissions en ALD pour cancer du sein.

Admissions en affections de longue durée pour cancer du sein en Picardie en 2002

	Effectif	%
Moins de 45 ans	155	10,8
45-64 ans	760	52,9
65 ans ou plus	523	36,4
Ensemble	1 438	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

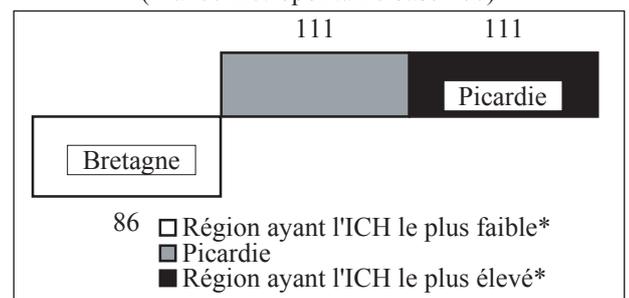
● Le recours à l'hospitalisation pour cancer du sein le plus élevé de métropole

En 2002, le recours à l'hospitalisation pour cancer du sein est supérieur de + 11 % en Picardie par rapport à l'ensemble du territoire. Corse exclue, la Picardie présente le recours le plus fréquent de métropole alors que la Bretagne dispose de l'indice le plus bas.

Le cancer du sein a constitué le diagnostic principal de 2 378 séjours cette même année.

Indice comparatif d'hospitalisation pour cancer du sein en 2002

(France métropolitaine base 100)



Source : DHOS

Exploitation ORS Picardie

* Hors Corse

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.

LE CANCER DU SEIN

Le dépistage organisé du cancer du sein en Picardie

Priorité nationale, le dépistage organisé du cancer du sein se met en place dans l'ensemble des départements français. Dans le cadre du programme « Rendez-vous santé + » mis en place par le ministère de la Santé et de la Protection sociale avec l'Assurance maladie, les conseils généraux et le soutien de la Ligue contre le cancer, toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans sont invitées à bénéficier, tous les deux ans, d'une mammographie prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie, sans avance de frais et dans des conditions contrôlées de qualité et de sécurité. L'objectif est de réduire la mortalité causée par ce cancer grâce au dépistage.

En Picardie, trois structures départementales assurent la gestion du dépistage (Aisne Preventis pour le département de l'Aisne, Adcaso60 pour l'Oise et Adema80 pour la Somme).

Les envois d'invitations s'effectuant sur deux ans, le résultat final d'une campagne s'évalue sur deux ans, les résultats ci-dessous sont donc à relativiser puisqu'ils présentent le dépistage de l'année 2004 uniquement. Ils rendent compte de l'activité d'une année et peuvent fluctuer d'une année sur l'autre. De plus, l'Aisne n'a débuté son dépistage qu'au 1^{er} septembre 2003, alors que les autres centres fonctionnent depuis plus longtemps.

En 2004, près de 108 000 femmes âgées de 50 à 74 ans ont été invitées à effectuer une mammographie de dépistage dans le cadre de ce programme.

Outre les femmes décédées et les femmes refusant l'invitation, certaines femmes ne participent pas à ce programme :

- celles qui sont déjà suivies régulièrement (par exemple si elles ont déjà eu un cancer du sein) ;
- celles qui ont effectué une mammographie spontanée individuelle au cours des deux dernières années (dans ce cas, elles seront invitées de nouveau deux ans après cette mammographie).

Au total, ce sont un peu plus de 50 700 femmes qui ont bénéficié d'une mammographie dans le cadre du dépistage organisé en 2004, soit 43,2 % des femmes âgées de 50 à 74 ans. Un peu plus de 260 cancers ont été diagnostiqués cette même année (données partielles pour la Somme et l'Aisne⁽¹⁾).

Enfin, il faut garder à l'esprit que ces chiffres ne tiennent pas compte des dépistages individuels, seules les mammographies effectuées dans le cadre du dépistage sont retenues.

Dépistage organisé du cancer du sein

Données 2004

	Picardie
Population cible (provenant des caisses)	255 859
Population INSEE au 1 ^{er} janvier 2003	234 895
Nombre d'invitations adressées	107 940
Nombre de femmes dépistées	50 728
Taux de participation	par rapport à la population invitée en 2004 ⁽¹⁾ 47,0%
	par rapport à la population INSEE divisée par 2 ⁽²⁾ 43,2%
Nombre de cancers dépistés	264

Sources : Aisne Preventis, ADCASO Oise 60, ADEMA 80, INSEE

⁽¹⁾ Dans l'Aisne, le dépistage a débuté le 01/09/2003 et les données sont au 30/06/2005 pour les cancers dépistés. Dans la Somme, les données sont partielles pour les cancers dépistés en 2004 (données au 13/07/2005), les suivis médicaux des patientes dépistées en 2004 ne sont pas encore totalement disponibles pour ce département.

⁽²⁾ Les invitations sont cependant envoyées sur deux ans. Les femmes dépistées en 2004 peuvent avoir reçu leur invitation en 2003 et les femmes invitées en 2004 peuvent effectuer le dépistage en 2005.

⁽³⁾ La population retenue au dénominateur a été divisée par deux, une campagne s'organisant sur deux ans.

CONTEXTE NATIONAL

Les cancers de l'utérus regroupent deux localisations principales, le col et le corps qui sont deux maladies bien distinctes en termes d'histoire naturelle, d'âge de survenue, de facteurs de risque et de pronostic. Les cancers du corps de l'utérus touchent les femmes à partir de 40 ans. Le principal facteur de risque identifié est l'hyperoestrogénie, qu'elle soit d'origine endogène (en cas d'obésité, de nulliparité ou de ménopause précoce) ou exogène (traitement hormonaux de la ménopause par œstrogènes non associés à des progestatifs, etc.). Le cancer du col de l'utérus est plutôt un cancer de la jeune femme (essentiellement âgée de 20 à 50 ans) et il est maintenant largement montré qu'il est lié à une maladie sexuellement transmissible, le papillomavirus (HPV) en constituant le principal facteur étiologique. Le Réseau français des registres du cancer (Francim) estime à environ 8 400 le nombre de nouveaux cas annuels de cancers de l'utérus en 2000 en France métropolitaine (3 400 pour le col et 5 000 pour le corps). Le nombre total de cancers de l'utérus est resté stable depuis 1980, mais on note une diminution du nombre de cancers du col contre une progression pour les cancers du corps. Sixième cause de décès par cancers chez les femmes (après ceux du sein, du côlon-rectum, du poumon, de l'ovaire et du pancréas), les cancers de l'utérus ont provoqué près de 2 800 décès en 2000. Les statistiques de mortalité ne permettent pas de distinguer les deux localisations en raison d'une proportion importante (60 %) de localisations utérines non précisées. Le taux comparatif de mortalité diminue depuis vingt ans. Enfin, le cancer du col de l'utérus a motivé environ 4 500 admissions en affection de longue durée (ALD) et le cancer du corps environ 3 200 parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'Assurance maladie en 2002. Ainsi, ces personnes ont pu bénéficier de l'exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection. Cette même année, le cancer du corps de l'utérus a constitué le diagnostic principal de 8 900 séjours en établissements de soins de courte durée et le cancer du col de l'utérus de près de 7 100 séjours selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI). S'y ajoutent les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou radiothérapie, dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas de dénombrement. Un des objectifs du Plan national cancer lancé en 2003 est que 80 % des femmes âgées de 25 à 69 ans bénéficient d'un dépistage individuel du cancer du col de l'utérus, basé sur l'analyse d'un frottis cervico-vaginal. Les dépistages organisés du cancer du col par frottis cervical sont particulièrement efficaces et ont permis la diminution de l'incidence des cancers du col de l'utérus et une diminution de la mortalité. En 2000, 5,5 millions de frottis cervico-vaginaux ont été remboursés par l'Assurance maladie. Bien que ce nombre soit susceptible d'assurer la couverture de la population, leur répartition n'est pas optimale : certaines femmes ne bénéficient pas d'un suivi satisfaisant, notamment les femmes des milieux socio-économiques défavorisés et les femmes de plus de 45 ans n'ayant plus de suivi gynécologique. Il est donc important de cibler spécifiquement ces femmes lors de la mise en place des campagnes de dépistage. Le cancer du col de l'utérus peut également faire l'objet d'une prévention primaire par des mesures de protection contre les maladies sexuellement transmissibles. Quant au cancer du corps de l'utérus, il ne permet pas de dépistage systématique.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

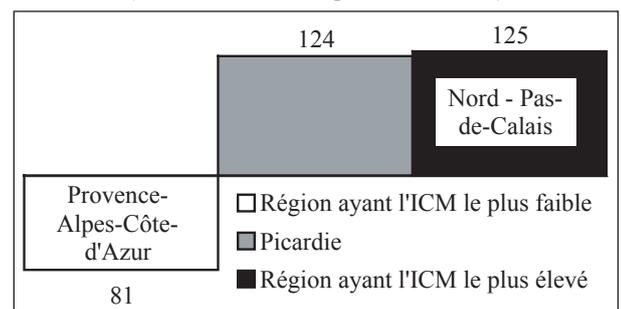
- Une surmortalité significative par cancer de l'utérus en Picardie.
- 320 nouveaux cas de cancer de l'utérus en 2000.
- Une incidence à la baisse, mais toujours supérieure à la moyenne nationale.
- Près de 260 exonérations de ticket modérateur au titre d'une ALD pour cancer de l'utérus en 2002.
- Des séjours en établissements de santé pour cancer du col de l'utérus particulièrement importants.

● Surmortalité par cancer de l'utérus

Sur la période 1998-2000, 103 femmes domiciliées en Picardie sont décédées en moyenne chaque année d'un cancer de l'utérus.

L'indice comparatif de mortalité met en évidence une surmortalité significative par cancer de l'utérus en Picardie par rapport à la moyenne nationale. Ainsi, pour 100 décès en France métropolitaine, 124 sont enregistrés en Picardie. Cette dernière se classe 3^e au classement des régions métropolitaines à forte mortalité derrière le Nord - Pas de-Calais et l'Alsace.

Indice comparatif de mortalité par cancer de l'utérus en 1998-2000 (ICM France métropolitaine = 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi² au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

LE CANCER DE L'UTÉRUS

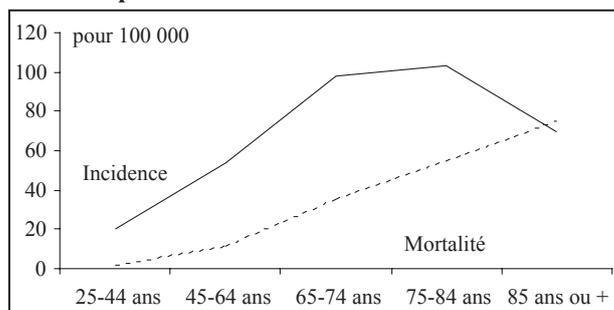
Incidence estimée en 2000 et mortalité en 1998-2000 par cancer de l'utérus en Picardie

	25-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans ou +	Total
Incidence	55	114	81	53	16	320*
Taux brut pour 100 000	20,3	54,0	98,0	103,1	69,3	33,8
Mortalité	5	24	29	27	17	103
Taux brut pour 100 000	2,0	11,7	35,0	54,8	75,0	10,9

Sources : Francim, INSERM CépiDc, INSEE

* dont un cas avant 25 ans

Taux d'incidence (2000) et de mortalité (1998-2000) par cancer de l'utérus en Picardie



Sources : Francim, INSERM CépiDc, INSEE

● 320 nouveaux cas de cancer de l'utérus en Picardie en 2000

En 2000, le Réseau national des registres des cancers (Francim) a estimé à 320 le nombre de nouveaux cas de cancer de l'utérus en Picardie. Parmi ces nouveaux cas, 53 % sont apparus chez des femmes âgées de moins de 65 ans.

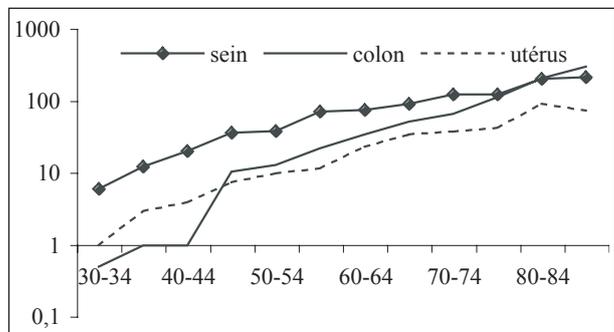
Quant à la mortalité, les décès attribués au cancer de l'utérus en Picardie s'élèvent à 103 en moyenne annuelle sur la période 1998-2000. 29 % de ces décès sont survenus prématurément (avant l'âge de 65 ans).

● Une incidence maximale à 75-84 ans et une mortalité croissante avec l'âge

Le taux d'incidence du cancer de l'utérus augmente rapidement avec l'âge pour atteindre son maximum au groupe d'âge 75-84 ans (103 nouveaux cas pour 100 000 femmes de ce groupe d'âge). Ensuite, il diminue. Cependant, cette vision est globale. En effet, il faut noter que les deux localisations de ce cancer (col et corps) ne touchent pas les femmes aux mêmes âges.

La mortalité est quant à elle croissante avec l'âge. La mortalité maximale concerne donc le groupe d'âge 85 ans ou plus avec 75 décès pour 100 000 femmes âgées de 85 ans ou plus.

Mortalité féminine par âge par cancer du sein, de l'utérus et du côlon-rectum en 1998-2000 en Picardie (Taux pour 100 000 femmes, échelle logarithmique)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

● Cancer de l'utérus : quatrième cause de mortalité par cancer chez les femmes

En Picardie, le cancer de l'utérus a été responsable de 6 % des décès féminins par cancer sur la période 1998-2000.

Quelle que soit la tranche d'âge, la mortalité par cancer de l'utérus est inférieure à la mortalité par cancer du sein. Par contre, la mortalité par cancer colo-rectal est inférieure à la mortalité par cancer de l'utérus avant 45 ans.

La troisième localisation en termes de mortalité non présentée sur ce graphique est le poumon.

Incidence Les données d'incidence utilisées correspondent aux données du Réseau français des registres de cancer Francim. Elles proviennent de registres généraux sur 9 départements : Bas-Rhin, Calvados, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Manche, Somme et Tarn et de registres spécialisés sur 6 départements : Ardennes, Calvados, Côte-d'Or, Loire-Atlantique, Marne et Saône-et-Loire. La méthode d'estimation du nombre de cas incidents par région, âge, sexe et localisation s'appuie sur le rapport incidence/mortalité des régions couvertes par les registres du cancer. L'utilisation de ce rapport s'intègre dans une modélisation prenant en compte l'effet de l'âge et du temps. Les estimations ont été réalisées sur 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000.

LE CANCER DE L'UTÉRUS

● Diminution de l'incidence du cancer de l'utérus

Depuis 1980, l'incidence du cancer de l'utérus évolue à la baisse en Picardie. Le taux standardisé d'incidence a diminué de 22 % en Picardie entre 1980 et 2000 (-24 % en métropole).

Sur l'ensemble de la période, l'incidence du cancer de l'utérus est supérieure en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

La proportion de nouveaux cas survenus prématurément se réduit tout en restant importante.

Incidence estimée du cancer de l'utérus entre 1980 et 2000 en Picardie

	1980	1985	1990	1995	2000
Nombre de nouveaux cas	328	329	321	321	320
Dont % prématurés	63,1%	64,1%	59,2%	55,8%	53,1%
Taux d'incidence*	43,9	41,9	38,7	36,4	34,2
France	35,0	32,7	30,7	28,7	26,5

Sources : Francim, INSEE

* standardisé sur la population française de 2001, taux pour 100 000

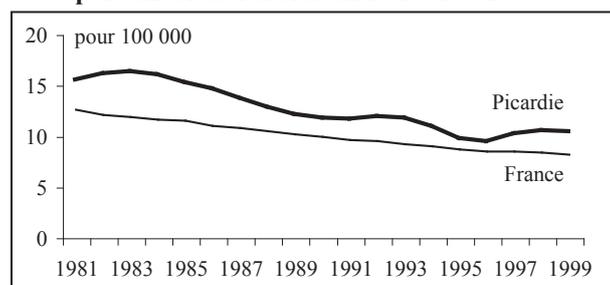
● Baisse de la mortalité par cancer de l'utérus jusque 1996

Entre 1981 et 1996, la mortalité par cancer de l'utérus a diminué en Picardie comme en France. L'évolution a été un peu plus prononcée en Picardie (taux de croissance annuel moyen de -3,3 % contre -2,6 % en France).

Alors que l'évolution reste à la baisse en France après 1996, la mortalité se met à progresser après cette année en Picardie.

La surmortalité picarde par rapport à la moyenne nationale est significative pour l'ensemble de la période à l'exception de deux années : 1995 et 1996.

Taux comparatifs de mortalité par cancer de l'utérus entre 1981 et 1999*



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

*données lissées sur trois ans

● Près de 260 ALD pour cancer de l'utérus

En 2002, 261 Picardes ont bénéficié d'une exonération de ticket modérateur au titre d'une ALD pour cancer de l'utérus. Un peu plus d'une femme sur deux (52 %) avait moins de 65 ans lors de leur demande d'exonération.

Admissions en ALD pour cancer de l'utérus en Picardie en 2002

	Effectif	%
Moins de 45 ans	32	12,3
45-64 ans	104	39,8
65 ans ou plus	125	47,9
Ensemble	261	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

ALD En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels de premiers avis favorables. Ces nombres dépendent de la morbidité régionale, mais encore d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou l'avis de médecins conseil.

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.

LE CANCER DE L'UTÉRUS

Les séjours en établissements de santé pour cancers de l'utérus

Au cours de l'année 2002, les Picards ont effectué près de 505 400 séjours en services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) dans les établissements de santé publics et privés. Plus de 540 séjours avaient pour diagnostic principal un cancer de l'utérus.

● Les séjours pour cancer du col concernent davantage les plus jeunes femmes, à l'inverse des séjours pour cancer du corps de l'utérus

En 2002, 542 séjours en établissements de santé effectués par des Picardes avaient pour diagnostic principal un cancer de l'utérus. Sa localisation est pour moitié le col et pour l'autre moitié, le corps. Les séjours pour cancer du col de l'utérus concernent majoritairement des femmes jeunes, contrairement aux séjours pour cancer du corps de l'utérus.

Un peu plus de la moitié (52 %) des séjours pour cancer du col de l'utérus et 68 % des séjours pour cancer du corps de l'utérus concernaient un service de chirurgie. Les séjours pour cancer du col de l'utérus ont duré en moyenne 6,3 jours et les séjours pour cancer du corps 7,9 jours. Enfin, le taux de fuite (proportion de séjours effectués par des Picards hors de la région Picardie) pour cette pathologie s'élève à 31 % des séjours pour le cancer du col et à 16 % pour le cancer du corps de l'utérus. La moitié des séjours hors Picardie a été effectuée en région Île-de-France.

Globalement, le nombre de séjours pour cancer du col de l'utérus progresse (sauf entre 2001 et 2002) alors que le nombre de séjours pour cancer du corps de l'utérus diminue sur la période 1998-2002. Les projections chiffrent l'évolution du nombre de séjours à +6 % pour le cancer du col et à +14 % pour le cancer du corps entre 2001 et 2010.

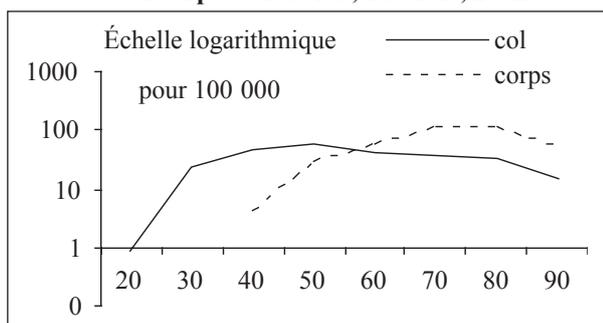
Répartition par âge des séjours pour cancer du col et du corps de l'utérus, Picardie, 2002

	Col		Corps	
	Nb	%	Nb	%
Moins de 25 ans	1	0,4%	0	0,0%
25-44 ans	92	33,5%	8	3,0%
45-64 ans	126	45,9%	92	34,2%
65-84 ans	51	18,8%	159	59,1%
85 ans ou plus	4	1,4%	10	3,8%
Ensemble	273	100,0%	269	100,0%

● Des séjours pour cancer du col de l'utérus particulièrement nombreux

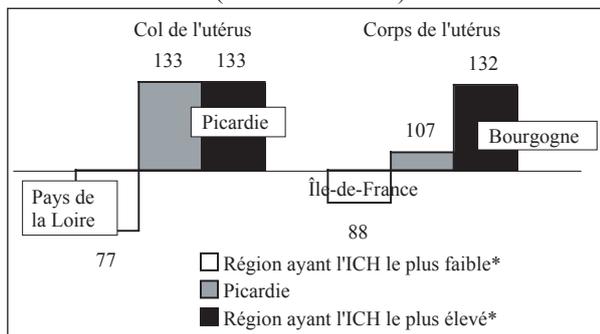
La Picardie présente le recours pour cancer du col de l'utérus le plus élevé de métropole, les séjours sont supérieurs de 33 % à la moyenne nationale. Ils sont significativement plus nombreux sur l'ensemble de la période 1998-2002. Le recours pour cancer du corps de l'utérus est proche de la moyenne nationale sur la période (excepté en 2000 où le recours est significativement plus élevé dans la région). Les différences observées dans le cadre de ces données sur les séjours hospitaliers sont complexes à interpréter puisqu'elles peuvent résulter de plusieurs paramètres : différence de morbidité dans la population, différences de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge (traitement en ville ou à l'hôpital, séjours uniques ou itératifs...) ou encore différences d'habitudes de codage dans le cadre du PMSI.

Taux brut de séjour par âge pour cancer du col et du corps de l'utérus, Picardie, 2002



Sources : DHOS, INSEE

Indice comparatif d'hospitalisation pour cancer du col et du corps de l'utérus en 2002 (France base 100)



Source : DHOS

* Hors Corse

Les données sur les établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données sur les séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. Enfin, la Corse n'est pas représentée sur les graphiques du fait de sa spécificité. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Picardie signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

CONTEXTE NATIONAL

Actuellement, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme en France. D'après les estimations du Réseau français des registres de cancer (francim), le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate diagnostiqués en France est de l'ordre de 40 000 au cours de l'année 2000. Le cancer de la prostate est un cancer du sujet âgé, près de la moitié des nouveaux cas est apparue chez des hommes âgés de 75 ans ou plus. L'augmentation générale de l'espérance de vie tend donc également à accroître le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate. L'incidence du cancer de la prostate augmente considérablement depuis vingt ans. Le vieillissement de la population, l'amélioration des méthodes diagnostiques et l'augmentation effective de la pathologie expliquent cette évolution saisissante.

En termes de mortalité, le cancer de la prostate est la 3^e cause de décès par cancer chez l'homme après le cancer du poumon et des voies aéro-digestives supérieures (VADS). En 2000, il a entraîné 10 % des décès masculins par cancer, soit un peu plus de 9 000 décès. Depuis le début des années quatre-vingt, le taux comparatif de mortalité est resté stable. Quant à la mortalité prématurée (avant 65 ans), elle est relativement faible.

Le cancer de la prostate a motivé environ 39 800 admissions en affection de longue durée (ALD) parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'Assurance maladie en 2002. Ainsi, ces personnes ont pu bénéficier de l'exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection. Cette même année, il a constitué le diagnostic principal de 55 000 séjours en établissements de soins de courte durée, dont 29 000 séjours chirurgicaux selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI). S'y ajoutent les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou radiothérapie, dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas de dénombrement.

Les stratégies thérapeutiques tiennent compte du stade de développement du cancer et de son extension, de l'âge et de l'état général du patient.

L'intérêt d'un dépistage de masse du cancer de la prostate n'est pas aussi évident que pour d'autres formes de cancer, son efficacité reste à évaluer. En effet, l'efficacité d'un traitement précoce n'a jamais pu être démontrée dans le cadre d'études prospectives contrôlées. Un dépistage de masse risquerait de mettre en évidence et de traiter des petites lésions tumorales qui auraient pu rester asymptomatiques. En 1998, l'ANAES a réalisé un travail sur l'opportunité du dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA (antigène spécifique de la prostate). Cette étude a conclu que «les connaissances actuelles ne permettent pas de recommander un dépistage de masse du cancer de la prostate». En juillet 2001, un groupe d'experts réunis à la demande du ministère chargé de la Santé a conclu à l'absence d'argument récent en faveur d'un dépistage organisé : le dépistage doit être proposé dans un cadre individuel selon la volonté de la personne, après information sur les conséquences du dépistage et en fonction de ses propres facteurs de risque.

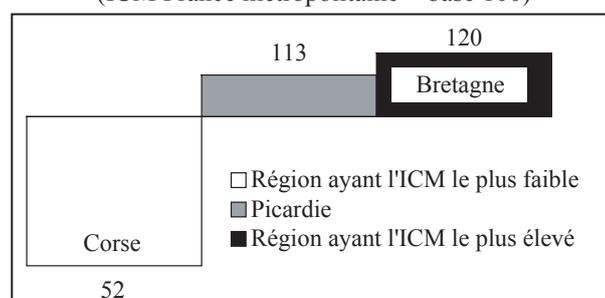
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Une surmortalité par cancer de la prostate significative en Picardie par rapport à la moyenne nationale.
- Près de 1 300 nouveaux cas de cancer de la prostate en 2000.
- Une incidence en très forte progression depuis 1980, une mortalité en baisse depuis 1992.
- Plus de 1 100 bénéficiaires d'exonération de ticket modérateur au titre d'une ALD pour cancer de la prostate.

● Une surmortalité par cancer de la prostate significative en Picardie

Sur la période 1998-2000, la Picardie enregistre une surmortalité (+13 %) par cancer de la prostate significative par rapport à la moyenne nationale. Cette dernière se place 6^e au classement des régions métropolitaines les plus concernées, devancée par d'autres régions situées au nord de l'Hexagone : Nord - Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Basse-Normandie, Haute-Normandie, et Bretagne. La mortalité par cancer de la prostate y est en effet plus élevée que dans les régions méridionales.

Indice comparatif de mortalité par cancer de la prostate en 1998-2000
(ICM France métropolitaine = base 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi² au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

LE CANCER DE LA PROSTATE

Incidence estimée (2000) et mortalité (1998-2000) par cancer de la prostate en Picardie

	25-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans ou plus	Ensemble
Incidence	1	30	184	541	437	112	1305
<i>Taux brut*</i>	0,4	22,1	234,9	814,4	1322,8	1289,1	142,4
Mortalité	0	2	20	67	108	89	286
<i>Taux brut*</i>	0,0	1,3	25,6	100,9	341,2	1045,3	31,3

Sources : Francim, Inserm CépiDC, INSEE

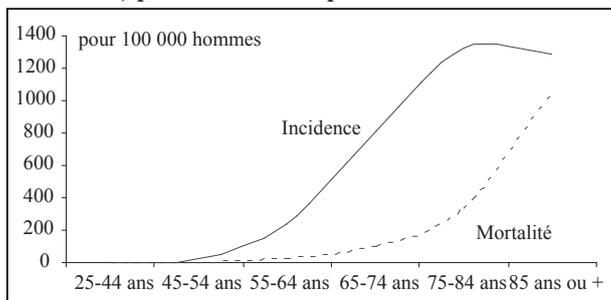
* pour 100 000

● 1 305 nouveaux cas de cancer de la prostate en 2000

Francim estime à 1 305 le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate en Picardie pour l'année 2000. Il constitue la première localisation cancéreuse en termes d'incidence chez les hommes (1 nouveau cas de cancer masculin sur 4 est un cancer de la prostate).

Le cancer de la prostate est rare avant 65 ans (16 % des nouveaux cas de cancer). Les décès attribués à ce cancer s'élèvent à 286 sur la période 1998-2000.

Taux d'incidence (2000) et taux de mortalité (1998-2000) par cancer de la prostate en Picardie



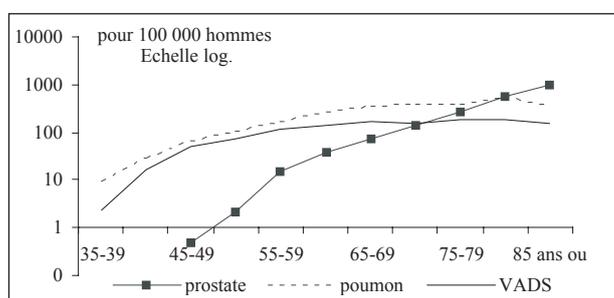
Sources : Francim, Inserm, CépiDC, INSEE

● Une incidence et une mortalité maximales aux âges élevés

Le taux d'incidence du cancer de la prostate augmente avec l'âge jusqu'au groupe d'âge 75-84 ans. L'augmentation est particulièrement forte à partir de 65 ans. Pour le dernier groupe d'âge, le taux décroît faiblement. L'incidence maximale du cancer de la prostate s'observe pour le groupe d'âge 75-84 ans.

Les taux de mortalité par cancer de la prostate sont croissants et plus rapidement à partir de 75 ans. La mortalité maximale est atteinte au dernier groupe d'âge (85 ans et plus).

Mortalité masculine par cancer de la prostate, du poumon et des VADS en 1998-2000 en Picardie



Sources : INSERM CépiDC, INSEE

● Première cause de mortalité par cancer chez les hommes âgés de 80 ans ou plus

Les trois principales localisations cancéreuses en termes de mortalité sont le poumon, la prostate et les voies aéro-digestives supérieures (VADS) chez les hommes. La hiérarchie des trois localisations varie cependant avec l'âge :

- jusque l'âge de 80 ans, les taux de mortalité les plus élevés sont ceux du cancer du poumon.

- après 80 ans, le cancer de la prostate prédomine.

Avec l'âge, les décès par cancer de la prostate sont cependant de plus en plus représentés.

Incidence Les données d'incidence utilisées correspondent aux données du Réseau français des registres de cancer Francim. Elles proviennent de registres généraux sur 9 départements : Bas-Rhin, Calvados, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Manche, Somme et Tarn et de registres spécialisés sur 6 départements : Ardennes, Calvados, Côte-d'or, Loire-Atlantique, Marne et Saône-et-Loire. La méthode d'estimation du nombre de cas incidents par région, âge, sexe et localisation s'appuie sur le rapport incidence/mortalité des régions couvertes par les registres du cancer. L'utilisation de ce rapport s'intègre dans une modélisation prenant en compte l'effet de l'âge et du temps. Les estimations ont été réalisées sur 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000.

LE CANCER DE LA PROSTATE

● Une forte progression de l'incidence du cancer de la prostate depuis 1980

La Picardie connaît, comme la France, une très forte progression de l'incidence du cancer de la prostate depuis 1980. Le taux standardisé d'incidence a progressé de 171 % en Picardie et de 169 % en France entre 1980 et 2000. Le vieillissement de la population explique en partie cette évolution frappante mais pas seulement. Enfin, il faut noter que les taux standardisés observés en Picardie sont supérieurs à la moyenne nationale.

Incidence estimée du cancer de la prostate entre 1980 et 2000 en Picardie

	1980	1985	1990	1995	2000
Nombre de nouveaux cas	363	455	618	875	1305
(dont prématuré)	41	72	104	146	215
Taux d'incidence*	71,8	88,1	113,6	144,5	194,9
France	64,3	79,0	101,7	130,7	173,3

Sources : Francim, INSEE

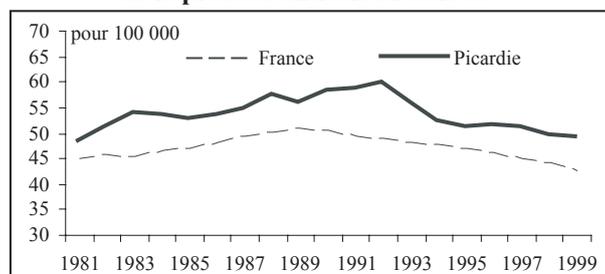
* taux standardisé sur la population française de 2001, taux pour 100 000

● Une baisse de la mortalité par cancer de la prostate depuis 1992 en Picardie

Deux phases se distinguent quant à l'évolution de la mortalité par cancer de la prostate. Durant les années quatre-vingt, la mortalité par cancer de la prostate progresse, puis, durant les années quatre-vingt-dix, elle régresse. Cependant, on note un décalage entre l'évolution observée en Picardie et l'évolution française. Ainsi, la diminution s'est déclenchée plus tardivement en Picardie (en 1992) qu'en France (en 1990). Ainsi, la surmortalité picarde est maximale en 1992 (+22 %).

De 1982 à 1999, le taux comparatif de mortalité par cancer de la prostate est significativement supérieur à la moyenne nationale.

Taux comparatifs de mortalité par cancer de la prostate entre 1981 et 1999*



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

*données lissées sur trois ans

● En 2002, près de 1 100 bénéficiaires d'une ALD

En 2002, près de 1 100 cas de cancer de la prostate ont été reconnus au titre d'une affection de longue durée pour les trois principaux régimes d'Assurance maladie.

22 % des admissions en ALD pour cancer de la prostate concernaient des hommes âgés de moins de 65 ans.

Admissions en affections de longue durée pour cancer de la prostate en Picardie en 2002

	Effectif	%
Moins de 65 ans	242	21,8
65-84 ans	798	71,8
85 ans et plus	72	6,5
Ensemble	1 112	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'année pour laquelle est placée le point est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

ALD En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes. Ces nombres dépendent de la morbidité régionale, mais encore d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou l'avis de médecins conseil.

LE CANCER DE LA PROSTATE

Les séjours en établissements de santé pour cancer de la prostate

Au cours de l'année 2002, les Picards ont effectué près de 505 400 séjours en services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) dans les établissements de santé publics et privés. Plus de 1 900 séjours avaient pour diagnostic principal un cancer de la prostate.

● Progression du nombre de séjours pour cancer de la prostate entre 1998 et 2002

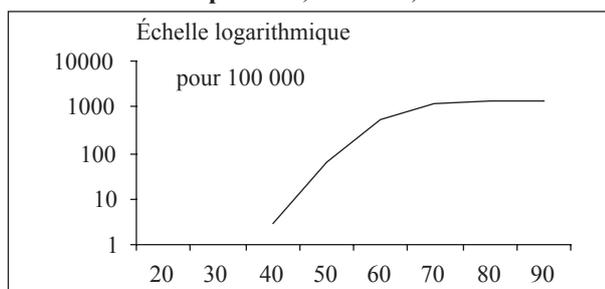
En 2002, 1 919 séjours en établissements de santé effectués par des Picards avaient pour diagnostic principal un cancer de la prostate. Près de trois de ces séjours sur quatre concernaient des hommes âgés de 65 ans ou plus. Le taux de séjour est croissant avec l'âge, atteignant 1 442 séjours pour 100 000 hommes pour le dernier groupe d'âge. Un peu moins de la moitié (44 %) des séjours pour cancer de la prostate concernait un service de chirurgie. Les séjours en services de chirurgie sont plus longs en moyenne que les séjours en services non chirurgicaux (8,8 jours en moyenne contre 4,7 jours). Les séjours sont de même plus longs quand ils sont effectués par les hommes les plus âgés. Enfin, le taux de fuite (proportion de séjours effectués par des Picards hors de la région Picardie) pour cette pathologie s'élève à 15 % des séjours, la région Île-de-France rassemblant près de 40 % de séjours effectués hors de la Picardie. Le nombre de séjours pour cancer de la prostate progresse, passant de 1 312 en 1998 à 1 919 en 2002 (soit + 46 % sur la période). Les projections chiffrent l'évolution du nombre de séjours à +21 % entre 2001 et 2010.

Répartition des séjours par âge pour cancer de la prostate, Picardie, 2002

	Nb	%
Moins de 25 ans	0	0,0%
25-44 ans	4	0,2%
45-64 ans	508	26,5%
65-84 ans	1 299	67,7%
85 ans ou plus	108	5,7%
Ensemble	1 919	100,0%

Sources : DHOS, INSEE

Taux brut de séjour par âge pour cancer de la prostate, Picardie, 2002

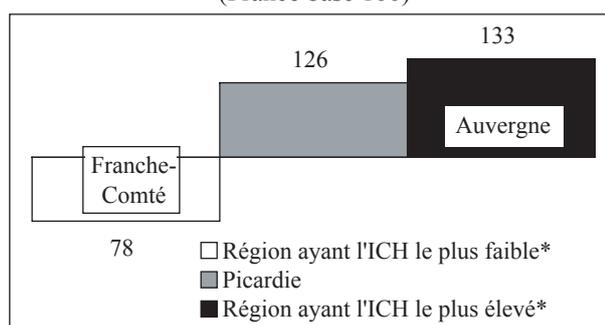


Source : DHOS

● Un recours aux établissements de santé significativement plus élevé qu'en métropole

La région présente le 2^e ICH pour cancer de la prostate le plus élevé de métropole. Le recours aux établissements de santé est significativement plus élevé en Picardie qu'en France, et ceci de 26 %. Sur l'ensemble de la période 1998-2002, les séjours sont significativement plus nombreux en Picardie que sur l'ensemble du territoire. Les différences observées dans le cadre de ces données sur les séjours hospitaliers sont complexes à interpréter puisqu'elles peuvent résulter de plusieurs paramètres : différence de morbidité dans la population, différences de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge (traitement en ville ou à l'hôpital, séjours uniques ou itératifs...) ou encore différences d'habitudes de codage dans le cadre du PMSI.

Indice comparatif d'hospitalisation pour cancer de la prostate en 2002 (France base 100)



Source : DHOS

* Hors Corse

Les données sur les établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. Enfin, la Corse n'est pas représentée sur les graphiques du fait de sa spécificité. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Picardie signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

CONTEXTE NATIONAL

Parmi les autres cancers, trois ont été retenus : le mélanome malin de la peau, le cancer de la vessie et le cancer de l'estomac.

Le mélanome malin de la peau est un cancer en forte progression. En vingt ans, le nombre de nouveaux cas a plus que triplé et le nombre de décès a doublé. Le Réseau français des registres du cancer (Francim) estime à environ 7 300 le nombre de nouveaux cas survenus au cours de l'année 2000 en France métropolitaine. Ce cancer a également été responsable de plus de 11 700 séjours en établissements de soins de courte durée, 4 700 admissions en affection de longue durée (ALD) en 2002 et de près de 1 350 décès en 2000. Le traitement est dominé par la chirurgie : à un stade précoce, il est guéri dans la quasi-totalité des cas par simple exérèse chirurgicale. Par contre, l'efficacité des traitements au stade métastatique demeure encore faible. Le principal facteur favorisant est le soleil, la prévention primaire repose donc principalement sur la limitation de l'exposition au soleil. Depuis 1998, une journée de sensibilisation et de dépistage gratuit est organisée chaque année à l'initiative du Syndicat national des dermatologues.

Le cancer de la vessie voit de même son incidence progresser. Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués au cours de l'année 2000 est estimé à plus de 10 700. Il est trois fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, ce qui est en partie expliqué par le principal facteur de risque de ce cancer : le tabagisme. Il y a d'autres facteurs de risque, comme l'exposition à des toxiques chez les travailleurs de l'industrie chimique. Il a entraîné près de 43 800 séjours en établissements de soins de courte durée et près de 11 000 admissions en ALD en 2002. Le nombre de décès attribués à ce cancer s'élève à près de 4 300 en 2000.

Enfin, le cancer de l'estomac concerne de même davantage les hommes que les femmes. En 2000, plus de 7 100 nouveaux cas ont été diagnostiqués en France métropolitaine selon les estimations de Francim et 5 150 décès lui ont été attribués. Responsable de plus de 14 100 séjours en établissements de santé en 2002, ce cancer voit sa mortalité et son incidence diminuer. Au cours de l'année 2002, il a également motivé l'admission en ALD de plus de 4 700 personnes. L'un des principaux facteurs de risque du cancer de l'estomac est le mode d'alimentation.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Forte progression de l'incidence du mélanome au cours des dernières décennies.
- Surmortalité significative par cancer de la vessie chez les hommes.
- Progression de l'incidence du cancer de la vessie.
- Diminution de l'incidence et de la mortalité par cancer de l'estomac.

Le cancer de la vessie est responsable de 3 % des décès par cancer en 2000 et de près de 8 % des séjours en établissements de santé pour cancer. Les hommes sont davantage concernés que les femmes et l'on note une progression de son incidence.

Le mélanome quant à lui représente moins de 1 % des décès par cancer mais la forte progression de son incidence est remarquable. Une des particularités de ce cancer est qu'il touche fréquemment les femmes.

Enfin, 3 % des décès par cancer sont attribués au cancer de l'estomac. Son incidence et sa mortalité sont en baisse, mais le pronostic de ce cancer reste défavorable avec des taux de mortalité proches des taux d'incidence.

Effectifs suivant les différentes sources de données en 2000 ou en 2002 en Picardie

	Incidence 2000	Mortalité 2000	Séjours 2002	ALD 2002
Mélanome				
Effectif	227	31	276	136
Part *	2,5	0,7	1,2	1,8
Cancer de la vessie				
Effectif	357	131	1 686	345
Part *	4,0	3,0	7,5	4,6
Cancer de l'estomac				
Effectif	208	147	440	131
Part *	2,3	3,4	1,9	1,8

Sources : Francim, Inserm CépiDC, DHOS, CNAMTS, CCMSA, CANAM

* Part dans l'ensemble des cancers

Incidence Les données d'incidence utilisées correspondent aux données du Réseau français des registres de cancer Francim. Elles proviennent de registres généraux sur 9 départements : Bas-Rhin, Calvados, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Manche, Somme et Tarn et de registres spécialisés sur 6 départements : Ardennes, Calvados, Côte-d'Or, Loire-Atlantique, Marne et Saône-et-Loire. La méthode d'estimation du nombre de cas incidents par région, âge, sexe et localisation s'appuie sur le rapport incidence/mortalité des régions couvertes par les registres du cancer. L'utilisation de ce rapport s'intègre dans une modélisation prenant en compte l'effet de l'âge et du temps. Les estimations ont été réalisées sur 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000.

LE MÉLANOME MALIN DE LA PEAU

Mortalité par mélanome (1998-2000) et incidence estimée (2000) en Picardie

	Mortalité		Incidence	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Moins de 35 ans	1	1	11	17
35-64 ans	9	5	55	68
65 et plus	8	8	32	44
Ensemble	18	14	98	129

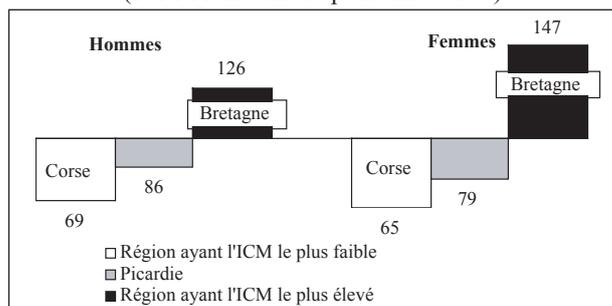
Sources : Francim, INSERM CépiDc

● 227 nouveaux cas de mélanome en 2000

En 2000, le Réseau national des registres des cancers a estimé à 227 le nombre de nouveaux cas de mélanome en Picardie. Parmi ceux-ci, 57 % sont apparus chez des femmes. Les moins de 65 ans sont particulièrement concernés puisque 67 % de l'ensemble des nouveaux cas sont survenus prématurément.

Sur la période 1998-2000, 31 Picards (17 hommes et 14 femmes) sont décédés d'un mélanome en moyenne chaque année.

Indice comparatif de mortalité (ICM) par mélanome (1998-2000) (ICM France métropolitaine = 100)



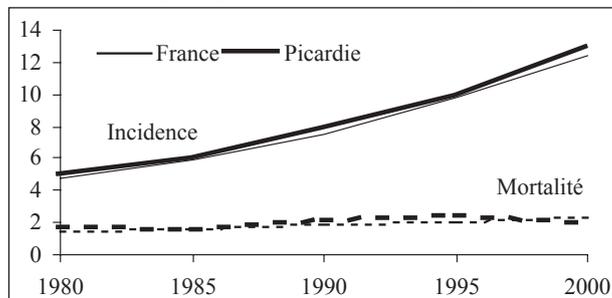
Sources : INSERM CépiDc, INSEE

● Une mortalité par mélanome proche de la moyenne nationale

L'indice comparatif de mortalité s'élève à 86 chez les hommes et à 79 chez les femmes. Cependant, la mortalité par mélanome en Picardie n'est pas significativement différente de la mortalité française, ceci pour les hommes et les femmes.

La Bretagne présente quant à elle une mortalité significativement supérieure à la moyenne nationale, avec les ICM les plus élevés de France métropolitaine.

Taux standardisés d'incidence et de mortalité par mélanome de 1980 à 2000 (taux pour 100 000 habitants)



Sources : Francim, INSERM CépiDc, INSEE

● Forte progression de l'incidence du mélanome

Sur l'ensemble de la période, l'incidence du mélanome a fortement progressé en France comme en Picardie. L'incidence en Picardie a ainsi plus que doublé entre 1980 et 2000, le taux standardisé étant passé de 4,8 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 1980 à 12,5 cas en 2000. Le taux de croissance annuel moyen correspondant est une progression de +4,9 % par an en France comme en Picardie.

La mortalité par mélanome a également progressé, le taux standardisé de mortalité ayant augmenté en moyenne de 0,7 % par an en Picardie (2,4 % en France).

Les taux standardisés d'incidence et de mortalité sont proches en Picardie et en France.

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi2 au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés les uns aux autres.

LE CANCER DE LA VESSIE

● 357 nouveaux cas de cancer de la vessie en 2000

D'après les estimations du Réseau national des registres du cancer, 357 nouveaux cas de cancer de la vessie ont été diagnostiqués en 2000. Les hommes sont plus fréquemment touchés que les femmes puisque 84 % des nouveaux cas sont masculins.

En terme de mortalité, ils restent sur-représentés : 81 % des décès survenus au cours de la période 1998-2000 concernaient des hommes. En Picardie, 135 décès par cancer de la vessie ont été enregistrés en moyenne chaque année.

● Chez les hommes, une surmortalité par cancer de la vessie significative par rapport à la moyenne nationale

Sur la période 1998-2000, la Picardie enregistre une surmortalité significative par cancer de la vessie chez les hommes au regard de l'indice comparatif (+ 14 %). La région présente le 4^e ICM masculin le plus élevé parmi les régions de France métropolitaine.

Chez les femmes, pour 100 décès en France, 88 sont enregistrés en Picardie, cette différence n'est cependant pas statistiquement significative.

● Progression de l'incidence du cancer de la vessie

Depuis 1980, l'incidence du cancer de la vessie progresse en Picardie comme en France. Ainsi, le taux standardisé d'incidence a augmenté de 17 % en France et de +32 % en Picardie entre 1980 et 2000. Cette évolution correspond à un taux de croissance annuel moyen de 1,4 % en Picardie (0,8 % en France). En 2000, l'incidence du cancer de la vessie est significativement supérieure en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

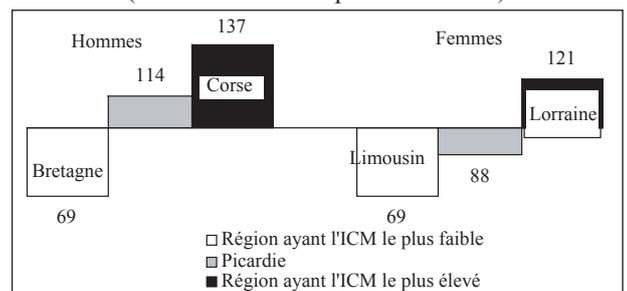
Quant à la mortalité, elle a diminué en France sur l'ensemble de la période (de 0,8 % par an en moyenne). En Picardie, l'évolution est moins régulière avec une augmentation de la mortalité entre 1990 et 1995. Au total, la mortalité retrouve en 2000 le niveau qu'elle avait atteint en 1980.

Mortalité par cancer de la vessie (1998-2000) et incidence estimée (2000) en Picardie

	Mortalité		Incidence	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Moins de 35 ans	0	0	1	0
35-64 ans	24	2	100	11
65 et plus	85	24	200	45
Ensemble	109	26	301	56

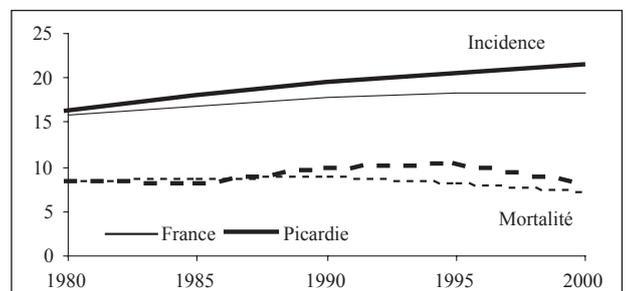
Sources : Francim, INSERM CépiDc

Indice comparatif de mortalité (ICM) par cancer de la vessie (1998-2000) (ICM France métropolitaine = 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Taux standardisés d'incidence et de mortalité par cancer de la vessie de 1980 à 2000 (taux pour 100 000 habitants)



Sources : Francim, INSERM CépiDc, INSEE

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au 01/01/2001). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'année pour laquelle est placée le point est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

LE CANCER DE L'ESTOMAC

● 208 nouveaux cas de cancer de l'estomac en 2000

En 2000, le Réseau national des registres des cancers a estimé à 208 le nombre de nouveaux cas de cancer de l'estomac, dont 65 % sont survenus chez des hommes. En termes de mortalité, 146 décès par cancer de l'estomac ont été enregistrés en moyenne chaque année sur la période 1998-2000 en Picardie. Les hommes sont toujours plus concernés que les femmes puisque 66 % des décès sont survenus chez des hommes.

● Une mortalité qui ne se distingue pas de la moyenne nationale

Sur la période 1998-2000, l'indice comparatif de mortalité s'élève à 104 en Picardie chez les hommes, la région présentant le 10^e ICM le plus élevé parmi les régions métropolitaines.

Chez les femmes, l'indice est de 89 et la région se place 10^e au classement.

Pour les deux sexes, les différences de mortalité entre la région et la France ne sont pas significatives. Les régions Basse-Normandie, Haute-Normandie et Bretagne se partagent la tête des deux classements, alors que les indices les plus faibles s'observent au sud du pays.

● Diminution de l'incidence et de la mortalité par cancer de l'estomac

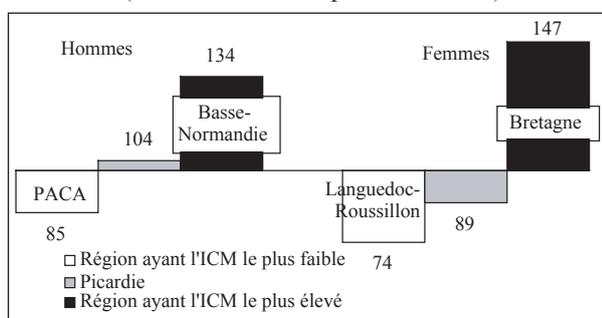
Depuis 1980, l'incidence du cancer de l'estomac régresse en Picardie comme en France. Ainsi, le taux d'incidence standardisé a diminué de 2,4 % par an en moyenne entre 1980 et 2000 (-2,3 % en France). La surincidence picarde s'est réduite sur la période, passant de +6 % en 1980 à +3 % en 2000. La mortalité a également diminué et plus fortement encore que l'incidence, les taux de croissance annuels moyens s'élevant à -4,5 % en Picardie et à -4,0 % en France. Enfin, la surmortalité régionale par rapport à la moyenne nationale est moins forte en 2000 (+3 %) qu'en 1980 (+14 %).

Mortalité par cancer de l'estomac (1998-2000) et incidence estimée (2000) en Picardie

	Mortalité		Incidence	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Moins de 35 ans	1	0	0	0
35-64 ans	23	9	40	14
65 et plus	73	41	96	58
Ensemble	96	50	136	72

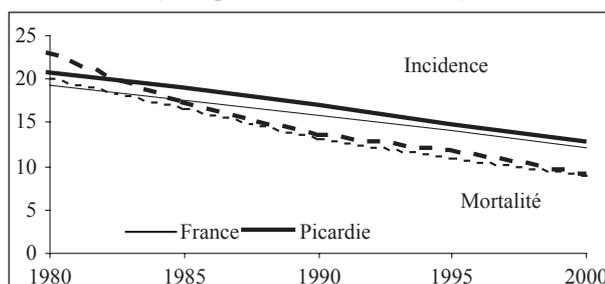
Sources: Francim, INSERM CépiDc

Indice comparatif de mortalité (ICM) par cancer de l'estomac (1998-2000) (ICM France métropolitaine = 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE
PACA = Provence Alpes Côte d'azur

Taux standardisés d'incidence et de mortalité par cancer de l'estomac de 1980 à 2000 (taux pour 100 000 habitants)



Sources: Francim, INSERM CépiDc

ALD En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes. Ces nombres dépendent aussi de la morbidité régionale, mais encore d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou l'avis de médecins conseil.

Les données sur les **établissements de santé** proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours.

CONTEXTE NATIONAL

Les maladies de l'appareil digestif peuvent être des affections sévères (pathologies alcooliques du foie, ulcère gastro-duodénal, maladies chroniques de l'intestin) ou de moindre sévérité mais altérant la qualité de vie des personnes affectées (reflux gastro-oesophagien ou lithiases biliaires par exemple). Dans cette fiche, seules les pathologies figurant dans le chapitre éponyme de la classification internationale des maladies sont traitées. Les cancers hépatiques et les hépatites virales ne sont donc pas abordés ici.

L'Enquête permanente sur la prescription médicale, enquête trimestrielle menée par IMS Health depuis décembre 1991, évalue les motifs de recours aux soins en médecine libérale. Sur la période du 1^{er} septembre 2002 au 31 août 2003, les maladies de l'appareil digestif ont constitué le motif de recours de 3 % des séances chez les moins de 25 ans. Chez les 25-64 ans, ces pathologies représentaient 6,9 % des séances chez les hommes et 5,7 % chez les femmes. Les 65 ans ou plus sont les plus concernés : 10,8 % des séances chez les hommes et 12,1 % chez les femmes avaient pour motif de recours une maladie de l'appareil digestif.

Selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI), les maladies de l'appareil digestif sont le motif d'hospitalisation le plus fréquent dans les établissements de santé en soins de courte durée après la catégorie « autres motifs de recours aux soins ». Elles ont constitué le motif principal de plus de 1,7 million de séjours en 2002 et représentent ainsi 11 % de l'ensemble des séjours.

Deux groupes de pathologies digestives peuvent être reconnues au titre d'une affection de longue durée (ALD) : les maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (environ 23 340 admissions parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'Assurance maladie en 2002) et la rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives (environ 9 400 admissions).

Au cours de l'année 2000, près de 23 700 personnes sont décédées d'une maladie de l'appareil digestif. Ces décès représentent 4,5 % de l'ensemble des décès. Les hommes sont un peu plus concernés que les femmes : sur 100 décès par maladie de l'appareil digestif, 53 sont survenus chez des hommes. Parmi les pathologies digestives, les cirrhoses alcooliques sont particulièrement importantes, elles ont été responsables de 36 % des décès par maladies de l'appareil digestif, avec une proportion deux fois plus forte chez les hommes (47 %) que chez les femmes (22 %). Les cirrhoses ont une part non négligeable dans la mortalité prématurée, c'est-à-dire avant l'âge de 65 ans. Ces pathologies sont également abordées dans la fiche relative à l'alcool et ses conséquences sur la santé.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- *Surmortalité significative par maladies de l'appareil digestif par rapport à la moyenne nationale.*
- *865 décès par maladies de l'appareil digestif dont 32 % sont survenus avant l'âge de 65 ans.*
- *Diminution de la mortalité par maladies de l'appareil digestif.*

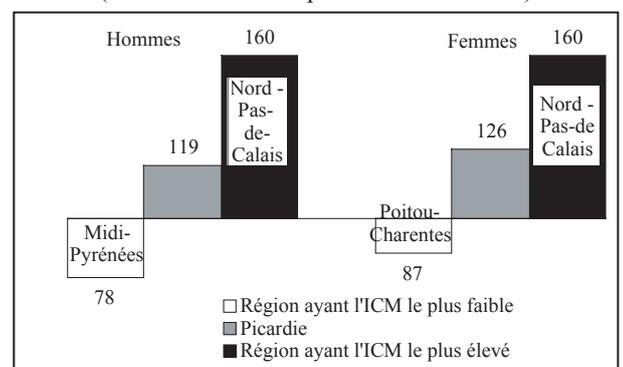
● Une surmortalité par maladies de l'appareil digestif

Sur la période 1998-2000, la région présente une mortalité significativement supérieure à celle de l'ensemble du territoire pour chacun des deux sexes.

Chez les hommes la surmortalité s'élève à + 19 % et la Picardie est la 3^e région présentant l'indicateur le plus élevé derrière le Nord - Pas-de-Calais et la Bretagne. Chez les femmes, la surmortalité picarde se chiffre à + 26 % et la région se place en 2^e position derrière le Nord - Pas-de-Calais.

Parmi les maladies de l'appareil digestif, les cirrhoses placent également la Picardie en situation particulièrement mauvaise, avec une surmortalité par rapport à la moyenne nationale de + 34 % chez les hommes et de + 36 % chez les femmes.

Indice comparatif de mortalité par maladies de l'appareil digestif en 1998-2000 (ICM France métropolitaine = base 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi² au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM hommes et femmes ne peuvent être comparés les uns aux autres.

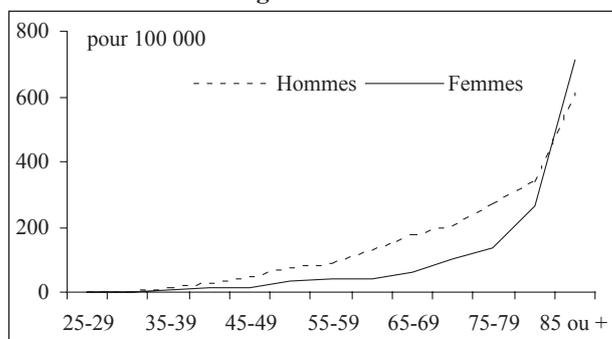
LES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

Nombre de décès annuels par maladies de l'appareil digestif en Picardie en 1998-2000

	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 45 ans	30	6,6	22	5,5
45-64 ans	161	35,0	63	15,5
65-84 ans	214	46,6	152	37,6
85 ans ou plus	54	11,8	168	41,4
Ensemble	459	100,0%	405	100,0%

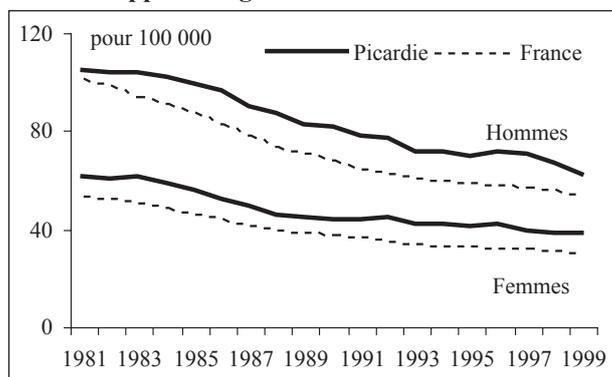
Source : INSERM CépiDC

Taux de mortalité par maladies de l'appareil digestif selon le sexe et l'âge en 1998-2000 en Picardie



Sources : INSERM CépiDC, INSEE

Taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil digestif entre 1981 et 1999*



Sources : INSERM CépiDC, INSEE

*données lissées sur trois ans

● 865 décès par maladies de l'appareil digestif

Au cours de la période 1998-2000, 865 Picards sont décédés d'une maladie de l'appareil digestif en moyenne chaque année. Plus de la moitié de ces décès (53 %) sont survenus chez des hommes. Chez ces derniers, 42 % des décès sont survenus prématurément (avant l'âge de 65 ans) contre seulement 21 % chez les femmes. Parmi les décès toutes causes confondues, les maladies de l'appareil digestif représentent 5 % des décès.

● Une mortalité croissante avec l'âge

La mortalité par maladies de l'appareil digestif est croissante avec l'âge chez les hommes comme chez les femmes. Après 30 ans, les hommes présentent une mortalité moins favorable que celle des femmes, excepté pour le dernier groupe d'âge. La surmortalité masculine est maximale pour le groupe d'âge 60-64 ans, avec un taux masculin trois fois plus élevé que le taux féminin.

● Diminution de la mortalité par maladies de l'appareil digestif

Depuis 1980, la mortalité par maladies de l'appareil digestif diminue. En Picardie, elle a diminué de 41 % chez les hommes et de 38 % chez les femmes sur l'ensemble de la période. Depuis 1983, la Picardie présente une mortalité par maladies de l'appareil digestif significativement supérieure à la moyenne nationale pour les deux sexes. En 1998-2000, la surmortalité picarde atteint +15 % chez les hommes et +26 % chez les femmes. La mortalité par maladies de l'appareil digestif est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (+65 % en 1998-2000 en Picardie).

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.

LES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

● 71 % des décès par cirrhose sont masculins

Sur la période 1998-2000, 346 Picards sont décédés d'une cirrhose du foie en moyenne chaque année. La plupart de ces décès (71 %) concerne des hommes. La proportion de décès survenus prématurément est autour de 60 % chez les hommes et chez les femmes. Parmi l'ensemble des décès par maladies de l'appareil digestif, les cirrhoses du foie sont responsables de 53 % des décès masculins et de 25 % des décès féminins.

Nombre de décès annuels par cirrhose du foie en Picardie en 1998-2000

	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 45 ans	20	8,2	15	14,6
45-64 ans	128	52,2	47	46,7
65 ans ou plus	97	39,6	39	38,7
Ensemble	245	100,0%	101	100,0%

Source : INSERM CépiDC

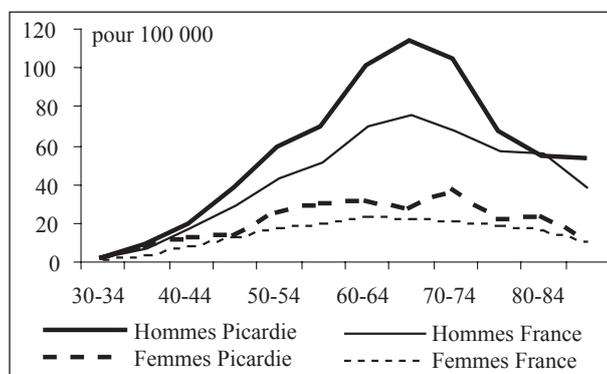
● Des taux de mortalité par cirrhose du foie particulièrement élevés

Les courbes de mortalité par âge par cirrhose sont sensiblement différentes des courbes relatives à l'ensemble des maladies de l'appareil digestif, la progression par âge est bien plus forte pour les cirrhoses. Aussi, après 65-69 ans, la mortalité décroît.

Les courbes des taux de mortalité soulignent deux autres constats :

- la surmortalité masculine : les taux masculins picards sont au moins double des taux féminins à partir de 45 ans ;
- la surmortalité picarde par rapport à la moyenne nationale : elle est maximale pour le groupe d'âge 70-74 ans (+54 % chez les hommes et de +70 % chez les femmes).

Taux de mortalité par cirrhose selon le sexe et l'âge en 1998-2000 en Picardie et en France



Sources : INSERM CépiDC, INSEE

● Près de 580 ALD pour maladies chroniques actives du foie et cirrhoses

En 2002, près de 580 admissions en ALD pour maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ont été prononcées en Picardie. Les hommes sont particulièrement concernés, puisqu'ils représentent 63 % des admissions.

Les rectocolites hémorragiques et maladies de Crohn évolutives ont été responsables de près de 360 ALD cette même année. Les femmes sont un peu plus nombreuses (54 % des admissions) que les hommes à en avoir bénéficié. Les bénéficiaires sont relativement jeunes (69 % ont moins de 45 ans).

Admissions en affection de longue durée pour maladies de l'appareil digestif en 2002 (Picardie)

	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses				
< 45 ans	93	25,6%	39	18,1%
45-64 ans	186	51,2%	123	57,2%
65 ans ou plus	84	23,1%	53	24,7%
Ensemble	363	100,0%	215	100,0%
Rectocolites hémorragiques et maladies de Crohn évolutives				
< 45 ans	108	64,3%	141	72,7%
45-64 ans	49	29,2%	38	19,6%
65 ans ou plus	11	6,5%	15	7,7%
Ensemble	168	100,0%	194	100,0%

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

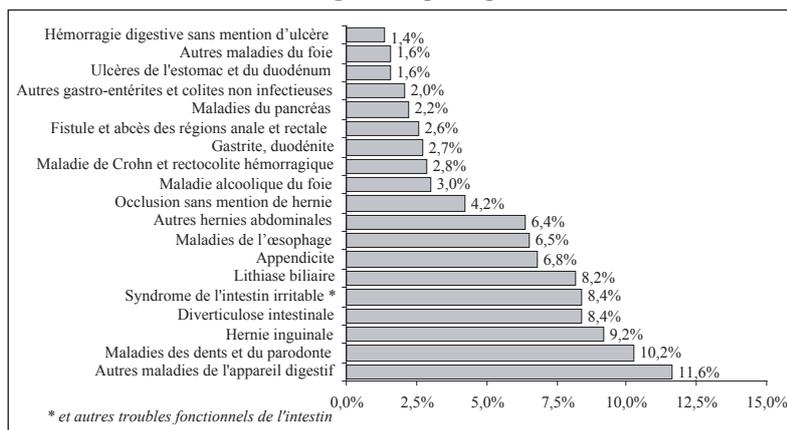
ALD En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels de premiers avis favorables. Ces nombres dépendent de la morbidité régionale, mais encore d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou l'avis de médecins conseil.

LES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

Les données sur les séjours en établissements de santé présentées ci-dessous proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. En 2002, les maladies de l'appareil digestif ont constitué le diagnostic principal de près de 50 300 séjours hospitaliers effectués par des Picards.

Répartition des séjours effectués en 2002 selon la pathologie digestive

Représentant 9,9 % des séjours, les maladies de l'appareil digestif sont les pathologies responsables du plus grand nombre de séjours (50 282) après les autres motifs de recours aux soins⁽¹⁾. Parmi celles-ci, les plus représentées sont maladies des dents et du parodonte (10 %), les hernies inguinales (9 %) et les diverticuloses intestinales (8 %). Les maladies alcooliques du foie ont constitué le motif d'admission de 3,0 % des séjours pour maladies de l'appareil digestif.



Source : DHOS

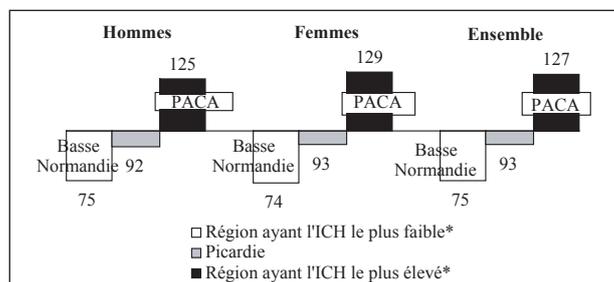
● Des séjours pour maladie alcoolique du foie particulièrement nombreux en Picardie

L'indice comparatif d'hospitalisation indique un recours aux établissements de santé inférieur en Picardie par rapport à l'ensemble du territoire pour l'ensemble des pathologies digestives confondues. Par contre, le recours est significativement supérieur pour certaines pathologies digestives comme les maladies alcooliques du foie, maladie de Crohn et rectocolite hémorragique, occlusion et maladie du pancréas. Les séjours pour maladie alcoolique du foie sont ainsi supérieurs de 29 % en Picardie par rapport à l'ensemble du territoire chez les hommes et de 37 % chez les femmes. La Picardie se place aux 5^e et 3^e rangs parmi les régions présentant les recours les plus fréquents en métropole respectivement pour les hommes et pour les femmes.

Indice comparatif d'hospitalisation en 2002

(ICM France métropolitaine = base 100)

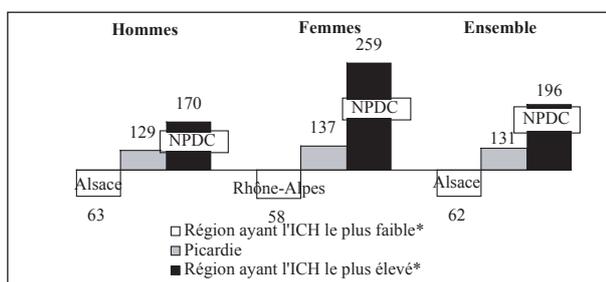
Pour maladies de l'appareil digestif



Source : DHOS

* hors Corse

Pour maladies alcooliques du foie



⁽¹⁾ Examens et investigations sans mention de résultats anormaux, stérilisation, mesures procréatives, surveillance d'une grossesse à haut risque, dépistage prénatal, enfants nés vivants, soins palliatifs, motif autre de recours aux soins

Méthodologie : À chaque séjour correspond un RSA (Résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. Enfin, la Corse n'est pas représentée sur les graphiques du fait de sa spécificité. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Picardie signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

CONTEXTE NATIONAL

Les maladies respiratoires peuvent être aiguës, essentiellement d'origine infectieuse (bronchite aiguë, pneumonie, pathologie des voies respiratoires supérieures) ou d'évolution chronique comme la bronchite chronique ou encore l'asthme. Ne sont pas traités dans cette fiche : le cancer du poumon, la tuberculose pulmonaire, le mésothéliome pleural... Seules les pathologies classées dans le chapitre des maladies de l'appareil respiratoire de la classification internationale des maladies le sont. Les maladies de l'appareil respiratoire ont été responsables de 35 600 décès en France métropolitaine, soit près de 7 % de l'ensemble des décès. Compte tenu de l'accroissement de la prévalence de facteurs de risque (tabagisme notamment) et du vieillissement de la population, le nombre de décès par maladies respiratoires est croissant (la diminution observée entre 1999 et 2000 est en partie le résultat d'un changement de codification dans l'enregistrement des décès par pneumonie et broncho-pneumopathies). Les hommes sont davantage concernés que les femmes. Le tabagisme et l'exposition plus fréquente à certains environnements professionnels à risque chez les hommes expliquent cette différence. Particulièrement pour ces pathologies, les indicateurs de mortalité ne traduisent que très partiellement l'épidémiologie, le poids économique et l'impact médico-social des affections. Elles sont en effet fréquentes et souvent d'évolution chronique. En 2002, elles ont ainsi été responsables de près de 751 000 séjours en établissements de santé. Plus de 35 600 admissions en affection de longue durée (ALD) pour insuffisance respiratoire chronique ont été prononcées en 2002, cette pathologie correspondant au stade évolutif ultime et commun à toute pathologie respiratoire chronique. En France, l'asthme concerne près de 3,5 millions de personnes, sa prévalence est de 5,8 % en population générale selon l'étude ESPS 1998 du CREDES⁽¹⁾. Elle est plus forte chez les enfants et les adultes que chez les plus âgés, mais ces derniers sont plus sévèrement touchés que les plus jeunes. Selon l'enquête menée auprès des enfants scolarisés en CM2, 14 % des enfants ont déjà souffert d'asthme au cours de leur vie et 9,5 % des enfants suivent un traitement contre l'asthme. D'importantes disparités géographiques, sociales et familiales existent⁽²⁾. Alors que le nombre de décès liés à l'asthme est relativement stable, les données de morbidité soulignent une augmentation de la prévalence de cette affection chez les jeunes. La rapidité de cette évolution milite en faveur du rôle de facteurs environnementaux plus que génétiques. L'atopie est ainsi le principal facteur prédisposant de l'asthme, le tabagisme (actif et passif, notamment *in utero*) et la pollution des facteurs adjuvants reconnus. Enfin les allergènes, les virus, la pollution, l'effort, le stress, etc. sont bien identifiés comme facteurs déclenchants des exacerbations et des crises. Par ailleurs, 5 % à 10 % des asthmes seraient attribuables à des étiologies professionnelles. En janvier 2002, le ministère chargé de la Santé a proposé un programme d'action, de prévention et de prise en charge de l'asthme pour la période 2002-2005 qui répond à cinq objectifs : développer l'information sur l'asthme, améliorer la qualité de soins, développer l'éducation thérapeutique, mieux prendre en charge et prévenir l'asthme professionnel et enfin mettre en place une surveillance et développer la veille sur l'asthme et ses facteurs de risque.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

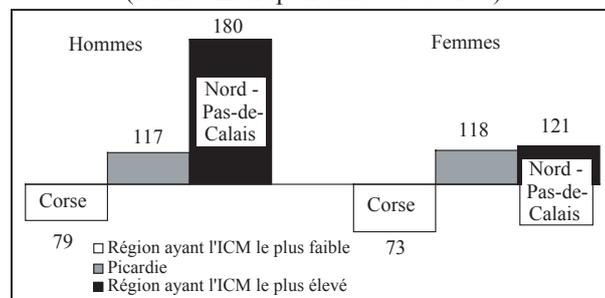
- *Surmortalité par maladies respiratoires en Picardie par rapport à la moyenne nationale.*
- *Diminution de la mortalité par maladie de l'appareil respiratoire chez les hommes, stagnation chez les femmes.*
- *En 2002, 866 admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire ont été prononcées.*
- *Plus de 25 000 hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire en 2002.*

● Une surmortalité par maladies respiratoires en Picardie

Chez les hommes, la région dispose du 3^e ICM le plus élevé derrière la Lorraine et le Nord – Pas-de-Calais. La surmortalité en Picardie s'élève à 17 % ; elle est significative.

Chez les femmes, la région se place 4^e au classement avec une surmortalité significative de 18 %. Le Nord – Pas-de-Calais occupe de même le 1^{er} rang.

Indice comparatif de mortalité par maladies respiratoires en 1998-2000
(France métropolitaine = base 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi² au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés les uns aux autres.

⁽¹⁾ *L'asthme en France selon les stades de sévérité*, Com-Ruelle L., Crestin B., Dumesnil S., CREDES, n° 1290, 2000/02.

⁽²⁾ La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002, DREES, *Études et résultats*, n° 113, Juin 2004.

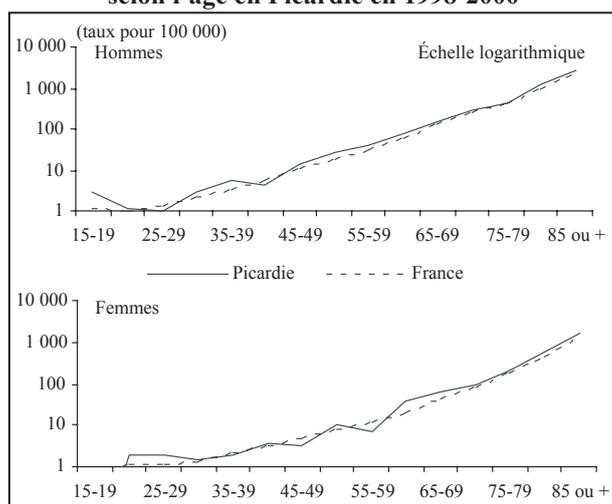
LES MALADIES RESPIRATOIRES

Nombre annuel moyen de décès par maladies respiratoires en Picardie en 1998-2000

	Hommes	Femmes
Pneumonie, broncho-pneumonie	219	259
<i>dont 75 ans ou plus</i>	73%	91%
Grippe	12	18
<i>dont 75 ans ou plus</i>	59%	85%
Bronchite chronique	289	181
<i>dont 75 ans ou plus</i>	65%	79%
Asthme	24	26
<i>dont 75 ans ou plus</i>	35%	51%
Autres maladies respiratoires	126	143
<i>dont 75 ans ou plus</i>	61%	84%
Total maladies respiratoires	670	627
<i>dont 75 ans ou plus</i>	66%	84%

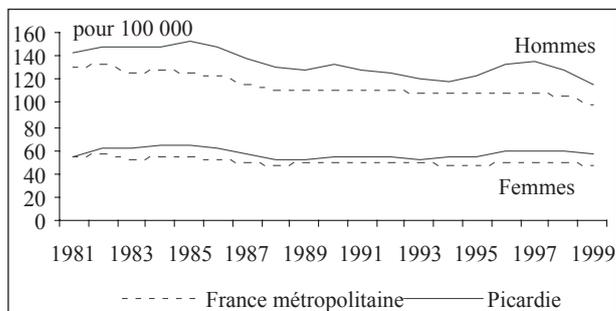
Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Taux de mortalité par maladies respiratoires selon l'âge en Picardie en 1998-2000



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire entre 1981 et 1999*



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

*données lissées sur trois ans

● Près de 1 300 décès chaque année

Sur la période 1998-2000, 1 298 décès ont été attribués annuellement aux maladies respiratoires (cancer broncho-pulmonaire et tuberculose pulmonaire exclus) en Picardie, représentant 8 % de l'ensemble des décès annuels. Parmi ces décès, 52 % concernaient des hommes.

Chez les hommes, les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives sont les principales causes de mortalité par maladies respiratoires (43 % des décès), alors que chez les femmes, il s'agit des pneumonies (41 % des décès). Les femmes sont davantage concernées par la grippe (18 décès sur les 30) et par les pneumonies (54 % des décès sont féminins). Toujours sur la période 1998-2000, 84 % des décès féminins par maladies respiratoires sont survenus après 75 ans contre 66 % des décès masculins. Cette proportion diffère également selon la pathologie retenue.

● La mortalité par maladies respiratoires progresse avec l'âge

La mortalité par maladies respiratoires augmente de façon exponentielle avec l'âge : plus on avance en âge, plus le risque s'élève. Les taux picards sont relativement proches des taux observés en France métropolitaine.

Comme pour de nombreuses pathologies, la mortalité par maladies respiratoires est supérieure chez les hommes par rapport aux femmes. La surmortalité maximale s'observe pour le groupe d'âge 55-59 ans, le taux masculin étant six fois supérieur au taux féminin.

● Diminution de la mortalité par maladies respiratoires chez les hommes entre 1981 et 1999, stagnation chez les femmes

Chez les hommes, la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire a diminué de 19 % en Picardie entre 1981 et 1999. En France, elle a baissé de -25 %.

Chez les femmes, l'évolution est moins favorable. Globalement, la mortalité stagne en alternant périodes de hausse et périodes de baisse, le taux de mortalité évoluant entre 53 et 64 pour 100 000.

Concernant la surmortalité picarde par rapport à la moyenne nationale, elle est globalement significative sur l'ensemble de la période et pour les deux sexes. Enfin, l'écart de mortalité entre les hommes et les femmes se réduit.

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi2 au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés les uns aux autres.

LES MALADIES RESPIRATOIRES

● Près de 870 Picards admis en ALD pour insuffisance respiratoire

En 2002, 866 Picards ont été exonérés de ticket modérateur au titre d'une ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave. Les hommes, représentant 62 % des personnes admises, sont davantage concernés que les femmes.

Un peu plus de la moitié des exonérations concernait des personnes âgées de 65 ans ou plus. Enfin, 12 % des bénéficiaires masculins avaient moins de 45 ans contre 17 % des bénéficiaires parmi les femmes.

● Un recours aux établissements de santé plus important en Picardie que sur l'ensemble du territoire

En 2002, la Picardie présente un recours aux établissements de santé pour maladies de l'appareil respiratoire supérieur à celui de l'ensemble du territoire (+10 %), la région se plaçant aux 5^e et 6^e rangs des régions métropolitaines les plus concernées, respectivement pour les hommes et les femmes. Le nombre de séjours ayant pour diagnostic principal une maladie de l'appareil respiratoire s'élève à 25 433 en 2002. Près de 70 % de ces séjours ont été effectués par des personnes âgées de moins de 65 ans, cette proportion variant très fortement selon la pathologie respiratoire.

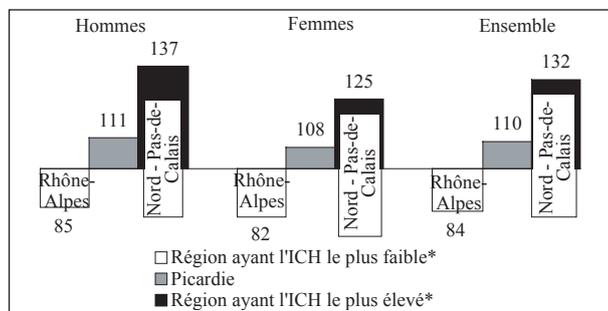
Les maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes sont les pathologies responsables du plus grand nombre de séjours (après les « autres maladies de l'appareil respiratoire »). Elles concernent particulièrement les enfants. Les plus âgés sont davantage touchés par les pneumonies, les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives chroniques, troisième et quatrième pathologies respiratoires. Parmi les cinq principales pathologies, les séjours sont significativement plus nombreux en Picardie que sur l'ensemble du territoire excepté pour les pneumonies et pour l'asthme, pour lesquels les indices sont proches de la moyenne nationale.

Admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave en Picardie en 2002

	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
Moins de 45 ans	66	12,2%	56	17,1%
45-64 ans	187	34,7%	82	25,1%
65 ans et plus	286	53,1%	189	57,8%
Ensemble	539	100%	327	100%

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) pour maladie de l'appareil respiratoire en 2002 (France base 100 pour chacun des sexes)



Source : DHOS

* Hors Corse

Séjours en établissements de santé pour les cinq principales pathologies respiratoires en Picardie en 2002

	Nombre de séjours	Part des séjours effectués		ICH
		par des moins de 15 ans	par des plus de 65 ans	
Maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes	4 422	88%	0%	110*
Pneumonie	3 187	12%	58%	100
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives chroniques	3 047	3%	67%	125*
Bronchite et bronchiolite aiguës	2 730	65%	27%	130*
Asthme	1 749	50%	12%	104

Source: DHOS

* indique un recours en région significativement différente que sur l'ensemble du territoire

ALD En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels de premiers avis favorables. Ces nombres dépendent de la morbidité régionale, mais encore d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou l'avis de médecins conseil. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades.

Les données sur les **établissements de santé** proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. Enfin, la Corse n'est pas représentée sur les graphiques du fait de sa spécificité. L'**indice comparatif d'hospitalisation** (ICH) est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Picardie signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

LES MALADIES RESPIRATOIRES

Les résultats du GROG

Le GROG (groupe régional d'observation sur la grippe) fonctionne en Picardie depuis l'automne 1987. Il repose sur la participation de médecins généralistes dits « sentinelles » qui transmettent chaque lundi ou mardi par téléphone entre le début octobre et la fin du mois de mars les informations suivantes sur la semaine qui a précédée :

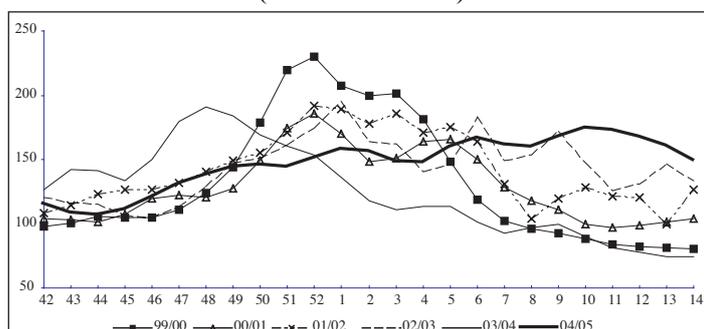
- le nombre d'actes et le nombre de visites ;
- le nombre de viroses respiratoires suspectées et le nombre de bronchiolites ;
- le nombre d'arrêts de travail inférieurs à 15 jours prescrits et le nombre de jours travaillés.

Pour chaque « saison », ce sont près de 25 médecins répartis assez uniformément sur les trois départements qui participent au recueil. Le GROG est l'activité la plus ancienne de l'ORS Picardie.

Pourcentage de viroses respiratoires/actes
(base 100 octobre)

Le graphique ci-contre présente le pourcentage de viroses respiratoires par rapport à l'ensemble des actes effectués en base 100 octobre. Les mois de décembre 1995 et 1996 avaient particulièrement été touchés par l'épidémie de grippe (certaines valeurs dépassant 300).

L'hiver 2004-2005 n'a pas été marqué par une véritable épidémie grippale, tant par les valeurs observées que par la durée de la période épidémique.



Source: Réseau GROS, ORS Picardie

Décès par grippe

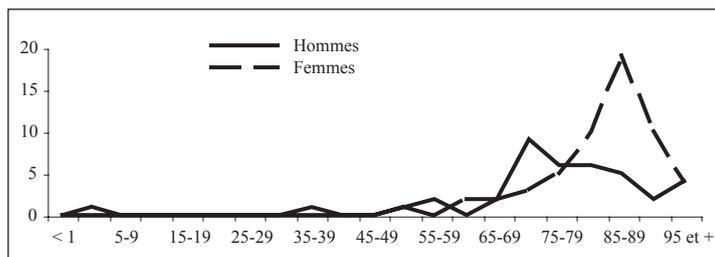
● Des formes graves chez le sujet âgé ou fragilisé

Compte tenu de sa bénignité habituelle, la grippe est souvent banalisée en dépit des conséquences socio-économiques non négligeables qu'elle entraîne (arrêt de travail, absentéisme...).

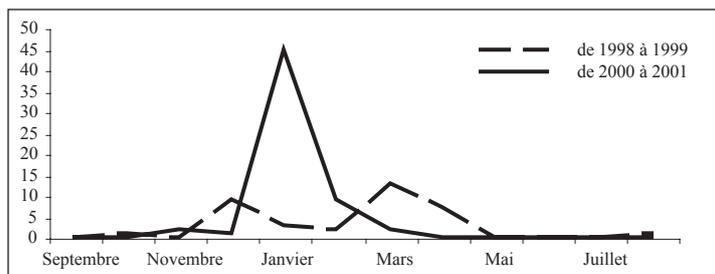
Mais surtout, il existe des formes graves, notamment chez le sujet âgé ou chez les personnes fragilisées par une maladie chronique (cardiopathie et bronchopathie). Les personnes âgées et plus particulièrement les femmes décèdent de cette affection. Le nombre maximum de décès sur la période 1998-2001 est observé chez les femmes de 85-89 ans.

Les décès de ne sont pas uniformément répartis sur l'année, les mois les plus concernés étant décembre et mars pour la période 1998-1999 et janvier pour la période 2000-2001.

Nombre de décès par grippe selon l'âge
en Picardie entre 1998 et 2001



Nombre de décès par grippe selon le mois de l'année
en Picardie



Source: InsermCépiDC

CONTEXTE NATIONAL

Les maladies endocriniennes sont liées aux déséquilibres hormonaux et aux troubles du métabolisme. Parmi les maladies les plus connues figurent le diabète, l'hyperlipidémie, les troubles thyroïdiens, l'hypoglycémie, les complications liées à la ménopause (ostéoporose), l'obésité.

Pathologie métabolique chronique, le diabète se caractérise par un taux trop élevé de sucre dans le sang de façon plus ou moins permanente. Le diabète insulino-dépendant (type 1) débute le plus souvent dans l'enfance ou du moins avant l'âge de 20 ans et représente 10 % des cas. Le diabète non insulino-dépendant (type 2) est considéré comme une maladie de maturité de l'adulte, il s'installe progressivement et de manière insidieuse, sans manifestation clinique. Ce dernier est très largement lié au mode de vie actuel, ses deux causes principales étant le manque d'activité physique et une alimentation trop riche en graisses. Il se développe sur un terrain génétique prédisposant. L'évolution de cette pathologie est ainsi étroitement corrélée avec celle de l'obésité. Ainsi, la prévalence du diabète devrait croître dans les années à venir, compte tenu du vieillissement de la population, de la prévalence croissante de l'obésité et de la surcharge pondérale et des modifications des modes de vies (sédentarité). La prévalence du diabète est mesurée sur la base des ventes de médicaments antidiabétiques ou à partir d'enquêtes réalisées sur des échantillons aléatoires de médecins généralistes ou de ménages. D'après Ricordeau et al. in *Diabetes and Metabolism*⁽¹⁾, la prévalence du diabète traité chez les bénéficiaires du régime général est de 2,78 % en France métropolitaine en 1998. Les cinq objectifs du programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2 pour 2002-2005 élaboré par le gouvernement sont de prévenir le diabète par le développement d'une politique nutritionnelle, renforcer le dépistage du diabète, garantir à tous les diabétiques la qualité des soins, améliorer l'organisation des soins et aider les diabétiques à être acteurs de leur santé.

L'obésité, avec le surpoids, est un facteur de risque important de la plupart des pathologies cardio-vasculaires et, en particulier, de l'hypertension artérielle, mais également du diabète de type 2. Il existe plusieurs méthodes pour définir l'obésité. La plus facile à mettre en œuvre et la plus répandue actuellement est le calcul de l'indice de masse corporelle, rapport du poids (en kilogrammes) sur le carré de la taille (en mètres) des individus. Le résultat s'exprime en kg/m². L'Organisation mondiale de la santé propose d'utiliser pour les adultes à partir de 18 ans le seuil de 30 kg/m² pour définir l'obésité. L'enquête ObÉpi réalisée en 1997, 2000 et 2003 permet d'avoir une vision de la prévalence de l'obésité en France et d'étudier les évolutions. Au cours de cette enquête téléphonique, la taille et le poids déclarés par les personnes interviewées sont recueillis. Ce mode de recueil donne généralement une légère sous-estimation de la prévalence de l'obésité, les personnes enquêtées ayant tendance à se déclarer plus grandes et moins lourdes qu'elles ne le sont dans la réalité. En 2003, la prévalence de l'obésité en France est de 11,3 % chez les personnes âgées de 15 ans ou plus selon cette enquête. Cette prévalence a progressé depuis 1997 car elle était alors de 8,2 %.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

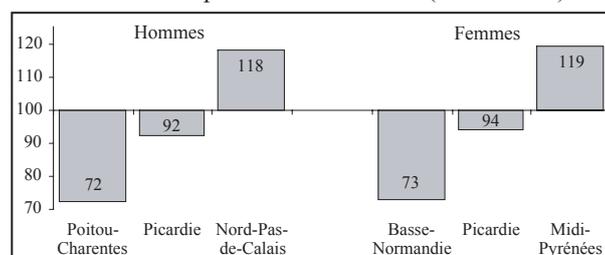
- Près de 3 980 bénéficiaires d'une ALD pour diabète.
- Un recours aux établissements de santé pour maladies endocriniennes plus faible que sur l'ensemble du territoire.
- Le diabète sucré est la pathologie endocrinienne la plus représentée en termes de séjours hospitaliers.
- L'obésité, plus répandue en Picardie que sur l'ensemble du territoire selon les enquêtes Obépi et décennale santé.

● Un recours aux établissements de santé pour maladies endocriniennes inférieur au recours moyen national

En 2002, la Picardie présente un recours aux établissements de santé pour maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques significativement plus faible que celui de l'ensemble du territoire. Le recours est inférieur de 6 % chez les femmes et de 8 % chez les hommes par rapport au recours moyen.

Indice comparatif d'hospitalisation pour maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques en 2002

France métropolitaine = base 100 (Hors Corse)



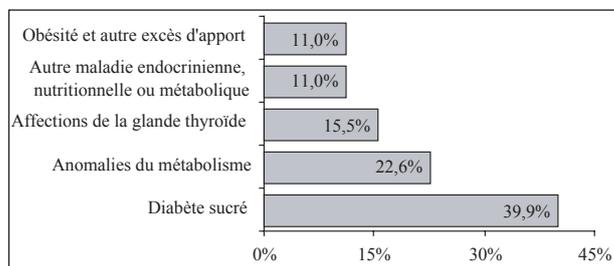
Source : DHOS

(voir la note sur les données en établissements de santé située en page 2)

⁽¹⁾P.Ricordeau et al., L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine, *Diabetes & Metabolism*, vol.26, suppl.6, septembre 2000-pp. 11-24

LES MALADIES ENDOCRINIENNES

Répartition des séjours pour maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques selon la pathologie en Picardie en 2002



Source : DHOS

● Plus de 10 000 séjours pour maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

En 2002, les pathologies endocriniennes ont constitué le diagnostic principal de 2 % des séjours en établissements de santé. Parmi les maladies endocriniennes, le diabète sucré constitue la principale pathologie, représentant près de 40 % des séjours pour pathologies endocriniennes. Viennent ensuite les anomalies du métabolisme et les affections de la glande thyroïde.

Répartition des séjours en établissements de santé pour diabète sucré selon l'âge en Picardie en 2002

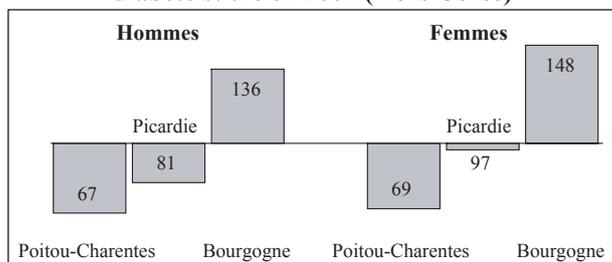
	Nb	%
Moins de 45 ans	844	21,0%
45-64 ans	1 502	37,4%
65-84 ans	1 519	37,8%
85 ans ou plus	155	3,9%
Ensemble	4 020	100,0%

Source : DHOS

● Un peu plus de 4 000 séjours en établissements de santé pour diabète sucré

Parmi les séjours en établissements de santé pour maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, 40 % sont attribués au diabète sucré. En 2002, il constitue le diagnostic principal de 4 020 séjours effectués par des Picards. Ces séjours concernaient à 58 % des personnes âgées de moins de 65 ans.

Indice comparatif d'hospitalisation pour diabète sucré en 2002 (Hors Corse)



Source : DHOS

● Des séjours pour diabète sucré moins nombreux en Picardie que sur l'ensemble du territoire chez les hommes

En 2002, la Picardie présente un recours aux établissements de santé pour diabète sucré significativement inférieur à la moyenne nationale chez les hommes. Chez les femmes, le recours est équivalent à la moyenne nationale. Pour chacun des deux sexes, la région Poitou-Charentes présente l'ICH le plus faible et la Bourgogne l'ICH le plus élevé.

Les données sur les établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. Enfin, la Corse n'est pas représentée sur les graphiques du fait de sa spécificité. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Picardie signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

LES MALADIES ENDOCRINIENNES

● Plus de 580 décès en moyenne sur la période 1998-2000

Sur la période 1998-2000, les maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme ont entraîné 585 décès en moyenne chaque année en Picardie, dont 60 % ont été enregistrés chez des femmes. Chez ses dernières, près de la moitié des décès sont survenus après l'âge de 85 ans, contre près d'un sur quatre chez les hommes. Plus de 60 % des décès sont attribués au diabète parmi les maladies endocriniennes. Il ne s'agit ici que des décès pour lesquels le diabète est cité en cause principale de décès ; cette pathologie étant fréquemment citée en cause associée.

Décès par maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme en 1998-2000 en Picardie

	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
Moins de 25 ans	1	0,6%	3	0,9%
25-44 ans	6	2,7%	3	0,8%
45-64 ans	40	17,3%	20	5,7%
65-84 ans	131	55,9%	157	44,7%
85 ans ou plus	55	23,5%	169	48,0%
Ensemble	234	100,0%	352	100,0%

Source : INSERM CépiDC

● Près de 3 980 admissions en ALD pour diabète

En 2002, près de 3 980 admissions en affection de longue durée pour diabète ont été prononcées. Les hommes représentent 53 % des bénéficiaires. Chez les hommes, la proportion de bénéficiaires âgés de moins de 65 ans est plus forte que chez les femmes : 64 % contre 49 %.

Admissions en ALD pour diabète de type 1 et de type 2 en Picardie en 2002

	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
Moins de 20 ans	35	1,7%	32	1,7%
20-44 ans	237	11,2%	176	9,5%
45-64 ans	1 080	51,0%	700	37,7%
65-84 ans	739	34,9%	853	45,9%
85 ans ou plus	28	1,3%	96	5,2%
Ensemble	2 119*	100,0%	1 857	100,0%

Sources : CANAM, CNAMTS, CCMSSA

*plus deux bénéficiaires dont l'âge est inconnu

● Une prévalence de l'obésité plus forte que sur l'ensemble du territoire

L'enquête Obépi estime la prévalence de l'obésité parmi la population âgée de 15 ans ou plus à 14,9 % en Picardie contre 11,3 % sur l'ensemble du territoire. Entre 1997 et 2003, la prévalence de l'obésité est croissante, plus fortement en Picardie (+71 %) qu'en France (+38 %).

Prévalence de l'obésité parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus (%)

	1997	2000	2003	Évolution 1997-2003
Picardie	8,7	12,0	14,9	+71,3%*
France	8,2	9,6	11,3	+37,8%

Source : Obépi (Inserm, Institut Roche de l'Obésité, TNS Sofres) : Le surpoids et l'obésité en France, 2003

* Différence avec l'évolution nationale significative (p<0,05)

ALD En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels de premiers avis favorables. Ces nombres dépendent de la morbidité régionale, mais encore d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou l'avis de médecins conseil.

LES MALADIES ENDOCRINIENNES

Pour la première fois, l'enquête décennale sur la santé « 2002-2003 » a fait l'objet d'une extension régionale en Picardie. Les premiers résultats relatifs à la surcharge pondérale, aux habitudes alimentaires, à la perception physique et à la perception de l'état de santé sont extraits de *L'hygiène de vie des Picards, Premiers résultats de l'enquête santé* (Insee Picardie relais, n°142-143 – 2005). Ils situent la Picardie proche des régions Nord - Pas-de-Calais et Champagne-Ardenne mais éloignée de la moyenne française, de l'Île-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur.

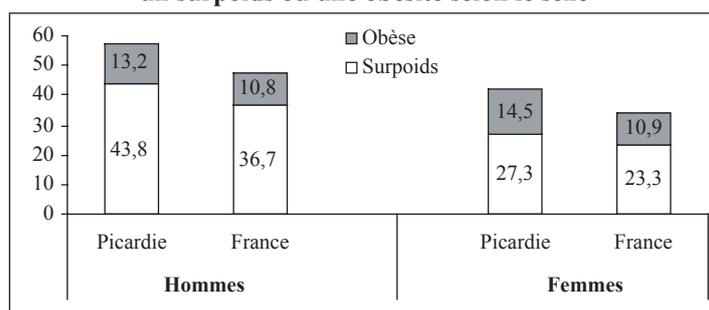
● Une proportion d'adultes en surpoids ou obèses supérieure à la moyenne nationale

Chez les hommes, le poids moyen déclaré est supérieur en Picardie (79,2 kg) qu'en France (76,9 kg) pour une taille voisine (1,75 m contre 1,74 m). Chez les femmes, on retrouve cette situation avec un poids moyen de 65,7 kg pour 1m63 chez les Picardes contre 63,2 kg pour 1m62 chez les Françaises.

Au plan national, la surcharge pondérale concerne 47,5 % des hommes âgés de 18 ans ou plus contre 57,0 % en Picardie et 34,2 % des femmes âgées de 18 ans ou plus contre 41,8 % en Picardie.

Les personnes présentant un IMC supérieur ou égal à 30 sont considérées comme atteintes d'obésité. Dans la région, 13,2 % des hommes et 14,5 % des femmes appartiennent à cette catégorie.

Proportion standardisée* de personnes présentant un surpoids ou une obésité selon le sexe



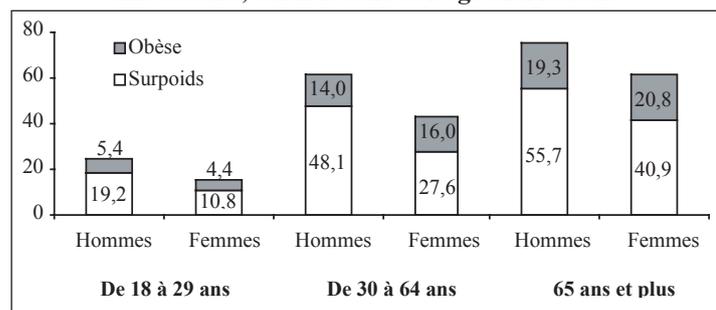
Source : Insee, enquête décennale santé 2002-2003

* Standardisée selon l'âge et le sexe (Population de référence : France métropolitaine, deux sexes, Insee RP 99)

● La surcharge pondérale concerne davantage les plus âgés

La population des personnes présentant une surcharge pondérale est croissante avec l'âge : elle concerne 19,9 % des jeunes âgés de moins de 30 ans, contre 52,9 % des « 30-64 ans » et 67,5 % des « 65 ans et plus ». Il existe un lien, toutes choses égales par ailleurs, avec la situation professionnelle, le niveau de diplôme et le type de ménage. Ainsi, les inactifs (autres que chômeurs et retraités) présentent le pourcentage le plus élevé d'obèses. De même, plus le niveau de diplôme est faible, plus la part de personnes concernées par une surcharge pondérale est importante et elle concerne davantage les personnes vivant en couple que les personnes vivant seules. Plus précisément, il s'agit des personnes vivant en couple sans enfant. Ainsi, 43,4 % des personnes vivant en couple avec enfants et 46,9 % des personnes seules sont concernées par la surcharge pondérale contre 61,9 % des personnes vivant en couple sans enfant.

Proportion des 18 ans et plus présentant un surpoids ou une obésité, selon le sexe et l'âge en Picardie



Source : Insee, enquête décennale santé 2002-2003

Cette situation peut être expliquée par les habitudes alimentaires des Picards. Ils sont en effet plus consommateurs de viande que les Français et consomment moins de poisson, de fruits et de légumes qu'au niveau national. De même, les Picards consomment plus de boissons sucrées qu'en moyenne. Enfin, les personnes pratiquant régulièrement un sport sont moins nombreuses en Picardie que sur l'ensemble du territoire.

Indice de Quételet ou IMC (indice de masse corporelle). L'IMC rapporte le poids en kg à la taille en mètre au carré. Pour les adultes, l'OMS propose une classification détaillée (WHO 1998) que l'on peut simplifier et réduire à quatre classes :

- la population de corpulence « maigre » dont l'IMC est inférieur à 18,5 kg/m² ;
- la population de corpulence « normale » dont l'IMC est compris entre 18,5 kg/m² et 24,9 kg/m² ;
- la population en « surpoids » pour laquelle l'IMC est compris entre 25 et 29,9 kg/m² ;
- la population « obèse » dont l'indice est supérieur ou égal à 30 kg/m².

On parle de surcharge pondérale pour les personnes présentant un surpoids ou une obésité.

CONTEXTE NATIONAL

Au 30 juin 2005, environ 28 500 personnes vivent en France après avoir développé un sida. Après avoir atteint un pic en 1994 (avec près de 5 800 nouveaux diagnostics), le nombre annuel de nouveaux cas a fortement diminué en 1996-1997 du fait de l'introduction des puissantes associations d'antirétroviraux. Depuis 1998, il a diminué de façon plus faible, mais l'évolution est un peu plus marquée en 2003 (-11 % entre 2002 et 2003) et en 2004 (-7 % entre 2003 et 2004). Le nombre de décès attribués au sida depuis le début de l'épidémie approche les 34 500, et le nombre annuel de décès est de même en diminution.

Parmi les nouveaux cas diagnostiqués en 2004, 32 % concerne des femmes. Le nombre de nouveaux cas continue à diminuer chez les hommes alors qu'il a progressé de 5 % entre 2003 et 2004 chez les femmes. Les rapports hétérosexuels constituent le principal mode de contamination depuis plus de 5 ans (54 % des nouveaux cas de sida en 2004). Les hommes contaminés par rapports homosexuels représentent 22 % des nouveaux cas en 2004. Chez ces derniers, le nombre de cas continue à diminuer en 2004 (-23% par rapport à 2003), tout comme le nombre de cas de sida chez les usagers de drogues, qui a diminué régulièrement jusqu'en 2004. Le nombre de cas chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels se stabilise depuis 1997 (entre 700 et 800 cas annuels). La proportion de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne parmi les contaminations hétérosexuelles s'est stabilisée à environ 40%, après une période de forte augmentation entre 1998 et 2002. Enfin, pour 11% des nouveaux cas en 2004, le mode de contamination n'est pas connu.

Les régions les plus touchées en Métropole sont l'Île de France et la région Provence Alpes Côte d'Azur, et dans les départements d'Outre-mer, la Guyane et la Guadeloupe. Ces régions totalisent également les proportions de tests positifs les plus élevées dans les consultations de dépistage anonyme et gratuits (CDAG) et le réseau de laboratoires.

Afin de compléter le système de déclaration du VIH/sida, une surveillance virologique de l'infection à VIH a été mise en place, permettant d'évaluer, parmi les nouveaux diagnostics d'infection à VIH, si la contamination est récente ou non. De plus, ces données permettront de caractériser les populations récemment infectées, élément important pour mieux orienter les campagnes de prévention. En outre, en janvier 2001 s'est mise en place une surveillance s'adressant à l'ensemble des laboratoires de ville et hospitaliers. En 2004, le taux de réponse s'élevait à 82 %, des estimations sont ensuite établies pour l'ensemble des laboratoires. L'information épidémiologique sur la séropositivité devrait donc s'améliorer en France.

Surveillance du VIH/sida en France, Rapport n°3, données au 30 juin 2005, Institut de veille sanitaire, Juin 2006

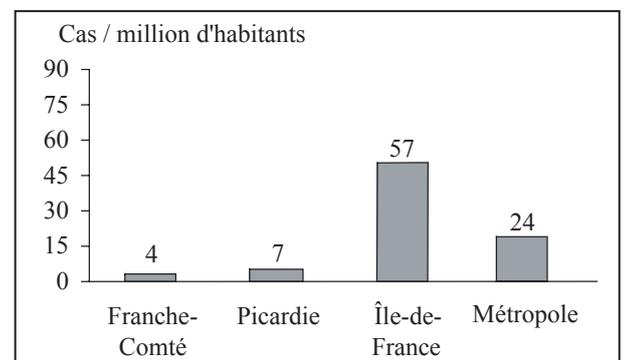
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- La Picardie, faiblement touchée : en 2003, 7 cas de sida diagnostiqués par million d'habitants, 5^e taux le plus faible de France.
- 13 % des hommes contaminés depuis l'apparition de l'épidémie ont moins de 30 ans contre 30 % des femmes.
- Depuis 1993, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués diminue, passant de 69 en 1993 à 13 en 2003.

● En 2003, 13 nouveaux cas de sida diagnostiqués en Picardie

Depuis l'apparition de l'épidémie en Picardie (en 1985), le nombre de cas de sida diagnostiqués s'élève à 610*. Pour la seule année 2003, 13 cas ont été répertoriés en Picardie. La région présente ainsi un taux de 7 cas pour un million d'habitants, 5^e taux le plus faible parmi l'ensemble des régions métropolitaines. La Picardie est donc relativement épargnée avec un taux trois fois plus faible que la moyenne nationale (24). La région métropolitaine la plus touchée est l'Île-de-France (57 cas pour un million d'habitants).

Nombre de cas de sida diagnostiqués en 2003*
par million d'habitants



Sources : InVS, INSEE

*données au 30/06/2005, provisoires et non redressées pour 2003

Le sida fait partie des maladies dont la déclaration est obligatoire. C'est au médecin qui établit le diagnostic qu'incombe la responsabilité d'effectuer cette déclaration, de manière non nominative, auprès des médecins inspecteurs de santé publique des DDASS. Il existe un délai, plus ou moins long entre la date du diagnostic et la date de la déclaration à la DDASS. Pour tenir compte de ce délai, l'InVS qui gère les déclarations au niveau national, corrige les données récentes en réalisant, quand cela est techniquement possible, des redressements sur les deux dernières années de déclaration. On dispose ainsi de données provisoires sans devoir attendre que tous les cas diagnostiqués aient été déclarés. Les données définitives peuvent être légèrement différentes de ces estimations. La situation nationale est publiée chaque trimestre dans le BEH.

LE SIDA

Répartition par sexe et âge des personnes atteintes par le sida (en %) (données cumulées au 30/06/2005*)

	Picardie		France	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
< 20 ans	1,2	2,3	1,3	3,8
20-29 ans	12,2	28,1	15,9	24,9
30-39 ans	42,9	32,8	43,7	42,2
40-49 ans	23,0	19,5	24,1	15,9
50 ans ou +	20,5	17,2	15,0	13,2
Ensemble	100 %	100 %	100 %	100 %
<i>Effectifs</i>	<i>482</i>	<i>128</i>	<i>48 313</i>	<i>11 899</i>

Source : InVS Surveillance du Sida

*données au 30/06/2005, provisoires et non redressées pour 2003, 2004 et 2005

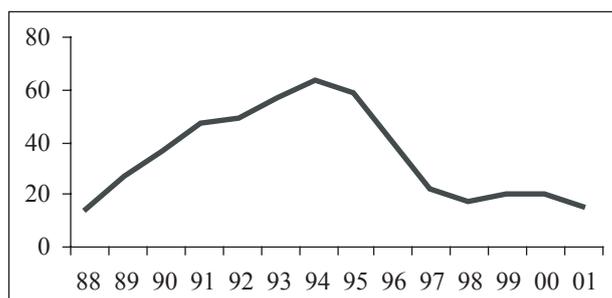
Répartition des cas de sida selon le mode de contamination (en %) (données cumulées au 30/06/2005)*

	Picardie		France	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Homo/bisexualité	46,9	0,0	51,4	0,0
Toxicomanie	14,9	27,3	20,0	28,5
Homo/bisexualité-Toxicomanie	1,0	0,0	1,3	0,0
Hémophilie	1,5	0,0	1,2	0,2
Hétérosexualité	21,2	48,4	16,8	55,0
Transfusion	4,4	17,2	2,0	7,5
Mère/enfant	0,6	2,3	0,8	2,7
Inconnu	9,5	4,7	6,4	6,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : InVS Surveillance du Sida

*données au 30/06/2005, provisoires et non redressées pour 2003, 2004 et 2005

Évolution du nombre de décès par sida en Picardie entre 1988 et 2001*



Source : INSERM CépiDc

*données lissées sur trois ans

● Plus de 3 personnes infectées depuis l'apparition de la maladie sur 4 sont des hommes

En Picardie, 79 % des personnes atteintes de sida depuis 1980 sont des hommes (80 % en France). Les personnes âgées de 50 ans ou plus sont plus représentées en Picardie qu'en France parmi les personnes infectées (20 % dans la région contre 15 % en France). Enfin, les femmes infectées par le virus sont plus jeunes que les hommes. En Picardie, 13 % des hommes infectés sont âgés de moins de 30 ans contre 30 % des femmes.

● Une personne sur quatre a été contaminée par voie hétérosexuelle

En Picardie, le groupe de contamination le plus représenté parmi les cas de sida est celui des homo/bisexuels chez les hommes (47 % des nouveaux cas cumulés) et celui des hétérosexuelles chez les femmes (48 % des nouveaux cas cumulés). Le pourcentage des contaminations par voie homosexuelle est inférieur en Picardie par rapport à la France ; alors que celui des contaminations par voie hétérosexuelle est supérieur en Picardie. Les contaminations par transfusion sont de même plus fréquentes en Picardie.

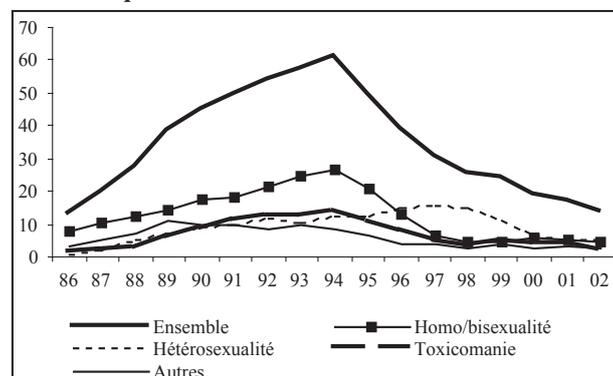
● Baisse du nombre de décès par sida après 1995

En Picardie, le nombre de décès par sida a augmenté entre 1987 et 1995, atteignant sa valeur maximale (73 décès) cette dernière année. Sur la période 2000-2002, 14 décès ont été enregistrés dont 11 sont survenus chez les hommes.

● Le nombre de nouveaux cas de sida en baisse depuis 1993

Après avoir connu une forte progression entre 1985 et 1993, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués diminue pour atteindre 13 en 2003. Le maximum est observé en 1993 avec 69 nouveaux cas diagnostiqués dans l'année. Cette évolution doit cependant être interprétée avec prudence, compte tenu de l'introduction d'associations d'antiviraux qui retardent l'entrée des personnes séropositives dans la maladie.

Nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués chaque année en Picardie de 1986 à 2002*



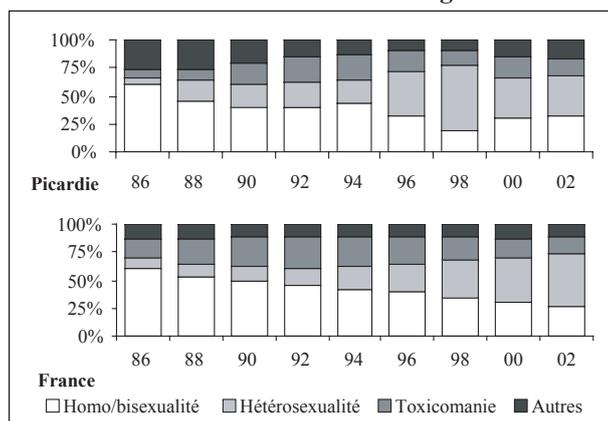
Source : InVS Surveillance du Sida

*données lissées sur trois ans, au 30/06/2005, provisoires et non redressées pour 2003

● Progression du groupe des hétérosexuels parmi les groupes de transmission

Concernant l'évolution du mode de transmission du virus en Picardie, le groupe des hétérosexuels a progressé, mais cette évolution ne semble pas se confirmer depuis 2000. Compte tenu de la faiblesse des effectifs, il est néanmoins difficile de saisir les évolutions en Picardie. Mais l'évolution observée en France est claire : le groupe des hétérosexuels progresse depuis le début de l'apparition du virus (9 % des nouveaux cas en 1985-1987 et 49 % en 2001-2003) à l'inverse du groupe des homo/bisexuels qui régresse (passant de 61 % à 25 %). Enfin, le groupe des toxicomanes, après avoir progressé jusque le milieu des années quatre-vingt-dix régresse depuis.

Répartition par groupe de transmission des nouveaux cas de sida enregistrés*



Source : InVS

*données lissées sur trois ans, au 30/06/2005, provisoires et non redressées pour 2003

● Plus de 100 séjours en établissements de santé pour maladies dues au VIH

En 2002, 107 séjours en établissements hospitaliers effectués par des Picards avaient pour diagnostic principal une maladie due au VIH. Les 25-44 ans sont les plus concernés puisqu'ils représentent plus de la moitié des séjours. L'indice comparatif d'hospitalisation indique un recours aux établissements de santé faible en Picardie (indice de 48 chez les hommes et de 22 chez les femmes par rapport à la moyenne nationale, base 100).

Nombre de séjours en établissements hospitaliers pour maladie due au VIH en Picardie en 2002

	Effectif	%
Moins de 25 ans	5	4,8%
25-44 ans	59	54,9%
45-64 ans	39	36,4%
65 ans ou plus	4	3,8%
Ensemble	107	100%

Source : DHOS

Les données sur les établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. Enfin, la Corse n'est pas représentée sur les graphiques du fait de sa spécificité. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Picardie signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

La surveillance de l'infection à VIH

La surveillance de l'infection à VIH complète désormais la surveillance du sida, afin de mieux adapter notamment les actions de prévention. Plusieurs systèmes anonymisés et complémentaires l'assurent :

- la notification obligatoire des diagnostics d'infection à VIH ;
- la surveillance virologique du VIH permettant d'estimer la part des contaminations récentes et de suivre l'évolution des sous-types de virus circulant en France ;
- la notification obligatoire des cas de sida permettant de caractériser la population au stade le plus avancé de la maladie ;
- deux systèmes de surveillance de l'activité de dépistage du VIH : dans l'ensemble des laboratoires d'analyses médicales de ville et hospitaliers (LaboVIH, depuis 2001) et dans le cadre des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

● 45 nouveaux diagnostics d'infection en 2004 au VIH selon la surveillance VIH

En 2004, la notification obligatoire de l'infection à VIH rapporte à 45 le nombre de nouveaux diagnostics d'infection pour la Picardie. La répartition par sexe est équilibrée. Le mode de contamination le plus représenté est le rapport hétérosexuel (64 %). 39 % des cas concernent une personne de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne. Parmi les nouveaux diagnostics d'infection en 2003 et 2004, 6 % des cas sont au stade de primo-infection, 52 % des cas sont asymptomatiques et 18 % sont au stade sida.

Répartition des diagnostics d'infection par le VIH en Picardie (données 2003, 2004 cumulées)

Par sexe et mode de contamination

	Hommes	Femmes
Hétérosexuel	24	34
Homosexuel	13	0
Inconnu	13	5
Toxicomanie	1	0
Ensemble	51	39

Source : InVS Surveillance du VIH

Par sexe et nationalité

	Ensemble
Afrique du nord	1
Afrique subsaharienne	35
Asie	1
Europe de l'Est	1
France	41
Inconnu	11
Ensemble	90

● Un taux de séropositivité plus faible en Picardie qu'en France dans le cadre des CDAG

Depuis l'instauration des CDAG en 1988, le test de dépistage peut être pratiqué de façon anonyme. L'activité des CDAG a progressé depuis 1990, excepté sur la période 1996-1998 et depuis 2000 en Picardie. Le taux de séropositivité est inférieur en Picardie par rapport à l'ensemble du territoire et sur l'ensemble de la période. La proportion de sérologies positives est deux fois plus importante en CDAG que dans les autres contextes de dépistage (médecine générale, hôpital etc.).

Activité de dépistage dans les CDAG (hors prisons) entre 1992 et 2004

	1992	1996	2000	2004
Consultants testés	961	5 382	4 874	3 640
Séropositifs	21	11	10	16
Taux de séropositivité (pour 1 000 tests)	21,9	2	2,1	4,4
Taux Métropole	16,7	4,9	4,5	4,8

Sources : DGS, DDASS, InVS

● 119 testés positifs au VIH dans le cadre de la surveillance LaboVIH

En Picardie, la participation des laboratoires est assez satisfaisante et elle s'améliore depuis 2001. Le nombre de sérologies réalisées s'élève à plus de 113 700 pour l'année 2003 (soit 2 % des sérologies pratiquées en métropole). L'activité a progressé : le nombre de sérologies pour 1 000 habitants a augmenté de 8 % en Picardie entre 2002 et 2003 (+4 % en France). Le nombre de sérologies positives a également progressé (+47 %). Cependant, les sérologies positives ne correspondent pas toutes à des découvertes de séropositivité puisqu'elles incluent des sérologies faites plusieurs fois pour une même personne. Au début des années 90, la part de ces sérologies multiples est estimée à environ 20 % des tests positifs dans les laboratoires de ville et de 60 % à 80 % dans les laboratoires hospitaliers. Les pratiques de recours au test ont néanmoins dû évoluer depuis. En comparant le nombre de sérologies confirmées positives (hors CADG) au nombre de notifications de l'infection, le taux d'exhaustivité de la notification d'infection à VIH peut être estimé (65 % en France).

Activité de dépistage du VIH hors don du sang en 2002 et 2003

	Picardie		France	
	2002	2003	2002	2003
Participation des laboratoires	82%	88%	78%	80%
Estimation du nombre de sérologies*	104 954	113 704	4 503 097	4 727 153
Nombre de sérologies* pour 1 000 habitants	56	61	76	79
Estimation du nombre de positifs*	81	119	10 214	10 953
Nombre de positifs* par million d'habitants	43	64	172	182
Nombre de positifs* pour 1 000 tests	0,8	1	2,3	2,3

Source : InVS

* Estimations rapportées à l'ensemble des laboratoires à partir des laboratoires participants

Ces données proviennent du rapport *Surveillance du VIH/sida en France, rapport n°2, données au 31 mars 2004* (Institut de veille sanitaire, Mai 2005), pour l'année 2002 du *BEH n°24-25/2004 (La notification obligatoire du VIH)*, et de la base *VIH-sida de l'InVS*

CONTEXTE NATIONAL

La tuberculose fait partie des maladies à déclaration obligatoire en France. Le signalement est suivi d'une notification apportant des renseignements à visée épidémiologique : suivi des tendances de la maladie et de l'évolution des caractéristiques des groupes à risque. Au cours du XX^e siècle, les taux d'incidence de la tuberculose comme ceux de mortalité n'ont cessé de décroître en Europe occidentale et notamment en France. En 2004, 5 512 cas de tuberculose ont été déclarés en France métropolitaine. La décroissance de l'incidence de la tuberculose s'est trouvée ralentie au début des années quatre-vingt-dix en raison notamment du développement de l'épidémie du VIH/sida, l'immunodépression engendrée par l'infection due au VIH accroît, en effet, le risque de développer une tuberculose. La tuberculose touche principalement les sujets âgés de sexe masculin. Les populations à risque sont avant tout les populations en situation de précarité (SDF, personnes vivant en collectivité...) et les migrants en provenance de pays où la maladie est fortement présente. Selon l'InVS, les personnes de nationalité étrangère présentent des taux d'incidence particulièrement élevés, et alors que l'incidence de la tuberculose décroît chez les nationaux, elle augmente progressivement chez les personnes de nationalité étrangère.

Les disparités régionales s'expliquent par les répartitions différentes des populations à risque : personnes âgées infectées en France par le bacille de la tuberculose dans la première moitié du XX^e siècle à un moment où le taux annuel d'infection était beaucoup plus élevé, personnes en provenance de pays de forte endémie et, dans une moindre mesure, les personnes immunodéprimées comme celles atteintes par le VIH. L'Île-de-France, où la densité de population et le nombre de personnes en situation défavorisée sont les plus importants, représente ainsi près de la moitié des cas déclarés en métropole.

En 2000, la tuberculose a été responsable de 629 décès contre 983 en 1990. Le taux comparatif de mortalité par tuberculose est passé de 1,89 pour 100 000 sur la période 1988-1990 à 1,12 sur la période 1998-2000. En 2002, plus de 6 000 cas de tuberculose active ont été reconnus au titre d'une affection de longue durée (ALD) par les trois principaux régimes d'Assurance maladie en métropole. Enfin, les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) chiffrent à plus de 9 700 le nombre de séjours effectués en services de courte durée des établissements de santé pour tuberculose.

En France, la vaccination par le BCG est obligatoire pour les enfants entrant en collectivité, notamment à l'école, dans les crèches et chez les assistantes maternelles. En effet, le bénéfice de la vaccination généralisée par le BCG paraît faible, cette maladie affectant des populations à risque très bien identifiées.

Le système de surveillance épidémiologique de la tuberculose repose essentiellement sur le système de déclaration obligatoire dont le degré de sous-déclaration était évalué en 1998 à 35 % en moyenne, avec des disparités importantes d'un département à l'autre, devant inciter à la prudence quant à l'interprétation des résultats.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

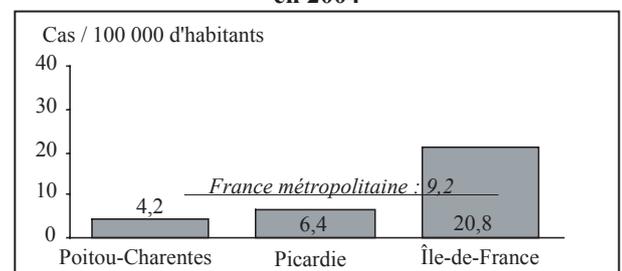
- Avec 6 cas pour 100 000 habitants en 2004, la Picardie est relativement épargnée.
- 170 admissions en affection de longue durée pour tuberculose active en 2002.
- 192 séjours en établissements de santé ayant pour diagnostic principal la tuberculose.

● 6 cas pour 100 000 habitants en 2004

En Picardie, l'incidence de la tuberculose s'élève à 6,4 cas pour 100 000 habitants en 2004. La région présente le 14^e taux le plus faible parmi les 22 régions métropolitaines, pour une moyenne de 9,2 cas pour 100 000 habitants en métropole. L'Île-de-France devance les autres régions dans le classement.

Entre 2003 et 2004, l'incidence de la tuberculose a diminué de 1 % en Picardie, et de 3 % en France.

Incidence de la tuberculose
en 2004



Source : InVS

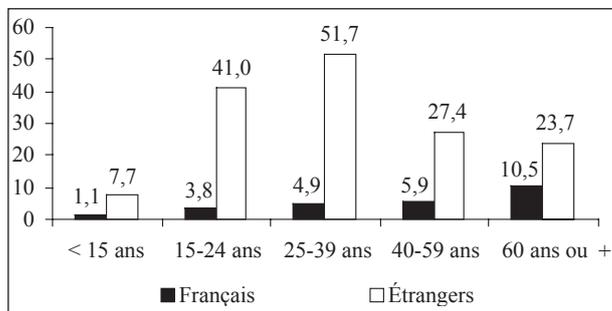
Le point sur la tuberculose, BEH n°17-18/2005, 3 mai 2005, Institut de veille sanitaire

Tuberculose en France : la situation aujourd'hui, BEH n°10-11/2003, 18 mars 2003, Institut de veille sanitaire

Les cas de tuberculose déclarés en France en 2004, BEH n°18/2006, 9 mai 2006, Institut de veille sanitaire

LA TUBERCULOSE

Incidence moyenne par âge et nationalité des cas de tuberculose déclarés en Picardie en 2000-2002* (Taux pour 100 000 habitants)

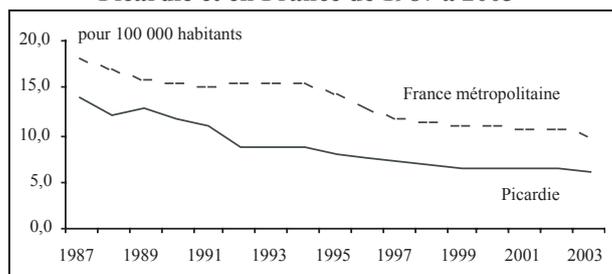


Sources : InVS, INSEE

*données lissées sur trois ans

NB : la nationalité n'est pas toujours connue (en 2002, elle l'était pour 84,6 % des cas en France)

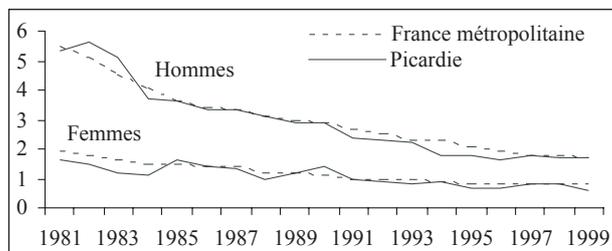
Évolution de l'incidence de la tuberculose en Picardie et en France de 1987 à 2003*



Sources : InVS, INSEE

*Données lissées sur trois ans

Évolution du taux comparatif de mortalité par tuberculose entre 1981 et 1999*



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

*Données lissées sur trois ans

● Les étrangers de 25-39 ans sont les plus touchés en Picardie

Quelle que soit la classe d'âge, l'incidence de la tuberculose est plus élevée chez les personnes de nationalité étrangère. La surincidence des étrangers par rapport aux Français est maximale chez les 15-24 ans, les étrangers sont ainsi onze fois plus concernés que les Français.

Chez les Français domiciliés en Picardie, l'incidence de la tuberculose s'accroît avec l'âge. Elle est donc maximale chez les plus de 60 ans où le taux atteint 10,5 pour 100 000 habitants. Chez les étrangers, ce sont les 25-39 ans les plus touchés avec une incidence de 51,7 cas pour 100 000 habitants, suivis par les 15-24 ans (41,0 cas pour 100 000 habitants).

● Baisse de l'incidence de la tuberculose

Sur l'ensemble de la période, l'incidence de la tuberculose est plus faible en Picardie qu'en France.

Entre 1987 et 2003, l'incidence de la tuberculose a diminué de moitié en Picardie. Deux périodes peuvent être distinguées :

- entre 1987 et 1992, la décroissance de l'incidence est particulièrement forte, avec un taux d'accroissement annuel moyen de -8,8 % ;

- entre 1992 et 2003, la diminution est plus faible, le taux d'accroissement annuel moyen se réduisant à -3,2 % sur cette seconde période.

En 2002-2004, 6,2 cas de tuberculose pour 100 000 habitants ont été déclarés en Picardie (contre 9,8 cas en France métropolitaine).

● Diminution de la mortalité par tuberculose

Sur la période 1998-2000, 18 décès attribués à la tuberculose ont été enregistrés en Picardie.

Sur l'ensemble de la période, la mortalité par tuberculose en Picardie ne se distingue pas de la moyenne nationale : les taux comparatifs ne sont pas significativement différents et la progression est identique. Depuis 1981, la mortalité a diminué de 68 % chez les hommes et de 63 % chez les femmes.

En Picardie comme en France, la mortalité par tuberculose est supérieure chez les hommes.

Il faut enfin noter que l'analyse porte ici sur les décès dont la cause principale est la tuberculose. Or celle-ci est souvent citée comme cause associée.

● 5,8 % des nouveaux cas de tuberculose positifs au VIH en 2002

La tuberculose est une pathologie qui peut se développer plus facilement chez les personnes immunodéprimées, notamment chez les personnes séropositives au VIH. Elle fait d'ailleurs partie des pathologies qui permettent de porter le diagnostic de sida.

Parmi les cas déclarés de tuberculose en 2002, 5,8 % sont séropositifs au VIH en Picardie (4,7 % en France). En 1997, 0,8 % des nouveaux cas de tuberculose présentaient une sérologie au VIH positive. Néanmoins, il faut préciser que le statut sérologique n'est pas connu pour l'ensemble des nouveaux cas de tuberculose. En 2002, il est précisé pour 42 % des cas déclarés en France.

Séropositivité au VIH parmi les cas de tuberculose déclarés en Picardie et en France en 2001 et 2002

	2001		2002	
	Picardie	France	Picardie	France
< 15 ans	Nd	Nd	Nd	0,3
15-44 ans	3,8	7,8	8,7	9,1
45-64 ans	6,9	4,1	Nd	4,9
65 ans ou plus	Nd	0,3	Nd	0,7
Ensemble	3,5	4,6	5,8	4,7

Source : InVS

Nd : non disponible

● 192 séjours en établissements de santé pour tuberculose en 2002

En 2002, 192 séjours en établissements hospitaliers avaient pour diagnostic principal la tuberculose. Les jeunes sont particulièrement concernés puisqu'un peu plus de la moitié des séjours (52 %) ont été effectués par des personnes âgées de moins de 45 ans.

Séjours en établissements de santé pour tuberculose en Picardie en 2002

	Nb	%
Moins de 15 ans	19	9,9
15-44 ans	81	42,2
45-64 ans	44	22,9
65 ans et plus	48	25,0
Ensemble	192	100,0

Source : DHOS

● 170 admissions en ALD pour tuberculose active

En 2002, 170 Picards ont bénéficié d'une exonération de ticket modérateur au titre d'une affection longue durée pour tuberculose active. 56 % de ces patients étaient des hommes. 70 % des bénéficiaires étaient âgés de moins de 65 ans.

Admissions en ALD pour tuberculose active en Picardie en 2002

	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
Moins de 25 ans	13	13,5	13	17,6
25-40 ans	20	20,8	12	16,2
40-65 ans	34	35,4	26	35,1
65 ans et plus	29	30,2	23	31,1
Ensemble	96	100	74	100

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

ALD En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels de premiers avis favorables. Ces nombres dépendent de la morbidité régionale, mais encore d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou l'avis de médecins conseil.

Les données sur les **établissements de santé** proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours.

Les données présentées concernent les personnes atteintes de tuberculose dont la maladie a été déclarée aux médecins inspecteurs des DDASS. Elles sont ensuite centralisées et analysées par l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Un cas de tuberculose est un cas de tuberculose maladie ayant conduit à la mise en route d'un traitement anti-tuberculeux (au moins 3 anti-tuberculeux). La primo-infection sans localisation patente (simple virage des tests tuberculiniques) et les infections à mycobactéries autres que *M. tuberculosis*, *bovis* et *africanum* ne doivent pas être déclarées.

LA TUBERCULOSE

● 2 cas de tuberculose sur 3 de forme pulmonaire isolée

En 2000-2002, 66 % des cas de tuberculose étaient de forme pulmonaire isolée en Picardie (64 % en France). La répartition est équivalente à la moyenne nationale, et semble stable dans le temps.

La forme de la tuberculose n'est pas renseignée pour l'ensemble des cas de tuberculose. Par exemple, en 1999-2001, la forme de la tuberculose n'est mentionnée que pour 1,6 % des cas en Picardie et 2,7 % des cas en France métropolitaine.

Le Centre national de référence pour la surveillance des infections à mycobactéries et de leur résistance aux anti-tuberculeux (CNR-SIM) identifie depuis 1992 le nombre de cas de tuberculose à bacilles résistants à la fois à l'isoniazide (INH) et à la rifampicine (RMP), appelés bacilles multirésistants (MDR). Cette surveillance est basée sur un réseau de laboratoires qui assurent la recherche de mycobactéries.

En 1998, 39 souches multirésistantes ont été comptabilisées en France. Parmi ces dernières, aucune ne concernaient la région Picardie. En 1995, aucune souche multirésistantes n'avait non plus été identifiée.

● Des formes plus contagieuses chez les plus de 15 ans

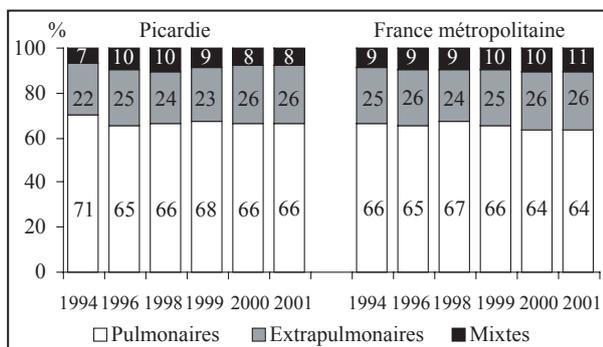
Chez les adultes, 45 % des cas de tuberculoses pulmonaires déclarées sont contagieux (c'est-à-dire dont le résultat d'examen microscopique est positif) en Picardie sur la période 1999-2001. Cette proportion était plus élevée (67 %) quatre ans plus tôt.

Chez les moins de 15 ans, les tuberculoses pulmonaires ont moins fréquemment une forme contagieuse : le pourcentage tombe à 20 % (contre 39 % en 1995-1997).

● 89 % des enfants picards de 2 ans vaccinés contre la tuberculose

Le BCG, dont l'efficacité est discutée chez les adultes, est reconnu comme évitant l'apparition des formes graves de tuberculose chez les enfants de moins de 5 ans. En 2000-2001, le taux de vaccination en Picardie s'élève à 89,0 % chez les enfants à 2 ans (taux de vaccination relevé dans les certificats de santé au 24^e mois).

Évolution de la répartition des cas selon la forme de la tuberculose en France et en Picardie*



Source : InVS

* moyenne annuelle calculée sur trois ans, la répartition est présentée pour l'année centrale.

Nombre de cas de tuberculose à bacilles multirésistants en 1998

	Picardie	France
Nombre de souches multirésistantes	0	39

Source : CNR-SIM

BEH N°16-17/2002 (23 avril 2002), numéro double consacré à la tuberculose

Pourcentage de tuberculoses bacillifères chez les personnes présentant une forme pulmonaire de tuberculose

	1999-2001		2000-2002	
	Picardie	France*	Picardie	France*
< 15 ans	20,0	15,9	Nd	17,5
15 ans ou plus	45,2	43,1	46,1	40,6

Source : InVS

*France métropolitaine

Pourcentage d'enfants de 2 ans vaccinés contre la tuberculose en 2000-2001 (à partir du certificat du 24^e mois)

	%
Picardie	89,0
Aisne	92,8
Oise	91,0
Somme	83,3

Source : Conseils généraux 02, 60 et 80

CONTEXTE NATIONAL

La consommation excessive et/ou prolongée d'alcool est dangereuse pour la santé. Elle provoque ou favorise nombre de pathologies comme les affections digestives, les troubles mentaux, les pathologies cardio-vasculaires et certains cancers. De plus, elle accroît de façon importante le risque de mort violente (accident, chute, suicide, homicide, etc.).

En 2000, plus de 8 400 décès par cirrhose du foie et près de 2 900 décès par psychose alcoolique ont été enregistrés en métropole, ces pathologies étant liées principalement à une consommation excessive d'alcool. Il faut noter également les 10 600 décès par cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), même si ces derniers sont aussi une conséquence de la consommation de tabac. Ces trois causes de mortalité concernent quatre fois plus les hommes que les femmes. La diminution globale de la consommation d'alcool depuis une trentaine d'années ne doit pas masquer l'apparition de nouveaux modes de consommation. On assiste aujourd'hui à une baisse réelle de la consommation quotidienne au profit d'une consommation occasionnelle excessive (l'ivresse des week-ends), plus particulièrement marquée chez les jeunes.

En dehors des conséquences en termes de morbidité et mortalité, une consommation d'alcool durant une grossesse entraîne des conséquences graves (poids du bébé faible à la naissance, accouchement prématuré). Les femmes enceintes consommant régulièrement de l'alcool prennent le risque de perturber le développement psychomoteur de leur enfant. Les manifestations les plus graves de l'exposition prénatale à l'alcool portent le nom de syndrome d'alcoolisation fœtale. Son incidence est estimée entre 0,5 et 3 pour 1 000 naissances selon l'Inserm.

D'un point de vue quantitatif, selon l'OMS, la notion de risque intervient au-delà des seuils suivants : jamais plus de 4 verres (1 verre «standard» correspondant à 10 grammes d'alcool pur) par occasion pour l'usage ponctuel et/ou pas plus de 21 verres par semaine pour les hommes et 14 pour les femmes pour l'usage régulier. Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de risque, chacun réagissant différemment à l'alcool. Par ailleurs, l'OMS préconise au moins un jour d'abstinence par semaine.

Divers types de structures spécialisées tentent d'apporter des réponses adaptées et complémentaires à la prise en charge des personnes en situation d'alcoolisation excessive : les unités hospitalières d'alcoologie, les centres de cure ambulatoire en alcoologie, les centres de cure et de post-cure, les foyers d'hébergement et de réinsertion sociale... La loi du 10 janvier 1991 (Loi Évin) a renforcé le dispositif juridique préexistant en matière de mesures contre l'alcoolisme : limitation de la publicité, interdiction de vente dans les enceintes sportives, amélioration de l'information du consommateur (mention «l'abus d'alcool est dangereux pour la santé»), interdiction de vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans. En matière de sécurité routière, il faut souligner l'abaissement du seuil d'alcoolémie au volant considéré, depuis septembre 1995, comme une infraction à 0,5g/l et un délit dès 0,8 g/l. Actuellement, les campagnes de prévention du gouvernement visent à sensibiliser sur les dangers de la consommation régulière excessive d'alcool, à informer des dangers de l'alcool pendant la grossesse et à lutter contre l'alcoolisme au volant. Enfin, la loi du 9 août 2004 prévoit qu'un rapport sur l'organisation des États généraux de la lutte contre l'alcoolisme soit remis au Parlement en 2005.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

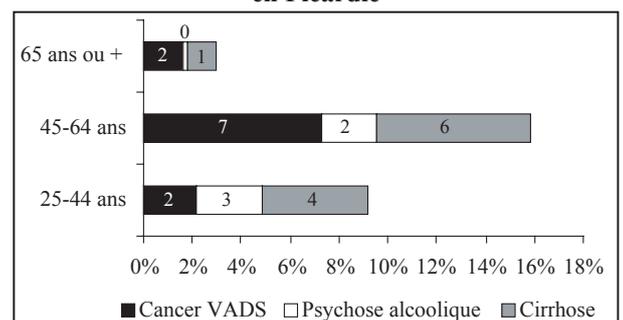
- Une mortalité par pathologies associées à une consommation excessive d'alcool significativement supérieure en Picardie par rapport à la France (sauf pour la mortalité par cancer des VADS chez les femmes).
- 4 décès masculins pour 1 décès féminin.
- Des séjours en établissements de santé pour pathologies liées à l'alcool particulièrement nombreux.
- Diminution de la densité de débits de boissons de licence IV.
- Un nombre de consultants en centres de cure ambulatoire en alcoologie élevé dans la région.

● 16 % des décès chez les 45-64 ans

Chez les 25-45 ans, les trois causes de mortalité liées majoritairement à l'alcool représentent 9,1 % de l'ensemble des décès sur la période 1998-2000. Cette proportion est encore plus élevée chez les 45-64 ans (15,9 %).

Les psychoses alcooliques et alcoolismes ont été responsables de 2,2 % des décès chez les 25-44 ans et de 2,7 % chez les 45-64 ans et les cirrhoses à l'origine de respectivement 4,3 % et 6,3 % des décès pour les deux groupes d'âge. Le cancer des VADS est fortement représenté chez les 45-64 ans par rapport aux plus jeunes (7,3 % contre 2,2 % de l'ensemble des décès). Les trois causes imputées à l'alcool sont nettement moins représentées dans la mortalité au-delà de 65 ans (seulement 2,9 % des décès).

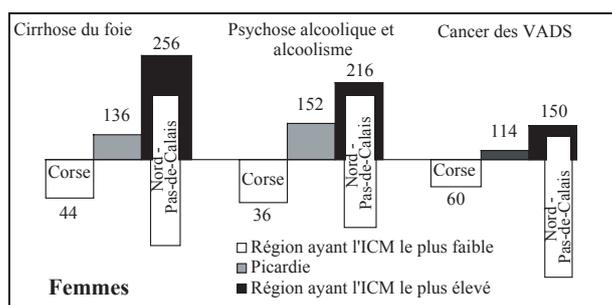
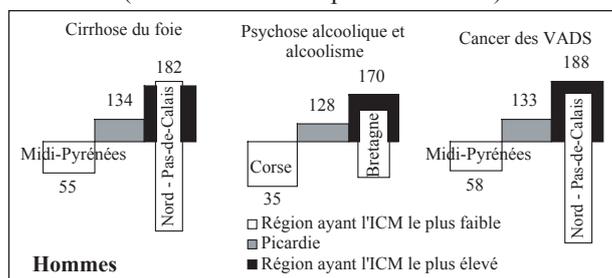
Part de certaines causes dans la mortalité toutes causes en fonction du groupe d'âge (1998-2000) en Picardie



Source : INSERM CépiDc

L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

Indice comparatif de mortalité en 1998-2000 (ICM France métropolitaine = 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

● Une situation en termes de mortalité liée à l'alcool particulièrement défavorable

En termes de mortalité liée à l'alcool, la Picardie présente des indices particulièrement défavorables. Ainsi, elle occupe la 6^e place chez les hommes et la 2^e place chez les femmes en termes de mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme, la surmortalité régionale par rapport à la moyenne nationale étant significative pour les deux sexes.

Concernant le cancer des VADS, la Picardie se place au 4^e rang pour les hommes et au 5^e rang pour les femmes parmi les régions métropolitaines à forte mortalité. La différence de mortalité est significative uniquement pour les hommes.

La région se place au 3^e rang pour chacun des deux sexes dans le classement des ICM par cirrhoses du foie, avec une surmortalité également significative.

Le nombre de décès attribués à ces pathologies s'élève à 885 en moyenne annuelle sur la période 1998-2000. 80 % de ces décès sont survenus chez des hommes. C'est pour le cancer des VADS que le sexe ratio est le plus important : 1 femme pour 9 hommes. À ces décès s'ajoutent les décès d'autres causes en relation plus ou moins directe avec l'alcool (accident, chute, homicide etc.).

Nombre d'admissions en affection de longue durée en Picardie en 2002

	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
Cancer des VADS				
Moins de 45 ans	38	6,7%	7	8,8%
45-64 ans	341	60,6%	41	51,3%
65 ans ou plus	184	32,7%	32	40,0%
Ensemble	563	100,0%	80	100,0%
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses				
Moins de 45 ans	93	25,6%	39	18,1%
45-64 ans	186	51,2%	123	57,2%
65 ans ou plus	84	23,1%	53	24,7%
Ensemble	363	100,0%	215	100,0%

Sources : CNAMTS, CCMMSA, CANAM

● Des admissions en ALD pour cancer des VADS surtout masculines

En 2002, 643 Picards ont été admis en affection de longue durée pour cancer des VADS. Les hommes sont particulièrement concernés (88 % des bénéficiaires).

Cette même année, 578 nouvelles admissions en ALD pour maladies chroniques actives du foie ou cirrhoses ont été prononcées dans la région. Les femmes représentent 37 % de ces admissions. Une admission sur quatre chez les hommes concernait une personne âgée de moins de 45 ans.

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality rate (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi² au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent être comparés les uns aux autres.

ALD En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels de premiers avis favorables. Ces nombres dépendent de la morbidité régionale, mais encore d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou l'avis de médecins conseil.

Les données sur les établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Picardie signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'année pour laquelle est placée le point est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul. Pour l'évolution entre 1981 et 1990 par exemple, le calcul a été effectué ainsi : (taux comparatif 1990-taux comparatif 1981)/taux comparatif 1981.

L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

● Des séjours pour maladie alcoolique du foie particulièrement nombreux

En 2002, le recours à l'hospitalisation est significativement plus fréquent en Picardie que sur l'ensemble du territoire pour deux groupes de pathologies liées à la consommation d'alcool :

- l'alcoolisme chronique et les troubles mentaux liés à l'alcool ;
- les maladies alcooliques du foie.

Pour les tumeurs malignes du foie et des voies biliaires intrahépatiques, seule la différence observée pour les séjours féminins est significative. Enfin, le cancer des VADS a constitué le motif principal d'admission de 2 185 séjours hospitaliers effectués par des Picards.

● Globalement, diminution de la mortalité

Globalement, les taux comparatifs de mortalité associée à une consommation excessive d'alcool diminuent depuis 1981.

Chez les hommes, sur les dix dernières années, l'évolution la plus remarquable s'observe pour la mortalité par cancer des VADS (-29 %). Concernant la mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme, la diminution des taux comparatifs est plus nette en Picardie qu'en France (-28 % contre -16 %).

Chez les femmes, la mortalité par cirrhose régresse mais la mortalité par cancer des VADS ne diminue pas franchement (le taux comparatif stagnant autour de 5 %), conséquence de la consommation croissante de tabac chez les femmes, qui intervient conjointement avec l'alcool pour cette pathologie. Enfin, la mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme a progressé entre 1990 et 1999 alors qu'elle avait fortement diminué précédemment.

● Baisse du nombre de débits de boissons

Les établissements où l'on consomme sur place sont classés en fonction de la licence qui leur est délivrée. Les établissements retenus ici sont les établissements ayant une licence IV, c'est-à-dire ceux qui proposent l'ensemble des boissons alcoolisées.

Entre 1982 et 2002, le nombre de débits de boissons de licence IV pour 100 000 habitants a diminué de 33 % en Picardie (de 23 % en France).

● Plus de 8 100 consultants en CCAA

En 2002, 8 124 consultants sont passés dans un CCAA en Picardie. Avec 6,9 consultants pour 1 000 habitants de 20 à 70 ans, la Picardie est la région métropolitaine la plus concernée. Ce taux est fortement supérieur à la moyenne métropolitaine (2,6).

En 2003, un établissement privé offre une capacité de 8 places en centre post-cure pour alcooliques dans la région.

Nombre de séjours en établissements de santé et ICH par pathologies en Picardie en 2002

	Hommes	Femmes
Alcoolisme chronique et trouble mental lié à l'alcool		
ICH	121*	114*
Nombre de séjours	1 425	
Intoxication aiguë due à l'alcool		
ICH	100	107
Nombre de séjours	1 727	
Maladie alcoolique du foie		
ICH	129*	137*
Nombre de séjours	1 527	
Tumeurs malignes du foie et des voies biliaires intrahépatiques		
ICH	104	128*
Nombre de séjours	501	

Sources : DHOS

* indique un recours aux établissements de santé significativement plus fréquent en Picardie que sur l'ensemble du territoire

Pourcentage d'évolution des taux comparatifs de mortalité pour différentes pathologies entre 1981-1990 et 1990-1999*

	1981-1990		1990-1999	
	Picardie	France	Picardie	France
Hommes				
Cirrhose du foie	-24,7	-40,1	-16,5	-20,3
Psychose alcoolique et alcoolisme	-26,0	-24,3	-28,0	-16,1
Cancers des VADS	-8,7	-19,3	-28,9	-30,0
Femmes				
Cirrhose du foie	-34,1	-35,8	-13,6	-22,7
Psychose alcoolique et alcoolisme	-45,2	-25,0	17,4	-5,6
Cancers des VADS	1,9	-4,2	-7,4	-4,3

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

*Données lissées sur trois ans

Les débits de boissons de licence IV

	1982	1992	2002	Évolution 1982-2002
Nombre en Picardie	5 530	4 508	4 162	-25%
pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus	430	322	286	-33%
Nombre en France*	169 806	149 174	148 144	-13%
pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus	409	332	314	-23%

Sources : Direction générale des impôts (1982 et 1992), Direction générale des douanes et droits indirects (2002), INSEE

* France métropolitaine sans la Corse

Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et leurs antennes en 2002

	Picardie
Nombre de consultants	8 124
pour 1 000 habitants de 20 à 70 ans	6,9
France	2,6

Sources : DGS - Rapports d'activité des centres de cure ambulatoire en alcoologie 2002, INSEE

L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

L'enquête alcool auprès de la clientèle des médecins généralistes a été réalisée en octobre 2000 dans toute la France auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes libéraux. Elle traite des comportements d'alcoolisation excessive parmi les personnes ayant recours au système de soins en médecine libérale. Pendant deux jours d'activité des médecins, ceux-ci ont rempli un questionnaire pour tous les patients âgés de 16 ans ou plus. En Picardie, le recueil a rassemblé des informations sur quelque 2 600 patients.

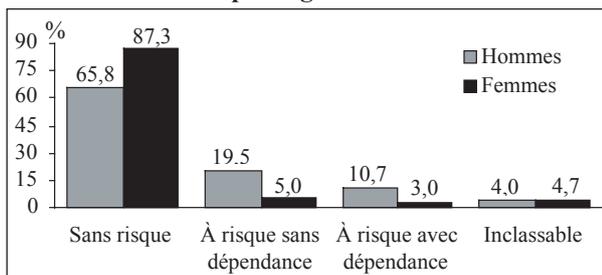
● La dépendance concerne 10,7 % des hommes et 3,0 % des femmes

Trois profils de patients ont été définis : patients sans risque, patients à risque sans dépendance et patients avec risque de dépendance. Parmi ceux-ci, le profil le plus fréquent est celui des « sans risque », et ceci d'autant plus chez les femmes.

19,5 % des hommes et 5,0 % des femmes ont une consommation à risque mais sans dépendance. Le profil « à risque avec dépendance » concerne 10,7 % des hommes et 3,0 % des femmes. Chez les hommes, la classe d'âge où l'on recense le plus de patients ayant un profil à risque avec dépendance est celle des 55-64 ans (18,5 % des patients de ce groupe d'âge correspondent à ce profil). Chez les femmes, il s'agit du groupe d'âge des 35-44 ans (6,6 % des patientes de ce groupe d'âge).

Près d'un quart des patients interrogés déclare ne jamais consommer d'alcool. Le non-usage est plus fréquent chez les femmes (30,8 %) que chez les hommes (14,7 %).

Répartition des patients par sexe selon la variable «profil général»

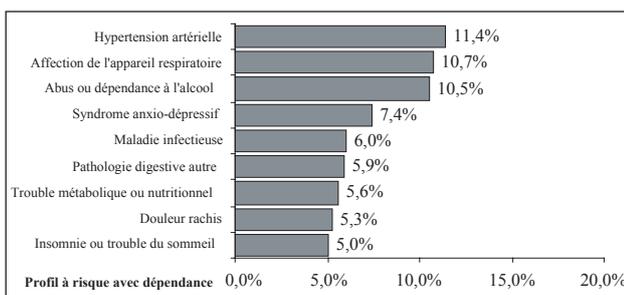
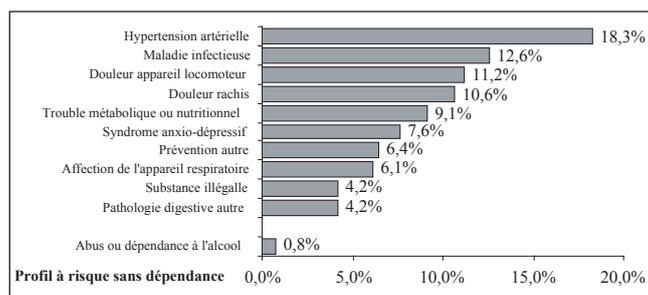
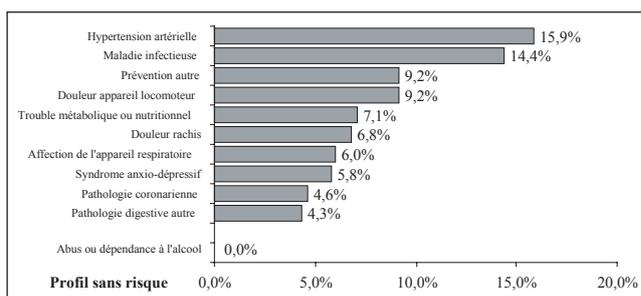


Source : ORS Picardie

● Le syndrome anxio-dépressif, 4^e motif de recours le plus fréquent chez les patients au profil à risque avec dépendance

Les motifs de recours aux soins sont différents selon le profil des patients, notamment pour les patients à risque avec dépendance. Le motif de recours *abus ou dépendance à l'alcool* ne concerne aucun patient ayant un profil sans risque et 0,8 % des patients ayant un profil à risque sans dépendance. Par contre, 10,5 % des patients ayant un profil à risque avec dépendance ont consulté pour *abus ou dépendance à l'alcool*. Chez les individus présentant un profil à risque avec dépendance, le syndrome anxio-dépressif arrive en 4^e position des motifs de recours aux soins les plus fréquents (contre les 8^e et 6^e rangs pour respectivement les patients aux profils sans risque et à risque sans dépendance). Parmi ces patients, 7,4 % ont consulté leur médecin généraliste pour ce motif.

Répartition des 10 motifs de recours aux soins les plus représentés selon le profil des patients (en ajoutant l'abus ou dépendance à l'alcool si ce motif n'apparaît pas dans les 10 premiers motifs)



Source : ORS Picardie

NB : Plusieurs motifs pouvant être choisis pour un même patient, la somme des proportions de patients pour l'ensemble des motifs peut être supérieure à 100 %.

CONTEXTE NATIONAL

L'épidémie de tabagisme présente désormais une dimension planétaire. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime à 4,9 millions le nombre de morts par an du tabagisme. Un fumeur sur deux décède d'une pathologie provoquée par le tabac. Les fumeurs s'exposent à un risque accru de cancer bronchique, de cancer des voies aéro-digestives supérieures (responsabilité partagée avec la consommation excessive d'alcool), de cancer de la vessie (responsabilité partagée avec les expositions professionnelles). Les maladies respiratoires chroniques et les maladies de l'appareil circulatoire concernent également particulièrement les fumeurs. Chez la femme, l'usage de contraceptifs oraux accentue les effets cardiovasculaires nocifs du tabac. Les conséquences du tabagisme sur la santé se manifestent après plusieurs décennies de consommation. Ceci explique notamment que les conséquences du tabagisme féminin commencent seulement à s'observer (avec une croissance de la mortalité par cancer du poumon). Aux États-Unis, l'incidence du cancer bronchique dépasse déjà celle du cancer du sein, les Françaises ayant adopté les comportements tabagiques masculins plus tardivement que les américaines. Outre les effets directs sur la santé du fumeur, il faut ajouter les conséquences sur la santé des non fumeurs exposés au même risque que les fumeurs actifs : affections ORL chez les enfants, augmentation du risque de cancer du poumon chez les adultes. Chez les nouveau-nés exposés lors de la grossesse au tabagisme de leur mère, les conséquences sont également non négligeables : prématurité, hypotrophie. Le tabagisme passif est inscrit clairement dans les préoccupations gouvernementales depuis notamment la loi Évin en 1991. En France, le tabagisme est la première cause de mortalité évitable avec 66 000 décès annuels dont 3 000 féminins (Hill C., « Mortalité attribuable au tabagisme », Conférence de Consensus, 1998). Au sein de l'union européenne, la France se place en position moyenne en termes de consommation quotidienne de tabac, mais les progressions du tabagisme féminin et chez les jeunes sont préoccupantes. Les écarts entre hommes et femmes s'estompent désormais, notamment chez les plus jeunes. L'enquête ESCAPAD, réalisée lors de la journée d'appel de préparation à la défense, rapporte ainsi pour 2003 une prévalence du tabagisme quotidien de 38,1 % chez les filles et de 37,2 % chez les garçons (âgés de 17-18 ans à la convocation). En population générale, 40 % des hommes et 32 % des femmes âgés de 18 à 75 ans déclarent fumer selon le Baromètre santé 2000. La lutte contre le tabagisme s'appuie sur de nombreux textes réglementaires dont le plus connu est la loi Évin, du 10 janvier 1991 : toute publicité directe ou indirecte pour le tabac est prohibée et l'interdiction de fumer dans tous les lieux collectifs fermés ou couverts en dehors d'emplacements spécifiquement réservés aux fumeurs est introduite. Ces législations s'inscrivent dans un contexte européen de lutte contre le tabagisme. Ainsi, des directives européennes accompagnent le dispositif national (concernant les taux maximums de goudron, les contenus des messages sanitaires devant figurer sur les paquets de cigarettes, etc). En France, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 accorde une place majeure à la prévention. Pour cela, il associe les parents et l'école afin d'empêcher ou retarder la première cigarette, d'inciter et d'aider les fumeurs à arrêter de fumer et de protéger les non fumeurs. Un effort particulier sera fait pour l'application de la loi Évin dans les établissements scolaires, les restaurants, et les autres lieux publics. Les campagnes d'information par l'INPES seront poursuivies au même rythme, les consultations de sevrage seront renforcées.

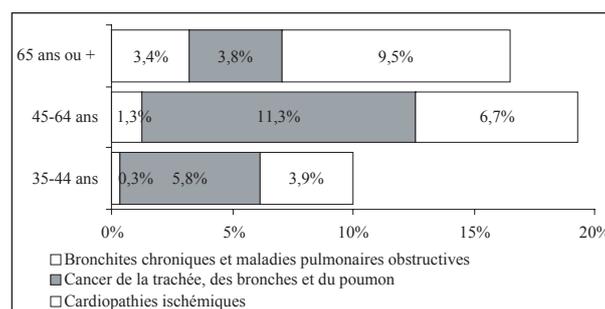
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Les pathologies liées au tabagisme sont responsables d'un décès sur cinq chez les 45-64 ans.
- Une surmortalité par cardiopathies ischémiques, bronchites chroniques et maladies obstructives significative pour les deux sexes.
- Une surmortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon significative chez les hommes.
- Sur sept décès par cancer pulmonaire, six sont des décès masculins.
- Une densité de débits de tabac qui baisse mais toujours supérieure à la densité moyenne française.

● Importance des cancers pulmonaires chez les 45-64 ans

Les pathologies associées au tabagisme (cardiopathies ischémiques, cancers de la trachée, des bronches et du poumon, bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives) sont responsables d'1 décès sur 10 chez les 35-44 ans et d'1 décès sur 5 chez les 45-64 ans. Cette dernière classe d'âge est la plus concernée par les effets du tabac et notons la part importante des cancers pulmonaires. Pour les 65 ans ou plus, la proportion de décès attribués aux cardiopathies ischémiques est plus forte. Elles ont été responsables de 9,5 % des décès en moyenne sur la période 1998-2000.

Part des décès liés au tabac dans la mortalité totale par groupe d'âge en Picardie en 1998-2000

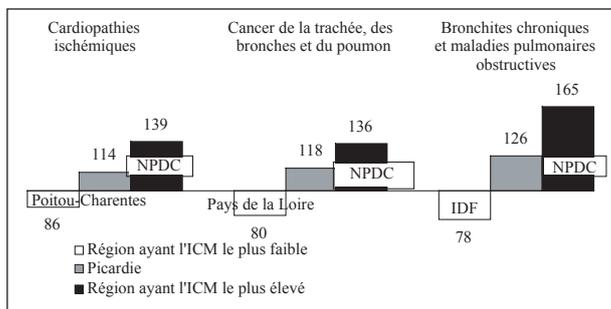


Source : INSERM CépiDc

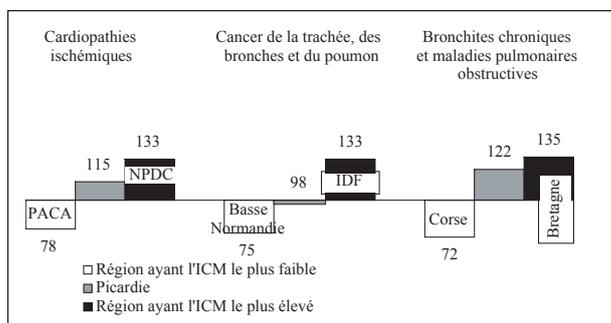
LE TABAC ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

Indice comparatif de mortalité en 1998-2000 (ICM France métropolitaine = 100)

Hommes



Femmes



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

● Surmortalité significative en Picardie pour les trois groupes de pathologies chez les hommes, et pour deux chez les femmes

Sur la période 1998-2000, la Picardie enregistre une surmortalité significative par cancer du poumon de +18 % par rapport à la moyenne nationale chez les hommes, disposant du 5^e ICM le plus élevé parmi les régions métropolitaines. Pour les deux autres groupes de pathologies retenues, elle enregistre également une surmortalité significative de +14 % pour les cardiopathies ischémiques, (plaçant la région au 5^e rang et de +26 % pour les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (la Picardie se classant au 3^e rang).

Chez les femmes la région enregistre une mortalité par cancer du poumon proche de la moyenne nationale mais une surmortalité significative par rapport à la moyenne nationale de +15 % pour les cardiopathies ischémiques. Concernant les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives, la Picardie se classe au 3^e rang avec une surmortalité significative de +22 %.

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi2 au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM hommes et femmes ne peuvent être comparés les uns aux autres.

Nombre annuel moyen de décès par pathologies en Picardie en 1998-2000

	Hommes		Femmes	
	Nb	%*	Nb	%*
Cancer du poumon	715	8,1	119	1,5
Cardiopathies ischémiques	797	9,1	618	7,8
Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	289	3,3	181	2,3
Ensemble décès liés au tabac	1 802	20,5	919	11,7
Décès toutes causes	8 791		7 879	

Source : INSERM CépiDc Exploitation ORS Picardie
*Proportion de décès parmi le nombre total de décès

● Sept décès par cancer pulmonaire masculins pour un féminin

Sur la période 1998-2000, plus de 2 700 décès par pathologies pour lesquelles le rôle du tabac est établi ont été comptabilisés en moyenne chaque année.

Sur l'ensemble des pathologies retenues, 2 décès masculins pour 1 décès féminin sont enregistrés. En distinguant les pathologies, l'inégale répartition par sexe est plus ou moins marquée, la plus forte disparité s'observant pour le cancer du poumon (6 décès masculins pour 1 décès féminin).

● Progression de l'incidence du cancer pulmonaire chez les femmes

En Picardie, le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon est passé de 606 en 1980 à 940 en 2000. Pendant ces vingt ans, l'incidence féminine a plus que doublée. Désormais, elles représentent 13 % des nouveaux cas, contre 7 % en 1980. Chez les hommes, l'incidence est plus élevée en Picardie qu'en France (88,9 pour 100 000 en 2000), alors que chez les femmes, elle est inférieure (14,0 pour 100 000 en 2000).

Incidence estimée du cancer du poumon en Picardie

	1980	1985	1990	1995	2000
Nombre de nouveaux cas					
Hommes	563	607	663	739	815
Femmes	43	57	73	95	125
% femmes	7,1%	8,6%	9,9%	11,4%	13,3%
Taux standardisé sur la population française de 2001 (pour 100 000)					
Hommes	91,5	96,8	100,9	104,5	106,3
Femmes	5,6	7,3	8,9	10,8	13,3

Sources : Francim, INSEE

Incidence Les données d'incidence utilisées correspondent aux données du Réseau français des registres de cancer Francim. Elles proviennent de registres généraux sur 9 départements : Bas-Rhin, Calvados, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Manche, Somme et Tarn et de registres spécialisés sur 6 départements : Ardennes, Calvados, Côte-d'Or, Loire-Atlantique, Marne et Saône-et-Loire. La méthode d'estimation du nombre de cas incidents par région, âge, sexe et localisation s'appuie sur le rapport incidence/mortalité des régions couvertes par les registres du cancer. L'utilisation de ce rapport s'intègre dans une modélisation prenant en compte l'effet de l'âge et du temps. Les estimations ont été réalisées sur 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000.

LE TABAC ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

● Progression de la mortalité par cancer pulmonaire chez les femmes

Chez les hommes, la mortalité pour les trois groupes de pathologies est en baisse sur la période 1990-1999. L'évolution est cependant moins importante pour le cancer du poumon que pour les bronchites chroniques et les cardiopathies ischémiques.

Chez les femmes, la mortalité par cancer du poumon est même croissante (+3,1 %) et encore plus fortement chez les moins de 65 ans uniquement (+6,8 %). La progression du tabagisme féminin explique ce résultat. La mortalité par bronchites chroniques a faiblement augmenté et la mortalité par cardiopathies ischémiques a diminué de 3,1 %.

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'année pour laquelle est placée le point est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

● Baisse du nombre de débit de tabac

La densité de débits de tabac est en diminution, passant de 131 en 1983 à 84 en 2003 en Picardie (-36 %). Malgré une décroissance plus importante en Picardie qu'en France (-29 %), la région présente toujours une densité supérieure à la moyenne nationale. Quant au nombre de cigarettes vendues, il est supérieur en Picardie par rapport à la moyenne nationale (sans la Corse). Ces chiffres des ventes sont cependant à relativiser pour une mesure de la consommation.

● Un recours aux établissements de santé plus fréquent que sur l'ensemble du territoire

En 2002, les cardiopathies ischémiques ont constitué le diagnostic principal de près de 10 100 séjours en établissements de santé. Le recours en Picardie est supérieur à celui de l'ensemble du territoire excepté pour les cardiopathies ischémiques chroniques.

Les séjours pour bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (près de 3 000 en 2002) sont de même plus fréquents en Picardie qu'en France.

Quant aux cancers de la trachée, des bronches et du poumon, ils ont entraîné un peu moins de 2 000 séjours et sont significativement plus nombreux dans la région uniquement pour les hommes.

Taux de croissance annuel moyen des taux standardisés de mortalité entre 1990 et 1999*

	Picardie	France
Hommes		
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	-1,9	-1,6
Cancer du poumon	-0,6	-0,6
<i>(prématuré)</i>	-0,6	-0,4
Cardiopathies ischémiques	-2,4	-2,3
Femmes		
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	0,2	-0,3
Cancer du poumon	3,1	3,2
<i>(prématuré)</i>	6,8	5,0
Cardiopathies ischémiques	-3,1	-3,2

Sources : Inserm CépiDC, INSEE

* Données lissées sur trois ans

Débits de tabac et cigarettes vendues en 2003

	Picardie	France*
Nombre de débits de tabac pour 100 000 habitants âgés de plus de 15 ans	1 250	32 899
	84,1	68,2
Nombre de cigarettes vendues (en millions) pour un habitant âgé de plus de 15 ans	2 338	69 646
	1 574	1 475

Sources : Direction générale des Douanes et des Droits indirects, INSEE, CDIT (centre de documentation et d'information sur le tabac).

* France métropolitaine sans la Corse pour les cigarettes

Nombre de séjours et indice comparatif d'hospitalisation en Picardie en 2002

	Hommes	Femmes
Cancer du poumon	1 924 séjours	
ICH	116* (6 ^e)	86* (15 ^e)
Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives chroniques	3 047 séjours	
ICH	126* (4 ^e)	122* (5 ^e)
Cardiopathies ischémiques	10 068 séjours	
Angine de poitrine	4 218 séjours	
ICH	108* (8 ^e)	124* (4 ^e)
Infarctus aigu du myocarde	3 159 séjours	
ICH	138* (2 ^e)	141* (2 ^e)
Autres cardiopathies ischémiques aiguës	760 séjours	
ICH	165* (3 ^e)	217* (1 ^e)
Cardiopathies ischémiques chroniques	1 931 séjours	
ICH	77* (12 ^e)	92 (11 ^e)

Source : DHOS

* signifie une différence significative avec la moyenne nationale

NB : entre parenthèses, figure le rang occupé par la Picardie dans le classement décroissant des ICH, Corse exclue

Les données sur les **établissements de santé** proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. **L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH)** est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Picardie signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

LE TABAC ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

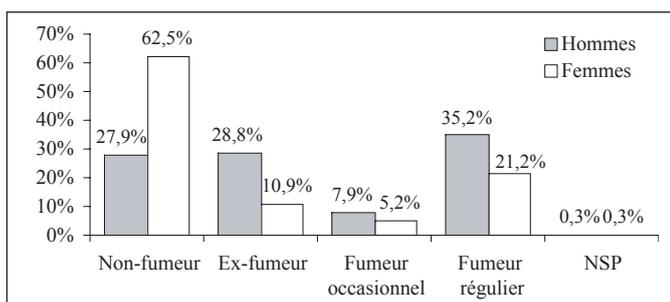
Le tabagisme d'après l'enquête alcool en médecine libérale

Réalisée en octobre 2000 dans toute la France auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes libéraux, cette enquête traite des comportements d'alcoolisation excessive parmi les personnes ayant recours au système de soins en médecine libérale. Pendant deux jours d'activité des médecins, ceux-ci ont rempli un questionnaire pour tous patients âgés de 16 ans ou plus. Ce questionnaire abordait notamment les habitudes tabagiques des patients. L'enquête donne ainsi une mesure de la prévalence du tabagisme dans la population de patients. En Picardie, près de 2 600 patients ont été inclus dans l'étude.

● Un patient sur quatre est un fumeur régulier

Parmi les patients enquêtés, un peu plus de 40 % des hommes sont actuellement fumeur (43 %), contre un peu plus d'une femme sur quatre (26 %). La différence entre les sexes est importante puisque les fumeurs réguliers représentent 35,2 % des hommes et 21,2 % des femmes. La proportion de Picardes fumant régulièrement est proche de la moyenne nationale, alors qu'elle est un peu plus élevée que la moyenne nationale chez les hommes. La quantité de tabac consommée diffère selon le sexe : les hommes déclarent à 31,3 % fumer plus de cinq cigarettes quotidiennement contre 17,5 % chez les femmes. La proportion des non-réponses est équivalente chez les hommes et chez les femmes.

Répartition des profils de "fumeurs" par sexe



Source : ORS Picardie

● Influence de l'âge

L'étude souligne une forte baisse de la consommation régulière de tabac en fonction de l'âge. La prévalence augmente entre le groupe d'âge 16-24 ans et 25-34 ans, pour diminuer ensuite, avec une diminution particulièrement forte après 35 ans. La prévalence du tabagisme régulier passe ainsi en dessous de 40 % après le groupe d'âge 35-44 ans. De plus, les fumeurs réguliers sont toujours proportionnellement plus nombreux chez les hommes que chez les femmes, quel que soit l'âge du patient.

Chez les patients ayant consommé du tabac dans le passé, l'évolution par âge n'est pas identique selon le sexe. Chez les hommes, la proportion d'ex-fumeurs ne cessent de croître selon l'âge jusqu'à atteindre 64,3 % chez les 85 ans ou plus, alors qu'elle décroît légèrement chez les femmes.

Chez les patients non-fumeurs, les femmes sont, quel que soit l'âge, toujours plus nombreuses à déclarer ne pas fumer, l'écart étant maximum pour le dernier groupe d'âge (85 ans ou plus).

● Tabac et alcool

Parmi les patients ne consommant jamais d'alcool, 18,3 % sont des fumeurs réguliers. Cette proportion s'élève à 25,4 % chez les personnes dont l'usage d'alcool est considéré comme non à risque et à 51,3 % chez les personnes présentant un usage d'alcool régulier à risque.

● Résultats des enquêtes de 1991 et 1994

Cette enquête avait déjà été réalisée en 1991 et 1994 en Picardie. Une étude comparative (*Alcool et tabac, des habitudes ou déshabitude à travers 2 enquêtes en médecine générale*, Rapp P., ORS Picardie) avait mis en évidence une progression du pourcentage de personnes ne fumant pas (n'ayant jamais fumé ou ayant arrêté), alors que les fumeurs consomment plus de tabac quotidiennement en 1994 qu'en 1991. En 1991, la part des petits fumeurs était majoritaire ; en 1994, elle est la plus faible. Les taux des grands fumeurs augmentent de 13,0 % à 16,0 % chez les hommes et de 4,5 % à 5,9 % chez les femmes. Presqu'un homme sur quatre âgé de 30 à 50 ans fume un paquet de cigarettes ou plus par jour en moyenne en 1994, contre environ un sur six en 1991 au même âge.

Pour ces deux enquêtes, la part des gros fumeurs dans la population masculine est la plus grande entre 30 et 50 ans ; alors que dans la population féminine, les plus grandes consommatrices sont âgées de 25 à 35 ans.

Enfin, ce rapport met en évidence une nette corrélation entre les consommations d'alcool et de tabac.

L'alcool en médecine générale en Picardie à travers une enquête nationale. Résultats approfondis, ORS Picardie, 2002

Patients, alcool et tabac en médecine générale. Enquête Régionale de prévalence, de détection et de morbidité, Trugeon A., ORS Picardie, DRASS de Picardie, 1991

CONTEXTE NATIONAL

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies définit la drogue comme un produit naturel ou synthétique, dont l'usage peut être légal ou non, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et consommé en vue de modifier l'état de conscience. Les drogues illicites comprennent les produits stupéfiants (héroïne, cocaïne, crack, cannabis) ainsi que certains produits détournés de leur usage normal (colle, solvants, champignons hallucinogènes, médicaments, substances de synthèse, etc.). Trois types de comportements sont distingués : l'usage, l'usage nocif et la dépendance. Une consommation d'usage n'entraîne pas de dommage. L'usage nocif (ou abus) est une consommation qui implique, ou du moins peut impliquer, des dommages causés par l'usager à lui-même ou à un tiers. Comportement psychopathologique, la dépendance présente des caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales : désir compulsif de produit, besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet, place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur... La toxicomanie se définit comme un « usage à problèmes » de drogue, renvoyant aux concepts de « dépendance » et « d'usage nocif ». Concernant le nombre de toxicomanes, différents chiffres circulent, dépendant de la définition du « toxicomane », du type de drogue et de la fréquence d'utilisation du produit. Les enquêtes menées auprès d'échantillons représentatifs de la population ou dans les institutions chargées de lutter contre la toxicomanie peuvent fournir des ordres de grandeur avec la réserve des populations marginalisées mais concernées par la consommation de drogue, qui échappent aux dispositifs d'enquêtes classiques. Les dernières évaluations de l'Observatoire des drogues et des toxicomanies (OFDT) chiffrent entre 142 000 et 176 000 le nombre d'usagers de drogues illicites « à problèmes » (consommation d'opiacés).

Le cannabis reste la drogue illicite la plus souvent expérimentée et sa consommation surtout masculine continue sa progression, et surtout chez les plus jeunes. Les produits hallucinogènes (LSD, Poppers, champignons hallucinogènes etc.) sont surtout consommés par de jeunes adultes dans un cadre festif. Le niveau de consommation de ces produits ainsi que celui des substances synthétiques (ecstasy, amphétamines) et de la cocaïne est croissant. La consommation de médicaments psychotropes est plus féminine et croissante avec l'âge. L'héroïne se caractérise par des niveaux d'expérimentation relativement stable. À noter également le développement de la consommation simultanée de plusieurs substances (polyconsommation) et des modes de consommation dits « de fête ». Le nombre de décès par surdose a fortement diminué depuis 1994, s'expliquant en partie par le développement de la politique de réduction des risques et des traitements de substitution. La loi du 31 décembre 1970 a établi la politique française de lutte contre la toxicomanie reposant sur un double aspect : la répression du trafic et de l'usage des stupéfiants et la proposition d'une alternative thérapeutique aux toxicomanes en assurant l'anonymat et la gratuité des soins dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST). Avec l'impact dévastateur de l'infection par le VIH, les pouvoirs publics ont pris des mesures pour réduire les pratiques à risque dès 1987. Le milieu des années quatre-vingt-dix est ensuite marqué par le développement des programmes de substitution. Leur usage est cependant fréquemment détourné des protocoles médico-sociaux. Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 est axé sur la prévention. Il est destiné particulièrement aux adolescents et jeunes adultes afin d'empêcher ou de retarder l'expérimentation des différentes substances et de réduire les consommations.

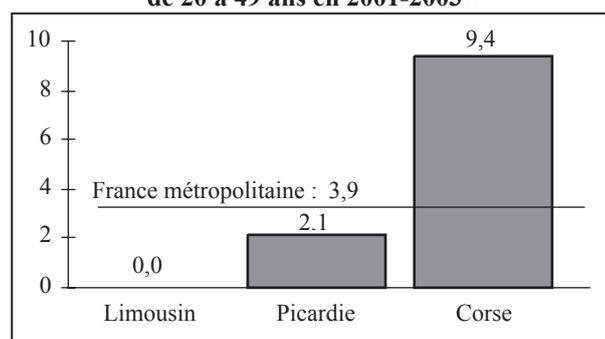
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Des décès par surdose moins fréquents en Picardie que sur l'ensemble du territoire, et en baisse depuis 1997.
- Un taux d'infractions à la législation sur les stupéfiants un peu plus faible que la moyenne nationale.
- La vente de produits de substitution, en progression, reste proche de la moyenne nationale.

● 2 décès par surdose pour un million d'habitants âgés de 20 à 49 ans

Sur la période 2001-2003, 2 décès par surdose pour un million d'habitants âgés de 20 à 49 ans ont été enregistrés en Picardie en moyenne chaque année⁽¹⁾. En France métropolitaine, le nombre de décès équivalent est de 4, soit un peu plus que le niveau picard. La région présente le 13^e ratio le plus élevé de métropole.

Décès par surdose pour un million d'habitants âgés de 20 à 49 ans en 2001-2003⁽¹⁾

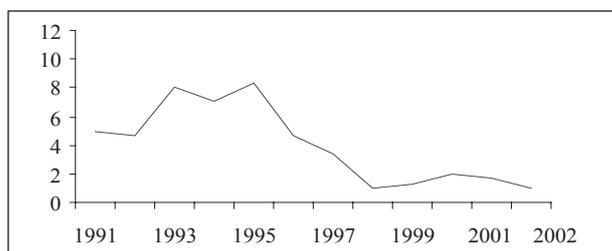


Sources : OCTRIS, INSEE

⁽¹⁾Les décès sont des moyennes annuelles sur trois ans. Il s'agit des décès portés à la connaissance des services de police ou de gendarmerie. Ces décès correspondent à des surdosages « stricto sensu » ainsi qu'à des accidents divers directement et immédiatement liés aux conditions d'administration de la substance. Le décès est enregistré dans le département où il a été constaté, il ne s'agit donc pas de décès domiciliés.

LA TOXICOMANIE

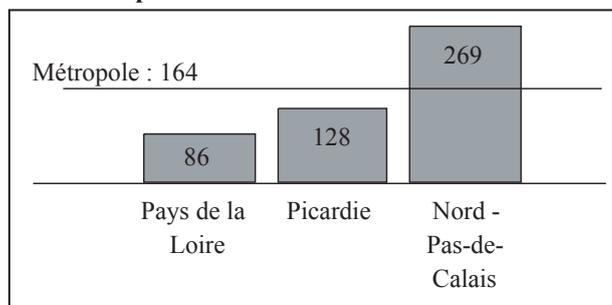
Évolution du nombre de décès par surdose entre 1991 et 2002⁽¹⁾



Source : OCRTIS

(1) Le nombre de décès est une moyenne annuelle sur trois ans. Sur le graphique, figure l'année centrale.

Taux d'infraction sur la législation des stupéfiants pour 100 000 habitants en 2002



Sources : OCTRIS, INSEE

Taux d'infractions sur la législation des stupéfiants en 2002 pour 100 000 habitants de 15 ans ou plus

	Picardie	France métropolitaine	Rang de la Picardie* Amplitude régionale
Cannabis	113,8	148,3	13 ^e 80,8 à 229,8
Héroïne	10,4	7,1	4 ^e 0,3 à 31,8
Ecstasy	2,2	2,9	15 ^e 0,6 à 7,3
Cocaïne	0,5	3,2	21 ^e 0,3 à 9,2
Ensemble	127,8	164,1	14^e 85,7 à 268,8

Sources : OCRTIS, INSEE

* parmi les taux d'infraction régionaux les plus élevés

● Depuis 1997, le nombre annuel de décès par surdose ne dépasse plus 3

Entre 1991 et 1996, le nombre annuel moyen de décès par surdose est compris entre 5 et 8 décès. Depuis 1997, il a diminué pour se stabiliser autour de 1 ou 2 décès par an. Il ne s'agit toutefois pas de décès de personnes domiciliées en Picardie, mais de décès enregistrés en Picardie. Sur la période 2001-2003, 1 décès par surdose a été enregistré en moyenne chaque année en Picardie.

● Un taux d'infractions sur la législation des stupéfiants faiblement inférieur à la moyenne nationale

En 2002, le taux d'infraction à la législation sur les stupéfiants en Picardie est un peu plus faible que la moyenne nationale (128 pour 100 000 habitants en Picardie contre 164 en France métropolitaine). La région occupe le 14^e rang au classement des régions métropolitaines les plus concernées. Le 1^{er} rang est occupé par le Nord – Pas-de-Calais et le dernier rang par les Pays de la Loire. Les trois premiers rangs sont occupés par trois régions voisines de la Picardie.

● Le cannabis, en tête des infractions sur la législation des stupéfiants

En Picardie comme en France, le cannabis arrive en tête des infractions (89 % des infractions). Pour ce produit, la Picardie présente un taux d'infractions de 114 pour 100 000 habitants âgés de 15 ans ou plus contre une moyenne nationale de 148 pour 100 000. La seconde position est occupée par l'héroïne, représentant 8 % des infractions. Avec un taux d'infraction de 10 pour 100 000 habitants âgés de 15 ans ou plus, la Picardie présente un taux légèrement supérieur à la moyenne nationale (7), mais reste loin de son voisin le Nord – Pas-de-Calais (32). Enfin, 2 % des infractions concernaient de l'ecstasy ou de la cocaïne.

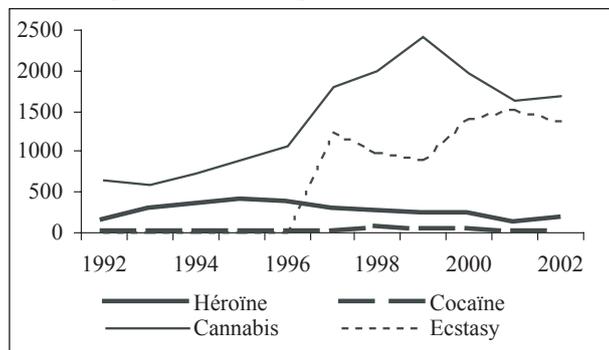
Les données utilisées proviennent de **trois sources** institutionnelles :

- l'Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS) centralise les données relatives aux infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) constatées par les services de police, de gendarmerie et des douanes ; ne sont retenues ici que les ILS pour « usage » et « usage-revente ».
- depuis 1987, la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) organise avec les DRASS une enquête sur les toxicomanes (« personnes dont la consommation de produits licites détournés de leur usage normal ou de produits illicites a été prolongée et régulière au cours des mois précédant l'enquête ») pris en charge durant le mois de novembre dans les centres spécialisés, la plupart des établissements hospitaliers et un certain nombre d'établissements sociaux (clubs de prévention et centres d'hébergement et de réadaptation sociale principalement). Les derniers résultats disponibles sont ceux de l'année 1999.
- l'InVS à travers SIAMOIS (Système d'informations sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution) fournit des données de vente de produits destinés aux usagers de drogue par voie intraveineuse sur l'ensemble des pharmacies françaises.

● Progression du nombre d'infractions jusqu'en 1999, diminution ensuite

Le nombre d'ILS relatives au cannabis a fortement progressé entre 1996 et 1999, puis il évolue de nouveau à la baisse atteignant 1 690 infractions en 2002. Concernant l'héroïne, le maximum du nombre d'infractions est observé en 1995 avec 402 infractions puis il diminue jusqu'à atteindre 155 en 2002. Les infractions sur la cocaïne sont restées stables jusque 1997, puis ont fortement progressé en 1998 pour évoluer de nouveau à la baisse, retrouvant leur niveau initial (autour de 10 infractions). Reflet de l'activité policière, cet indicateur doit cependant être envisagé avec précaution.

Évolution du nombre d'infractions sur la législation des stupéfiants selon le produit entre 1992 et 2002



Source : OCRTIS

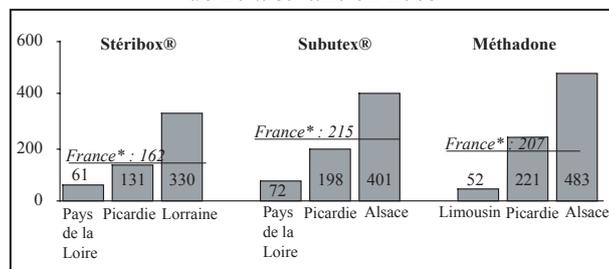
● Progression des taux de vente de Stéribox®, Subutex® et Méthadone®

En 2003, 131 boîtes de Stéribox® pour 1 000 personnes âgées de 20 à 39 ans ont été vendues en Picardie, taux inférieur à la moyenne nationale. La région se place 15^e au classement des régions métropolitaines les plus concernées. Entre 2000 et 2003, ce chiffre a été multiplié par 1,3.

Les ventes de Subutex® sont également légèrement inférieures à la moyenne nationale. La Picardie se classe au 12^e rang. Depuis 2000, les ventes pour 1 000 habitants âgés de 20 à 39 ans ont été multipliées par 1,4.

En 2003, 221 flacons de Méthadone® pour 1 000 personnes âgées de 20 à 39 ans ont été vendues en Picardie, plaçant la région 8^e au classement. Le taux est faiblement supérieur à la moyenne nationale. C'est pour ce produit que la progression des ventes est la plus forte ces trois dernières années : le taux de vente en 2003 est plus de 5 fois supérieur à celui de 2000.

Taux de ventes de Stéribox®, de Subutex® et de Méthadone® pour 1 000 personnes âgées de 20 à 39 ans en 2003



Sources : InVS/SIAMOIS, INSEE

* France métropolitaine

Le **Stéribox®** est un kit de protection contenant 2 seringues à Insuline, 2 flacons d'eau stérile, 2 tampons d'alcool, 1 préservatif, 2 Stéricup® et un mode d'emploi et des conseils explicites.

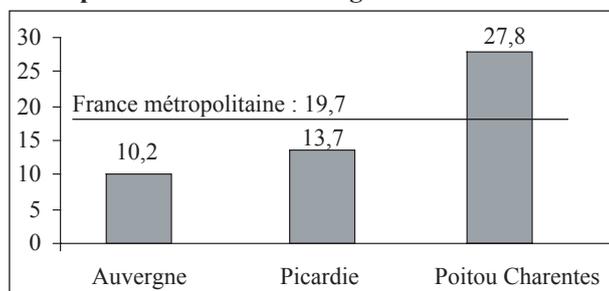
Le **Subutex®** est un médicament de substitution aux opiacés prescrit dans la majorité des cas en villes et vendu en pharmacie. Il se présente sous la forme de boîte de 7 comprimés.

La **Méthadone®** est une substance opiacée psychotrope inscrite sur la liste des stupéfiants disponible sous forme de sirop en flacon.

● Un recours au système médico-social inférieur à la moyenne nationale

Durant le mois de novembre 2003, 696 recours au système médico-social ont été recensés parmi les Picards usagers de drogue d'après l'enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans les structures médico-sociales du mois de novembre 2003. Comparativement à la France, la Picardie présente un recours par habitant plus faible : 13,7 recours pour 10 000 habitants âgés de 20 à 39 ans en Picardie contre 19,7 en France. La Picardie présente le 5^e recours le plus faible de France métropolitaine.

Recours des toxicomanes au système médico-social au cours du mois de novembre 2003 pour 10 000 habitants âgés de 20 à 39 ans



Sources : DRASS - DREES

Définition : Selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, la drogue est un produit naturel ou synthétique, consommé en vue de modifier l'état de conscience, ayant un potentiel nocif, d'abus ou de dépendance dont l'usage peut être légal ou non. Les drogues illicites comprennent les produits stupéfiants (héroïne, cocaïne, crack, cannabis) ainsi que certains produits détournés de leur usage normal (colle, solvants, champignons hallucinogènes, médicaments détournés, substances de synthèse...). La toxicomanie se définit alors comme un « usage à problèmes » de drogue. Le concept d'« usage à problèmes » vient s'inscrire en prolongement du terme « usage » en incluant les notions de « dépendance » (le désir compulsif de produit, la difficulté du contrôle de la consommation, la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur) et l'« usage nocif » (une consommation qui implique des dommages sanitaires et sociaux).

LA TOXICOMANIE

L'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad) interroge tous les adolescents qui passent leur Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD). Réalisée une fois par an, elle permet de mesurer les niveaux de consommation pour une douzaine de substances psychoactives. L'objectif de cette enquête transversale est de donner des résultats précis sur une tranche d'âge réduite située à la fin de l'adolescence. Elle repose sur un questionnaire auto-administré et strictement anonyme, relativement court (durant une vingtaine de minutes). Les résultats présentés ci-dessous proviennent des données 2002-2003 portant sur 1 081 individus âgés de 17 ans.

● Des expérimentations en produits psychoactifs relativement faible et un usage féminin de cannabis particulièrement faible

Un peu moins de la moitié des jeunes Picards déclarent avoir expérimenté le cannabis au cours de leur vie (54 % des garçons et 39 % des filles). Les garçons sont nettement plus souvent consommateurs et ils sont également un peu plus précoces concernant l'âge au premier joint (15,2 ans pour les garçons contre 15,5 ans pour les filles). La sous-consommation des filles est un peu plus marquée en Picardie que dans le reste de la France.

Concernant les produits psychoactifs autre que le cannabis, l'expérimentation en Picardie paraît plus faible que dans le reste de la France, et ceci quel que soit le produit considéré. Chez les garçons, les niveaux ne dépassent jamais 4,6 % et chez les filles, ils ne dépassent pas 2,1 %.

Expérimentation de substances illicites (%)

	Picardie			Reste de la France		
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
Cannabis	54	39	47	57,5	48,8	53,2
<i>Usage régulier</i>	18	4,4	11	18,8	7,6	13,3
<i>Usage quotidien</i>	7	1,2	4,1	8,0	3,0	5,6
Champignons hallucinogènes	3,7	1,0	2,4	5,9	2,5	4,2
Poppers	3,7	2,1	2,9	5,6	3,7	4,6
Inhalants	3,3	1,6	2,5	6,1	4,2	5,2
Ecstasy	4,6	1,2	2,9	5,2	3,1	4,2
Amphétamines	2,6	0,4	1,5	2,7	1,5	2,1
LSD	0,9	0,0	0,5	1,8	0,9	1,4
Crack	0,6	0,0	0,3	1,0	0,5	0,8
Cocaïne	2,2	0,8	1,5	2,4	1,4	1,9
Héroïne	1,5	0,6	1,1	1,2	0,7	0,9

Source : OFDT, ESCAPAD 2002-2003, exploitation Picardie

● Un niveau d'usage en médicaments psychotropes également inférieur à la moyenne nationale

Usages de médicaments psychotropes (%)

	Picardie			Reste de la France		
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
Expérimentation	13	30	21	14,7	35,6	25,0
Usage au cours du mois	6	14	10	5,2	16,1	10,6
Usage régulier	0,9	4,1	2,5	1,1	4,2	2,6
Usage quotidien	0,4	2,2	1,3	0,6	2,7	1,6
Âge (années)	15,2	15,4	15,3	15,0	15,4	15,3

Source : OFDT, ESCAPAD 2002-2003, exploitation Picardie

Un jeune Picard sur cinq déclare avoir déjà pris des médicaments psychotropes au cours de sa vie. L'expérimentation est, comme pour tous les autres types d'usage, supérieur chez les filles par rapport aux garçons. L'usage régulier concerne ainsi 4,1 % des filles contre 0,9 % des garçons. La première prise a lieu au début de la quinzième année, comme dans le reste de la France. Par rapport à la métropole, les niveaux d'usage de médicaments psychotropes paraissent un peu en retrait pour l'expérimentation, mais pas pour les usages plus fréquents.

Par rapport aux niveaux observés en 2000/2001, l'expérimentation du cannabis est en nette augmentation. La Picardie présente toujours des valeurs en retrait par rapport aux moyennes nationales, mais elle semble rattraper quelque peu son « retard ». Les usages plus fréquents sont cependant stables sur la période. Les niveaux n'ont pas évolué pour les autres drogues illicites.

Au final, la région présente un profil de consommation moyen pour les médicaments psychotropes et légèrement sous-consommateur pour le cannabis. Enfin, elle apparaît sous-expérimentatrice pour la plupart des produits psychoactifs autre que le cannabis et se caractérise par une nette sous-consommation féminine sur la plupart des produits.

BECK (F), LEGLEYE (S), SPILKA (S), *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français* - Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003, Saint-Denis, OFDF, 2005, 224 p.

CONTEXTE NATIONAL

Autant par leur poids sanitaire, social et économique, que par leur médiatisation et leur retentissement dans la vie quotidienne, les accidents sont une préoccupation majeure de santé publique. Les accidents de la circulation constituent le premier sujet de crainte des Français d'après le baromètre santé 2000 de l'INPES (ex CFES). En 2004, ils ont été responsables de plus de 5 200 décès. Ce chiffre est en baisse régulière (avant 2000, il dépassait les 8 000 décès par an) alors que dans le même temps, le trafic progresse. Malgré cette baisse, la France présente des indicateurs particulièrement défavorables au sein de l'Europe. Selon l'Observatoire national interministériel de sécurité routière, la France présente un nombre de tués par million d'habitants parmi les plus élevés (102 en 2003) après harmonisation des données⁽¹⁾. Outre les décès, les accidents de circulation génèrent des invalidités et des handicaps plus ou moins graves nécessitant une prise en charge adaptée. Deux organismes fournissent des indicateurs sur les accidents de la circulation. L'accidentologie est évaluée grâce aux données rassemblées par l'Observatoire interministériel de la sécurité routière reposant sur les bulletins d'analyse des accidents corporels (BAAC), les procès-verbaux de gendarmerie ou de police (PV) et les études détaillées d'accidents (EDA). Il s'agit de données enregistrées sur le lieu de l'accident. Une approche plus épidémiologique est obtenue grâce aux données de mortalité par causes publiées par l'Inserm. Il s'agit de données domiciliées.

Les jeunes sont particulièrement concernés par ce risque, les accidents de la circulation constituant la première cause de mortalité chez les 15-24 ans. La moto reste le mode de déplacement le plus dangereux. Enfin, les accidents sont plus fréquents en milieu urbain, mais plus graves en rase campagne. Différents facteurs sont en cause dans la survenue des accidents de la circulation (conditions climatiques, véhicules, infrastructures et comportements des individus) expliquant les différences régionales. Ainsi, les régions urbaines et plus densément peuplées sont plus épargnées que les régions de plaine de transit, de même que le type de réseau est un facteur déterminant du niveau d'accidentologie et de la gravité des accidents : plus l'agglomération et la densité du trafic sont grandes, moins les accidents sont graves. Les routes nationales et départementales demeurent les plus dangereuses. Les régions les plus urbaines (Île-de-France, Nord - Pas de Calais) présentent ainsi de meilleurs résultats. La lutte contre l'insécurité routière constitue l'un des trois grands chantiers du Président de la République, avec le cancer et le handicap. En matière de prévention, l'éventail des ressources mobilisées est large, comportant à la fois des mesures législatives (limitations de vitesse, port de la ceinture de sécurité, baisse du taux d'alcoolémie autorisé...) et répressives et des actions d'éducation du public, parallèlement à une meilleure sécurité des infrastructures et des véhicules. L'objectif du gouvernement de passer sous la barre des 5 000 morts par an semble atteint en 2005 (4 990 morts), parmi les axes prioritaires de 2006 figurent la vitesse (implantation de nouveaux radars), la sécurité routière en milieu urbain et la lutte contre l'alcool.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

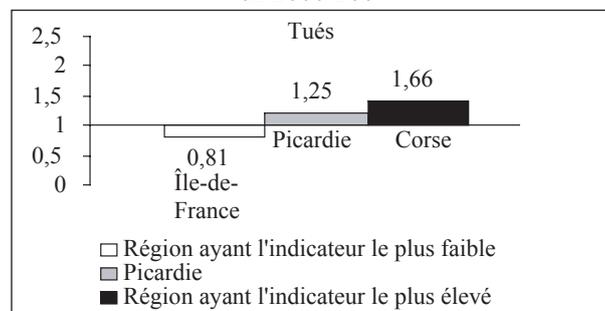
- La Picardie se caractérise par une surmortalité par rapport à la moyenne nationale.
- Les jeunes et les hommes sont particulièrement concernés.
- La mortalité régresse en Picardie, mais la surmortalité par rapport à la moyenne nationale s'accroît.
- Diminution du nombre de tués et des blessés sur les routes de Picardie.

Données de l'observatoire interministériel de la sécurité routière : données enregistrées

● Des indicateurs d'accidentologie locale relativement élevés

Selon l'observatoire interministériel de sécurité routière, la Picardie présente un indicateur d'accidentologie locale⁽¹⁾ parmi les plus élevés de métropole. Ainsi, l'indicateur indique un nombre de tués supérieur de 24 % au nombre qui aurait été obtenu en appliquant les risques observés en France. L'indicateur est le 2^e le plus élevé de métropole (ex-aequo avec la région PACA).

Indicateur d'accidentologie locale en 2000-2004



Source : Observatoire interministériel de sécurité routière

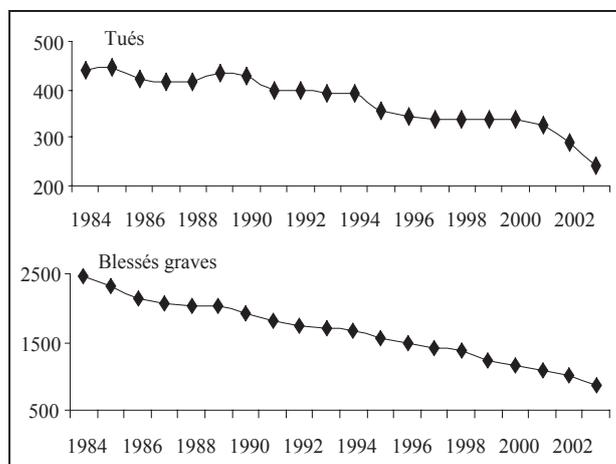
Les statistiques des pages 1,2 et 4 sont des données enregistrées et non domiciliées. Les tués sont les personnes décédées sur le coup ou dans les 6 jours qui suivent. Les blessés graves sont les personnes dont l'état nécessite plus de 6 jours d'hospitalisation, et les blessés légers dont l'état nécessite 0 à 6 jours d'hospitalisation.

⁽¹⁾ Les grandes données de l'accidentologie, juin 2005, ministère de l'Équipement, des Transports, de l'Aménagement du territoire, du Tourisme et de la Mer.

⁽²⁾ voir méthodologie de l'IAL page 2

LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

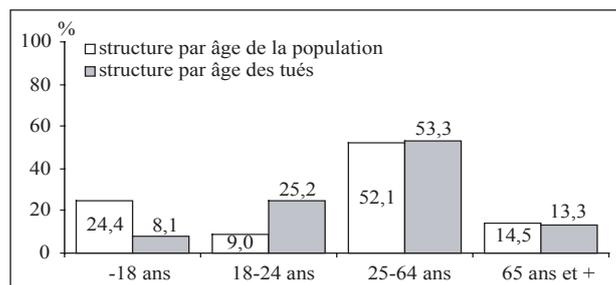
Evolution du nombre de tués et de blessés graves par accident de la circulation en Picardie de 1984 à 2003*



Sources : Observatoire national interministériel de sécurité routière, DRE Picardie

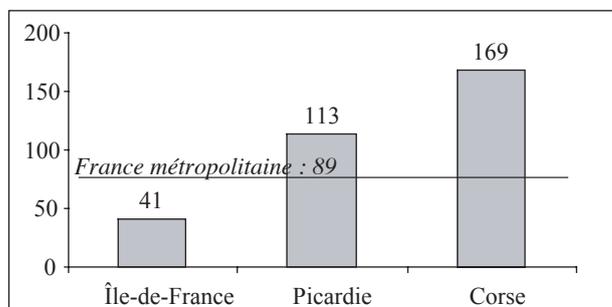
* moyenne annuelle sur trois ans

Structures par âge de la population picarde (au 1/1/2004) et des tués sur les routes de Picardie (en 2003)



Sources : INSEE, Observatoire national interministériel de sécurité routière

Nombre de tués pour un million d'habitants en 2003



Sources : Observatoire national interministériel de sécurité routière, INSEE

● Diminution du nombre de tués et de blessés graves sur les routes de Picardie

Depuis 1984, le nombre de tués par accident de la circulation est en baisse en Picardie comme en France. Le taux de croissance annuel moyen est un peu plus favorable en France (-3,2 %) qu'en Picardie (-3,0 %).

Le nombre de blessés graves a de même diminué sur la période. L'évolution est un peu moins forte en Picardie (taux de croissance annuel moyen de -5,4 % sur l'ensemble de la période) qu'en France (-6,4%).

● Un tué sur trois est âgé de moins de 25 ans

Les 18-24 ans sont particulièrement concernés par les accidents de la circulation. Alors qu'ils ne représentent que 9,0 % de la population picarde, les tués sur les routes sont 25,2 % à appartenir à ce groupe d'âge en 2003. L'âge des victimes varie selon le mode de transport incriminé.

● 210 personnes tuées sur les routes de Picardie en 2003

Au cours de l'année 2004, 210 personnes sont décédées d'un accident de la circulation survenu en Picardie. Rapporté à la population, ce chiffre mesure à 113 le nombre de tués pour un million d'habitants, plaçant la Picardie au 9^e rang des régions métropolitaines les plus touchées. La part des tués locaux s'élève à 79,5 %.

L'Observatoire interministériel de sécurité routière publie un indicateur permettant les comparaisons entre les régions et les départements : l'**indicateur d'accidentologie locale (IAL)**. Il s'agit d'une pondération des risques relatifs (rapportés au risque France) par réseaux, en fonction de l'importance relative des parcours sur les différents réseaux, le but étant de fournir un indicateur prenant en compte l'importance du trafic et sa répartition entre les différentes catégories de réseaux (autoroutes, rase campagne, zones urbaines). L'IAL compare les résultats d'un territoire à ce qu'ils seraient si ce territoire avait eu les mêmes taux de risque que la France entière sur ses différents réseaux. Par exemple, un IAL de 1,22 signifie qu'il y a eu sur cinq ans 22% de tués en plus dans cette région par rapport au bilan qu'il y aurait eu si les taux de risque sur les différents réseaux avaient été ceux de l'ensemble de la France.

LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

Données de l'Inserm : mortalité domiciliée

● Surmortalité significative par accident de la circulation

Sur la période 1998-2000, 305 Picards sont décédés en moyenne chaque année d'un accident de la circulation. La Picardie présente une surmortalité significative par rapport à la moyenne nationale (+25 % chez les hommes et +32 % chez les femmes). Pour chacun des deux sexes, la Picardie présente la 5^e mortalité la plus forte de métropole.

● Près de trois décès masculins pour un décès féminin

Les hommes sont davantage concernés que les femmes par les accidents de la circulation, ils représentent en effet 72 % des décès. Les jeunes sont de même plus souvent touchés avec 94 décès par an en moyenne de personnes âgées de moins de 25 ans (31 % de l'ensemble des décès par accident de la circulation).

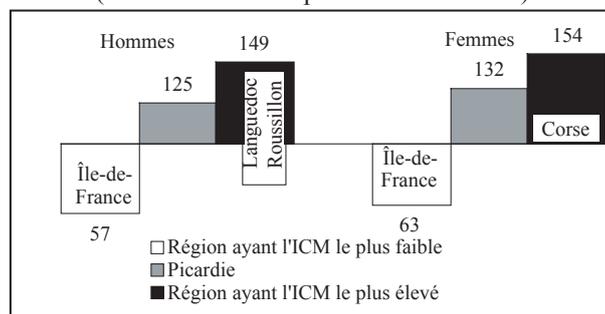
● Une surmortalité picarde qui ne régresse pas

Sur l'ensemble de la période, la mortalité par accident de la circulation a diminué en Picardie comme en France. L'évolution est cependant un peu plus importante en France (-34 % pour chacun des deux sexes) qu'en Picardie (-26 % pour les hommes et -19 % pour les femmes). Un éloignement entre les courbes picardes et les courbes françaises s'observe, traduisant une progression de la surmortalité picarde par rapport à la moyenne nationale. Depuis la fin des années quatre-vingt, elle est supérieure de 20 % chez les hommes comme chez les femmes.

Deux périodes se caractérisent par une augmentation des taux comparatifs de mortalité : à la fin des années 80 et pour les trois dernières années.

Indice comparatif de mortalité par accident de la circulation en 1998-2000

(ICM France métropolitaine = base 100)



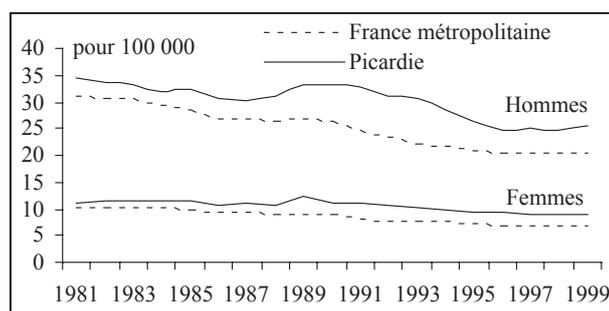
Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Nombre de décès par accident de la circulation en 1998-2000 en Picardie

	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
< 15 ans	11	5,1%	7	7,9%
15-24 ans	58	26,5%	18	21,3%
25-39 ans	66	30,1%	22	26,5%
40-64 ans	56	25,6%	19	22,9%
65 ans ou plus	28	12,7%	18	21,3%
Ensemble	219	100,0%	84	100,0%

Source : INSERM CépiDc

Évolution des taux comparatifs de mortalité par accident de la circulation entre 1981 et 1999*



Sources : Inserm CépiDc, INSEE

*données lissées sur 3 ans

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate (SMR)*, est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi2 au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés les uns aux autres.

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'année pour laquelle est placée le point est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

● Caractéristiques des infrastructures et du réseau routier en Picardie en 2003

Les infrastructures et la densité de population font partie des facteurs influençant le niveau d'accidentologie des régions. Région de plaines et de plateaux peu élevés, la Picardie présente une densité de population un peu plus faible que la moyenne nationale (les régions urbaines et les plus densément peuplées étant les plus éparpillées). Le débit pour les différents réseaux est inférieur en Picardie par rapport à la moyenne nationale. Par contre, le nombre de kilomètres pour 100 000 habitants est supérieur en Picardie à l'ensemble du territoire.

	Picardie	France
Densité de population	96 habitants au km ²	108 habitants au km ²
Parc de voiture de tourisme	0,46 par habitant	0,48 par habitant
Caractéristique du réseau routier		
Autoroutes (pour 100 000 habitants)	2,8 km	1,7 km
débit (par jour)	21 409 véhicules	32 360 véhicules
RN (pour 100 000 habitants)	6,0 km	4,0 km
débit (par jour)	9 969 véhicules	11 521 véhicules
RD (pour 100 000 habitants)	72,0 km	61,0 km
débit (par jour)	1 452 véhicules	1 510 véhicules

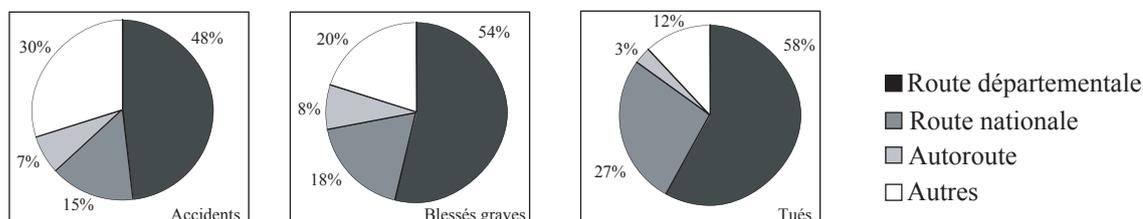
Sources : INSEE, Observatoire national interministériel de sécurité routière

Chaque année, l'observatoire régional de la sécurité routière dresse un bilan annuel⁽¹⁾ en matière de sécurité routière. En 2004, la Picardie enregistre des résultats favorables, la baisse du nombre d'accidents et des victimes de la route observée se poursuit. Les évolutions du nombre d'accidents, de tués et de blessés graves sont respectivement de -11 %, -8 % et -18 % par rapport à 2003, alors qu'elles s'élèvent à -5 %, -9 % et -9 % à l'échelle nationale.

● Les routes départementales rassemblent 58 % des tués

Plus de la moitié des accidents a eu lieu sur une route départementale en 2004. Un tué sur quatre circulait sur une route nationale alors que ce type de route ne représente que 15 % des accidents. Cette même année, la moitié des accidents ont eu lieu en rase campagne, l'autre moitié se répartissant entre les agglomérations de moins de 5 000 habitants (23 %) et celles de plus de 5 000 habitants (30 %). Les victimes en rase campagne représentent 71 % des tués et 60 % des blessés graves. Sur la période 2000-2004, il y a eu en Picardie 31 % de tués en plus sur les routes départementales et 39 % sur les routes nationales par rapport aux résultats qui auraient été obtenus si la Picardie disposait des risques observés sur l'ensemble du territoire.

Répartition des accidents, des tués et des blessés graves par catégorie de voies en 2004



Indicateur d'accidentologie locale (IAL)* (données 2000-2004)

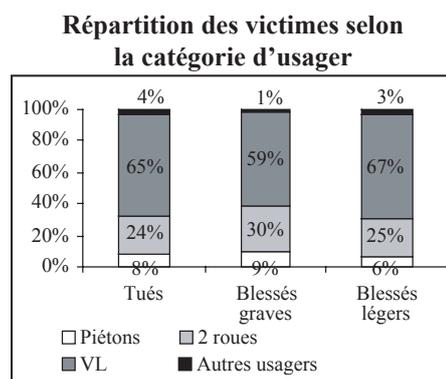
	IAL		Autoroutes		Routes nationales		Routes départementales		Agglomérations	
	Tués	% tués	Risque relatif	% tués	Risque relatif	% tués	Risque relatif	% tués	Risque relatif	
Picardie	1,25	5,7%	0,95	25,6%	1,37	53,6%	1,31	10,0%	1,09	
France	1,00	7,9%	1,00	21,3%	1,00	48,1%	1,00	17,5%	1,00	

Source : Observatoire régional de sécurité routière

* Voir la note méthodologique de la page 2

● 65 % des tués circulaient en véhicules légers

Les usagers de véhicules légers représentent 65 % des tués, 59 % des blessés graves et 67 % des blessés légers. Parmi les tués, 24 % étaient des usagers d'un deux-roues et 8 % étaient des piétons. Les blessés graves sont à 30 % des usagers de deux-roues et à 9 % des piétons.



Source : Observatoire régional de sécurité routière

⁽¹⁾ Les accidents corporels de la circulation routière en Picardie : bilan annuel 2004, *Conjoncture, statistiques de la DRE*, N°67, juillet 2005 et bilans des trois quadrimestres 2004

CONTEXTE NATIONAL

Tant par les pertes en vie humaine qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne, le suicide est un réel problème de santé publique. Peu d'indicateurs sont cependant disponibles sur le suicide. Les tentatives de suicide ne sont en effet pas recueillies de façon systématique. Les données de mortalité par suicide sont certes des données exhaustives mesurant directement son impact, mais elles restent très sensibles aux biais (au moment de la certification du décès et de la codification du décès) et ne sont pas disponibles immédiatement.

En termes de mortalité, près de 10 800 personnes sont décédées par suicide au cours de l'année 2000, soit 2 % des décès. Il représente la première cause de décès chez les adultes de 25 à 34 ans et la deuxième chez les adolescents de 15 à 24 ans. Au sein des pays européens, la France fait partie des pays à fort taux de suicide et se situe au 4^e rang après la Finlande, l'Autriche et le Luxembourg. Le nombre de tentatives de suicide est estimé à 160 000 par an avec une fourchette comprise entre 130 000 et 180 000. Ces statistiques sont vraisemblablement sous-estimées en raison de deux sources d'erreur possibles : la dissimulation du caractère suicidaire de l'acte et l'incertitude quant à l'intentionnalité de l'acte. En effet, le suicide reste un sujet tabou, la condamnation de la religion, le problème des assurances, et aussi le souci de ménager la douleur de l'entourage, peuvent en partie expliquer cette sous-estimation. La DREES a tenté d'évaluer la sous-estimation du suicide concernant les données de mortalité⁽¹⁾. Ainsi la proportion du suicide au sein des causes indéterminées en 1999 est estimée à 24 % chez les 15-24 ans et à 40 % chez les plus de 25 ans. En effectuant les corrections, le taux standardisé de suicide augmente de 7,1 %. La faible part des décès de cause indéterminée dans la mortalité générale (0,3 %) explique que la sous-déclaration liée à cette cause soit modérée. Les causes inconnues sont des décès pour lesquels aucun renseignement médical sur la cause n'est spécifié. Une enquête médico-légale est requise pour une partie d'entre eux. Deux enquêtes auprès d'instituts médico-légaux réalisées en Île-de-France et à Lyon ont évalué la sous-estimation du suicide entre 20 % et 30 %. Ces résultats ne sont cependant pas généralisables à l'ensemble de la France ni à toutes les classes d'âge. Il est donc difficile d'évaluer globalement la sous-estimation du suicide liée à cette cause.

La prévention du suicide fait partie des priorités nationales de santé publique du gouvernement. La stratégie d'actions mise en place pour la période 2000-2005 comporte quatre axes : favoriser la prévention par le dépistage des risques suicidaires, diminuer l'accès aux moyens létaux, améliorer la prise en charge des suicidants et de leurs proches et améliorer la connaissance épidémiologique du suicide. Ces mesures nationales s'accompagnent de nombreuses initiatives régionales : des programmes régionaux de santé ont été mis en place pour apporter des réponses concrètes à la prévention du suicide et à la prise en charge des suicidants. Depuis 1997, une journée nationale pour la prévention du suicide est organisée chaque année. Elle permet d'alerter, de sensibiliser et d'informer l'opinion publique sur le suicide.

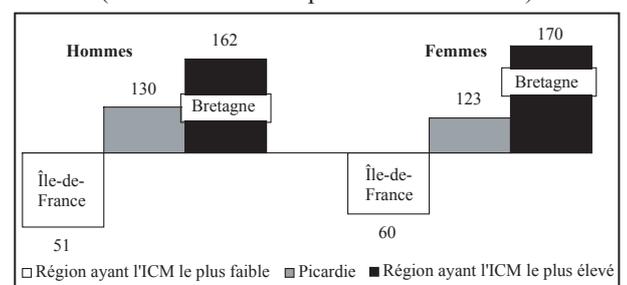
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Une surmortalité par suicide significative chez les hommes comme chez les femmes.
- Les hommes, davantage concernés que les femmes.
- Le suicide est responsable de 12 % des années potentielles de vie perdues.
- La pendaison est le mode de suicide le plus fréquent suivi de l'utilisation d'arme à feu chez les hommes et de l'intoxication chez les femmes.

● Surmortalité par suicide chez les hommes et chez les femmes

Les indices comparatifs indiquent une surmortalité significative en Picardie par rapport à la moyenne nationale de +30 % chez les hommes et de +23 % chez les femmes. Chez les hommes, la région présente le 3^e indice le plus élevé derrière la Bretagne et la Basse-Normandie et le 4^e chez les femmes derrière la Bretagne, la Basse-Normandie et les Pays de la Loire.

Indice comparatif de mortalité par suicide en 1998-2000
(ICM France métropolitaine = base 100)



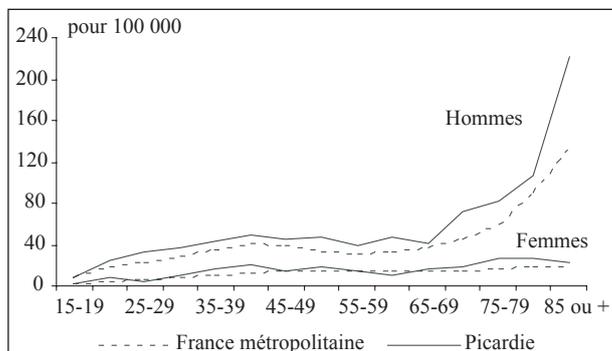
Sources : INSERM CépiDc, INSEE

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi² au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés les uns aux autres.

⁽¹⁾Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : « Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention », DREES, *Série Études* n° 30, avril 2003

LES SUICIDES

Taux de mortalité selon le sexe et l'âge en 1998-2000



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

● Les hommes, particulièrement concernés

Globalement, la Picardie présente des taux de mortalité supérieurs à la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes (sauf pour trois classes d'âge chez ces dernières).

Chez les hommes, la courbe progresse très fortement après 65 ans. La surmortalité picarde est maximale pour le groupe d'âge 85 ans ou plus.

Chez les femmes, la mortalité par suicide est relativement stable tout au long des différentes tranches d'âge.

Concernant la différence entre les sexes, il faut noter qu'à tous les âges, le taux masculin est au moins le double du taux féminin.

Nombres annuels moyens de décès par suicide en 1998-2000 en Picardie

	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
< 15 ans	2	0,6%	0	0,0%
15-24 ans	19	6,1%	6	5,8%
25-34 ans	46	14,9%	9	8,7%
35-44 ans	64	20,7%	25	24,0%
45-54 ans	61	19,7%	21	20,2%
55-64 ans	33	10,7%	10	9,6%
65 ans ou +	84	27,2%	33	31,7%
Total	309	100,0%	104	100,0%

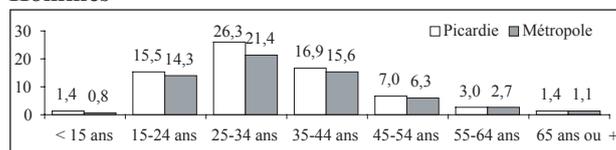
Source : INSERM CépiDc

● Plus de 400 décès en moyenne chaque année

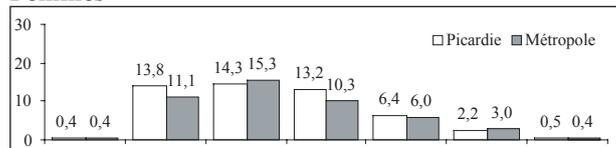
Sur la période 1998-2000, 413 décès par suicide ont été enregistrés en Picardie. Près de 3 décès par suicide sur 4 sont survenus chez des hommes. Les décès par suicide sont plus nombreux chez les plus âgés, mais le poids de cette cause parmi la mortalité est plus faible que chez les plus jeunes.

Part du suicide dans la mortalité selon le groupe d'âge en 1998-2000 en Picardie

Hommes



Femmes



Source : INSERM CépiDc

● 1 décès sur 4 est attribué au suicide chez les hommes âgés de 25 à 34 ans

Le poids du suicide dans la mortalité est maximal chez les hommes âgés de 25 à 34 ans. En effet, 26,3 % des décès survenant chez des hommes de ce groupe d'âge sont attribués au suicide. Chez les femmes, cette proportion est plus faible : 14,3 %. Pour chacun des deux sexes, la classe d'âge la plus touchée est celle des 25-34 ans. Après 65 ans, il n'est responsable que d'1 décès sur 100. Les proportions sont supérieures en Picardie par rapport à la moyenne française (sauf pour les femmes âgées de 25 à 44 ans).

● Diminution de la mortalité par suicide, contrastée selon l'âge

Le taux comparatif de mortalité par suicide pour l'ensemble des personnes âgées de 15 ans ou plus diminue entre 1981 et 1999 (de -27 % chez les hommes et de -29 % chez les femmes). Sur l'ensemble de la période, le taux masculin est plus de trois fois plus élevé que le taux féminin. La surmortalité picarde par rapport à la moyenne nationale se réduit, mais elle reste significative. Ainsi, elle est passée de +50 % en 1981 à +31 % en 1999 chez les hommes et de +33 % à +22 % chez les femmes.

Ces taux comparatifs cachent cependant des différences importantes par groupe d'âge. En effet, la diminution de la mortalité est moins importante chez les plus jeunes.

Ainsi, sur l'ensemble de la période, le taux a diminué de 11 % chez les hommes âgés de 15 à 35 ans contre 24 % chez les hommes âgés de 35 à 64 ans et 36 % chez les plus de 65 ans.

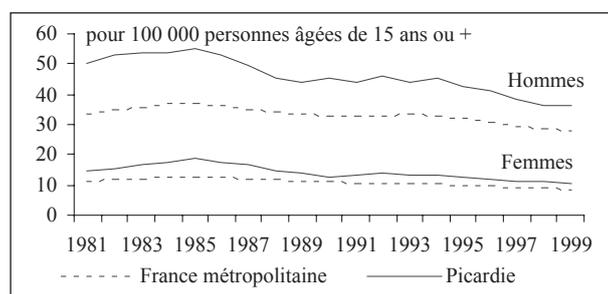
Sur la période 1991-1999, la mortalité progresse même chez les femmes âgées de 15 à 34 ans (+9 %) alors qu'elle diminue de 18 % chez les femmes âgées de 35 à 64 ans et de 32 % chez les femmes âgées de 65 ans ou plus.

Le **taux comparatif de mortalité** ou **taux standardisé direct** est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'année pour laquelle est placée le point est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

● 12 % des années potentielles de vie perdues sont dues au suicide

Les années potentielles de vie perdues sont comptabilisées comme étant le nombre d'années que les personnes décédées avant 65 ans n'ont pas vécues entre la date du décès et la date anniversaire de 65 ans. En considérant l'ensemble des années potentielles de vie perdues, toutes causes confondues, le suicide est responsable de 12,7 % des pertes chez les hommes et de 9,2 % chez les femmes.

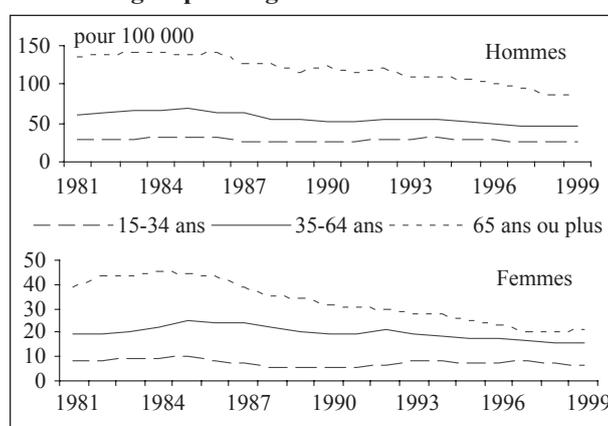
Évolution des taux comparatifs de mortalité par suicide en Picardie entre 1981 et 1999*



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

*données lissées sur trois ans

Pour trois groupes d'âge



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

*données lissées sur trois ans

Répartition des années potentielles de vie perdues entre 0 et 64 ans selon les principales causes de mortalité en 1998-2000 (%)

	Picardie		Métropole	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Tumeurs	26,1	33,5	25,8	36,2
Accidents de la circulation	15,2	12,2	13,6	9,5
Suicides	12,7	9,2	11,4	8,2
Maladies cardio-vasculaires	12,5	10,3	11,8	9,3
Autres	33,4	34,8	37,5	36,8
Ensemble	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : INSERM CépiDc

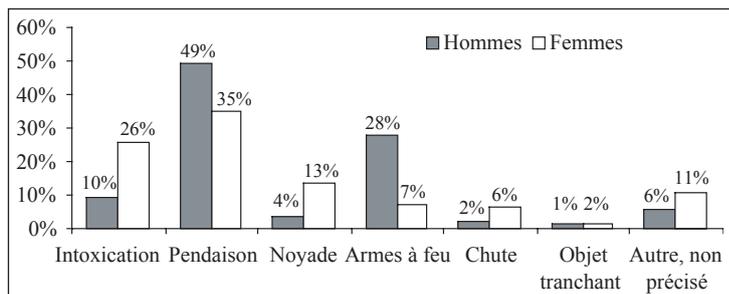
Les **années potentielles de vie perdues** (APVP) représentent le nombre d'années qu'un sujet mort prématurément n'a pas vécues avant un âge limité (ici 65 ans). Les APVP sont présentées en pourcentages par cause de décès : ainsi, en France, 11,4 % des APVP sont dues au suicide chez les hommes.

LES SUICIDES

● La pendaison, mode de suicide le plus fréquent quel que soit le sexe

Le mode de suicide peut être appréhendé grâce aux données de mortalité. Chez les hommes, le mode de suicide le plus fréquent est la pendaison, représentant près de la moitié des suicides masculins. Vient ensuite l'utilisation d'une arme à feu (28 % des suicides chez les hommes). La 3^e place est occupée par l'intoxication. Chez les femmes, la pendaison est de même en première place, avec une proportion cependant un peu plus faible que chez les hommes : 35 % (contre 49 %). L'intoxication arrive en seconde position pour les suicides féminins. L'utilisation d'une arme à feu ne se place qu'en 4^e position chez les femmes, après les noyades.

Répartition des suicides selon le mode en Picardie (1998-2000)



Source : INSERM CépiDc

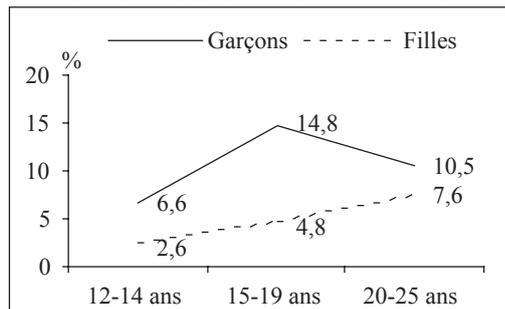
Le Baromètre santé fournit une photographie de l'état de santé des jeunes de 12 à 25 ans, de leurs habitudes de vie, et de leur insertion dans leur environnement proche. Il s'agit d'une enquête nationale périodique utilisant la technique du sondage aléatoire et réalisée par entretien téléphonique d'octobre à décembre 1999. Dans cinq régions (Picardie, Alsace, Nord – Pas-de-Calais, Poitou-Charentes et Pays de la Loire), un suréchantillon provenant de l'échantillon national a été étudié. Il est composé de 646 garçons et 622 filles en Picardie. Le questionnaire aborde la thématique des pensées suicidaires et tentative de suicide.

● 5,3 % des Picards âgés de 15 à 25 ans ont tenté de se suicider au cours de leur vie selon le Baromètre santé 2000

8,2 % des Picards âgés de 12 à 25 ans déclarent avoir pensé au suicide au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Cette proportion est cependant plus élevée chez les filles (11,2 %) que chez les garçons (5,3 %). La fréquence des idées suicidaires augmente avec l'âge chez les garçons, alors qu'elle connaît un maximum chez les filles pour le groupe d'âge 15-19 ans. Pour ce groupe d'âge, la différence entre les sexes est particulièrement marquée. En France, 3,9 % des garçons et 9,0 % des filles déclarent avoir eu des idées suicidaires au cours des douze derniers mois.

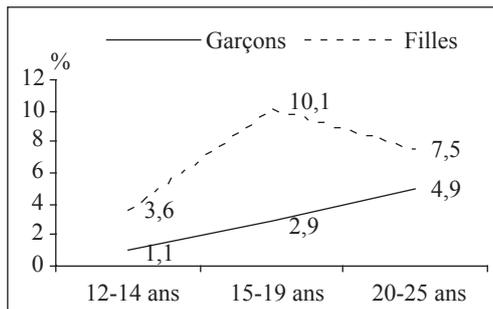
Les tentatives de suicide sont ici explorées selon les déclarations des jeunes et selon les propres perceptions des jeunes sur ce qu'est une tentative de suicide. Les jeunes ayant déclaré avoir tenté de se suicider sont plus nombreux chez les filles (7,6 %) que chez les garçons (3,2 %). Cette proportion augmente chez les garçons avec l'âge. Chez les filles, un maximum s'observe pour le groupe d'âge 15-19 ans. Dans sept cas sur dix, il n'y a eu qu'une seule tentative. En France, 2,7 % des garçons et 6,5 % des filles déclarent avoir déjà tenté de se suicider.

Jeunes déclarant avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois



Source : Baromètre santé 2000 - INPES

Jeunes ayant tenté de se suicider au cours de leur vie



CONTEXTE NATIONAL

Les risques liés à l'activité professionnelle se traduisent en termes d'accidents et de maladies professionnelles, générateurs d'invalidités, de handicaps et parfois de décès. La question de la prise en charge de ce risque est désormais abordée grâce au concept de « santé au travail ». Le Code de la sécurité sociale définit l'accident du travail comme un accident survenu par le fait, à l'occasion du travail ou lors du trajet domicile-travail. En 2003, le régime général dénombrait plus de 729 000 accidents du travail avec arrêt et le régime agricole près de 53 000 en 1999. Avec l'amélioration des conditions de travail, le renforcement des normes de sécurité, le développement de la prévention etc., le nombre d'accidents du travail a considérablement diminué depuis trente ans. Cependant, depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, une stagnation, voire une reprise, du nombre d'accidents s'observe. Une maladie est dite professionnelle si elle est la conséquence de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité. Des « tableaux de maladies professionnelles » (98 pour le régime général et 50 pour le régime agricole) précisent les conditions médicales, techniques et administratives nécessaires et suffisantes pour qu'une maladie soit reconnue par présomption comme professionnelle. Le nombre de maladies professionnelles indemnisées pour la première fois par le régime général est de plus de 34 600 en 2003 (et de plus de 24 000 en 1999 pour le régime agricole). Les affections périarticulaires sont les pathologies les plus fréquentes suivies des affections liées à l'amiante (représentant une part croissante, reflet d'expositions anciennes). Les branches d'activité, diversement exposées, entraînent des variations régionales, liées au paysage économique propre à chacune des régions. Enfin, d'autres contraintes et effets de plus en plus difficiles à cerner et à quantifier émergent, conséquences de bouleversements importants (changement des modes de production, flexibilité, recours à l'intérim...). Selon l'enquête « Conditions de travail » de la Dares, la charge mentale du travail (mesurée en termes de sentiment de responsabilité, urgence, bruit, attention soutenue, moyens insuffisants et relations tendues) s'est accrue depuis le début des années quatre-vingt-dix. La France a d'ailleurs renforcé, sur ce point, sa législation dans le cadre de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 comportant des dispositions relatives à la santé au travail (harcèlement moral et sexuel, médecine du travail). L'enquête SUMER 2003 décrit l'évolution de l'exposition aux risques et aux pénibilités du travail⁽¹⁾ : recul des semaines longues et du travail répétitif, renforcement des contraintes organisationnelles, développement des expositions au bruit et au travail sur écran, stabilité de l'exposition aux agents biologiques et du port de charges lourdes. Les ouvriers et les employés sont de plus en plus exposés aux produits chimiques. Ce sont pour ces deux catégories que les risques et pénibilités ont davantage augmenté sur la période. Les contraintes physiques et l'exposition au risque chimique se sont en effet amplifiés pour les catégories déjà les plus atteintes.

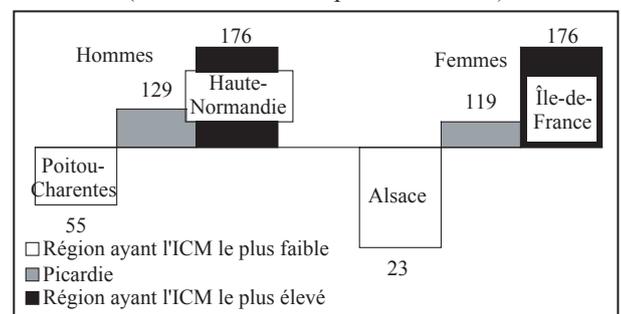
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Une mortalité par cancer de la plèvre significativement supérieure à la moyenne nationale chez les hommes.
- 20 200 accidents du travail avec arrêt ont été recensés pour le régime général en 2003.
- 15 % des maladies professionnelles nouvellement indemnisées en 2003 sont dues à l'amiante.

● Une mortalité par cancer de la plèvre significativement supérieure chez les hommes

En Picardie, 35 décès ont été attribués au cancer de la plèvre en moyenne chaque année sur la période 1998-2000, dont 26 sont survenus chez des hommes. Une surmortalité significative par cancer de la plèvre est enregistrée chez les hommes en Picardie, la région présentant le 4^e ICM le plus élevé de métropole. Chez les femmes par contre, la différence observée avec la moyenne nationale n'est pas significative. Les écarts observés entre les régions sont importants, mais ils doivent cependant être interprétés avec prudence compte tenu de la faiblesse des effectifs et des incertitudes de diagnostic.

Indice comparatif de mortalité par cancer de la plèvre en 1998-2000 (ICM France métropolitaine = 100)



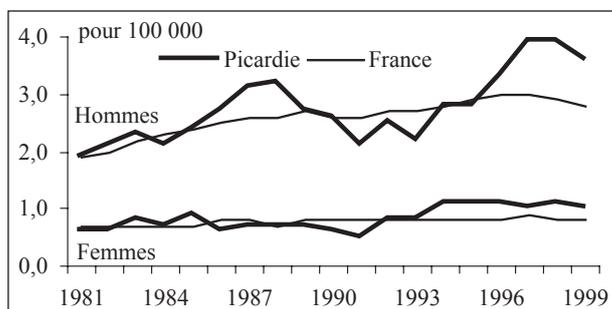
Sources : INSERM CépiDc, INSEE

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi² au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés les uns aux autres.

⁽¹⁾ L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003, DARES, Décembre 2004, n°52-1, *Premières synthèses*.

LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Taux comparatifs de mortalité par cancer de la plèvre entre 1981 et 1999*



Sources : INSERM CèpiDc, INSEE

*données lissées sur trois ans

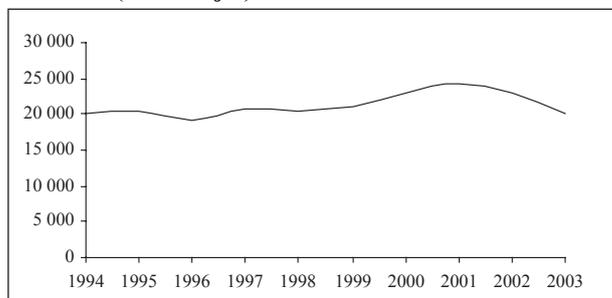
Accidents du travail en Picardie en 2003 pour le régime général

	Picardie
Accident du travail (hors trajet)	
Avec arrêt	20 204
dont avec incapacité permanente	1 131
avec indemnité en capital	807
avec rente 100 %	1
mortels	11
Nombre de jours d'arrêt	923 309
Taux d'incapacité permanente partielle (IPP)	10 149
Indice de fréquence	43
Accident de trajet	
Avec arrêt	476
dont avec incapacité permanente <10 %	17
avec incapacité permanente <10 %	8
mortels	3

Source : CRAM Nord-Picardie

(1) Taux IPP inférieur à 10 %

Évolution du nombre d'accidents du travail (hors trajet) avec arrêt en Picardie



Source : CNAM

● Progression de la mortalité par cancer de la plèvre

Depuis 1981, la mortalité par cancer de la plèvre progresse en Picardie comme en France.

Alors même que les hommes présentent une surmortalité par cancer de la plèvre par rapport aux femmes, la progression est encore plus défavorable chez les hommes que chez les femmes entre 1981 et 1999 (+88 % chez les hommes contre +65 % chez les femmes en Picardie). En France métropolitaine, la mortalité a progressé de 44 % chez les hommes et de 4 % chez les femmes.

● Près de 20 200 accidents du travail avec arrêt déclarés par le régime général en Picardie en 2003

Au cours de l'année 2003, près de 20 200 accidents du travail avec arrêt ont été déclarés pour les salariés du régime général en Picardie. Parmi ceux-ci, 11 ont été mortels.

En rapportant l'effectif des accidents aux salariés, l'indice de fréquence obtenu s'élève à 43,5 accidents pour 1 000 salariés.

En 2003, l'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt s'élève à 40,9 en France.

Cette même année, 476 accidents de trajet avec arrêt ont été recensés en Picardie par le régime général en 2003, dont 3 mortels.

● Diminution du nombre d'accidents du travail avec arrêt depuis 2001

Sur la période 1994-2003, le nombre d'accidents du travail (hors trajet) avec arrêt a atteint son maximum en 2001 avec près de 24 300 accidents. Depuis, ce nombre diminue, atteignant en 2003 près de 20 200 accidents, soit une diminution du nombre d'accidents du travail de 16,7 % en trois ans.

Le nombre annuel moyen d'accidents mortels s'élève à 10 sur la période 2001-2003, contre 14 en 1994-1996.

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'année pour laquelle est placée le point est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

● Plus de 2 100 accidents du travail avec arrêt et 28 maladies professionnelles enregistrées pour le régime agricole

Sur la période 1997-1999, 28 premières indemnisations pour maladies professionnelles reconnues ont été versées par le régime agricole. La moitié de ces pathologies sont des affections périarticulaires. Sur la période 1994-1996, ce chiffre s'élevait à 14.

Le régime agricole a également comptabilisé 2 115 accidents du travail avec arrêt (contre 2 331 sur la période 1992-1994) et 4 mortels (contre 7 sur la période 1992-1994), hors accidents du trajet.

Les statistiques du **régime agricole** distinguent les accidents « proprement dits » (hors accidents du trajet) des accidents du trajet. L'accident avec arrêt n'est comptabilisé qu'à partir d'un jour complet d'arrêt de travail en sus du jour de l'accident. L'accident avec séquelle est celui ayant entraîné soit la reconnaissance d'une incapacité permanente soit le décès. L'accident mortel correspond à un décès survenu avant fixation d'une incapacité permanente. À l'inverse du régime général, les accidents mortels ne sont pas inclus dans les accidents avec séquelles, et les accidents avec arrêt ne comprennent pas la totalité des accidents avec séquelles et des accidents mortels.

● 15 % des maladies professionnelles sont attribuées à l'amiante

En 2003, 857 maladies professionnelles nouvellement indemnisées ont été déclarées en Picardie pour le régime général, soit 18,4 pour 10 000 salariés. Les affections périarticulaires sont les pathologies les plus représentées (64 %), suivies des pathologies associées à l'amiante (15 % pour les affections et les cancers broncho-pulmonaires confondus). Ces maladies professionnelles ont entraîné 8 décès en 2003 dans la région.

En 2000, 507 premières indemnisations pour maladies professionnelles ont été versées par le régime général, soit une progression de +69 % entre 2000 et 2003.

Pour le **régime général**, les accidents du travail sont classés en deux catégories : accidents sur le lieu de travail et accidents du trajet. Les « accidents avec arrêt » sont les accidents ayant entraîné une interruption de travail un jour complet en sus du jour au cours duquel est survenu l'accident et ayant donné lieu à une réparation sous forme d'un premier paiement d'indemnité journalière. Les « accidents avec incapacité permanente » sont ceux qui ont entraîné soit la reconnaissance d'une incapacité permanente soit le décès. Les « accidents mortels » sont uniquement les accidents pour lesquels la mort est intervenue avant fixation d'un taux d'incapacité permanente et liquidation d'une rente.

Les maladies professionnelles sont désignées dans des tableaux modifiés par décret au fur et à mesure de l'évolution des techniques et des progrès des connaissances médicales. Il existe actuellement une centaine de tableaux dans le régime général. Chacun d'eux comporte : une énumération limitative des symptômes ou lésions que doit présenter la maladie, le délai de prise en charge (délai maximal entre l'apparition de l'affection et la date à laquelle le travailleur a cessé d'être exposé au risque), les travaux susceptibles de provoquer l'affection en cause. En vertu du principe de « présomption d'origine », toute affection qui répond aux conditions médicales professionnelles et administratives mentionnées dans les tableaux est présumée d'origine professionnelle sans qu'il soit nécessaire d'établir une preuve.

Les conditions d'indemnisation des maladies professionnelles sont variables selon les régimes d'assurance maladie, que ce soit au niveau des tableaux ou des conditions de reconnaissance. Il n'est ainsi pas légitime d'additionner les chiffres de régimes différents. Par ailleurs, les exploitants agricoles et les travailleurs non-salariés non agricoles ne sont assurés qu'à titre individuel pour ce risque. Enfin, la fonction publique (État, collectivités locales, hôpitaux, éducation...) regroupe une part importante des salariés, mais l'absence d'un système d'information systématique ne permet pas de disposer de données sur les maladies professionnelles affectant ces salariés.

Maladies professionnelles nouvellement indemnisées en Picardie en 1997-1999 pour le régime agricole

	Moyenne annuelle
Affections périarticulaires	15
Autres	14
Ensemble des tableaux	29

Sources : CCMSA, CAAA

Nombre annuel moyen d'accidents du travail avec arrêt chez les personnes salariées du régime agricole en Picardie en 1997-1999

	Picardie
Accidents du travail (hors trajet)	
avec arrêt	2 115
avec séquelles	267
mortels	4
Accidents de trajet	
avec arrêt	130
avec séquelles	23
mortels	1

Source : CCMSA

Maladies professionnelles nouvellement indemnisées en Picardie en 2003 par le régime général

	Effectif	%
Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures (57)	551	64%
Affections professionnelles et cancers broncho-pulmonaires liés à l'amiante (30, 30 bis)	129	15%
Affections chroniques du rachis lombaire (97, 98)	96	11%
Atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels (42)	22	3%
Autres	59	7%
Total	857	100%

Source : CRAM Nord-Picardie

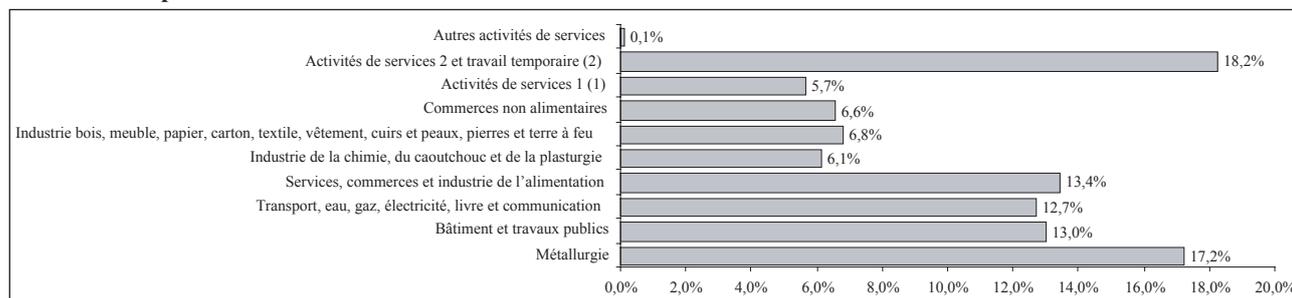
LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les données ci-dessous concernent les accidents du travail enregistrés par la CRAM Nord-Picardie pour l'année 2003. Elles concernent les salariés du régime général et sont présentées pour les 9 grandes branches d'activité.

● Les secteurs de la métallurgie et du bâtiment et travaux publics rassemblent 30 % des accidents du travail avec arrêt en 2003

En Picardie, 18 % des accidents du travail avec arrêt ont été enregistrés dans le secteur de services 2 et travail temporaire⁽²⁾. Le secteur de la métallurgie arrive en 2^e position, en représentant 17 % des accidents du travail avec arrêt. Viennent ensuite, avec pour chacun de ces 3 secteurs 13 % des accidents, le secteur des services, commerces et industrie de l'alimentation, le secteur du bâtiment et travaux publics et enfin le secteur du transport, eau, gaz, électricité, livres et communication. Les autres secteurs rassemblent 6 % à 7 % des accidents du travail avec arrêt.

Répartition des accidents du travail avec arrêt en 2003 en Picardie selon le secteur d'activité



Source : CRAM Nord-Picardie

● Le secteur du bâtiment et des travaux publics enregistre l'indice et le taux de fréquence les plus élevés

Les indices de fréquence et taux de fréquence rapportent respectivement, les accidents de travail au nombre de salariés et au nombre d'heures travaillées, donnant ainsi une idée plus précise du risque pour chacun des secteurs.

Les indices de fréquence les plus élevés concernent les secteurs du bâtiment et des travaux publics avec 83,9 % (contre 91,6 % au niveau national), du transport, eau, gaz, électricité, livre et communication avec 61,1 % (contre 45,2 % au niveau national). Le taux de fréquence le plus élevé est enregistré dans le secteur du bâtiment et travaux publics. Celui-ci est cependant inférieur au taux national (56 %). Le secteur le responsable du plus grand nombre d'accidents mortels en 2003 est celui du transport, gaz, eau électricité livre et communication. Ensuite, viennent les secteurs du bâtiment et travaux publics et celui des activités de services et travail temporaire⁽²⁾.

Indice et taux de fréquence des accidents du travail et répartition des accidents du travail mortels selon le secteur en Picardie en 2003

	Accidents du travail avec arrêt		Accidents du travail mortels (nb)
	Indice de fréquence (%) ^(a)	Taux de fréquence (%) ^(b)	
Métallurgie	51,5	31,4	1
Bâtiment et travaux publics	83,9	50,6	2
Transport, eau, gaz, électricité, livre et communication	61,1	38,3	4
Services, commerces et industrie de l'alimentation	53,0	33,7	1
Industrie de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie	40,7	25,8	0
Industrie bois, meuble, papier, carton, textile, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terre à feu	51,8	32,5	0
Commerces non alimentaires	30,0	19,0	1
Activités de services 1 ⁽¹⁾	16,7	12,4	0
Activités de services 2 et travail temporaire ⁽²⁾	52,6	35,1	2
Autres activités de service	10,6	42,8	0
Ensemble	46,4	30,2	11

Source : CRAM Nord-Picardie

(a) Indice de fréquence = Nombre d'accidents du travail avec arrêt / Nombre de salariés * 1 000

(b) Taux de fréquence = Nombre d'accidents du travail avec arrêt / Nombre d'heures travaillées * 1 000 000

⁽¹⁾ activités financières et cabinets d'études, recherche, administrations, services informatiques, cabinets d'études et d'expertises, ...

⁽²⁾ travail temporaire, nettoyage et désinfection, professions de santé, vétérinaires, action sociale et formation, organisations économiques, sociales et culturelles, service aux personnes et à la collectivité...

CONTEXTE NATIONAL

Les accidents constituent un problème majeur de santé publique, ils représentent une des plus importantes causes de décès et sont à l'origine de handicaps plus ou moins sévères. Leur importance se révèle par leur poids sanitaire, social et économique, par leur médiatisation et par leur retentissement dans la vie quotidienne. Parmi les accidents, on distingue les accidents de la vie courante, les accidents de la circulation, les accidents du travail et les accidents thérapeutiques.

Les accidents de la vie courante se définissent comme les accidents survenant au domicile ou dans ses abords immédiats, lors de pratiques sportives ou de loisirs, à l'école, et de façon plus générale dans le cadre de la vie privée. Les suicides et les homicides ne sont pas pris en compte puisqu'ils ne sont pas par définition accidentels.

Selon l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) menée par le CREDES en 2000, la fréquence de la survenue des accidents de la vie courante s'élève à 18 accidents pour 100 personnes en 2000. L'accident domestique, qui touche indifféremment les hommes et les femmes, est le plus fréquent des accidents (33,5 %). Les accidents de sport (21,9 %) concernent davantage les hommes. Le risque d'accidents dépend en effet du sexe et de l'âge. Les conséquences de ces accidents ne sont pas anodines puisque un accident sur huit nécessite des soins. L'hospitalisation concerne 8 % des cas et touche davantage les hommes. En 1991, l'enquête Santé INSEE évaluait la fréquence de survenue des accidents de la vie courante à 15 accidents pour 100 personnes. Avec le temps, la distribution des accidents selon leur cause semble se modifier ainsi que les caractéristiques d'âge et de sexe de l'accidenté : moins d'accidents domestiques, plus d'accidents de sport, recul de la surmortalité des jeunes enfants, etc.⁽¹⁾

Un système européen de surveillance des accidents domestiques, scolaires, de sport et de loisirs a été mis en place en 1986 (enquête EHLASS : European Home and Leisure Accident Surveillance System). Il permet de recueillir des données auprès des professionnels de santé. En effet, l'enquête est effectuée auprès des accidentés se présentant dans les centres d'urgence des hôpitaux de 8 villes françaises et donne des informations sur les accidents les plus fréquents, leur gravité et les produits impliqués dans l'accident. Néanmoins, le mode de sélection des cas ne permet pas d'extrapoler les résultats au niveau national, les accidents n'entraînant pas de recours à l'hôpital étant exclus. L'enquête permet toutefois d'approfondir la nature des causes et des produits responsables. Les accidents de la vie courante ont entraîné plus de 20 600 décès en 2000 en France métropolitaine. Près de 3 décès par accident de la vie courante sur 4 sont survenus chez des personnes âgées de 65 ans ou plus. Les chutes et les suffocations constituent les accidents de la vie courante les plus meurtriers. La prévention des accidents de la vie courante n'est pas aisée compte tenu de la diversité des circonstances dans lesquels ils surviennent et des lieux de survenue. Ainsi, l'information et l'éducation sont essentielles en plus des mesures de réglementation et de contrôle assurés par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Près de 600 décès annuels par accident de la vie courante, dont près des trois quarts surviennent chez les 65 ans ou plus.
- Les chutes sont les accidents de la vie courante les plus fréquents et elles concernent surtout les personnes âgées.
- Diminution de la mortalité par chute accidentelle et par noyade.

● Un accident de la vie courante sur deux est une chute

Sur la période 1997-1999, 568 Picards sont décédés en moyenne chaque année d'un accident de la vie courante. Les chutes représentent la moitié des accidents et constituent la première cause de mortalité par accidents de la vie courante suivies des suffocations.

Décès par accidents de la vie courante en Picardie en 1997-1999 (moyenne annuelle)

	Effectifs	%
Chutes	290	51%
Suffocations	106	19%
Noyades	18	3%
Incendies	15	3%
Intoxications	22	4%
Autres	117	21%
Ensemble	568	100%

Source : Inserm CépiDC

⁽¹⁾ Les accidents de la vie courante en 2000, *Point Stat* n°39, avril 2003, CNAMTS

LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE

Répartition par sexe et âge des décès par accidents de la vie courante en Picardie en 1998-2000

	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
0-4 ans	5	2%	4	1%
5-14 ans	3	1%	2	1%
15-24 ans	13	4%	2	1%
25-44 ans	48	17%	12	4%
45-64 ans	61	21%	21	7%
65 ans ou plus	158	55%	259	87%
Total	288	100%	300	100%

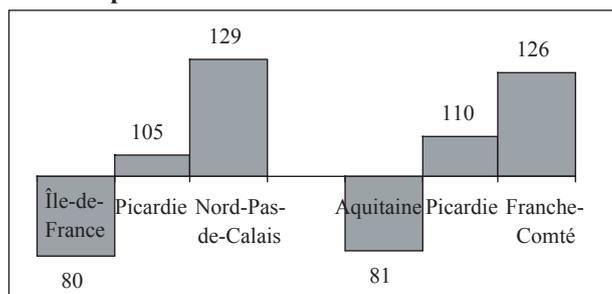
Source : INSERM CépiDc

Répartition par sexe et âge des décès par chute accidentelle en Picardie en 1998-2000

	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
< 25 ans	3	3%	0	0%
25-44 ans	8	8%	2	1%
45-64 ans	20	20%	5	3%
65-74 ans	14	14%	14	9%
75 ans ou plus	54	54%	132	86%
Ensemble	99	100%	153	100%

Source : INSERM CépiDc

Indice comparatif de mortalité par chute accidentelle en 1998-2000



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

● 71 % des décès par accidents de la vie courante surviennent après 65 ans

Sur la période 1998-2000, les accidents de la vie courante ont provoqué 587 décès en moyenne chaque année. Les 65 ans ou plus sont les plus concernés et représentent 71 % des décès par accidents de la vie courante (76 % en France métropolitaine). Cette proportion est plus importante chez les femmes (87 %) que chez les hommes (55 %). Les personnes âgées sont particulièrement concernées par les chutes accidentelles et les fausses routes de produits alimentaires, alors que les accidents des plus jeunes sont avant tout liés aux loisirs.

● Un décès par chute accidentelle sur deux concerne une femme âgée de 75 ans ou plus

Les femmes sont davantage concernées que les hommes par les chutes accidentelles, et elles le sont d'autant plus qu'elles sont âgées. 86 % des décès féminins par chute accidentelle sont survenus chez des femmes âgées de 75 ans ou plus.

● Surmortalité par chute accidentelle chez les femmes

Sur la période 1998-2000, la Picardie présente une surmortalité par chute accidentelle significative chez les femmes. À structure par âge comparable, les décès sont supérieurs de 10 % en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

Chez les hommes, l'écart observé n'est pas significatif.

Le passage de la CIM9 à la CIM10 n'est pas sans conséquence sur les **données de mortalité par accidents de la vie courante**. En effet, au sein du chapitre « causes externes de blessures et d'empoisonnements », des modifications entraînent des échanges entre les rubriques du chapitre. Par exemple, en CIM9, un certificat portant la mention de fracture sans autre information sur la cause de la fracture était codé E887 dans le groupe « chutes accidentelles » (E880-E888). En CIM10, le code E887 a été supprimé et ce certificat serait désormais codé X59 dans le groupe « Exposition accidentelle à des facteurs, autres et sans précision » (X58-X59) et non plus en « chutes accidentelles » (W00-W19). Les évolutions observées entre l'année 2000 et les années antérieures résultent donc en grande partie du changement de révision de la classification. Enfin, la correspondance entre la CIM9 et la CIM10 n'étant pas clairement établie pour les rubriques « suffocations », « incendies », « intoxications » et « autres », les décès par accidents de la vie courante selon la cause sont présentés sur la période 1997-1999.

« Conséquences des changements de codage des causes médicales des décès sur les données nationales de mortalité en France, à partir de l'année 2000 », BEH n°4/2005, InVS

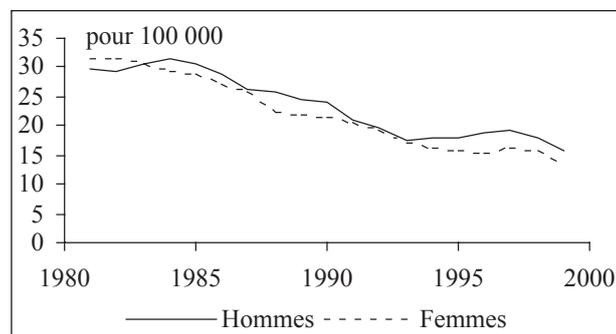
L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi2 au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM hommes et femmes ne peuvent être comparés les uns aux autres.

LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE

● Diminution de la mortalité par chute accidentelle

Depuis 1980, la mortalité par chute accidentelle a diminué. La progression est un peu plus prononcée chez les femmes avec un taux de croissance annuelle moyen de -4,0 % entre 1981 et 1998 (contre -3,0 % chez les hommes). L'évolution est proche de celle observée en France et les taux picards ne se distinguent pas significativement des taux français, excepté pour les taux féminins depuis 1997. La révision de la classification internationale des maladies entraîne des modifications dans les données de mortalité, ce qui explique en partie les évolutions observées entre l'année 2000 et les années antérieures (voir note page 2 sur le passage de la CIM9 à la CIM10).

Taux comparatif de mortalité par chute accidentelle en Picardie entre 1981 et 1999*



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

*données lissées sur trois ans

● 26 décès par noyade en moyenne chaque année

Sur la période 1998-2000, 26 décès par noyade ont été enregistrés en moyenne chaque année en Picardie. Les hommes sont davantage concernés que les femmes. L'enquête NOYADES 2004⁽¹⁾ a comptabilisé 9 noyades suivies d'une hospitalisation ou d'un décès en Picardie entre le 1^{er} juin et le 30 septembre 2004. Parmi celles-ci, 6 ont été mortelles. Les cours d'eau et plans d'eau représentent 4 cas mortels sur les 6. La fréquentation touristique et les données météorologiques influencent ces données enregistrées.

Décès par noyade en Picardie en 1998-2000

	Hommes	Femmes
Moins de 20 ans	2	1
20-44 ans	6	2
45-64 ans	6	3
65 ans ou plus	3	2
Ensemble	17	8

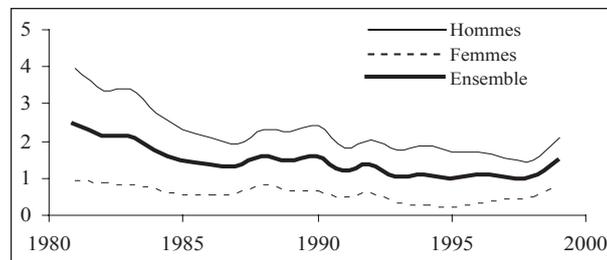
Source : INSERM CépiDc

⁽¹⁾ Surveillance épidémiologique des noyades, Enquête NOYADES 2003, 1^{er} juin - 30 septembre 2004, INVS, octobre 2004

● Globalement, diminution de la mortalité par noyade

Entre 1981 et 1999, la mortalité par noyade a diminué pour chacun des deux sexes, en Picardie comme en France. La diminution est un peu plus prononcée chez les hommes (-47 %) que chez les femmes (-13 %). Sur la période 1998-2000, la Picardie enregistre une surmortalité par rapport à la moyenne nationale significative uniquement chez les femmes.

Taux comparatifs de mortalité par noyade en Picardie entre 1981 et 1999*



Sources : Inserm CépiDC, INSEE

* Données lissées sur trois ans

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'année pour laquelle est placée le point est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE

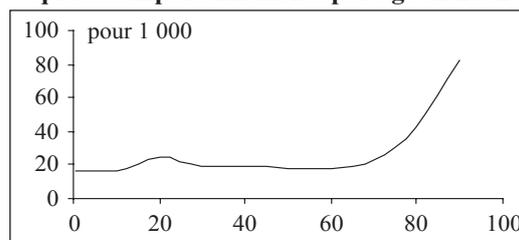
Les données sur les séjours en établissements de santé présentées ci-dessous proviennent de l'exploitation de la base PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés.

● 8 % des séjours ont pour diagnostic principal une lésion traumatique ou un empoisonnement

En 2002, près de 8 % de l'ensemble des séjours en établissements de santé effectués par des Picards avaient pour diagnostic principal une lésion traumatique ou un empoisonnement, soit près de 40 000 séjours. Les lésions les plus représentées sont les fractures, responsables d'un séjour pour lésions traumatiques et empoisonnements sur trois. Le second motif d'admission le plus fréquent est une intoxication (14 % des séjours). Les luxations et entorses rassemblent 12 % des séjours.

Un séjour pour fracture sur quatre concernait une personne âgée de 75 ans ou plus et cette proportion passe à trois séjours sur quatre quand il s'agit d'une fracture du col du fémur. Les personnes âgées sont de même particulièrement concernées par les séjours pour complication d'acte chirurgical ou de soin médical. Le taux de séjours par âge augmente fortement à partir de 70 ans. Le graphique souligne également un taux élevé pour le groupe d'âge 15-24 ans (24 séjours pour 1 000 habitants).

Taux brut de séjours pour lésions traumatiques et empoisonnements par âge en 2002



Source : DHOS

Séjours en établissements de santé pour lésions traumatiques et empoisonnements en Picardie en 2002

	Effectifs	%	Part des 75 ans ou +*
Fractures	13 243	33%	26%
Intoxications	5 592	14%	4%
Luxations et entorses	4 856	12%	5%
Complication d'acte chirurgical ou de soin médical non classée ailleurs	4 259	11%	25%
Traumatisme crânien	2 904	7%	10%
Plaies	2 685	7%	9%
Traumatisme intra-thoracique, intra-abdominal ou des nerfs	821	2%	7%
Autres	5 636	14%	12%
Lésions traumatiques et empoisonnements	39 996	100%	16%

Source : DHOS

* Part des séjours effectués par des personnes âgées de 75 ans ou plus parmi l'ensemble des séjours

Méthodologie : À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours.

Le Baromètre santé fournit une photographie de l'état de santé des jeunes de 12 à 25 ans, de leurs habitudes de vie, et de leur insertion dans leur environnement proche. Il s'agit d'une enquête nationale périodique utilisant la technique du sondage aléatoire et réalisée par entretiens (téléphonique) d'octobre à décembre 1999. Dans cinq régions (Picardie, Alsace, Nord – Pas-de-Calais, Poitou-Charentes et Pays de la Loire), un suréchantillon provenant de l'échantillon national a été étudié. Il est composé de 646 garçons et 622 filles en Picardie. Le questionnaire aborde la thématique des accidents.

● 8 % des jeunes déclarent au moins un accident de sport ou de loisirs ⁽¹⁾

Les accidents de sport et de loisirs sont les accidents les plus fréquemment cités (par 8,0 % des enquêtés). Les garçons sont plus nombreux que les filles à avoir déclaré ce type d'accidents. Quel que soit le sexe, le pourcentage de jeunes déclarant au moins un accident de sport ou de loisirs diminue avec l'âge. Concernant les autres types d'accidents, les bagarres et agressions et les accidents de roller sont de même plus déclarés par les garçons que par les filles.

Pourcentage de jeunes déclarant avoir eu au moins un accident ⁽¹⁾ selon le sexe (Picardie)

	Garçons	Filles	Ensemble
Accidents de sport et de loisirs	10,9	4,8	8,0
Accidents à l'école *	1,8	3,3	2,5
Accidents domestiques	1,9	2,2	2,0
Accidents (chutes)	0,4	2,1	1,2
Accidents (bagarres, agression)	0,8	0,2	0,5
Accidents de roller	0,4	0,3	0,4
Accidents de skate	0,3	0,0	0,1

Source : Baromètre santé 2000 - INPES

* question posée uniquement aux jeunes scolarisés ou étudiants

⁽¹⁾ ayant entraîné une prise en charge médicale au cours des douze derniers mois

CONTEXTE NATIONAL

Élément essentiel à la vie, l'eau est une ressource pour l'économie mondiale, un milieu vivant et même un cadre de vie. Ressource abondante mais non illimitée, elle est particulièrement fragile du fait de la pollution croissante à laquelle elle est soumise. Les milieux aquatiques (eaux superficielles et souterraines, eaux douces et de mer) subissent une dégradation constante. En France, les ressources en eaux comblent largement les besoins, même si la répartition de ces ressources varie suivant les régions et les périodes de l'année. L'eau obéit à un cycle complexe marqué par une interdépendance entre des ressources (superficielles ou souterraines) et des déchets produits par l'homme, lors de ses différentes utilisations (alimentation et usage domestique, baignade et thermalisme, agriculture et industrie).

Les problèmes de santé liés à l'eau sont avant tout liés à l'usage récréatif de l'eau (accidents mortels, noyades, notamment chez les enfants). Outre ces accidents, il existe aussi des dangers microbiologiques et chimiques. L'eau peut ainsi contenir des contaminants microbiologiques induisant des dangers à court terme, ou des contaminants chimiques responsables de risques avérés ou suspectés à plus ou moins long terme. La contamination peut se faire par ingestion, par contact ou par inhalation d'aérosols. Les effets sur la santé des risques microbiologiques se traduisent généralement par des gastroentérites aiguës et par des pathologies parasitaires spécifiques (giardiasis, cryptosporidioses...) pour lesquelles la prévalence est encore mal évaluée en France. Les problèmes sanitaires autres que digestifs sont moins fréquents mais parfois graves (manifestations respiratoires liées aux légionelloses). Le risque chimique, lié à l'ingestion à faible ou très faible dose d'éléments toxiques pendant une longue période, peut être responsable de la survenue d'effets à moyen ou long termes. La consommation d'eau polluée peut aussi provoquer des troubles digestifs, oto-rhino-laryngologiques, oculaires ou, plus rarement, des maladies infectieuses graves (leptospirose, fièvre typhoïde...) ou parasitaires. Plusieurs toxiques font l'objet d'une surveillance particulière. La réglementation française fixe des limites pour leur concentration dans l'eau de boisson. Parmi les plus connus, le plomb, les nitrates et les pesticides présentent des effets sur la santé plus ou moins facilement identifiables : le plomb entraîne chez l'enfant des troubles neuropsychiques lorsque l'exposition est longue, précoce et importante, les nitrates (liés particulièrement aux pratiques agricoles et d'élevage) sont encore sujets à controverse. Concernant les eaux de baignade, leur qualité s'est fortement améliorée au cours des 15 dernières années. En 2004, il reste cependant 153 lieux de baignades non conformes.

Les maires et les distributeurs ont la responsabilité de la distribution des eaux destinées à l'alimentation et l'information du public sur la qualité de ces eaux. Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) doivent contrôler la qualité sanitaire de l'eau (ressource, production, distribution et baignade), centraliser et évaluer les informations sur les pathologies d'origine hydrique et mettre en œuvre des solutions techniques aux problèmes rencontrés. La qualité de l'eau est donc une question économique et de santé publique d'actualité, très sensible pour l'opinion publique.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- 3 cas de leptospirose déclarés en 2003.
- Aucune zone de baignade polluée en 2004.
- En 2001, 5 % de la population reçoit une eau dont la concentration en nitrates est supérieure à 50 mg/l.

● Aucun point de baignade n'a été pollué en 2004

Pour l'année 2004, le taux de conformité des eaux de baignade (eaux de qualité A et B) est de 100 % en Picardie que ce soit pour l'eau douce ou l'eau de mer. En France, ce taux s'élève à 94,9 % pour l'eau douce et à 95,7 % pour l'eau de mer. Ce tableau rend compte des résultats recueillis par les DDASS lors du contrôle sanitaire réglementaire des baignades mené pendant la saison estivale 2004. L'information sur la qualité des eaux de baignade est accessible localement au public, par voie d'affichage, sur les lieux même de la baignade. Pour les zones de baignade, en mer comme en eau douce, des points de surveillance sont choisis dans chaque département en fonction de l'importance de la fréquentation. Les points de prélèvements sont classés en fonction de la qualité des eaux prélevées : classes A, B, C et D, par ordre décroissant de qualité.

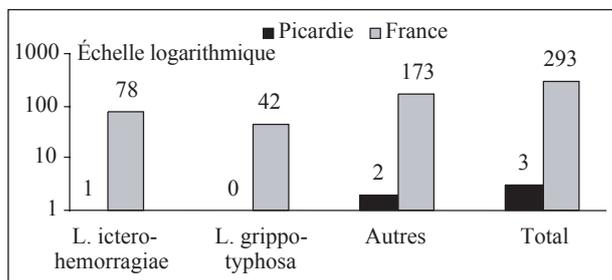
Classement des eaux de baignade en 2004

	Picardie		Métropole	
	Nb de points	%	Nb de points	%
Eau douce				
Bonne qualité (A)	8	67 %	642	46 %
Qualité moyenne (B)	4	33 %	692	49 %
Eaux pouvant être momentanément polluées (C)			68	5 %
Mauvaise qualité (D)			4	0 %
Total	12	100 %	1 406	100 %
Eau de mer				
Bonne qualité (A)	7	78 %	1 250	67 %
Qualité moyenne (B)	2	22 %	541	29 %
Eaux pouvant être momentanément polluées (C)			81	4 %
Mauvaise qualité (D)				
Total	9	100 %	1 872	100 %

Sources : DGS/DDASS

L'EAU ET LA SANTÉ

Nombre de cas de leptospirose par sérotype en 2003



Sources : Centre national de référence des leptospiroses, Institut Pasteur

● 3 cas de leptospirose en 2003

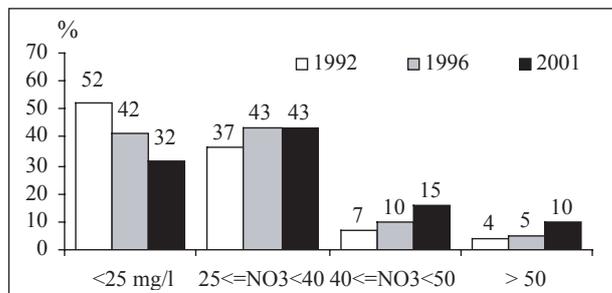
En Picardie, 3 cas de leptospirose ont été répertoriés par le Centre national de référence en 2003. Les deux sérogroupes isolés sur le graphique forment des cas graves de la maladie (méningées et hémorragiques). Ils représentent 1 cas en Picardie pour l'année 2003. Il faut cependant noter que les déclarations ne sont pas exhaustives, ces chiffres représentent donc une sous-estimation de l'incidence réelle de la maladie.

Leptospirose : elle est transmise à l'homme par contact avec des eaux souillées par des urines de rats infectés, au cours d'activité de loisirs en milieu aquatique la plupart du temps. Elle est également reconnue comme maladie professionnelle, en particulier pour certaines professions exposées comme les agriculteurs et les égoutiers.

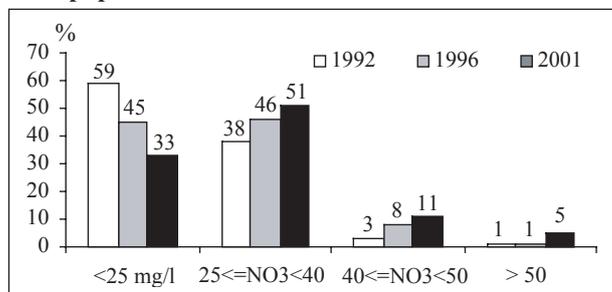
Sérogroupes : une différenciation sérologique des leptospiroses permet de définir des sérogroupes et d'identifier leur pouvoir pathogène.

Répartition selon la concentration en nitrates dans l'eau distribuée en Picardie

des unités de distribution



de la population



Sources : DRASS Picardie, DDASS Aisne, Oise, Somme

● 5 % de la population reçoit une eau dont la concentration en nitrates est supérieure à 50 mg/l

En 2001, 83 % de la population reçoit une eau dont la teneur en nitrates est de moins de 40 mg/l. Une concentration supérieure à 50 mg/l nécessite une information du public, elle peut être néfaste pour les femmes enceintes et les nourrissons de moins de 6 mois. En Picardie, 5,3 % de la population est concernée en 2001.

Alors que seulement 1 % de la population était concernée par une eau ayant une teneur en nitrates supérieure à 50 mg/l en 1992 et 1996, ce pourcentage atteint 5 % en 2001. En dépit de toutes les mesures prises pour assurer la conformité des eaux distribuées, l'évolution est défavorable.

Les données présentées ci-dessus proviennent du document « Eaux d'alimentation en Picardie : Données qualitatives (situation fin 2001) », Février 2003, DRASS Picardie, DDASS Aisne, Oise, Somme.

Les **nitrates** par eux-mêmes ne sont pas toxiques, mais leur transformation dans l'organisme en d'autres produits (nitrites et nitrosamines) provoque des effets sur la santé. Ainsi, chez les nourrissons, la transformation en nitrites est importante, ils constituent donc une population à risque. Le décret du 20 décembre 2001 indique une teneur en nitrates inférieure à 50 mg/l pour la consommation humaine. La consommation d'une eau ayant une teneur en nitrates comprise entre 50 et 100 mg/l est néanmoins tolérée sauf pour les femmes enceintes et les nourrissons de moins de 6 ans. Au-delà de 100 mg/l, l'eau est considérée comme impropre à la consommation humaine.

● Un peu moins de la moitié de la population reçoit une eau dans laquelle aucun pesticide n'a été détecté

Compte tenu de la faible fréquence d'analyse des produits phytosanitaires, les données sont agrégées sur la période 1997-2001. Le bilan ci-contre porte sur les teneurs moyennes en atrazine (et ses produits de dégradation). Elle est en effet, de loin la molécule la plus fréquemment mise en évidence. Moins de la moitié de la population bénéficie d'une eau dénuée de pesticides. L'utilisation de l'atrazine est interdite depuis le 1^{er} octobre 2003. Outre l'atrazine, les autres substances retrouvées dans les eaux distribuées (la simazine, le diuron, la terbuthylazine, la cyanazine, l'isoproturon, le dinosèbe et le 2,4D) sont de façon quasi-systématique trouvées en même temps que l'atrazine, à l'exception de la terbuthylazine (association vérifiée pour 3 fois sur 6).

Répartition selon la concentration en pesticides dans l'eau distribuée en Picardie (1997-2001)

	En %	
	Des unités de distribution	De la population
Non détectés	54,9 %	47,6 %
<= 0,1 µg/l	28,4 %	38,0 %
0,1 < <= 0,4 µg/l	13,9 %	11,9 %
> 0,4 µg/l	2,8 %	2,5 %
Total	100,0 %	100,0 %

Sources : DRASS Picardie, DDASS Aisne, Oise, Somme

Les pesticides (ou produits phytosanitaires) sont des substances utilisées pour le désherbage, pour lutter contre les maladies des plantes ou pour les protéger de certaines espèces animales ou végétales indésirables. Leur présence dans l'environnement est toujours liée à l'activité humaine volontaire ou à des phénomènes accidentels. Ils sont entraînés dans les eaux par érosion, ruissellement ou infiltration. La toxicité de ces produits est prouvée à fortes doses (intoxications aiguës se manifestant par des troubles nerveux, digestifs, respiratoires, cardio-vasculaires ou musculaires). Les conséquences d'exposition à de faibles doses et à long terme restent mal connues à ce jour, mais des effets cancérigènes voire mutagènes sont suspectés.

● Une concentration en nitrates et en matières organiques et oxydables de l'eau des cours d'eau moins satisfaisante que sur l'ensemble du territoire

La qualité de l'eau des cours d'eau en Picardie est plus défavorable que sur l'ensemble du territoire pour la teneur en nitrates (l'eau est mauvaise ou médiocre dans 43,6 % des cas en Picardie contre 25,6 % en France) et en matières organiques et oxydables (l'eau est mauvaise ou médiocre dans 37,5 % des cas en Picardie contre 23,4 % en France).

Concernant les matières azotées, pour aucun point, l'eau est considérée comme médiocre ou mauvaise dans la région. Enfin, les teneurs en phosphore sont un peu plus favorables en Picardie qu'en France (l'eau est de très bonne ou bonne qualité dans 56,8 % des cas en Picardie contre 50,3 % en France).

Ces chiffres sont extraits de *Dossiers n°37-2004*, (INSEE Picardie).

Qualité physico-chimique de l'eau des cours d'eau de la région en 2000

	Phosphore		Nitrates	
	Picardie	Métropole	Picardie	Métropole
Très bonne	0,0	6,1	0,0	2,9
Bonne	56,8	44,2	0,0	32,8
Moyenne	35,1	31,7	56,4	38,7
Médiocre	8,1	12,3	43,6	24,0
Mauvaise	0,0	5,7	0,0	1,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

	Matières organiques et oxydables		Matières azotées	
	Picardie	Métropole	Picardie	Métropole
Très bonne	0,0	11,3	8,1	26
Bonne	16,7	37,7	59,5	51,2
Moyenne	45,8	27,6	32,4	14,3
Médiocre	29,2	12,6	0,0	4,4
Mauvaise	8,3	10,8	0,0	4,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources : Réseau national des données sur l'eau (RNDE), agences de l'eau, Ifen-Eider 2003

La mise en place des paramètres de protection des captages d'eau potable

La qualité de l'eau distribuée est étroitement liée à la qualité de la ressource utilisée. La protection de la ressource passe par des actions générales d'amélioration de l'environnement sur l'ensemble du bassin versant et, de façon plus ciblée, la mise en place de périmètres de protection autour des captages d'eau. Quand la procédure est terminée, elle aboutit à la prise des arrêtés de DUP (déclaration d'utilité publique). On observe des disparités départementales, dues à des politiques et à des organisations administratives différentes ainsi qu'à la longueur des procédures.

L'EAU ET LA SANTÉ

L'indice biologique global normalisé (IBGN)

Indicateur qualitatif normalisé (NF 90-350), l'IBGN permet l'évaluation de la qualité de l'eau (matières organiques essentiellement) et des habitats des petits cours d'eau peu profonds. Il constitue une expression synthétique de la qualité biologique générale d'une station (c'est-à-dire la capacité du cours d'eau en cette station d'abriter une faune riche, abondante et diversifiée) toutes causes confondues. Il est basé sur la diversité et la qualité de la faune invertébrée benthique (insectes, crustacés, mollusques, etc.). Cette méthode n'est valable que pour les cours d'eau. L'indice, qui varie de 0 à 20, est calculé sur la base de la diversité des peuplements et de leur polluo-sensibilité. Les notes obtenues sont traduites en classes de qualité :

Note IBGN	Niveau de qualité
Plus de 16	Très bonne
Entre 13 et 16	Bonne
Entre 12 et 9	Passable
Entre 8 et 5	Mauvaise
Moins de 5	Très mauvaise

Pour interpréter l'indice, il faut tenir compte des causes naturelles de perturbation (habitats homogènes, rypisylve importante...) et des causes provoquées (dégradation du substrat par recalibrage du lit mineur, construction d'un barrage, marnage, pollutions...).

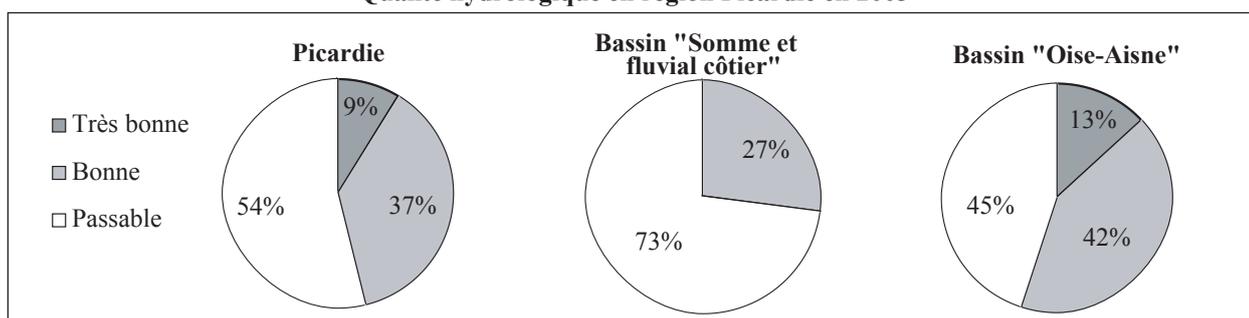
En Picardie, 57 stations sont suivies par la DIREN dans le cadre de réseaux patrimoniaux de connaissance. Elles se répartissent ainsi sur le territoire :

- 19 sur le bassin « Somme et fluvial côtier » (inclus dans le bassin Artois-Picardie) ;
- 38 sur le bassin « Oise-Aisne » (inclus dans le bassin Seine-Normandie).

En 2003, 54 % des stations picardes sont de qualité passable, 37 % sont de bonne qualité et seulement 9 % de très bonne qualité. Cependant, ces chiffres masquent des disparités selon le bassin. Le bassin « Somme et fluvial côtier » enregistre des résultats moins satisfaisants que le bassin « Oise-Aisne ». Alors que 13 % des stations échantillonnées sont de très bonne qualité et 42 % sont de bonne qualité dans le bassin « Oise-Aisne » ; elles ne sont que 27 % à être de bonne qualité dans le bassin « Somme et fluvial côtier » (et aucune n'est de très bonne qualité).

Par rapport aux années antérieures (2000-2001), la DIREN enregistre une légère amélioration de qualité biologique des cours d'eau estimée par cet indicateur, attribuée en partie à de meilleures conditions hydrologiques.

Qualité hydrologique en région Picardie en 2003



Source : DIREN Picardie

Les catastrophes naturelles : inondations, crues ou coulées de boue

En 2002, 23 communes picardes ont subi une catastrophe naturelle (inondations, crues ou coulées de boue). L'année 2001 reste marquée par les inondations de la vallée de la Somme d'une ampleur et d'une durée exceptionnelles. Ces chiffres sont extraits de *Dossiers n°37-2004*, (INSEE Picardie)

Nombre de communes ayant subi des catastrophes naturelles : inondations, crues ou coulées de boue

	Picardie	France
2000	173	2 277
2001	485	2 769
2002	23	827

Source : ministère de l'Écologie et du développement durable (DPPR, base Corinthe, traitement Ifen)

CONTEXTE NATIONAL

Depuis une trentaine d'années, la pollution atmosphérique a connu une évolution radicale. Les émissions de polluants liées au chauffage et aux activités industrielles (dioxyde de soufre) se sont réduites suite aux mesures de contrôle et à l'évolution des modes de production. Les émissions produites par les transports sont désormais au premier plan et les niveaux de polluants résultant de ces émissions (oxyde d'azote, ozone, particules fines) connaissent une évolution moins favorable. Les pointes hivernales de pollution acido-particulaire ont laissé la place à des pollutions plus complexes, riches en composés oxydants, en particules fines et en hydrocarbures, et aussi plus diffuses dans le temps et dans l'espace.

Certaines populations sont particulièrement sensibles aux effets de la pollution : les jeunes enfants (leur appareil respiratoire étant encore en développement), les personnes asthmatiques, celles souffrant de maladies respiratoires chroniques ou de maladies cardio-vasculaires.

La loi du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie a mis en avant le droit de chacun à respirer un air qui ne nuise pas à sa santé. Elle définit des seuils d'alerte. Lorsqu'ils sont dépassés, le préfet doit en informer le public et prendre les mesures d'urgence appropriées (encourager l'utilisation des transports en commun, etc.). L'indice ATMO, indice synthétique construit de manière quotidienne à partir des mesures de quatre indicateurs de pollution (dioxyde de soufre, oxyde d'azote, particules en suspension et ozone) donne une information sur la qualité de l'air. La surveillance de la qualité de l'air repose sur un réseau de 39 associations en France. De plus, le RNSA (Réseau national de surveillance aérobiologique) est une association chargée d'analyser le contenu de l'air en particules biologiques pouvant avoir un effet sur la santé dans le but d'établir des bulletins d'information sur le risque allergique liés aux pollens et aux moisissures présents dans l'air.

Des plans régionaux pour la qualité de l'air (PRQA) fixent des orientations permettant d'atteindre les objectifs de qualité de l'air fixés au plan national ou spécifiques à certaines zones.

Au niveau national, le plan national santé 2004-2008 vise à répondre à trois objectifs majeurs : garantir un air et une eau de bonne qualité, prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers et enfin mieux informer le public et protéger les populations sensibles (enfants et femmes enceintes). Concernant l'air, les actions devraient permettre de mieux connaître les déterminants de la qualité de l'air intérieur, réduire les émissions de particules diesel par les sources mobiles, promouvoir les modes de déplacements alternatifs, mieux prendre en compte l'impact sur la santé des projets d'infrastructure de transports, réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle, réduire les émissions d'oxyde d'azote des installations industrielles, réduire les émissions polluantes du secteur résidentiel tertiaire, etc.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

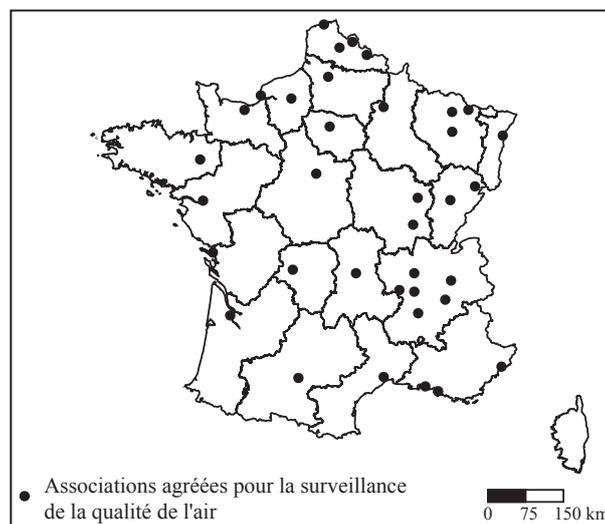
- Une association agréée pour la surveillance de la qualité de l'air : ATMO Picardie.
- Peu de dépassements de seuil en 2004 pour la pollution de l'air.
- En 2005, l'indice ATMO n'a pas indiqué une très mauvaise qualité de l'air.

● Hormis la Corse, une association agréée par région

Le dispositif de surveillance de la qualité de l'air repose sur un ensemble de 39 associations de surveillance de la qualité de l'air en France. À l'exception de la Corse, chaque région administrative en possède au moins une.

Ces associations agréées pour la surveillance de la qualité de l'air (AASQA) sont représentées par la fédération ATMO. Des sites fixes de mesure et des analyseurs, des préleveurs automatiques et des laboratoires mobiles contenant des analyseurs automatiques et des stations météorologiques couvrent le territoire.

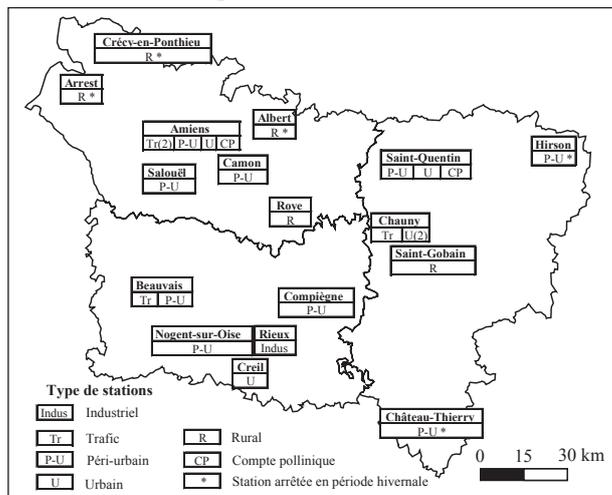
Réseau national de surveillance et d'information sur l'air en 2003



Source : ATMO

L'AIR ET LA SANTÉ

Le dispositif ATMO Picardie



Source : ATMO Picardie

Répartition des indices ATMO en 2005

	Amiens	Creil	Saint-Quentin
Très bon	10%	8%	9%
Bon	80%	78%	78%
Moyen	6%	9%	8%
Médiocre	4%	4%	5%
Mauvais	0%	1%	0%
	100%	100%	100%

Source : ATMO Picardie

Les dépassements de seuils en 2004 pour les trois principaux polluants (Décret N°98-360 du 6 mai 1998)

	O ₃	NO ₂	SO ₂
Seuil d'information et de recommandation			
Concentration en µm ³ /h	180	200	300
Nombre de dépassements	7	9	0
	2 stations 1 fois		
	1 station 2 fois	1 station 8 fois	
	1 station 3 fois	1 station 1 fois	
Seuil d'alerte			
Concentration en µm ³ /h	360	400 ou 200 *	500**
Nombre de dépassements	0	0	0

Source : ATMO Picardie

* pendant 2 jours et le 3^e jour en prévision

** pendant 3 heures consécutives

● Implantation des stations de mesures

Dans la région, ATMO Picardie rassemble 24 stations de mesures de la pollution atmosphérique classées en différentes catégories (industriel, trafic, péri-urbain, urbain et rural) et 3 stations météo. Enfin, 2 villes (Amiens et Saint-Quentin) disposent de capteurs de pollens.

● Une pollution de l'air modérée

L'indice ATMO est un indicateur journalier de la qualité de l'air pouvant être calculé pour les agglomérations de plus de 50 000 habitants. Il est défini en fonction des concentrations de particules en suspension (PM₁₀), dioxyde de soufre (SO₂), dioxyde d'azote (NO₂) et ozone (O₃). En 2005, l'indice est considéré comme bon ou très bon dans 90 % des cas pour la ville d'Amiens, 86 % des cas pour la ville de Creil et 87 % des cas pour la ville de Saint-Quentin. Dans 4 % à Amiens et 6 % des cas à Creil et à Saint-Quentin l'indice est considéré comme médiocre.

● Peu de dépassements de seuil en 2004

Trois polluants (le dioxyde de soufre SO₂, le dioxyde d'azote NO₂ et l'ozone O₃) sont considérés comme indicateurs majeurs de pollution atmosphérique. La loi n° 96-1236 du 30 décembre 1996 définit les seuils d'alerte en fonction des concentrations de polluants mesurés.

Le niveau d'information et de recommandation comprend des actions d'information de la population particulièrement sensible (enfants, personnes âgées, asthmatiques, insuffisants et allergiques respiratoires), ainsi que des recommandations et des mesures visant à réduire certaines des émissions polluantes. Le seuil correspond à un niveau de concentration de substances polluantes au-delà duquel une exposition de courte durée a des effets limités et transitoires sur la santé des personnes particulièrement sensibles.

ATMO a relevé 7 dépassements pour l'ozone et 9 pour le dioxyde d'azote pour le niveau d'information et de recommandation.

Le niveau d'alerte ne concerne plus seulement les personnes sensibles mais toute la population. Le seuil correspond à un niveau de concentration de substances polluantes au-delà duquel une exposition de courte durée présente un risque pour la santé humaine ou de dégradation de l'environnement.

Aucun seuil d'alerte n'a été dépassé en 2004 en Picardie.

● 2005 : une année calme en pollens

Les caractéristiques des pollens sont différentes d'une essence végétale à l'autre. Leur pouvoir allergisant dépend de l'importance de la pollinisation et de la sensibilité de la personne allergique (chacun disposant d'un seuil de sensibilité pour chaque pollen auquel il est allergique). L'allergie pollinique se manifeste sous forme de rhinite, conjonctivite, asthme ou gêne respiratoire.

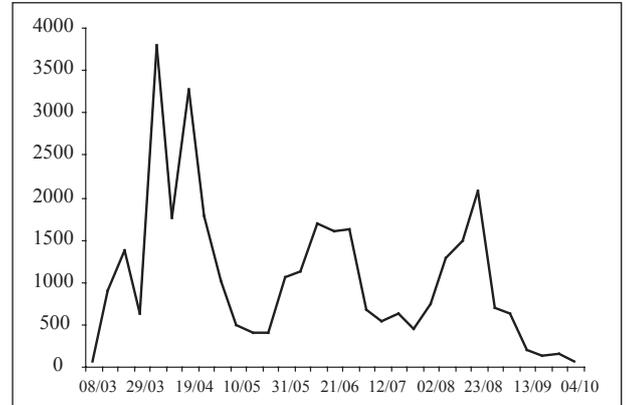
Le risque allergique est défini par le potentiel allergisant de chaque pollen. Toutefois un pollen sera considéré comme très allergisant uniquement dans les régions où il se trouve en abondance. En Picardie, les deux grands pollens responsables des symptômes polliniques sont le bouleau et le frêne apparaissant en mars/avril puis les pollens de graminées en juin.

Concernant l'année 2005, « les conditions climatiques hivernales qui ont duré jusqu'au mois de mars n'ont pas permis de pollinisation précoce des arbres. Par contre, dès le retour de températures plus clémentes, brutalement début avril, les pollens très allergisants de bouleau puis de frêne ont engendré des manifestations allergiques importantes. Accalmie de fin avril à début juin, poursuivie par un pic très élevé de pollens de graminées provoquant de nombreuses rhino-conjonctivites. L'été, plutôt calme et maussade sur la région, n'a pas été à l'origine de symptômes importants dus aux pollens ».

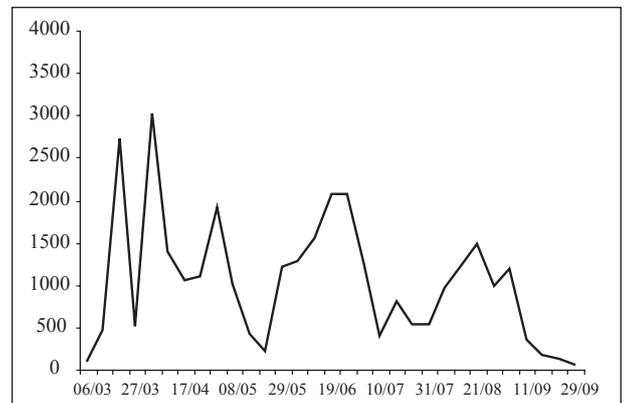
extrait de « *Quel air est-il ? Bilan chiffré 2005* », ATMO Picardie

Surveillance aéro-pollinique de l'air en 2005 (Unité : gr/m³)

à Amiens



à Saint-Quentin



Source : ATMO Picardie

Les principaux polluants et leurs effets sur la santé

Le dioxyde de soufre (SO₂) émis par la combustion des fiouls, gazoles et charbons, est lié essentiellement au chauffage et aux activités industrielles. C'est un gaz irritant. Il est associé à une altération de la fonction pulmonaire chez les enfants et à une exacerbation des symptômes respiratoires aigus chez l'adulte (toux, gêne respiratoire).

Les oxydes d'azote (NOx) sont émis par des combustions à hautes températures, notamment par les moteurs des véhicules. Parmi ces oxydes d'azote, le NO₂ est un gaz irritant qui pénètre dans les plus fines ramifications des voies respiratoires provoquant une hyper-réactivité bronchique chez les patients asthmatiques et un accroissement de la sensibilité des bronches aux infections chez l'enfant.

Les particules fines en suspension sont dues aux activités de combustion industrielle, chauffage, incinération et circulation automobile. Elles peuvent pénétrer jusqu'aux voies respiratoires inférieures, véhiculant à leur surface d'autres polluants potentiellement toxiques.

L'ozone (O₃) est un constituant normal de l'air, mais il est aussi formé dans l'atmosphère à partir des composés organiques volatils et des oxydes d'azote, sous l'effet du rayonnement solaire. L'ozone de la basse atmosphère provoque des irritations oculaires, de la toux et une altération de la fonction pulmonaire, surtout chez les enfants et les patients asthmatiques. Ses effets sont majorés par l'exercice physique.

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz incolore et inodore résultant de la combustion incomplète des composés carbonés. Il provient essentiellement du transport routier et de certains procédés industriels. Il présente une grande affinité pour l'hémoglobine avec laquelle il forme la carboxyhémoglobine causant un défaut d'oxygénation des organes (cerveau, cœur...).

Le plomb (Pb) atmosphérique provient de l'essence et se fixe aux particules en suspension. C'est un toxique nerveux, hématologique et rénal.

Les hydrocarbures et autres composés organiques volatils non méthaniques sont libérés par évaporation ou formés lors de la combustion, notamment des carburants. Leurs effets sur la santé vont d'une gêne olfactive à une irritation et une diminution de la fonction respiratoire, certains (benzène) ayant des effets cancérigènes.

Les pollens sont des aéro-contaminants biologiques à l'origine de réactions allergiques de l'appareil respiratoire (rhinites allergiques, asthme...). Les polluants chimiques, notamment l'ozone, peuvent abaisser le seuil de sensibilité à ces allergènes.

L'AIR ET LA SANTÉ

À la demande du ministère chargé de l'Environnement, le CITEPA (Centre interprofessionnel technique d'études de la pollution atmosphérique) assure la fonction de centre national de référence des émissions dans l'air. À ce titre, il détermine les quantités rejetées dans l'atmosphère provenant de différentes sources pour diverses substances. Les émissions sont estimées à partir d'une méthodologie reconnue basée sur le principe développé dans le système CORINAIR par l'Agence européenne pour l'environnement et largement utilisée en Europe.

● Acidification, eutrophisation et pollution photochimique

Émis essentiellement lors de la combustion ou de la transformation de combustibles soufrés (comme le charbon ou le soufre), le **SO₂ ou dioxyde de soufre** est généré principalement par les secteurs de la transformation d'énergie et de l'industrie. Dans les régions disposant de raffineries et de centrales thermiques, les émissions de SO₂ sont élevées. Dans les régions n'en disposant pas, mais présentant un tissu industriel important, les émissions proviennent essentiellement du secteur de l'industrie. La Picardie présente la 10^e production la plus élevée de métropole (2,47 % de l'ensemble des émissions).

Les émissions de **NOx ou oxyde d'azote** sont majoritairement dues au transport routier, puis au secteur de l'industrie. La Picardie occupe de même une place moyenne dans le classement des régions les plus émettrices.

Outre les sources biotiques (composés organiques émis par les forêts), les émissions de **COVNM** proviennent du transport routier et de l'industrie. En Picardie, la part du secteur biotique est faible. L'agriculture et surtout l'élevage sont responsables de la majorité des émissions de **NH₃** (98 % en Picardie). Les régions agricoles sont donc les plus concernées.

Enfin, le **CO ou monoxyde de carbone** provient majoritairement du transport routier, puis des secteurs de l'industrie et du résidentiel/tertiaire.

● Gaz à effet de serre

Les émissions de **CO₂ ou dioxyde de carbone** sont principalement dues aux secteurs de la transformation d'énergie, industriel, résidentiel et transport routier. Les secteurs agriculture et sylviculture sont responsables de plus de la moitié des émissions de **CH₄ ou méthane** (par la fermentation entérique et les déjections animales). Les trois quarts des émissions de **N₂O ou protoxyde d'azote** proviennent du secteur agricole (apports azotés sur les sols cultivés). Le secteur résidentiel/tertiaire est le principal émetteur de **HFC ou hydrofluorocarbures** (réfrigération, utilisation d'aérosols etc.). Le secteur industriel rejette la totalité des émissions de **PFC ou perfluorocarbures**. Enfin, les émissions de **SF₆ ou hexafluorure de soufre** proviennent également du secteur industriel mais aussi du secteur de transformation d'énergie.

Émissions atmosphériques en Picardie en 2000 : quantité et répartition par secteur

	SO ₂	NOx	COVNM*	NH ₃	CO
Émissions totales	15 018 t	50 052 t	81 981 t	24 086 t	220 225 t
% de la région dans France	2,47%	3,60%	2,78%	3,06%	3,27%
rang**	10e	14e	20e	13e	14e
en kg par habitant	8,05	26,8	43,9	12,9	118
rang**	9e	8e	18e	14e	12e
en kg par hectare	7,74	25,8	42,3	12,4	114
rang**	11e	10e	15e	9e	7e
Répartition par secteur d'activité					
transformation d'énergie	5%	1%	1%	0%	0%
industrie manufacturière	72%	13%	29%	0%	13%
résidentiel/tertiaire	12%	6%	15%	0%	30%
agriculture et sylviculture	4%	20%	11%	98%	13%
transport routier	6%	57%	20%	2%	42%
autres transports	1%	3%	1%	0%	2%
sources biotiques	0%	0%	21%	0%	0%

Source : CITEPA / Format départements – mise à jour de février 2005
« Inventaire départementalisé des émissions de polluants atmosphériques en France en 2000 »

* émissions de COVNM (composés organiques volatils non méthaniques) des sources biotiques (forêts) incluses

** parmi les régions métropolitaines les plus émettrices

Émissions de gaz à effet de serre en Picardie en 2000 : quantité et répartition par secteur

	CO ₂ *	CH ₄ *	N ₂ O	HFC	PFC	SF ₆
Emissions totales	15 559 kt	97 679 t	10 654 t	141 t	0,46 t	1,08 t
% de la région dans France	3,13%	3,09%	4,00%	3,81%	0,22%	1,38%
rang**	15e	16e	14e	12e	15e	12e
par habitant	8,34 t	52,4 kg	5,71kg	75,5g	0,25g	0,58g
rang**	14e	13e	13e	3e	22e	22e
par hectare	8,02 t	50,4 kg	5,49kg	72,6g	0,24g	0,56g
rang**	9e	10e	8e	7e	15e	17e
Répartition par secteur d'activité						
transformation d'énergie	2%	3%	0%	0%	0%	54%
industrie manufacturière	23%	30%	18%	11%	100%	46%
résidentiel/tertiaire	23%	6%	1%	53%	0%	0%
agriculture et sylviculture	18%	55%	75%	0%	0%	0%
transport routier	31%	1%	4%	34%	0%	0%
autres transports	1%	0%	0%	2%	0%	0%
sources biotiques	0%	5%	2%	0%	0%	0%
autres indifférenciés	1%	0%	0%	0%	0%	0%

Source : CITEPA / Format départements – mise à jour de février 2005
« Inventaire départementalisé des émissions de polluants atmosphériques en France en 2000 »

*hors puits

** parmi les régions métropolitaines les plus émettrices