

PROJET REGIONAL DE Santé
Champagne-Ardenne
2012-2016

| Avril 2012 |

| PSRS |

PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ

ars
Agence Régionale de Santé
Champagne-Ardenne

SOMMAIRE

Introduction ... **3**

Chapitre 1 - Le contexte du Plan Stratégique Régional de Santé ... **4**

1 - Le Projet Régional de Santé ... 4
2 - Les 3 priorités nationales pour l'élaboration des projets régionaux de santé ... 4
2.1 - Améliorer l'espérance de vie en bonne santé ... *5*
2.2 - Promouvoir l'égalité devant la santé ... *5*
2.3 - Développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient ... *5*
3 - Le cadre de référence du Projet Régional de Santé de Champagne-Ardenne ... 6
3.1 - Le modèle de santé et ses déterminants ... *6*
3.2 - Les besoins de santé ... *7*

Chapitre 2 - La définition et la méthodologie d'élaboration du PSRS ... **8**

1 - La présentation du PSRS ... 8
2 - La méthodologie d'élaboration du PSRS ... 8
2.1 - La collecte et la mise en forme des données pour le diagnostic partagé ... *9*
2.2 - Les groupes de travail thématiques et les forums départementaux ... *9*

Chapitre 3 - Le diagnostic partagé ... **11**

1 - Le contexte général de la région Champagne-Ardenne ... 11
1.1 - Du point de vue géo-démographique ... *11*
1.2 - Du point de vue socio-économique ... *11*
1.3 - Du point de vue de l'état de santé, des indicateurs défavorables ... *12*
1.4 - Une évolution préoccupante de l'offre de santé ... *13*
2 - Des problématiques spécifiques ... 15
3 - Des atouts et des leviers ... 17

Chapitre 4 - Les priorités et objectifs ... **19**

1 - La définition des priorités et des objectifs ... 19
2 - Les 15 priorités ... 20
3 - Les priorités et objectifs spécifiques par domaine d'action ... 21
4 - Les enjeux transversaux et leurs objectifs ... 30
4.1 - Relever le défi de la démographie des professionnels de santé ... *30*
4.2 - Développer l'accompagnement et le soutien aux aidants ... *30*
4.3 - Améliorer l'accès aux professionnels, établissements et services de santé ... *30*
4.4 - Développer la coordination, l'articulation, les réseaux ... *31*
4.5 - Améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge ... *31*
4.6 - Développer la prévention tout au long de la vie ... *32*
4.7 - Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé ... *32*
4.8 - Garantir le respect des droits des usagers ... *32*
4.9 - Favoriser la coordination avec les politiques publiques ayant un impact sur la santé (environnemental, logement, éducation, travail, …) ... *33*

Chapitre 5 - La poursuite de l'élaboration du PRS ... **34**

1 - La traduction opérationnelle du PSRS dans les schémas et les programmes ... 34
2 - La stratégie pour le suivi et l'évaluation du PRS ... 34
2.1 - Le suivi du PRS ... *34*
2.2 - L'évaluation du PRS ... *35*

Glossaire ... **36**

Annexes ... **37**

Introduction

Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) est la première composante du Projet Régional de Santé (PRS) institué par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009.

Le PSRS participe à l'approche résolument novatrice du PRS.

Les principes qui guident l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans l'exercice de ses missions orientent son élaboration, comme pour le PRS dans son ensemble.

⇒ En quoi le projet régional de santé, dans lequel entre le plan stratégique régional de santé, est-il novateur ?

La loi HPST indique que « le Projet Régional de Santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre ; il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues dans les lois de finances et les lois de financement de la Sécurité Sociale » (art. L.1434-1 du CSP).

L'élaboration et la mise en œuvre du PRS traduisent la nouvelle structuration du pilotage régional de la santé. Au cadre incomplet et cloisonné de régulation existant antérieurement, la loi HPST substitue un cadre élargi et transversal, le Projet Régional de Santé, commun à tous les acteurs de la santé, de la prévention, et du secteur médico-social et à tous les niveaux territoriaux (régional et local).

⇒ Quels sont les principes qui guident l'ARS dans l'élaboration du projet régional de santé ?

La loi HPST (art. L.1431-1 du CSP), établit les principes fondamentaux sur lesquels l'ARS fonde l'accomplissement de ses missions :

- le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie ;
- l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire ;
- la continuité, la coordination et la qualité des soins ;
- le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux ;
- Le respect mutuel des personnes ;
- la protection des plus fragiles, et particulièrement des catégories de personnes « à risque » : l'enfance, les personnes handicapées, les personnes âgées et les personnes en situation d'exclusion. L'accès à la prévention et aux soins de ces catégories de personnes constitue un objectif prioritaire de la politique de santé ;
- la responsabilité de l'Etat pour la définition des objectifs en matière de santé ;
- la collaboration de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes de Sécurité Sociale, des établissements et des associations d'usagers ;
- de la part de chacun, le bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'Assurance Maladie.

C'est dans le cadre ainsi rappelé que la proposition du PSRS de Champagne-Ardenne, soumise aux consultations réglementaires, a été élaborée. La suite du document en fait la présentation.

Chapitre 1 - Le contexte du Plan Stratégique Régional de Santé

1 - Le Projet Régional de Santé

Le Projet Régional de Santé détermine la stratégie de santé de l'Agence régionale de santé pour 5 ans.

Prenant en compte les besoins de santé de la population au niveau régional et intra-régional ainsi que les priorités et les objectifs de la politique nationale de santé, le PRS sera la « feuille de route » de l'ARS pour les années 2012-2016.

Le Projet Régional de Santé comporte :

- un plan stratégique régional de santé ;
- trois schémas régionaux sectoriels qui organisent les activités et les services. Ils déterminent en particulier les mesures conformes aux objectifs du plan stratégique dans l'ensemble des domaines d'action de l'ARS : prévention, organisation des soins (volet établissements de santé et volet ambulatoire) et organisation médico-sociale ;
- cinq programmes qui déclinent les modalités d'application de ces schémas régionaux. Ces programmes sont les suivants :
    - programme régional de gestion du risque (PRGDR) ;
    - programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) ;
    - programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) ;
    - programme de développement de la télémédecine ;
    - programmes territoriaux de santé qui déclinent le Projet Régional de Santé pour chacun des territoires de référence.

2 - Les 3 priorités nationales pour l'élaboration des projets régionaux de santé

Trois priorités nationales transversales ont été retenues par le comité national de pilotage des ARS pour l'élaboration des projets régionaux de santé :

- améliorer l'espérance de vie en bonne santé
- promouvoir l'égalité devant la santé
- développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient

Ces priorités, communes à tous les domaines d'action des ARS, qu'ils soient thématiques (handicap et vieillissement, risques sanitaires, périnatalité et petite enfance, maladies chroniques, santé mentale) ou par champ d'action (prévention, organisation des soins, organisation de l'offre médico-sociale), ont vocation à structurer les plans stratégiques régionaux de santé.

2.1 - Améliorer l'espérance de vie en bonne santé

Cette amélioration passe principalement par la prévention, c'est-à-dire l'action sur les déterminants de santé. C'est en effet là que résident à l'heure actuelle les marges de progrès les plus importantes pour réduire la mortalité prématurée[1].

Les travaux français et internationaux sur les inégalités de santé montrent l'influence prépondérante des déterminants macro-sociaux, économiques et culturels sur l'état de santé des populations, plus forte que celle des comportements personnels ou des soins médicaux.

La politique de santé doit ainsi favoriser la préservation de la santé et de l'autonomie des personnes, notamment en facilitant la création de conditions favorables à la participation active de chacun à sa propre santé. Intervenir sur les déterminants-clés de la santé que sont les environnements physiques, les environnements sociaux ou les comportements, relève de la promotion de la santé, en lien avec un ensemble d'acteurs situés, en grande partie, dans d'autres secteurs que le secteur sanitaire.

2.2 - Promouvoir l'égalité devant la santé

L'ambition est de réduire les inégalités de santé entre groupes sociaux, entre territoires et entre hommes et femmes. La France est en effet confrontée à cette situation paradoxale selon laquelle l'espérance de vie à la naissance est parmi les plus élevées en Europe tandis que les inégalités sociales de santé sont aussi parmi les plus importantes.

Ces inégalités vont bien au-delà du constat d'un état de santé dégradé pour les personnes les plus démunies. Elles traversent l'ensemble de la population et font parler de « gradient social de santé ». Commençant très souvent dès l'enfance, elles entraînent une accumulation de pertes de chance sur le plan de la santé et renvoient à des déterminants sociaux (conditions de travail, de vie, qualité des liens sociaux, éducation…) qui ont un impact important sur la fréquence des expositions à des facteurs de risque et des comportements « à risque », mais aussi sur l'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins.

Les réponses nécessitent d'agir aussi précocement que possible vis-à-vis des manifestations des inégalités, en termes de comportements à risque, de morbidité, ou d'utilisation des services de santé. Mais elles se situent également en amont, dans l'action coordonnée sur l'ensemble des secteurs qui jouent un rôle sur leur constitution : habitat, transport, éducation, alimentation, conditions de travail, cadre de vie …

2.3 - Développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient

La politique nationale de santé mise en œuvre dans chaque région doit viser à préserver, voire améliorer, le niveau global de santé et la qualité du système de santé français, dans sa double composante préventive et curative.

La capacité à répondre aux attentes de la population, en qualité et en rapidité, et la protection contre les conséquences économiques de la maladie sont, avec l'espérance de vie et la mortalité infantile, les critères principaux sur la base desquels l'OMS avait classé la performance du système de santé Français au premier rang mondial. Cependant, l'accroissement des dépenses liées à la santé met progressivement en péril la soutenabilité de ce système.

[1] Décès survenant avant l'âge de 65 ans.

L'ensemble du Projet Régional de Santé doit traduire la recherche d'efficience du système de santé. Dans les différents domaines couverts par l'action des ARS, les potentiels les plus importants d'amélioration se trouvent souvent au niveau de l'organisation des services de santé, de leur coordination, en intégrant les éléments de prévention, de prise en charge ambulatoire et hospitalière et accompagnement médicosocial. Il s'agit ainsi d'assurer des réponses coordonnées aux besoins de la population, d'utiliser au mieux les ressources humaines et les structures disponibles et de promouvoir les meilleures pratiques.

3 - Le cadre de référence du Projet Régional de Santé de Champagne-Ardenne

Le Projet Régional de Santé de Champagne-Ardenne fait référence aux concepts de base décrits ci-dessous.

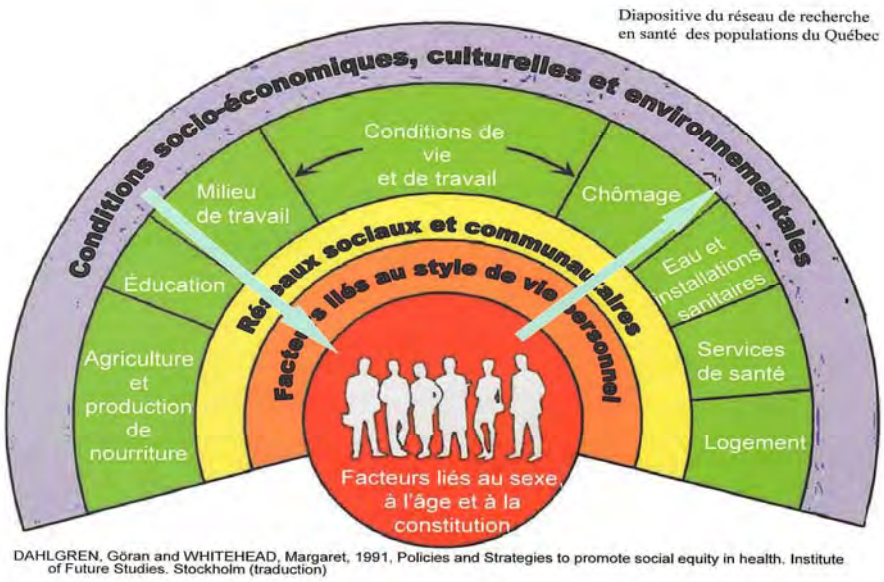
3.1 - Le modèle de santé et ses déterminants

Le Projet Régional de Santé reflète une vision moderne de la santé et de l'autonomie, plus proche de la réalité et de sa complexité, s'intéressant notamment aux restrictions d'activité et de participation sociale des individus. Il repose sur un concept de santé qui s'écarte du modèle biomédical et fait référence à des modèles pluridimensionnels de santé, porteurs de transversalité et d'intersectorialité.

Ces modèles fondés sur les déterminants de santé, tel que celui de DAHLGREN et WHITEHEAD[2], replacent les individus dans leur environnement : famille, entourage proche, milieu de vie (école, entreprise, quartiers…), société toute entière. Au-delà des caractéristiques propres aux individus, comme le genre ou l'âge, ces modèles écologiques de la santé montrent la multiplicité des facteurs qui jouent sur la santé, dans un sens néfaste (facteurs de risque) ou au contraire bénéfique (facteur de protection), et leurs interrelations.

Ils soulignent l'intérêt d'approches intersectorielles au sein de l'ARS et en dehors. Les actions qui en découleront seront ainsi plus efficaces car elles prendront en compte les différents paramètres de la santé, de façon convergente et synergique.

[2] DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies. Stockholm : in réseau de recherche en santé des populations du Québec.



3.2 - Les besoins de santé

Le concept de besoin de santé décrit l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité. Sa traduction en termes de « gain en santé » conduit à identifier 4 situations de gain potentiel : pour les individus qui n'accèdent pas à la prestation de santé voulue, pour ceux qui reçoivent une prestation de santé inefficace ou inefficiente, ou encore inappropriée.

La notion de « besoin » doit être distinguée de celle de « demande » dans la mesure où un besoin ne s'accompagne pas nécessairement de son expression par l'individu et/ou la population concernés ; de son côté, l'expression d'un besoin ressenti par l'individu ou le groupe social peut ne pas correspondre à un besoin diagnostiqué par les professionnels de santé.

L'objectivation des besoins passe par leur quantification (fréquence) et leur qualification (gravité). Il faut toutefois prendre garde au fait que certains besoins ne sont pas fréquents mais sont le reflet d'une vulnérabilité qui va de pair avec une inégalité d'accès aux soins.
Une fois le besoin qualifié et quantifié, il convient d'étudier sa justification du point de vue de l'action à entreprendre avec une question sous-jacente : le décideur, le planificateur doit-il répondre à tous les besoins exprimés ?

Chapitre 2 - La définition et la méthodologie d'élaboration du PSRS

1 - La présentation du PSRS

Le Plan Stratégique Régional de Santé constitue le premier volet du PRS.
Il définit les priorités de santé de la région et détermine les objectifs permettant de décliner ces priorités. Etape essentielle dans la construction du Projet Régional de Santé, l'identification des priorités permet de concentrer les ressources disponibles sur les problèmes les plus importants et de donner une plus grande visibilité à la politique de santé publique.

Le PSRS est commun à tous les secteurs de la santé pour lesquels l'ARS est compétente. Aux termes de l'article R.1434-2 du code de la santé publique, le PSRS contient *:*

1° Une évaluation des besoins de santé et de leur évolution, tenant compte de la situation démographique, de l'état de santé de la population et des données sur les risques sanitaires, des inégalités sociales et territoriales de santé, des données régionales en matière de santé et de handicap ;

2° Une analyse de l'offre et de son évolution prévisible dans les domaines de la prévention, du soin et de la prise en charge de la perte d'autonomie ;

3° Les objectifs fixés en matière :
- a) de prévention ;
- b) d'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé ;
- c) de réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, notamment en matière de soins ;
- d) de qualité et d'efficience des prises en charge ;
- e) de respect des droits des usagers ;

4° Les mesures de coordination avec les autres politiques de santé, notamment dans les domaines de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la santé en milieu scolaire et universitaire et de la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion ;

5° L'organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional de santé.

Le PSRS est élaboré à partir d'un diagnostic partagé sur les questions relatives à la santé dans la région.

2 - La méthodologie d'élaboration du PSRS

Pour préparer cette première étape de réalisation du diagnostic partagé, l'ARS de Champagne-Ardenne a opté pour l'actualisation du diagnostic de l'état de santé de la population champardennaise réalisé en 2005 par l'Observatoire Régional de la Santé de Champagne-Ardenne (ORS CA).

Pour réaliser ces travaux, un groupe projet transversal, interne à l'ARS, a procédé à une collecte de données avec l'appui de l'ORS CA.

Le calendrier des différentes étapes d'élaboration est présenté en annexe 1.

2.1 - La collecte et la mise en forme des données pour le diagnostic partagé

Afin de permettre l'élaboration du PSRS pour début 2011, la démarche a été résolument pragmatique, privilégiant la valorisation des informations existantes disponibles au niveau régional et, dans toute la mesure du possible, au niveau départemental. La possibilité de confronter ces valeurs régionales et départementales avec des données nationales a été systématiquement recherchée afin de pouvoir «situer» les données locales.
Les données du diagnostic 2005 ont été mises à jour par l'ORS CA avec les valeurs les plus récentes afin de prendre en compte la dynamique de ces indicateurs.

Le champ couvert par le diagnostic a été volontairement large, allant des indicateurs démographiques, socio-économiques, épidémiologiques, sociologiques, environnementaux aux indicateurs d'offre de services, d'équipements, d'activité … Ainsi, les informations collectées proviennent de l'ARS (ou des structures dont elle est issue) ainsi que des nombreuses institutions et structures productrices de données de santé, qu'elles soient nationales ou locales et relevant du champ sanitaire, médico-social ou social (INSERM, InVS, INCa, INSEE, services de l'Etat, Collectivités territoriales, MDPH,…).

Les données, arrêtées au 30 septembre 2010, ont été structurées en 11 fiches thématiques (voir en annexe 6.2).

Fiche 1 : Démographie

Fiche 2 : Données Sociales

Fiche 3 : Mortalité

Fiche 4 : Morbidité et déterminants de santé

Fiche 5 : Santé Mère-Enfant

Fiche 6 : Santé des jeunes

Fiche 7 : Santé des Personnes Agées

Fiche 8 : Santé des Personnes Handicapées

Fiche 9 : Offre de soins ambulatoire

Fiche 10 : Offre de soins établissements de santé

Fiche 11 : Santé Environnement

Un constat s'impose : malgré la quantité de données rassemblées, certains domaines (notamment sur le champ médico-social) sont mal couverts et les données sont souvent non synthétisées ou mal structurées.

2.2 - Les groupes de travail thématiques et les forums départementaux

Pour analyser ces données quantitatives et les enrichir au plan qualitatif, un groupe de travail multidisciplinaire a été mis en place dans chacun des 5 domaines stratégiques suivants :

- Handicap et vieillissement
- Risques sanitaires
- Périnatalité et petite enfance
- Maladies chroniques et leurs déterminants
- Santé mentale (incluant la souffrance psychique, la question des addictions et la santé des jeunes)

Les groupes thématiques, qui ont réuni au total 111 personnes, étaient constitués par :

- des membres issus de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) (50 personnes) ;
- des membres issus des Commissions de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention et de l'organisation médico-sociale (19 personnes) ;
- des experts désignés par l'ARS (42 personnes).

Ces groupes étaient animés par l'ARS, appuyée par un conseiller scientifique, expert du domaine.

La réflexion des groupes a été séquencée en 3 réunions, organisées au dernier trimestre 2010 :

- Dans un premier temps, chaque groupe s'est approprié les éléments de constat collectés par l'ARS et l'ORS CA, et consignés dans les 11 fiches thématiques.
Les membres du groupe ont analysé ces données quantitatives et ont apporté leur connaissance et leur expérience du domaine. Le groupe a dégagé de cette analyse 3 à 4 priorités (besoins à couvrir et réponses à y apporter) dans le domaine concerné en précisant les arguments de son choix ;

- dans un second temps, conformément aux préconisations nationales (article R.1434-2 du CSP), les priorités identifiées à la première étape ont été traduites en objectifs ;

- dans une troisième phase, ces travaux ont été enrichis par le contenu des débats publics menés dans les forums départementaux (cf ci-dessous).

Les restitutions des travaux des groupes sont présentées en annexe 3.

L'ARS a assuré la transversalité entre les différents groupes.

Quatre forums départementaux ont été organisés pour présenter, dans le cadre de réunions publiques (participation libre), les réflexions des groupes de travail thématiques et recueillir les remarques et avis de l'assistance.

Les forums se sont déroulés :

- dans la Marne, à Châlons-en-Champagne, le 30 novembre 2010,
- dans l'Aube, à Troyes, le 2 décembre 2010,
- en Haute Marne, à Chaumont, le 6 décembre 2010,
- dans les Ardennes, à Charleville-Mézières le 6 janvier 2011.

Ils ont réuni dans chacune de ces villes une centaine de personnes. Selon les villes l'assistance étaient sociologiquement différentes :

- à Châlons-en-Champagne, elle était composée avant tout de représentants des associations de patients et de professionnels de santé,
- à Troyes, les professionnels de santé étaient très majoritaires,
- à Chaumont, les professionnels de santé étaient majoritaires, quelques élus étaient présents,
- à Charleville-Mézières, l'assistance était composée avant tout de représentants d'associations de patients et d'usagers mais également de quelques professionnels de santé. Des élus étaient également présents.

Les débats, animés et fructueux, ont fait émerger à chaque fois un certain nombre de propositions (Voir les apports des forums en annexe 4).

Chapitre 3 - Le diagnostic partagé[3]

1 - Le contexte général de la région Champagne-Ardenne

Les données, et notamment celles relatives à l'offre de santé, seront actualisées et complétées dans le cadre de l'élaboration des schémas d'organisation.

1.1 - Du point de vue géo-démographique

❖ **La région est vaste, faiblement peuplée avec une empreinte rurale et un vieillissement marqués.**

Au 1er janvier 2007 :

- Etendue géographique de la région : 25 605 km², avec une densité de population de 52 hab. / km².

- 29% des champardennais vivent dans des espaces à dominante rurale, contre 18 % en France métropolitaine. Au niveau départemental, il existe de fortes disparités :

46,6 % en Haute Marne
33,6 % dans les Ardennes
32,4 % dans l'Aube
19,1% dans la Marne

- Un indice de vieillissement[4] un peu supérieur dans la région par rapport à la France (67,7 vs 67,4), avec, ici aussi, de fortes disparités intra régionales : l'indice est de 84,4 dans la Haute Marne, 72,2 dans l'Aube, 66,3 dans les Ardennes et 61,1 dans la Marne.

- 4/5 des personnes de plus de 85 ans vivent à leur domicile, la moitié sont seules et un tiers vivent dans une commune rurale.

- A l'horizon 2030, la population des personnes de 80 ans et plus devrait augmenter de 25%. Elles seront alors près de 100 000, faisant un enjeu majeur du maintien de l'autonomie de cette population, notamment lorsqu'elle vit à domicile.

1.2 - Du point de vue socio-économique

❖ **La région, de tradition industrielle est fortement impactée par la crise. La prise en compte de la précarité doit être une préoccupation majeure.**

[3] Les chiffres et indicateurs cités dans cette partie ont été extraits des fiches établies par l'ORS de Champagne Ardenne (fiches que l'on retrouve à l'annexe 6-2). Les sources de ces données sont mentionnées dans chacune de ces fiches.
[4] Personnes de plus de 65 ans rapportées aux moins de 20 ans.

- Avec 22 % des salariés employés par l'industrie et 19 % de la valeur ajoutée produite par le secteur industriel, la Champagne-Ardenne est la 4ème région la plus industrialisée de France.

- En 2008, le revenu médian est inférieur de 5,1 % à celui de la France métropolitaine.

- Au premier trimestre 2010, la Champagne-Ardenne se place au 15ème rang national pour son taux de chômage (9,7 % contre 9,5% au niveau national), notamment pour les femmes (13,8% vs 12,3% en France).

Le département des Ardennes est le plus touché par le chômage, pour les hommes comme pour les femmes : au 4ème trimestre 2009, le taux était de 12,3 % (contre 8, 8 % pour la Marne).

- Une surreprésentation des ménages ouvriers et une plus grande proportion de foyers fiscaux non imposés (En 2008, la proportion de foyers fiscaux non imposés était de 46,8% dans la région contre 44,5% en France).

- Un niveau de formation inférieur à la moyenne nationale : 44,7% des champardennais de plus de 15 ans n'ont aucun diplôme, ou seulement le CEP ou le BEPC.

1.3 - Du point de vue de l'état de santé, des indicateurs défavorables

❖ **L'espérance de vie est plus courte.**

- L'espérance de vie à la naissance dans la région est inférieure à la moyenne nationale :

En 2007, elle était, chez les hommes, de 76 ans contre 77,4 ans au niveau national, et chez les femmes de 83,5 ans contre 84,4 ans.

La Haute Marne et les Ardennes ont les indicateurs les plus défavorables :

- espérance de vie à la naissance des hommes en Haute Marne : 75,1 ans ; Ardennes : 75,7 ; Marne : 76,1 ; Aube : 76,6.
- espérance de vie à la naissance des femmes en Haute Marne et dans les Ardennes: 83,2 ans ; Marne : 83,6 ; Aube : 83,7.

❖ **La mortalité prématurée[5] est plus forte, notamment sur la partie évitable.**

Sur la période 2005-2007 :

- Les décès prématurés représentaient 28,8 % des décès chez les hommes dans la région contre 27,3 % en France et 13,7 % chez les femmes contre 13,3 % en France.

- En Champagne-Ardenne, sur l'ensemble des décès, 13,4 % étaient évitables.

❖ **La mortalité infantile est plus élevée**

[5] Décès survenant avant l'âge de 65 ans.

En 2006-2008, 4,3 décès p. 1000 naissances vivantes (France : 3,6).

1.4 - Une évolution préoccupante de l'offre de santé

❖ **Sur le plan de la démographie des professionnels de santé, la situation actuelle, déjà défavorable, menace de très fortement se dégrader**

Une densité de médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et de paramédicaux, inférieure à la moyenne nationale :

Au 1er janvier 2009 :

Médecins généralistes : 125 / 100 000 hbts. en Champagne-Ardenne (CA) contre 134 / 100 000 en France, 31 % ayant plus de 55 ans.

La Marne est le département dont la densité est la plus forte avec 132/100000 habitants. Pour les autres départements, les données sont les suivantes :

- Aube : 113/100000
- Haute Marne : 119/100000
- Ardennes : 126/100000

Chirurgiens-dentistes : 5,7 /100 000 hbts en CA contre 6,6 /100 000 en France.

Pharmaciens : 11,1 /100 000 hbts en CA contre 11,9 /100 000 en France.
En Champagne-Ardenne, 64 % des pharmaciens ont plus de 55 ans (contre 26 % en France)

Infirmiers : 762/100 000 hbts en CA contre 817/100 000 en France.

Masseurs-Kinésithérapeutes : 7,5 /100 000 hbts en CA contre 10,8 /100 000 en France.

- Parmi les spécialistes, des écarts significatifs entre la densité régionale et la densité nationale sont à relever pour les professionnels suivants :

- Psychiatres : 12,6/100 000 hbts en CA contre 21,3/100 000 en France ;
- Pédiatres : 7,7/100 000 hbts en CA contre 11,2/100 000 en France ;
- Ophtalmologistes : 5,5/100 000 hbts en CA contre 9/100 000 en France ;
- Cardiologues : 6,9/100 000 hbts en CA contre 10/100 000 en France ;
- Radiologues : 9,9/100 000 hbts en CA contre 12,7/100 000 en France ;

- Anesthésistes réanimateurs : 13,5/100 000 hbts en CA contre 16,9/100 000 en France.

- Sur la médecine scolaire :

- 30 % des postes de médecins scolaires sont vacants.

Les projections de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé, tablent dans leur scénario de référence, sur une diminution continue du nombre de médecins en France jusqu'à la fin de cette décennie. Le renversement de tendance ne s'opérerait qu'à partir de 2020.

❖ **Sur le plan économique, avec des établissements fragilisés par la mise en place de la T2A.**

En 2010, le déficit cumulé des établissements publics de santé en Champagne Ardenne s'est élevé à 28 millions d'euros.

❖ **Sur le plan médico-social, des disparités d'équipements, un développement insuffisant des services et une offre atomisée.**

En matière d'équipements pour personnes âgées, au 1er janvier 2010 :

- En Champagne-Ardenne, le taux d'équipement en places autorisées d'hébergement médicalisé pour personnes âgées était de 117,4 pour 1000 habitants de 75 ans et plus (c/ 113,5 en France).
- Une forte disparité entre les Ardennes (102,7) et l'Aube (132,1).

- Pour les équipements en places de services de soins infirmiers à domicile, le taux était de 20,2 contre 19,6 en France.
- En Haute-Marne, le taux était de 22,3 contre 18,4 dans la Marne.

En matière d'équipements pour personnes handicapées, au 1er janvier 2010 :

- Le taux d'équipement global en lits et places d'enfants handicapés pour 1000 jeunes de moins de 20 ans était de 11,6 en Champagne-Ardenne (c / 9,5 pour la France)
- Des disparités à relever entre la Marne (9,6), l'Aube (10,2), les Ardennes (14,9) et la Haute Marne(15,5).

- S'agissant des établissements d'accueil et services pour adultes handicapés :

En Champagne-Ardenne, les taux d'équipement en places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans étaient les suivants :

- En établissements (MAS, FAM) : 1,36 (1,40 en France)
- En services (SAMSAH, SSIAD) : 0,28 (0,37 en France)

Des disparités entre départements sont à relever, aussi bien pour le taux d'équipement en places en établissements qu'en services :

- Haute Marne : respectivement 1,73 et 0,34
- Marne : respectivement 1,45 et 0,18
- Ardennes : respectivement 1,37 et 0,69

- Aube : respectivement 0,98 et 0,06

En 2008, en Champagne-Ardenne, la part des services dans l'offre globale médico-sociale était de 15,8 % pour le secteur des personnes âgées et de 21,6 % pour le secteur des personnes handicapées (respectivement 16,3 % et 23 % pour la France).

❖ **Dans le domaine de la prévention, de nombreux acteurs intervenant dans des champs très variés, mais insuffisamment structurés et coordonnés.**

Entre 2007 et 2010, plus de 850 projets départementaux ou régionaux, présentés par 240 promoteurs, ont été financés dans le cadre de l'appel à projets de prévention mené chaque année par le Groupement Régional de Santé Publique puis l'ARS.

2 - Des problématiques spécifiques

❖ **La santé environnementale**

Des enjeux majeurs en santé environnementale, notamment dans le domaine de la qualité de l'eau (région de grandes cultures et de viticultures) et des sols (anciens sites industriels).

❖ **Les aidants**

- Une vulnérabilité des aidants (physiquement et moralement), pointée par tous les acteurs.

- Les difficultés rencontrées par les aidants familiaux, notamment lors de moments particuliers comme l'annonce du diagnostic, l'organisation de l'aide lorsque la prise en charge est stabilisée, la gestion des crises, l'hospitalisation de leur proche.

❖ **Dans le domaine des maladies chroniques**

Prévalence forte des maladies chroniques (particulièrement les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les tumeurs) et importance des facteurs de risques influant sur la mortalité des champardennais, notamment la consommation d'alcool et de tabac, la sédentarité et les conduites alimentaires.

- Les cancers et les maladies cardiovasculaires sont les 2 principales causes de décès en Champagne-Ardenne :
Pour la période 2005-2007, elles représentaient 59,3 % des décès chez les hommes et 55,3 % chez les femmes.

- En 2008, du point de vue de la morbidité, trois catégories d'Affections de Longue Durée (ALD) sont surreprésentées dans la région, en cohérence avec les causes de décès :

- Les pathologies cardiovasculaires

- Le diabète
- Les tumeurs et affections malignes

- Pour la période 2005-2007, on constate une surmortalité pour les maladies liées au tabac ou à l'alcool : cancers (poumon, VADS), maladies de l'appareil digestif, psychoses, accidentologie routière :

- Chez les hommes :
  - maladies liées au tabac : 186,6 pour 100 000 habs
  - maladies liées à l'alcool : 55,2 pour 100 000 habs

- Chez les femmes :
  - maladies liées au tabac : 84,7 pour 100 000 habs
  - maladies liées à l'alcool : 12,9 pour 100 000 habs

Le nombre de personnes obèses en Champagne-Ardenne a doublé sur les 13 dernières années.
Selon le baromètre santé nutrition 2009, chez les personnes de 18 à 34 ans, on compte 38.2 % d'hommes obèses ou en surpoids (contre 26.8 % France) et 33,4 % de femmes obèses ou en surpoids (contre 21 % France).

Des prises en charge tardives, souvent au stade de complications, qui peuvent être liées à des inégalités d'accès à la prévention et aux soins, qu'elles soient financières, culturelles ou géographiques, voire au déni ou à des refus de soins.

Selon l'enquête ENTRED[6] (étude 2001-2003), la découverte du diabète est trop souvent tardive (10,5% à l'occasion de complications) ou faite de manière fortuite à l'occasion d'analyses sanguines (48,8%).

❖ **Chez les jeunes**

Grossesses non désirées

- 417 grossesses chez des jeunes femmes mineures en 2008 : 291 Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) et 126 accouchements.

Les IVG chez les mineures représentent 8,3 % des IVG en Champagne-Ardenne contre 5,4 % en France.

Obésité et surpoids

- La prévalence du surpoids (y compris obésité) chez les enfants à l'entrée en cours préparatoire est inférieure à celle observée pour la France entière, soit 10.7 % (contre 12,1% en France, 6ème rang des régions), mais la prévalence de l'obésité est plus forte : 3,9 % (contre 3,1% en France entière, région au 18me rang).

Troubles de l'apprentissage et du développement

- Des dépistages non systématiques et tardifs.

[6] Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques traitées.

Des conduites à risque (sécurité routière, accidents de la vie courante, consommation d'alcool et/ou tabac, …) …

➢ *Le tabac*

- En 2008, 71% des garçons et 70% des filles de 17-18 ans ont expérimenté le tabac, les chiffres nationaux étant de 70,5 % pour les garçons et de 71 pour les filles.

- 31% des jeunes champardennais sont des fumeurs quotidiens alors qu'en France, les chiffres sont de 29,9 % (pour les garçons) et de 27,9 % (pour les filles).

➢ *L' alcool*

- En 2008, 96% des jeunes de 17-18 ans ont déjà expérimenté l'alcool.

- 18% des garçons en font un usage régulier (13,6% en France métropolitaine).

- 74% des garçons et 58% des filles ont déjà expérimenté l'ivresse (respectivement 65,1% et 54,3% en France métropolitaine).

❖ **Dans le domaine des pratiques professionnelles**

- Nécessité de développer la professionnalisation et les formations pour permettre aux professionnels d'avoir des pratiques mieux adaptées aux situations auxquelles ils sont confrontés.

- Développement encore insuffisant des pratiques de travail en réseau génératrices de décloisonnement, de complémentarité et de coordination entre les acteurs.

3 - Des atouts et des leviers

Un diagnostic partagé pour déterminer les priorités met obligatoirement en exergue les manques et les difficultés. Pour autant, la Champagne Ardenne présente des atouts et des signes encourageants :

- Les hommes en Champagne-Ardenne pratiquent une activité physique plus fréquemment que la moyenne nationale.

- Dans le domaine de la périnatalité, la mise en œuvre des textes réglementaires de 1998 a permis une amélioration significative de l'environnement de la naissance : 85% des enfants naissent en 2008 dans une maternité adéquate (contre 75% en 2006). Par ailleurs, 77,6 % des accouchements en Champagne-Ardenne se font sous péridurale (versus 70,2% en France) et la presque totalité des nouveaux nés en Champagne-Ardenne (99%) bénéficie d'un dépistage précoce de la surdité bilatérale.

- La couverture vaccinale des personnes de plus de 65 ans contre la grippe saisonnière était de 68,3% en 2004 vs 63,4% France entière.

De même, la couverture vaccinale des enfants (à 24 mois) est supérieure à la moyenne nationale pour la rougeole, la rubéole et les oreillons (90% vs 86% en France) ainsi que pour le BCG (85% vs 84).

- 56,4% des femmes concernées se rendent au dépistage organisé du cancer du sein.

- L'incidence de la tuberculose est inférieure en Champagne Ardenne (5,8 p. 100 000 vs 9,0).

- Pour le SIDA, l'incidence en 2006-2007 est inférieure en Champagne-Ardenne à celle de la France métropolitaine (estimée à 1,05 p. 100 000 vs 1,45).
De même, l'incidence du VIH en Champagne-Ardenne sur la période 2003-2009 est inférieure à France métropolitaine (estimée à 3,3 p. 100 000 vs 6,0).

- Le taux d'équipement hospitalier (en lits pour 1000 habitants) dans la région est supérieur à la moyenne nationale :

- en Médecine : CA : 2,35 versus 2,15 France Entière
- en Chirurgie : CA : 1,83 versus 1,57 France Entière
- en Gynéco-Obstétrique : CA : 1,70 versus 1,50 France Entière.

Chapitre 4 - Les priorités et objectifs

1 - La définition des priorités et des objectifs

Pour chacun des 5 domaines stratégiques, les priorités ont été dégagées en fonction des critères suivants :

- ampleur et sévérité du problème en Champagne-Ardenne (appréciés sur la base d'éléments objectifs et/ou à dire d'expert, par exemple le nombre de personnes concernées par une pathologie ou une exposition, la prévalence et l'incidence d'une pathologie…),

- capacité de l'ARS à mettre en œuvre les objectifs (compétence de l'ARS, faisabilité, capacité à intervenir efficacement),

- possibilité de mesurer les effets attendus (objectifs quantifiables) et de suivre les effets obtenus.

Ainsi au total, 15 priorités de santé ont été déterminées, et chacune des priorités a été déclinée en objectifs.

Les objectifs ont été classés a postériori :

- en objectifs spécifiques lorsqu'ils visaient directement l'un des 5 domaines d'action.
- en objectifs généraux, lorsqu'ils avaient une portée plus large.

L'analyse des objectifs généraux a fait émerger des enjeux transversaux, c'est-à-dire, communs aux propositions faites par les 5 groupes thématiques.
Ces objectifs généraux ont fait l'objet d'un classement par enjeu transversal.

Pour la région Champagne-Ardenne, l'enjeu majeur porte sur la démographie des professionnels de santé.

Il est suivi par un autre enjeu revêtant une importance particulière : le développement de l'accompagnement et le soutien aux aidants.

2 - Les 15 priorités

DOMAINES D'ACTION	PRIORITES
Handicap et Vieillissement	**1)** Connaissance continue des besoins territorialisés et de leur évolution. 2) Adaptation et continuité de la prise en charge des personnes handicapées et personnes âgées tout au long de la vie.
Risques sanitaires	**3)** Développement d'une culture commune de gestion du risque avec partage des connaissances, des indicateurs et des expériences dans le cadre d'une collaboration pluri-institutionnelle. **4)** Mise en place d'une stratégie de communication sur les risques sanitaires en direction des professionnels et de la population. **5)** Maintien d'un accès à la santé sur tout le territoire.
Périnatalité / petite enfance	**6)** Promotion et accompagnement de la maîtrise par chaque femme (mineure, majeure et/ou en situation de vulnérabilité) ou chaque couple, de son projet ou non projet de grossesse. **7)** Adaptation de la prévention et de la prise en charge des grossesses à risque médical et/ou social pour réduire les risques maternels et infantiles. **8)** Optimisation et adéquation de la prise en charge médicale, paramédicale et sociale des femmes et des nouveau-nés pour préserver et préparer le capital santé de la mère, de l'enfant et de la famille. **9)** Accompagnement de l'enfant et de son entourage pour un état optimal de bien-être physique, mental et social.
Maladies Chroniques et leurs déterminants	**10)** Prévention primaire, secondaire, tertiaire des pathologies chroniques. **11)** Réduction des inégalités d'accès à la prévention et aux soins. **12)** Amélioration de la coordination des soins dans le domaine des maladies chroniques et rares.
Santé mentale, addictions, santé des jeunes	**13)** Prévention, repérage et prise en charge précoce de la souffrance psychique, des conduites addictives et des troubles psychiatriques. **14)** Promotion d'un dispositif de soins accessible, gradué et territorialisé. **15)** Décloisonnement et coordination effective entre les acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale, des addictions et de la santé des jeunes.

3 - Les priorités et objectifs spécifiques par domaine d'action

HANDICAP ET VIEILLISSEMENT

Domaine d'action stratégique	Handicap et vieillissement
Priorité	**Connaissance continue des besoins territorialisés et de leur évolution**
Objectifs spécifiques	
Mettre en place un observatoire dans les domaines du handicap et des personnes âgées.	

Domaine d'action stratégique	Handicap et vieillissement
Priorité	**Adaptation et continuité de la prise en charge des personnes handicapées et personnes âgées tout au long de la vie**
Objectifs spécifiques	
- Améliorer l'organisation de la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation des personnes âgées et handicapées : aide au diagnostic pour préparer l'entrée, anticipation du plan d'aide, progressivité des modalités de prise en charge. - Améliorer et formaliser l'organisation de la réponse en matière d'accueil d'urgence et temporaire des personnes âgées et personnes handicapées. - Assurer la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. - Développer la formation des personnels (médico-technique, scientifique, éthique, compétence relationnelle, travail en équipe et collaboration ...). - Favoriser le respect du projet de vie des personnes âgées et personnes handicapées en adaptant et diversifiant l'offre.	

RISQUES SANITAIRES

Domaine d'action stratégique	Risques sanitaires
Priorité	**Développement d'une culture commune de gestion du risque avec partage des connaissances, des indicateurs et des expériences dans le cadre d'une collaboration pluri-institutionnelle**
Objectifs spécifiques	
- Organiser un comité réunissant institutions et professionnels concernés, chargé de synthétiser et d'interpréter les données disponibles pour la région en matière de risques sanitaires (différents indicateurs, travaux de publication et de recherche, actions dans la région). - Mettre en place des programmes de formation afin d'améliorer les pratiques professionnelles en matière de gestion des risques sanitaires.	

Domaine d'action stratégique	Risques sanitaires
Priorité	**Mise en place d'une stratégie de communication sur les risques sanitaires en direction des professionnels et de la population**
Objectifs spécifiques	
- En situation de crise, s'assurer que la communication est faite par une seule source d'information compétente. - Susciter l'intérêt des professionnels de santé pour les risques sanitaires en leur présentant annuellement les travaux de la région (ex : journée régionale). - Développer l'information sur les risques sanitaires par la collaboration avec les médias locaux et les relais professionnels.	

RISQUES SANITAIRES (suite)

Domaine d'action stratégique	Risques sanitaires
Priorité	**Maintien d'un accès à la santé sur tout le territoire**

Objectifs spécifiques

-Améliorer l'accès aux professionnels de santé, notamment dans les territoires où les populations rencontrent des difficultés socio-économiques particulières.

-Repérer les territoires sur lesquels les populations sont exposées à des facteurs environnementaux susceptibles de présenter un risque pour la santé, et mettre en place des mesures curatives et préventives en associant ces populations.

PERINATALITE / PETITE ENFANCE

Domaine d'action stratégique	Périnatalité / petite enfance
Priorité	**Promotion et accompagnement de la maîtrise par chaque femme (mineure, majeure et/ou en situation de vulnérabilité) ou chaque couple, de son projet ou non projet de grossesse**
Objectifs spécifiques	
- Accentuer les actions de communication et de prévention autour de l'éducation affective, à la sexualité et à la santé en matière de reproduction. - Renforcer l'accompagnement de la grossesse. - Faciliter l'accès à la contraception. - Faciliter l'accès à l'IVG, notamment à l'IVG médicamenteuse, en prenant en compte son impact psychologique. Sensibiliser et former les médecins, notamment libéraux, aux questions relatives à l'IVG.	

Domaine d'action stratégique	Périnatalité / petite enfance
Priorité	**Adaptation de la prévention et de la prise en charge des grossesses à risque médical et/ou social pour réduire les risques maternels et infantiles**
Objectifs spécifiques	
- Promouvoir le partage de l'information à travers le réseau périnatal et des outils communs (dossiers partagés, échanges de pratiques) : - pour décloisonner et faciliter la coordination des personnels intervenant dans le cadre de la grossesse (en particulier pour les femmes enceintes en situation de précarité), - pour favoriser l'implication des professionnels au sein du réseau périnatal de Champagne-Ardenne. - Dépister, diagnostiquer et orienter les grossesses à risque médical et/ou social ; offrir une prise en charge médicale, paramédicale et sociale la plus adaptée dans le parcours de la femme enceinte, en s'appuyant notamment sur des centres d'expertise et de recours. Cibler en particulier les femmes isolées en les informant des différents dispositifs de suivi de la grossesse.	

PERINATALITE / PETITE ENFANCE (suite)

Domaine d'action stratégique	Périnatalité / petite enfance
Priorité	**Optimisation et adéquation de la prise en charge médicale, paramédicale et sociale des femmes et des nouveau-nés pour préserver et préparer le capital santé de la mère, de l'enfant et de la famille**
Objectifs spécifiques	
- Faire naître et prendre en charge l'enfant dans le niveau de soin adapté et conforter la politique régionale de dépistages néonataux. - Sensibiliser les professionnels et les parturientes sur le recours raisonné et médicalement justifié à la césarienne. - Assurer le suivi des mères et des nouveau-nés après la sortie de la maternité (en particulier lors d'une sortie précoce) en garantissant un relais identifié, notamment sur ces thématiques : allaitement, alimentation, santé mentale, suivi gynécologique et obstétrical (contraception), maladies chroniques, addictions, accompagnement social, aide à la parentalité, violences intrafamiliales. - Organiser le réseau d'aval de suivi des enfants « vulnérables ».	

Domaine d'action stratégique	Périnatalité / petite enfance
Priorité	**Accompagnement de l'enfant et de son entourage pour un état optimal de bien-être physique, mental et social**
Objectifs spécifiques	
- Assurer le dépistage : - de la souffrance psychique de l'enfant, des troubles des conduites et des comportements, - des troubles de développement à des âges déterminants (2 ans, 3/4 ans), - des troubles spécifiques d'apprentissage à destination de tous les enfants à partir de la 6ème année. - Après le dépistage, assurer le diagnostic et prendre en charge les enfants, en lien avec les centres de référence, et coordonner leur suivi médical, paramédical éducatif et social.	

MALADIES CHRONIQUES ET LEURS DETERMINANTS

Domaine d'action stratégique	Maladies chroniques et leurs déterminants
Priorité	**Prévention primaire, secondaire, tertiaire des pathologies chroniques**
Objectifs spécifiques	
- Développer l'éducation thérapeutique du patient pour les personnes atteintes de maladies chroniques, en formant les professionnels. Associer les associations d'usagers à la conception et la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique. - Conforter et développer la prévention sur les facteurs de risques de maladies cardio-vasculaires, du diabète et des cancers, et plus globalement les risques communs à l'ensemble des maladies chroniques, en développant l'activité physique adaptée, l'éducation pour la santé, notamment sur les thèmes tabac et alcool, nutrition/alimentation, sédentarité, VIH/IST. - Renforcer le suivi des maladies chroniques, notamment maladies cardio-vasculaires, diabète, cancers, maladies psychiatriques, …	

Domaine d'action stratégique	Maladies chroniques et leurs déterminants
Priorité	**Réduction des inégalités d'accès à la prévention et aux soins**
Objectifs spécifiques	
- Favoriser un accès aux soins pour les personnes en situation de précarité, notamment via les dépistages systématiques des cancers et la gratuité des bilans de santé. - Favoriser l'accès des patients à l'innovation thérapeutique. - Renforcer le nombre et le rôle des médecins généralistes, des médecins du travail et des médecins scolaires.	

MALADIES CHRONIQUES ET LEURS DETERMINANTS (suite)

Domaine d'action stratégique	Maladies chroniques et leurs déterminants
Priorité	**Amélioration de la coordination des soins dans le domaine des maladies chroniques et rares**
Objectifs spécifiques	
- Favoriser le repérage et l'orientation des patients atteints de maladies et de handicaps rares. - Coordonner les soins tout au long de la vie. - Accentuer le partenariat entre structures de soins, professionnels de santé, Education Nationale et associations de patients.	

SANTE MENTALE, ADDICTIONS, SANTE DES JEUNES

Domaine d'action stratégique	Santé mentale, addictions, santé des jeunes
Priorité	**, repérage et prise en charge précoce de la souffrance psychique, des conduites addictives et des troubles psychiatriques**
Objectifs spécifiques	
- Promouvoir des programmes de renforcement des facteurs de protection contre la souffrance psychique et les conduites addictives en population générale. - Renforcer et pérenniser les programmes de prévention primaire et de repérage précoce : - de la souffrance psychique et des troubles mentaux à tous les âges de la vie, - des conduites addictives en direction des populations vulnérables. - Former les professionnels non spécialisés à la prévention, au repérage et à l'accompagnement des usagers et de leur famille vers les dispositifs d'évaluation et de soins adaptés.	

Domaine d'action stratégique	Santé mentale, addictions, santé des jeunes
Priorité	**Promotion d'un dispositif de soins accessible, gradué et territorialisé**
Objectifs spécifiques	
- Décrire et faire connaître l'offre de prise en charge territoriale en santé mentale et dans le champ des addictions. - Développer les structures de soins adaptées aux besoins des usagers du territoire, notamment des populations vulnérables. - Organiser le dispositif de soins en évaluant les besoins en centres d'expertise et en définissant clairement leurs missions et leur articulation avec les centres de proximité.	

SANTE MENTALE, ADDICTIONS, SANTE DES JEUNES (suite)

Domaine d'action stratégique	Santé mentale, addictions, santé des jeunes
Priorité	**Décloisonnement et coordination effective entre les acteurs intervenants dans le champ de la santé mentale, des addictions et de la santé des jeunes**
Objectifs spécifiques	
- Sur les territoires de proximité mettre en place une coordination des professionnels de santé concernés pour permettre un parcours global de prise en charge pour chaque patient. -Favoriser la culture du travail en réseau : - en mettant en place des formations continues pluri-professionnelles de proximité, - en adaptant la formation initiale des professionnels pour qu'ils s'approprient la culture du travail en réseau. - Fixer des objectifs de partenariat aux opérateurs de terrain par l'intermédiaire de conventions et en faire un critère de sélection puis d'évaluation des actions financées.	

4 - Les enjeux transversaux et leurs objectifs

L'enjeu principal pour la région Champagne-Ardenne est sans conteste celui de la démographie des professionnels de santé.

L'accompagnement et le soutien aux aidants est également essentiel.

L'analyse des priorités et objectifs par domaine d'action stratégique a fait émerger plusieurs autres enjeux transversaux :

- Améliorer l'accès aux professionnels, établissements et services de santé
- Développer la coordination, l'articulation, les réseaux
- Améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge
- Développer la prévention tout au long de la vie
- Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé
- Garantir le respect des droits des usagers
- Favoriser la coordination avec les autres politiques publiques

Tous ces enjeux renvoient à l'amélioration de la performance du système de santé en Champagne-Ardenne.

4.1 - Relever le défi de la démographie des professionnels de santé

•Anticiper les évolutions de la démographie des professionnels de santé pour endiguer l'aggravation des déficits.

•Renforcer l'attractivité des postes dans la région et dans certains territoires pour garder les jeunes professionnels.

•Garantir la permanence des soins ambulatoires et hospitaliers sur l'ensemble du territoire.

•Accompagner la création de maisons de santé pluridisciplinaire.

•Travailler sur la délégation de compétences.

•Développer la télémédecine.

4.2 - Développer l'accompagnement et le soutien aux aidants

•Mieux prendre en compte la santé des aidants naturels.

•Développer les partenariats entre aidants familiaux et professionnels.

•Dispenser aux aidants naturels et professionnels une formation adaptée.

•Repérer les facteurs de vulnérabilité des aidants.

•Mettre en place des structures de répit.

4.3 - Améliorer l'accès aux professionnels, établissements et services de santé

•Améliorer l'accès aux soins et le « prendre soin » des personnes au plan géographique, économique et psycho-social.

•Offrir au patient un dispositif d'orientation dans son parcours de prise en charge.

•Développer la prise en charge en ambulatoire dans les établissements de santé.

•Communiquer auprès des professionnels sur les ressources disponibles en région en matière d'offre de soins, de structures et services médico-sociaux,
d'aide aux aidants, et en les localisant géographiquement.

4.4 - Développer la coordination, l'articulation, les réseaux

•Recenser les ressources territoriales, les dynamiques existantes et repérer les articulations indispensables.

•Garantir une coordination des acteurs de proximité des champs sanitaire, médico-social et social pour garantir la continuité des parcours et la satisfaction des besoins.

•Promouvoir le travail en réseau notamment par l'utilisation des outils collaboratifs et des moyens de communication dématérialisés.

•Renforcer le dispositif de soins dans le parcours du patient en fonction de l'évolution de ses besoins et leurs spécificités.

• Faciliter la communication et le dialogue entre les professionnels de santé et les différentes institutions, notamment avec l'assurance maladie.

4.5 - Améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge

- **par la professionnalisation des acteurs et des actions**

•Promouvoir une culture commune, transversale et interdisciplinaire.

•Garantir la qualité, la sécurité de la prise en charge et favoriser la bientraitance, par le biais de la formation initiale et continue des professionnels.

•Procéder à une évaluation de la coordination des dispositifs, associant les usagers et leurs représentants.

- **par l'amélioration de la connaissance des données**

•Disposer d'un dispositif de veille et de surveillance pluri-institutionnel régional afin d'appréhender et d'évaluer les problèmes sanitaires spécifiques de la région Champagne-Ardenne.

•Mettre en place un dispositif d'observation et d'évaluation des besoins, des ressources, des méthodologies et des référentiels d'action.

4.6 - Développer la prévention tout au long de la vie

- **promotion de la santé**

•Favoriser la promotion des facteurs protecteurs de la santé : activités physiques et sportives, éducation nutritionnelle, développement des compétences psychosociales, notamment vis-à-vis des publics précaires.

•Développer des actions de prévention et de promotion de la santé à destination des parents et enfants.

- **dépistage, repérage précoce**

•Mieux prévenir les facteurs de risque de maladie, handicap et dépendance.

•Généraliser le dépistage, assurer un diagnostic précoce et prendre en charge les pathologies sources de handicap, de dépendance, à tous les âges de la vie, notamment la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

•Dépister les maladies plus précocement, notamment les cancers, le diabète, l'insuffisance rénale chronique, les maladies cardiovasculaires, la souffrance psychique.

- **prévention en direction des patients**

•Développer les pratiques d'éducation, les actions d'apprentissage et les programmes d'accompagnement dans la maladie pour retarder l'apparition des complications et réduire les hospitalisations pour phases aiguës.

4.7 - Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé

•Agir prioritairement en direction des personnes en situation de précarité et/ou de vulnérabilité.

•Garantir la mise à niveau et la cohérence territoriale des dispositifs et des programmes d'action précoce.

•S'assurer de l'effectivité de l'accès aux soins ambulatoires et spécialisés pour les personnes résidant dans les zones à faible densité médicale et paramédicale.

4.8 - Garantir le respect des droits des usagers

•Promouvoir l'égal accès aux soins et le respect des droits des usagers, notamment par la lutte contre les discriminations.

•Permettre aux représentants des usagers de prendre toute leur place dans les instances régionales, des établissements de santé, et celles du secteur médico-social et ambulatoire, en facilitant leur formation.

4.9 - Favoriser la coordination avec les politiques publiques ayant un impact sur la santé (environnemental, logement, éducation, travail, …)

•Coordonner la mise en œuvre des politiques publiques pour les adapter aux territoires.

•Mettre en cohérence les objectifs poursuivis par les autorités de tutelle sur un territoire.

•Prendre en compte la dépendance dans les politiques architecturales et urbaines et développer le lien social.

La performance du système de santé que déclinent les enjeux transversaux ne sera complète et soutenable que si elle intègre la maîtrise des dépenses de santé et le rétablissement durable de l'équilibre financier des établissements publics de santé.

Chapitre 5 - La poursuite de l'élaboration du PRS

1 - La traduction opérationnelle du PSRS dans les schémas et les programmes

Les priorités et objectifs du PSRS seront déclinés de manière opérationnelle et concrète dans les schémas et programmes qui vont organiser les activités et services et décrire les actions à mettre en œuvre dans les domaines de compétence de l'ARS (prévention, soins, médico-social).

L'élaboration des schémas et programmes devra prendre en compte les contraintes budgétaires, définies notamment par les lois de finances et de financement de la sécurité sociale, et être faite en pleine cohérence avec les orientations des plans nationaux.

Afin de rendre les objectifs opérationnels lisibles et compréhensibles par tous et d'en permettre l'évaluation, ceux-ci adopteront une formulation « SMART » :

- Spécifique *(l'objectif décrit précisément ce qui doit avoir changé, chez qui) ;*
- Mesurable *(il sera possible de juger objectivement de l'atteinte de l'objectif) ;*
- Ambitieux (*l'atteinte de l'objectif implique un effort)* ;
- Réaliste (*l'objectif doit être atteignable avec les moyens disponibles) ;*
- Temporel (*situé dans le temps : l'objectif doit être atteint à la fin du projet).*

2 - La stratégie pour le suivi et l'évaluation du PRS

2.1 - Le suivi du PRS

Le suivi doit permettre d'analyser périodiquement le déroulé du processus « PRS ». Il consiste à apprécier le degré de déploiement des activités et à décrire les écarts observés au regard des résultats attendus. Il permet de faire les réajustements pour le pilotage.

Le suivi s'appuie sur un tableau de bord alimenté par une collecte régulière et organisée de données. Les indicateurs constituant le tableau de bord devront être identifiés, de même que les sources d'information qui permettront de les produire.
A cet égard, la réflexion prendra notamment appui sur les travaux menés par le Haut Conseil de la Santé Publique[7] dans le cadre de l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique de 2004.

L'Observatoire régional de la santé de Champagne-Ardenne apportera son appui à l'ARS pour la collecte et à la mise en forme des données nécessaires au suivi.

Les critères de suivi sont appelés à évoluer au fil du temps en fonction de l'avancée du PRS :

- En 2011 : le suivi s'intéressera essentiellement au processus d'élaboration du PRS, tels que le fait de mener à bien les différents éléments constitutifs (schémas, programmes) dans le respect du calendrier, ou encore l'implication des partenaires.
- A partir de 2012, le PRS entre dans sa phase de mise en œuvre, nécessitant de définir d'autres critères de suivi.

[7] Haut Conseil de la Santé Publique : Objectifs de santé publique : Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 – Propositions ; Collections avis et rapports, avril 2010.

2.2 - L'évaluation du PRS

La démarche pour conduire l'évaluation du PRS requiert une organisation spécifique, dont la mise en place sera construite en s'appuyant sur le guide méthodologique réalisé par la Direction Générale de la Santé pour aider les acteurs régionaux à évaluer les plans régionaux de santé publique[8].

Une réflexion préalable sera conduite pour définir les « paramètres de base » de l'évaluation. Devront ainsi être précisés :

- Le champ de l'évaluation : tout le PRS, l'un ou l'autre schéma, tout ou partie des programmes …
- Le calendrier, fonction de la finalité assignée à l'évaluation :
  - Une évaluation intermédiaire à mi parcours, ce qui est utile pour réviser le contenu du plan, améliorer les procédures de mise en oeuvre, la communication, etc…
  - Une évaluation finale à 4 ans pour mesurer les résultats obtenus, produire des recommandations et orienter le PRS suivant,
  - Une évaluation ex post, après la fin du PRS, pour en mesurer les impacts …
- Le dispositif, notamment l'instance de pilotage, ainsi que la méthodologie pour conduire l'évaluation, en particulier l'organisation pratique, le recours à une évaluation externe ou évaluation menée en interne…

L'organisation mise en place pour le suivi et l'évaluation explicitera le rôle à donner aux instances de l'ARS, notamment la CRSA et les commissions de coordination des politiques de santé, dont les missions prévoient leur contribution à l'évaluation de la politique de santé.

[8] Evaluation régionale des plans régionaux de santé publique : quelques repères pour les acteurs : ouvrage coordonné par C. GERHART - Ministère de la Santé et des sports, avril 2008.

Glossaire

ALD	Affections de longue durée
ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accidents vasculaires cérébraux
BEPC	Brevet d'études du 1er cycle
CEP	Certificat d'études primaires
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie
CSP	Code de la santé publique
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ENTRED	Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques traitées
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
INCa	Institut national du cancer
InVS	Institut de veille sanitaire
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
Loi HPST	Loi « Hôpital, patients, santé, territoires »
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS CA	Observatoire régional de la santé de Champagne-Ardenne
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRGDR	Programme régional de gestion du risque
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet régional de santé
PSRS	Plan stratégique régional de santé
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
VADS	Voies aéro digestives supérieures
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Annexes

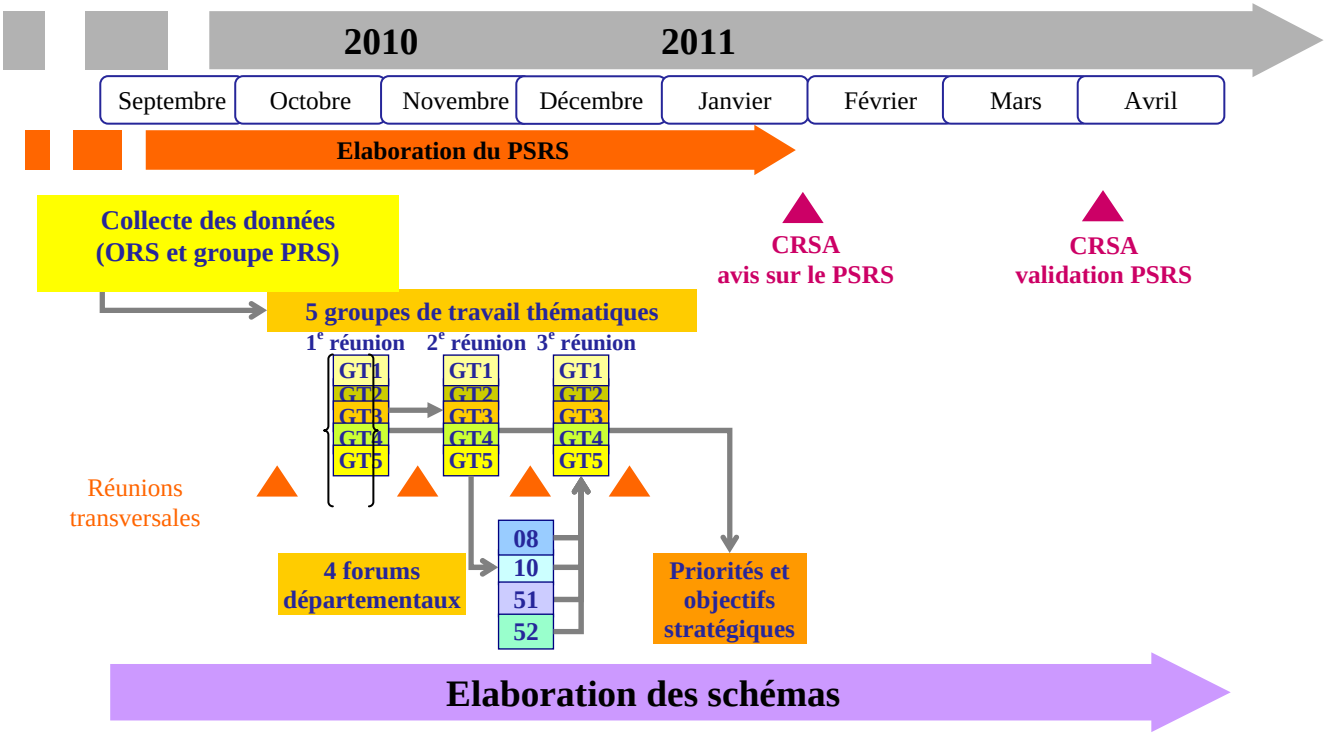
1. Le calendrier de l'élaboration du PSRS

2. Tableaux de synthèse des 5 groupes thématiques

3. Apport des forums départementaux

4. « La santé dans la région Champagne Ardenne : indicateurs régionaux » (support du diagnostic partagé - fiches réalisées par l'ORSCA et le groupe projet PRS)

1. Le calendrier de l'élaboration du PSRS



2. Tableaux de synthèse des 5 groupes thématiques

3.1 Synthèse des travaux du groupe de travail PSRS – Maladies chroniques et déterminants de santé

Contexte :

Définition de la Maladie Chronique (plan national d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques 2007-2011) : maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves.
Les maladies chroniques comprennent :

- des maladies comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques,
- l'asthme, les maladies cardio-vasculaires, le cancer ou le diabète,
- des maladies lourdement handicapantes, comme la sclérose en plaques ;
- des maladies rares (7 000 identifiées), comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies… ;
- des maladies transmissibles persistantes, comme le Sida et les hépatites… ;
- enfin, des troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie, …), la douleur chronique, ou les suites de certains actes chirurgicaux comme les stomies…

Plus précisément, elle est définie par :

- présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive
- une ancienneté de plusieurs mois
- le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne (limitation fonctionnelle des activités, de la vie sociale, dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'une technologie, besoins de soins, etc…)

Le bien-fondé d'une réflexion régionale sur les enjeux de santé pour les personnes atteintes de maladies chroniques repose sur les éléments suivants :

- plus le patient est impliqué dans les soins et la gestion de sa maladie, plus la prise en charge est efficace ;
- nombre de complications peuvent être évitées, si le patient est conscient des risques attachés à la maladie chronique dont il souffre et si on l'aide à acquérir les bons réflexes ;
- l'allongement de l'espérance de vie et des progrès de la médecine, il y a et il y aura de plus en plus de personnes vivant de nombreuses années avec ce type de maladie ;
- dans bien des cas, l'on peut réduire considérablement les effets négatifs des maladies chroniques sur la vie des patients, les incapacités qu'elles engendrent, les contraintes qu'occasionnent leur traitement ;
- notre système de santé doit s'adapter à la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques ;

L'importance de la thématique "Maladies Chroniques et Déterminants de Santé" en Champagne-Ardenne trouve son fondement dans les données statistiques qui suivent et qui retracent l'impact des maladies chroniques dans l'état général de santé des Champardennais.

ARGUMENTAIRE	PRIORITES régionales	OBJECTIFS STRATEGIQUES
MORTALITE / MORBIDITE : • Le **taux comparatif de mortalité en Champagne-Ardenne est plus important que le taux français** : o 9 .84/ 1 000 hbts en Champagne Ardenne contre 8.85/ 1000 pour la France. Un taux de mortalité qui attire l'attention dans les Ardennes avec un taux de mortalité de 10.85/1 000 pour les hommes. • **Un taux de décès prématuré (décès avant 65 ans) supérieur à la moyenne nationale**, **pouvant expliquer le taux de mortalité important en Champagne-Ardenne**: 28.8% de décès prématuré en Champagne-Ardenne, soit +1.5 point par rapport au taux français. Il est d'avantage marqué dans la Marne : 30,1% pour les Hommes (28,8% en CA), 14,8% pour les femmes (13,7% en CA). • **Le taux de personnes en Affection Longue Durée sur l'ensemble des assurés sociaux de la région s'élève 17,7% soit 197 184 personnes sur 1 099 265 assurés –taux similaire à la moyenne nationale.** • **Les ALD surreprésentées des pathologies suivantes :** o **Pathologies cardio-vasculaires** (comprenant notamment les ALD Insuffisance cardiaque, maladies coronaire et hypertension artérielle sévère, artériopathie chronique) 43 629 (dont 4 699 nouveaux cas par an), o **Diabète** : 40 208 cas (dont 4 237 nouveaux cas par an), o **Tumeurs** ou affections malignes 35 385 (dont 5 250 nouveaux cas par an). • **Ces 3 catégories d'ALD sont en cohérence avec les causes de décès**. En effet, tumeurs et maladies de l'appareil circulatoire sont les principales causes de décès en France et en Champagne-Ardenne, pour environ **59% hommes et 55% femmes** • Il n'y a pas d'ALD spécifique pour les 7000 maladies rares actuellement identifiées, mais le potentiel de personnes atteintes de maladies rares, les connaissances insuffisantes sur ces maladies, les difficultés de les diagnostiquer et intrinsèquement les difficultés de soigner ces personnes est une problématique identifiées par le groupe de travail. • **Le nombre de personnes obèses** en Champagne-Ardenne **a doublé sur les 13 dernières années :** o **une prévalence de personnes en surpoids ou obèses très supérieure** comparativement aux données France entière sur la **tranche 18-34ans :** Hommes : 38,2% en CA contre 26,8% France. Femmes : 33,4% en CA contre 21% France o **Un taux de personnes en surpoids ou obèses significativement supérieur de 10 points pour les femmes** par rapport à la moyenne nationale (50.3% en CA), et un taux pour les hommes similaire au taux national mais préoccupant : 48.6% o Phénomène plus particulièrement marqué chez **les femmes entre 55-75 ans** : écart significatif chez les femmes pour lesquelles 50,2% sont en surcharge pondérale ou sont obèses en Champagne-Ardenne contre 43% en France.	***PRIORITE 1 :*** **PREVENTION PRIMAIRE, SECONDAIRE ET TERTIAIRE** Une situation préoccupante du nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique, de la prévalence de malades atteints de maladie cardio-vasculaires, diabète et tumeurs, de la prévalence de personnes obèses ou en surcharge pondérale.	

FACTEURS PROCTECTEURS DE LA SANTE : ***Nutrition :*** La consommation alimentaire des Champardennais au regard des repères du PNNS est quasi respectée notamment sur la consommation de féculents et de viandes /poissons/œufs. **La consommation alimentaire en regard des préconisations PNNS reste à améliorer notamment concernant la consommation de fruits et légumes** (seulement 11,6% de conformité de la consommation au repère PNNS). ***Activité physique* :** • Le taux d'hommes de 18-34 ans ayant une activité physique modérée et une activité physique élevée est supérieur à la moyenne nationale de 6 et 8 points. • Pour les femmes, niveau d'activité physique modérée est de 9 points inférieur à la moyenne nationale et le taux d'activité physique élevée chez les femmes est de 5 points supérieur à la moyenne nationale. • Sédentarité : • Une sédentarité régionale supérieure à la moyenne nationale sur les tranches 35-54ans et 55-75ans : • A partir de 35 ans la sédentarité est plus importante en Champagne-Ardenne, elle s'accentue pour les hommes après 55ans	Une sédentarité et une alimentation des champardenais susceptibles d'engendrer des maladies chroniques, notamment les plus représentées (pathologies cardiovasculaires, diabète, tumeurs) qui sont également celles à cause desquelles les champardenais décèdent le plus fréquemment.	➔Favoriser la promotion des facteurs protecteurs de la santé : - les activités physiques et sportives - l'éducation nutritionnelle, - le développement de compétences psychosociales, notamment vis-à-vis des publics précaires
FACTEURS DE RISQUES POUR LA SANTE ***Maladies liées au tabac :*** Moyenne nationale : 79/100 000hbts, Champagne-Ardenne : 84,9/100 000 hbts Ardennes : 98/100 000hbts ➔ une mortalité régionale liée au tabagisme légèrement supérieure à la moyenne française, un taux de mortalité significativement supérieur dans les Ardennes comparé à la moyenne nationale. ***Maladies liées à l'alcool :*** Moyenne nationale : 12,92 /100 000hbts Champagne-Ardenne : 11,4 /100 000hbts Marne : 14.57/100 000hbts ➔ un taux de mortalité lié à l'alcool significatif dans la Marne comparé aux taux régional et national	Des facteurs de risques influant sur la mortalité des champardenais notamment alcool et tabac Des complications irréversibles liées à l'évolution de la maladie chronique	➔ conforter et développer la prévention sur les facteurs de risques pour la santé par l'éducation, notamment sur les thèmes tabac& alcool, permettant ainsi de réduire les risques de maladies cardio-vasculaires, cancer et globalement risques communs à l'ensemble des maladies chroniques (dont en milieu scolaire -réceptivité de la cible, messages similaires à l'ensemble d'une population-). ➔ retarder l'apparition des complications et réduire les hospitalisations pour phases aigües en développant les pratiques d'éducation, des actions d'apprentissage et des programmes d'accompagnement dans la maladie. ➔ développer les compétences des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique du patient pour développer cette pratique à destination des patients chroniques. Associer les associations d'usagers à la conception ou la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique. ➔ renforcer le suivi des maladies cardio-vasculaires

Un dépistage des maladies chroniques : ▪ Cancers : 56.4% des femmes de 50ans se rendent au dépistage organisé du cancer du sein, ▪ Diabète : découverte tardive du diabète (10, 5% à l'occasion de complication) ou fortuite à l'occasion d'analyses sanguines (48%) ▪ Maladies rares (pas de données chiffrées) : des difficultés de diagnostic entrainant une errance thérapeutique des patients ▪ Diabète : découverte tardive du diabète (10, 5% à l'occasion de complication) ou fortuite à l'occasion d'analyses sanguines (48%) Problématique de l'attractivité des populations fragiles dans les dépistages systématiques, les personnes les plus précaires ne sont pas les personnes les plus réceptives à la nécessité de ces actions pour leur santé. **Outre le dépistage systématique tel qu'il existe pour le cancer du sein et colorectal et de façon générale, le dépistage précoce de maladie chronique permet de retarder l'apparition de complications.** **Répartition de l'offre de soins ambulatoire :** - une densité de médecins généralistes inférieure à la moyenne nationale (125 / 100 000 hbts en CA contre 134 / 100 000 France) et une situation préoccupante en Haute-Marne : 40% des médecins généralistes ont plus de 55 ans. - Une densité d'infirmiers libéraux inférieure à la moyenne nationale (762/100 000hbts en CA contre 817/100 000 en France) - Des temps d'accès à un médecin généraliste, à une infirmière libérale, à un dentiste et à une pharmacie les plus proches supérieurs à 10 minutes pour plusieurs cantons (et dans chaque département de la région)	***PRIORITE 2 :*** **REDUCTION DES INEGALITES D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS** Des inégalités d'accès à la prévention et aux soins, entrainant des prises en charge tardives souvent au stade de complication, et réduisant ainsi les chances de rester en bonne santé Une répartition de l'offre de soins inégale sur le territoire pouvant contribuer à retarder l'entrée dans le soin et les dépistages précoces	➔ favoriser un accès aux soins pour les personnes précaires, notamment via les dépistages systématiques cancers et bilans de santé gratuits. L'action de promotion par des tiers (autres que médecin) des dépistages et des soins semble appropriée et est plébiscitée par le groupe de travail. ➔ dépister les maladies plus précocement, notamment pour les cancers, le diabète, l'insuffisance rénale chronique, les maladies cardiovasculaires, qui sont les maladies à incidence forte ➔promouvoir l'égal accès aux soins et le respect des droits des usagers (dont la lutte contre les discriminations) ➔ s'assurer de l'effectivité de l'accès aux soins ambulatoires et spécialisés pour les personnes des zones à faible densité médicale et paramédicale (réduction des inégalités territoriales). ➔ améliorer la communication des professionnels de santé avec l'Assurance Maladie ➔ favoriser l'accès des patients à l'innovation thérapeutique ➔renforcer le nombre des médecins généralistes et le rôle des médecins du travail ➔développer la télémédecine

Coordination des soins : La prise en charge de malades chroniques fait intervenir plusieurs catégories et spécialités de professionnels de santé qu'il faut coordonner. La pluriprofessionalité de ces prises en charge les rendent complexes notamment par manque de visibilité de l'offre de soins, de l'offre de structures et services médico-sociaux et de **l'aide** aux aidants dont peuvent bénéficier les familles. Ce manque de visibilité est constaté par les professionnels de santé, les patients et aidants, et les représentants d'usagers. Des prises en charge en réseau locaux sur des prises en charge pluridisciplinaires autour du diabète, des addictions, des troubles cognitifs (Aube), des personnes âgées (Bourbonne-les-Bains), et une coordination régionale des professionnels à travers des outils de partage d'information patients autour du cancer, de la périnatalité, de la gériatrie et des soins palliatifs.	***PRIORITE 3 :*** **L'AMELIORATION DE COORDINATION DES SOINS** Une pluri professionnalité difficile à coordonner pour des patients atteints de maladie chronique qui faisant intervenir une multiplicité d'acteurs de santé et plusieurs secteurs d'intervention en santé (prévention, soins de ville, soins hospitaliers, structures et services médico-sociaux, secteur associatif)	➔ accompagner la création de maisons de santé pluridisciplinaire, maintenir une offre ambulatoire de proximité et son accessibilité géographique ➔ développer les prises en charges coordonnées en réseau. ➔ accentuer le partenariat entre Structures de Soins, Professionnels de Santé, Education Nationale et Associations de Patients. Fluidifier les parcours de soins entre le secteur sanitaire (ville, hôpital) et médico-social ➔ favoriser le développement d'outils de coordination des soins pluriprofessionnels. ➔ communiquer auprès des professionnels sur les ressources disponibles en région en matière d'offre de soins, de structures et services médico-sociaux, aide aux aidants, et en les localisant géographiquement. ➔ coordonner les soins jusqu'à la fin de vie et en développant la prise en charge de la fin de vie au domicile

3.2 Synthèse des travaux du groupe de travail PSRS - Périnatalité et petite enfance

Le groupe de travail Périnatalité et Petite Enfance s'est réuni à trois reprises : le 22 octobre 2010 - le 16 novembre 2010 - le 14 décembre 2010.

Sa composition pluri-professionnelle a permis d'aborder la périnatalité et la petite enfance sous des angles différents et complémentaires : médical - para médical - éducatif - social.

Afin de circonscrire ce champ qui concerne l'enfant (et ses parents ou futurs parents) de sa procréation (ou la non procréation) à ses 6 ans, il a été décidé de scinder cette thématique autour des problématiques suivantes : la planification des naissances - la pré-natalité et la grossesse - la naissance et la post-natalité - la petite enfance.

Les tableaux, présentés en pages suivantes, retracent les principales priorités qui se dégagent d'une part des débats du groupe de travail et des propositions émanant des forums départementaux et d'autre part des indicateurs de l'ORS (colonne « argumentaire »). Ces derniers, qui ne couvrent pas toutes les problématiques abordées par le groupe de travail, renseignent les domaines suivants :

- fiche 5 – santé mère / enfant :
  - mortalité
  - accouchements et naissances
  - offre et localisation des accouchements
  - IVG
  - Couverture vaccinale des enfants

- Fiche 6 – santé des jeunes :
  - sexualité des jeunes champardennais et en particulier les IVG chez les mineures

Dans un souci de parallélisme des formes et de cohérence avec les travaux menés par le groupe, les priorités s'inscrivent dans les cinq problématiques précitées (seules les thématiques « naissance » et « post natalité » ont été fusionnées). Elles sont ensuite déclinées en trois ou quatre objectifs stratégiques.

Il convient de noter que le groupe de travail a soulevé, tout au long de ses travaux, la question de l'adéquation des moyens aux priorités.

Le groupe de travail a souhaité noter que ces priorités supposent des préalables incontournables :

- la prise en compte de la dimension territoriale, pour une couverture géographique optimale des besoins de santé ;
- la disponibilité de données qualitativement et quantitativement complètes, faisant l'objet d'une réelle exploitation.

Les quatre priorités issues des travaux du groupe sont donc les suivantes :

- **Promotion et accompagnement de la maîtrise par chaque femme (mineure et majeure et/ou en situation de vulnérabilité) et le cas échéant chaque couple de son projet ou non projet de grossesse.**

- **Adaptation de la prévention et de la prise en charge des grossesses à risque médical et/ou social pour réduire les risques maternels et infantiles.**

- **Optimisation et adéquation de la prise en charge médicale, paramédicale et sociale des femmes et des nouveau-nés pour préserver et préparer le capital santé de la mère, de l'enfant et de la famille.**

- **Accompagnement de l'enfant et de son entourage pour un état optimal de bien-être physique, mental et social**

L'ensemble des travaux, disponibles en annexe, pourra utilement être utilisé dans le cadre des futurs travaux du Schéma Prévention.

L'animateur
Agnès GERBAUD

Le rapporteur
Marie-Hélène CAILLET

PLANIFICATION DES NAISSANCES				
ARGUMENTAIRE			PRIORITE	OBJECTIFS STRATEGIQUES
Indicateurs de l'ORS et autres indicateurs	***Groupe de travail***	***Forums départementaux***		
Pas de chiffres Taux de recours à l'IVG en CA : - inférieur à la moyenne nationale : 11,2 p. 1000 femmes de 15 à 49 ans vs 13,0 avec : Ardennes : 9,5 Marne 11,0 Aube 12,2 Hte Marne 12,9 8,3% des IVG vs 5,4% en France concernent des mineures 417 grossesses chez des mineures en 2008 :	***Le corps et la sexualité :*** - nécessité d'une planification des naissances à travers une politique active de prévention, d'éducation à la sexualité et d'accès aux moyens de la procréation médicalement assistée. ***La contraception :*** - une information insuffisante sur les différents modes contraceptifs. ***L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) :*** - un accès insuffisant à l'IVG, notamment médicamenteuse (y compris en milieu libéral) - promotion de l'IVG médicamenteuse - une sensibilisation et une professionnalisation des médecins perfectibles	- Développer l'éducation à la sexualité - Prévention des conduites à risque - Prise en compte des grossesses précoces en milieu défavorisé : renforcement de la médecine scolaire - Plus de personnel de santé dans le milieu scolaire - redonner sa place à la médecine scolaire et à la PMI - insuffisance de l'information et de la formation sexuelle au lycée - promotion de l éducation à la sexualité en milieu scolaire (collège et lycée)	**I. Promotion et accompagnement de la maîtrise par chaque femme (mineure, majeure et/ou en situation de vulnérabilité) et le cas échéant chaque couple de son projet ou non projet de grossesse**	I.1 Accentuer les actions de communication et de prévention autour de l'éducation affective, à la sexualité et à la santé reproductive[9] I.2 Favoriser l'accès à la contraception. I.3 Faciliter l'accès à l'IVG, notamment en développant les possibilités d'accès à l'IVG médicamenteuse, notamment en médecine de ville, en prenant en compte l'impact psychologique, en particulier pour ce mode d'IVG ; supposant une sensibilisation et une formation des médecins (notamment libéraux)

[9] Définition OMS : la santé reproductive s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie. Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles désirent. Cette conception de la santé génésique suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé.

291 IVG et 126 accouchements. IVG médicamenteuses : variabilité entre les départements pour des proportions allant de 35% à 76% des IVG totales IVG chez les 13 / 17 ans : 7%0 (contre 9.6%0 national) mais des disparités infra régionales	***La parentalité :*** - association des parents dans l'éducation affective et à la sexualité de leurs enfants (contraception / prévention IST / mais aussi grossesses), en tenant compte dans les interventions à la dimension culturelle voire religieuse ***Les Procréations Médicalement Assistées (PMA) :*** - gestion des risques inhérents aux grossesses multiples dans le cadre des PMA L***es actions de prévention (domaine transversal) :*** **-** la nécessité d'un discours harmonisé et adapté - un accès à la prévention aux divers âges de la vie			

PRENATALITE – GROSSESSE				
ARGUMENTAIRE			PRIORITE	OBJECTIFS STRATEGIQUES
Indicateurs de l'ORS et autres indicateurs	***Groupe de travail***	***Forums départementaux***		
7% des naissances sont prématurées (< à 36 semaines d'aménorrhées) vs 7.5 pour la France Sur la base des données ORS – fiche « santé mère – enfant » - « âge gestationnel à la naissance » : 18% des enfants prématurés naissent en maternité de niveaux I et IIa.	***La grossesse :*** - dépistage, diagnostic et prise en charge de la femme enceinte selon une dimension médicale mais aussi sociale (question des violences faites aux femmes) en proposant des modes de prise en charge adaptés aux cas individuels spécifiques - promotion de l'entretien précoce de grossesse du 4ème mois - prévention des grossesses à complication ou pathologiques - prévention de la prématurité et/ou le handicap chez l'enfant - préparation au mieux en fonction du cas spécifique la femme enceinte et son entourage à la naissance, à la post-natalité et à la parentalité - femmes enceintes isolées et leur accompagnement dans le cadre du suivi de leur grossesse - prévention, dépistage et prise en charge des grossesses à risque médical (et notamment quel impact des maladies chroniques chez la femme enceinte ?) et/ou social. La prématurité : - prévenir les naissances prématurées - *assurer une prise en charge médicale (avec harmonisation des pratiques) des nouveau-nés*	- Dépister la violence envers les femmes : développer la formation des professionnels de santé - Prendre en compte le dépistage psychique - Développer les moyens de diagnostic pour la prématurité - Rendre obligatoire la visite de prévention du 4ème mois de grossesse - Suivi des grossesses dans un couple dont un parent présente une maladie chronique - Prévention des conduites à risques - Prise en compte des grossesses précoces en milieu défavorisé : renforcement de la médecine scolaire - Articulations entre missions du réseau périnatal et les objectifs du PRS	**II. Adaptation de la prévention et de la prise en charge des grossesses à risque médical et/ou social pour réduire les risques maternels et infantiles**	II.1 Dépister, diagnostiquer et orienter les grossesses à risque médical et/ou social et offrir une prise en charge médicale, paramédicale et sociale la plus adaptée dans le parcours de la femme enceinte, en s'appuyant notamment sur des centres d'expertise et de recours. Cibler en particulier les femmes isolées en les informant des différents dispositifs de suivi de la grossesse. II.2 Promouvoir le partage de l'information à travers le réseau périnatal et des outils communs (tels le dossier périnatal et les temps d'échange de pratiques) pour décloisonner et faciliter la coordination des professionnels intervenant dans le cadre de la grossesse (en particulier pour les femmes enceintes en situation de précarité) et favoriser l'implication des professionnels au sein du réseau périnatal de Champagne-Ardenne. II.3 Garantir la qualité et la sécurité de la prise en

Taux de mortalité du jeune enfant : Mortalité infantile 2006-08 plus forte en CA : 4,3‰ vs 3.6 en France et quelque soit le département : Hte Marne (4,8‰) Marne (4,5‰), Aube (4,3‰) et Ardennes (3,7‰). - morti-natalité : 10.8‰ Champagne Ardenne vs 10.4 France - mortalité néonatale précoce : 2.4‰ Champagne Ardenne vs 1.7 France - mortalité périnatale : 13.3‰ Champagne Ardenne vs 12.1 France - mortalité néonatale : 3.5‰ Champagne Ardenne vs 2.4 France - mortalité post-néonatale : 1.6‰ Champagne Ardenne vs 1.2 France Pour l'ensemble de ces taux : des variables infrarégionales.	*prématurés dans les maternités adéquates (cf phase suivante naissance et post-natalité)* *La mise en réseau (domaine transversal) :* - mise en œuvre des textes réglementaires de 1998 a permis une amélioration significative de l'environnement de la naissance (85% des enfants naissent aujourd'hui dans une maternité adéquate) - nécessité aujourd'hui de conforter une prise en charge pluri professionnelle de la femme enceinte et des nouveau-nés cf phase suivante naissance et post-natalité (consolidation du réseau périnatal en Champagne-Ardenne).			charge, par le biais de la formation initiale et continue des professionnels.

NAISSANCE ET POST-NATALITE				
ARGUMENTAIRE			PRIORITE	OBJECTIFS STRATEGIQUES
Indicateurs de l'ORS et autres indicateurs	***Groupe de travail***	***Forums départementaux***		
7% des naissances sont prématurées (< à 36 semaines d'aménorrhées) vs 7.5% France 20.5% des accouchements se font sous césarienne vs 20.1% France	La prématurité : - *prévenir les naissances prématurées cf supra* - assurer une prise en charge médicale (avec harmonisation des pratiques) des nouveau-nés prématurés dans les maternités adéquates *L'accouchement :* - un taux de césarienne trop élevé dans notre région *L'aide à la parentalité :* - poser les bases d'un accompagnement à la parentalité, aide et prévention des situations difficiles, notamment en cas de naissances multiples ou de mère isolée et/ou jeune voire très jeune *La santé des nouveau-nés :* - dépistages précoces des maladies et continuité des dépistages (notamment les conséquences de l'alcoolisation de la femme enceinte), y compris des maladies rares ; préparation de la prise en charge en aval - informer le grand public autour des calendriers vaccinaux afin d'éviter la transmission de maladies aux nouveau-nés (ex : coqueluche)	- renforcer le dépistage de la surdité précoce (attention, pour le groupe il s'agit de conforter et non de renforcer - 99% des enfants sont dépistés actuellement) - développer les moyens de diagnostic pour les maladies infantiles et maladies rares - organiser un suivi des mamans à domicile : sage femme, HAD… - maisons des bébés pluridisciplinaires proches des maternités - démédicaliser l'accouchement - prendre en compte l'aspect culturel	**III. Optimisation et adéquation de la prise en charge médicale, paramédicale et sociale des femmes et des nouveau-nés pour préserver et préparer le capital santé de la mère, de l'enfant et de la famille**	III.1 Assurer le suivi des mères et des nouveau-nés après la sortie de la maternité (en particulier lors d'une sortie précoce) en garantissant un relais identifié, notamment sur ces thématiques : allaitement, alimentation, santé mentale, suivi gynécologique et obstétrical, y compris contraception, maladies chroniques, addictions, accompagnement social, aide à la parentalité, violences intrafamiliales. III.2 Faire naître et prendre en charge l'enfant dans le niveau de soin adapté et conforter la politique régionale de dépistages néonatals. III.3 Organiser le réseau d'aval de suivi des enfants « vulnérables » III.4 Sensibiliser les professionnels et les patientes sur le recours raisonné et médicalement justifié à la césarienne.

Taux de couverture vaccinale des enfants de 2 ans : **- un taux de couverture vaccinale** inférieure à la France pour DTP (86% vs 90), coqueluche (86% vs 91) et Hépatite B (22% vs 30). **Pas de chiffres**	***La vaccination :*** **-** maintien voire augmentation du taux de couverture vaccinale en particulier pour le papillomavirus et la coqueluche *La santé des mères :* - prévention et prise en charge de la santé des mères en post partum (santé mentale, alimentation, suivi gynécologique et obstétrical, y compris contraception, maladies chroniques, addictions, accompagnement social *L'allaitement :* - vers un choix éclairé de la mère et respecter ce choix ; accompagner la mère pendant et à la sortie de la maternité si l'intéressée a fait le choix de l'allaitement *La sortie précoce de la maternité :* - s'assurer d'une préparation optimale de la sortie précoce de la maternité pour une partie des parturientes, en s'assurant de la réalisation complète des dépistages de l'enfant et garantir un relais externe médico-social (médecins traitants - PMI - sages femmes libérales) sous la forme de contractualisation entre les intervenants professionnels (intra et extra muros hospitaliers) Prise en charge médicale, paramédicale et sociale de la			

	naissance et de la post natalité traduisant une approche pluri professionnelle coordonnée autour des problématiques de la femme (ex : césarienne, allaitement), de l'enfant (ex : prématurité) et de la famille (parentalité).			

PETITE ENFANCE				
ARGUMENTAIRE			PRIORITES	OBJECTIFS STRATEGIQUES
Indicateurs de l'ORS et autres indicateurs	***Groupe de travail***	***Forums départementaux***		
Exploitation des questionnaires départementaux PMI sur la santé de l'enfant : - bilan auditif conseillé suite à l'examen : 3.3% des enfants examinés dans les Ardennes, 3.87% dans l'Aube et 6.77% dans la Marne - bilan ophtalmologique conseillé suite à l'examen : 13% des enfants examinés dans les Ardennes, 10.56% dans l'Aube et 10.76% dans la Marne Contributions du Rectorat : - 66.5% des bilans aux 6 ans de l'enfant sont réalisés en Champagne Ardenne vs 65 % pour la France entière - parallèlement : 30% des postes de médecins scolaires sont vacants - les principales pathologies dépistées : . les résultats supérieurs à la France : bucco-dentaire - obésité / surpoids - les psychopathologies (11.3% vs 8% pour la France)	*Les troubles spécifiques d'apprentissage :* - dépistage non systématique et tardif (réalisé que pour l'entrée au CP) - difficulté d'associer l'éducatif, le social, le sanitaire : travail en réseau pour le dépistage et le suivi dans le cadre des troubles de l'apprentissage - suivi insuffisamment efficace après l'identification de troubles suite au dépistage réalisé - liens avec le profil socio-économique des parents et les zones dites fragiles - accès aux soins insuffisant pour les enfants relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) - formation des personnels au repérage de troubles spécifiques d'apprentissage *Les troubles liés à la pré-natalité et à la prématurité :* - suivi des enfants "vulnérables" (retards de croissance intra utérins - grande prématurité - prématurité - souffrance fœtale aigüe) non protocolisé - continuité de ce suivi de la naissance jusqu'aux 8 ans de l'enfant par une mise en réseau Les troubles de la relation parents / enfants (bientraitance et accompagnement à la parentalité)	- suivi des enfants : renforcer la formation des médecins généralistes - accompagnement des jeunes mères - création d'un réseau de l'enfance pour une meilleure prise en charge globale - visite systématique par l'EN des enfants de 6 ans - spécificité de l'état de santé des enfants de familles en difficulté sociale (accès aux soins)	**IV Accompagnement de l'enfant et de son entourage pour un état optimal de bien-être physique, mental et social**	IV.1 Assurer le dépistage : - de la souffrance psychique de l'enfant, des troubles des conduites et des comportements - des troubles de développement à des âges déterminants (enfants de 2 ans ; enfants de 3/4 ans) ; - des troubles spécifiques d'apprentissage à destination de tous les enfants à partir de la 6ème année IV.2 Diagnostiquer les troubles dépistés et prendre en charge les enfants, en lien avec les centres de référence, et coordonner le suivi médical, paramédical, éducatif et social des jeunes enfants. IV.3 Développer des actions de prévention et de promotion de la santé à destination des parents et enfants.

- 13.1% de bilans approfondis concernant le repérage des troubles spécifiques des apprentissages	Souffrance psychique chez l'enfant L'éducation à la santé et lieux de vie : - promotion de l'éducation à la santé en corrélation avec les thématiques identifiées, notamment : nutrition/obésité/activité physique, sommeil, hygiène bucco-dentaire, asthme, diabète et accidents domestiques - généralisation de campagnes et d'outils d'information autour de ces thématiques - identification des problématiques environnementales néfastes pour l'enfant			

3.3 Synthèse des travaux du groupe de travail PSRS - Risques sanitaires

Argumentaire	3 priorités	3 objectifs
Constats (quantitatifs et qualitatifs) établis par le groupe qui ont permis d'étayer le choix de la priorité	*Renvoient aux grands enjeux identifiés dans la région, sous forme de situations problématiques, pathologies, populations particulières*	*Renvoient aux chemins à prendre, aux grandes orientations à mettre en œuvre pour répondre aux situations identifiées comme priorités*
1) Les connaissances sur les risques sanitaires sont insuffisamment partagées entre les différentes sphères professionnelles et institutionnelles. Les risques sanitaires à envisager sont d'ordre : **.Infectieux** : . risques d'épidémies, dont celles à bactéries multirésistantes . virus émergents (grippe) . évolution épidémiologique de certaines maladies (legionellose, hantavirus….) **.Environnementaux** : .risques liés à l'eau, à l'air, à l'alimentation .risques liés aux milieux de vie .risques liés à l'industrie et aux sites pollués **2) Les actions entreprises par les différentes institutions sont cloisonnées dans les structures spécialisées** **3) Pas de culture commune de gestion des risques, en amont, pendant et après un évènement exceptionnel** 4) **Manque de connaissances et compétences des professionnels** par rapport : - au risque sanitaire - à la qualité des soins - à la sécurité des soins	**1) Collaboration des diverses institutions pour :** Partager des connaissances et des expériences. Synthétiser et donner du sens aux multiples indicateurs disponibles dans la région Partager la connaissance des actions en lien avec la santé menées par différentes administrations et institutions (DREAL, DRJSCS, DDCSPP, DRAAF, MSA...) - Développer une culture commune de gestion du risque en amont, pendant et après un événement exceptionnel, notamment par la formation initiale et continue des professionnels de santé	- Disposer d'un dispositif de veille et de surveillance épidémiologique pluri institutionnel régional afin d'appréhender et d'évaluer les problèmes sanitaires spécifiques de la région Champagne Ardenne -Organiser un comité pluri-professionnel chargé de synthétiser et de donner de la visibilité et du sens aux données disponibles pour la région, aux différents indicateurs, aux travaux de publication et de recherche, aux actions conduites - Mettre en place des programmes de formation afin d'améliorer les pratiques professionnelles en matière de gestion des risques sanitaires

Argumentaire	3 priorités	3 objectifs
Constats (quantitatifs et qualitatifs) établis par le groupe qui ont permis d'étayer le choix de la priorité	*Renvoient aux grands enjeux identifiés dans la région, sous forme de situations problématiques, pathologies, populations particulières*	*Renvoient aux chemins à prendre, aux grandes orientations à mettre en œuvre pour répondre aux situations identifiées comme priorités*
La communication est insuffisante en matière de risques sanitaires entre tous les acteurs : institutionnels, professionnels et en direction de la population	**2) Communication sur les risques sanitaires en direction des professionnels et de la population** Pour agir ensemble, il faut avoir des connaissances communes et complémentaires	- Développer l'information sur les risques sanitaires par la collaboration avec les média locaux et les relais professionnels - Susciter l'intérêt des professionnels de santé au risque en leur présentant annuellement des travaux de la région : (moyen : organisation annuelle d'une journée régionale) - En situation de crise, s'assurer que la communication est faite par des personnes compétentes et par une seule source d'information

Argumentaire	3 priorités	2 objectifs
Constats (quantitatifs et qualitatifs) établis par le groupe qui ont permis d'étayer le choix de la priorité	*Renvoient aux grands enjeux identifiés dans la région, sous forme de situations problématiques, pathologies, populations particulières*	*Renvoient aux chemins à prendre, aux grandes orientations à mettre en œuvre pour répondre aux situations identifiées comme priorités*
Les inégalités de santé sont d'origines variées. L'absence médicale est un risque sanitaire.	**3) Accès à la santé pour tous**	- Repérer les expositions à des facteurs environnementaux susceptibles de présenter un risque pour la santé, et mettre en place des mesures curatives et préventives en associant les populations concernées Améliorer l'accès aux professionnels de santé, notamment dans des zones en difficulté sociale.

3.4 Synthèse des travaux du groupe de travail PSRS - Handicap et vieillissement

1er enjeu stratégique :	***adaptation et continuité de la prise en charge des personnes tout au long de la vie***	
argumentaire	**stratégies d'intervention**	**objectifs stratégiques**
Augmentation attendue des besoins champardennais de 15% en 10 ans, 30 % en 20 ans, liée au vieillissement de la population de plus de 80 ans		
Rapport 2009 de l'HAS. Constat de la nécessité de retarder la survenue des états pathologiques pourvoyeurs de dépendance pour diminuer le taux de prévalence de la dépendance à un âge donné, l'efficacité des mesures de prévention grand âge étant démontrée.	prévention	Mieux prévenir les facteurs de risque du handicap et de la dépendance
Nécessité d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adaptée pour réduire la dépendance induite. Chez les personnes âgées on ne peut répondre aux altérations fonctionnelles sans identification et prise en charge des état pathologiques à l'origine de la dépendance. Existence de listes ou délais d'attente au sein des CAMSP. Difficulté du CDE à répondre à la demande. Témoignages de parents d'enfants autistes (constitués en collectif régional) sur le caractère tardif du diagnostic > incertitude d'un dépistage avant la visite obligatoire PMI des 4 ans et/ou l'avant l'entrée à l'école. Insuffisance de formation des professionnels extérieurs au secteur médico-social : médecins généralistes aux pathologies génératrices de handicap (chez les enfants surtout) ; insuffisance de formation des enseignants sur les « dys ».	prévention	Généraliser le dépistage, assurer un diagnostic précoce et prendre en charge les pathologies sources de handicap, de dépendance, à tous les âges de la vie
Obligation légale d'accessibilité pour tout bâtiment recevant du public d'ici 2015. Développement du lien social dans le cadre des CUCS. Nécessité de limiter l'impact de la dépendance sur l'autonomie de la personne et d'éviter l'isolement social, facteur de risque d'évolution délétère.	coordination autres politiques	Prendre en compte la dépendance dans les politiques architecturales et urbaines et développer le lien social
Absence de réseau. Refus (illégaux) de certains médecins d'ausculter les personnes handicapées (soins dentaires, gynécologie…). En établissement sanitaire, méconnaissance de la spécificité des publics handicapés, générant une désorganisation de la prise en charge. Déficit démographique de personnel médical et paramédical. Objectif général (politiques publiques, familles, usagers, gestionnaires d'établissements) de développer l'accompagnement en milieu ordinaire. Vieillissement de la population sur l'ensemble du territoire avec des densités de population âgée variable. Impératif de coordination des acteurs pour une réponse de qualité.	qualité efficience + réduction inégalités	Améliorer l'accès aux soins et le prendre soin des personnes au plan géographique, économique et psycho-social de la prise en charge
	amélioration accès aux Ets, prof...	Améliorer et optimiser l'articulation entre les champs sanitaire, ambulatoire, médico-social et social

Existence de rupture de trajectoires de vie pour des adultes handicapés vivant au domicile de leurs parents, lorsque ces derniers deviennent eux-mêmes dépendants. Les places (obligatoires) d'accueil d'urgence et/ou temporaire dans les établissements médico-sociaux, du fait des contraintes budgétaires, peuvent être occupées de manière durable, donc inaccessible au répit et/ou à l'urgence. Soulager l'aidant principal dans son action.	amélioration accès aux Ets, prof…	Améliorer et formaliser l'organisation de la réponse en matière d'accueil d'urgence et temporaire
Parfois un an d'attente pour des rendez-vous hospitaliers nécessitant des actes techniques pour des usagers en MAS. Manque de personnel spécialisé formé. Pas de filière de soin organisée. Constat d'un mésusage de l'hôpital pour les patients âgés en particulier dans l'accueil en urgence et manque de préparation ou de possibilité de sortie.	amélioration accès aux Ets, prof… + droits usagers	Améliorer l'organisation de la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation : aide au diagnostic des entrées préparées, anticipation du plan d'aide, progressivité des modalités de prise en charge
L'opérationnalité de nombreux réseaux repose sur une interconnaissance de ses principaux porteurs. Insuffisante formalisation des coopérations. Dans le cadre des prises en charge sanitaires, nécessité d'obtenir l'accord de nombreux intervenants de soin (chef de pôle, chirurgien…), d'où une attente prolongée des personnes.	amélioration accès aux Ets, prof... + respect droits usagers	Optimiser le partenariat et l'articulation pour garantir la continuité des parcours et la satisfaction des besoins territoriaux
Il existe une trame de réponse à la dépendance basée sur de multiples acteurs et de multiples structures. La réponse est pour autant unique, modulée en fonction de la personne, de ses pathologies, de son environnement physique et humain et de ses choix. Nécessité de fluidifier la filière et favoriser les choix de vie des personnes âgées handicapées. Existence d'orientations par défaut, faute de places adaptées disponibles. Listes d'attente importantes en ESAT, MAS, FAM, foyer de vie. Amendements Creton.	respect des droits usagers	Favoriser le respect du projet des personnes dans le cadre d'une adaptation et diversification de l'offre
Besoin de répit de la part des familles et des usagers : écoute, temps pour soi, accompagnement dans le choix des prestations ..... Besoin de formation pour les aidants (manipulation, nutrition, préparation des repas… : actes de la vie courante) Insuffisance structurelle de l'offre de répit, faiblesse du soutien psychologique aux familles bénéficiaires de cette offre (se culpabilisant). Existence de phénomènes d'isolement social des familles. Constat d'une pathologie de l'aidant, d'une surmorbidité et d'une surmortalité de l'aidant.	prévention + respect droits usagers	Développer l'accompagnement et le soutien aux aidants
	qualité efficience + réduction inégalités	Formation des personnels : médico-technique et scientifique, compétence relationnelle, travail en équipe et collaboration avec d'autres, réflexion éthique
2ème enjeu stratégique :	***Connaissance continue des besoins territorialisés et de leur évolution***	
		Mettre en place un observatoire

3.5 Synthèse des travaux du groupe de travail PSRS - Santé Mentale, Addictions, Santé des jeunes

Constats / Argumentaires	Priorités	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels
* Les données des fiches ORS montrent que les problématiques liées aux addictions et à la consommation de substances psychoactives sont réelles en Champagne-Ardenne. Fiche ORS N°3 : Mortalité Taux comparatifs de mortalité : - Maladies liées au tabac : Chez les hommes : différences avec la France métropolitaine significatives au seuil de 0,001 pour les départements des Ardennes, de l'Aube, ainsi que pour la région dans son ensemble et au seuil de 0,01 pour le département de la Marne. Chez les femmes : différences avec la France métropolitaine significatives au seuil de 0,001 pour les départements des Ardennes et de l'Aube. - Maladies liées à l'alcool : Chez les hommes : différences avec la France métropolitaine significatives au seuil de 0,001 pour les départements des Ardennes, de la Marne, ainsi que pour la région dans son ensemble. Chez les femmes : différences avec la France métropolitaine significatives au seuil de 0,05 pour le département de la Marne. Fiche ORS N°6 : Santé des jeunes	Prévention, repérage et prise en charge précoce de la souffrance psychique, des conduites addictives et des troubles psychiatriques.	1-Conforter et développer le dispositif de prévention primaire et de repérage précoce de la souffrance psychique des troubles mentaux (bébé, enfants, adolescents, adultes, personnes âgées) et des conduites addictives	1A Promouvoir des programmes de renforcement des facteurs de protection contre la souffrance psychique et les conduites addictives en population générale 1B Renforcer et péreniser les programmes de prévention primaire et de repérage précoce en direction des populations vulnérables* 1C Former les professionnels non spécialisés* à la prévention, au repérage et à l'accompagnement des usagers et de leur famille vers les dispositifs d'évaluation et de soins adaptés

Tabac : 71% d			
		2-Garantir la mise à niveau et la cohérence territoriale des dispositifs et des programmes d'action précoce en santé mentale	2A Mettre en place un dispositif d'observation et d'évaluation des besoins, des ressources, des méthodologies et des référentiels d'action 2B Pallier les carences et inégalités territoriales
Peu ou pas de relais de la part des organismes institutionnels pour informer les usagers de l'existence des dispositifs qui leur sont destinés Insuffisance de maillage sanitaire et de moyens en termes d'offre de soins en Champagne-Ardenne Fiche ORS N°10 : Offre de soins - établissements de santé : - Taux d'équipement en hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile : Champagne-Ardenne : 0,08 France métropolitaine : 0,16 - Taux d'équipement global en psychiatrie infanto-juvénile : Champagne-Ardenne : 0,86 France métropolitaine : 1,22 Difficultés à assurer la continuité des soins et des prises en charge (ruptures de prises en charge liées aux parcours sociaux des personnes : suivi judiciaire...).	Promotion d'un dispositif de soins accessible, gradué et territorialisé.	1 Offrir au patient un dispositif d'orientation dans son parcours de prise en charge	1A -décrire exhaustivement l'offre de prise en charge territoriale, 1B - dispositif de communication au public (ex : numéro vert...)

Les médecins généralistes sont en première ligne pour repérer les souffrances psychiques et troubles psychiatriques, intervenir précocement et orienter les patients. La prise en charge des troubles mentaux par les médecins généralistes : - permet d'améliorer : - l'accessibilité géographique -			
		2 Renforcer le dispositif de soins selon le moment dans le parcours du patient, de façon individualisée	2A - développer les structures de soins adaptées aux besoins des usagers du territoire, notamment des populations vulnérables 2B - organiser le dispositif de soins en évaluant les besoins en centres d'expertise et en définissant clairement leurs missions et leur articulation avec les centres de proximité 2C - Renforcer le rôle et les moyens d'action des médecins généralistes, dans l'accompagnement et la prise en charge globale du patient.
		3 - anticiper les évolutions de la démographie des professionnels pour se prémunir des déficits	3A - Renforcer l'attractivité des postes dans la région et dans certains territoires pour garder les jeunes professionnels 3B - Travailler sur la délégation de compétences
Difficultés à mettre en place un continuum d'actions prévention/accès aux soins/soins auprès des populations vulnérables (les projets mis en place se limitent souvent à la prévention primaire, sans faire le lien avec l'accès aux soins et la prévention. De nombreux acteurs sont confrontés à des problématiques de santé mentale, qu'ils soient issus des domaines sanitaire, social, médico-social, éducatif, judiciaire... La coordination et la complémentarité des	Décloisonnement et coordination effective entre les acteurs des différents domaines.	1- Recenser les ressources territoriales, les dynamiques existantes et repérer les articulations indispensables.	Afin de repérer les articulations indispensables: 1A - procéder par une approche par public cible et par territoire de proximité afin d'identifier, dans une situation donnée, tous les professionnels intervenant simultanément ou successivement autour d'un même usager et devant se coordonner. 1B - compléter l'approche par public cible et par territoire de proximité par une approche en termes de parcours global de prise en charge, afin d'identifier les relais indispensables entre professionnels, face à une situation donnée.

intervenants doivent permettre de proposer une prise en charge adaptée à chaque usager le nécessitant, et de ne pas laisser un intervenant sans réponse possible. La coordination s'organise en proximité, avec l'adhésion des acteurs de terrain Elle est indispensable pour assurer la continuité de la prise en charge et l'accès à une prise en charge adaptée aux besoins de l'usager. Elle nécessite de lutter contre deux tendances naturelles des acteurs : - soit se replier sur leur champ de compétences propre en ignorant ce qui se passe autour - soit tenter d'			
		2 - Garantir une coordination des acteurs de proximité impliqués dans la prise en charge globale de l'usager et de son entourage et promouvoir le travail en réseau.	2A - Organiser la rencontre des professionnels sur les territoires de proximité par : - la mise en place d'échanges, par exemple sur les situations complexes - la mise en place d'outils collaboratifs, d'outils de liaison entre les professionnels - la formalisation des partenariats (convention…)
		3 - Promouvoir une culture commune, transversale et interdisciplinaire	3A - Adapter la formation initiale de l'ensemble des professionnels pour intégrer davantage l'environnement dans lequel ils évoluent, les articulations indispensables à mettre en place, ainsi que la culture du travail en réseau 3B - Mettre en place des formations pluri-professionnelles pour les personnes en exercice à l'échelle du territoire de proximité 3C - Mettre en place une circulation de l'information à l'échelle du territoire, en utilisant des moyens de communication dématérialisés

		4 - Coordonner la mise en oeuvre des politiques publiques pour les adapter au territoire	4A - Mettre en cohérence les objectifs poursuivis en termes de coordination par les autorités de tutelle sur un territoire par le biais de conventions entre elles. 4B- Fixer des objectifs de partenariat assez précis (identifier les partenaires avec lesquels l'opérateur de terrain doit travailler en complémentarité), notamment au travers des conventions conclues avec les opérateurs de terrain. 4C - Faire de l'engagement dans le partenariat un critère d'évaluation des actions financées. 4D - Procéder à une évaluation de la coordination des dispositifs associant les usagers et leurs représentants.

3. Apport des forums départementaux

Forum de la MARNE
Châlons-en-Champagne, le 30 novembre 2010

Handicap et vieillissement

•Coordination professionnels ambulatoires et hôpital
•Développement d'outils de communication (informatisés)
•Prévention des chutes chez les personnes âgées : repérage des facteurs de vulnérabilité
•Importance de l'équipe mobile de gériatrie: aide au dépistage et au retour à domicile
•Handicap : difficultés d'accès aux soins spécialisés et formation des spécialistes
•Informer les patients et les familles des malades des associations existantes
•Lieux d'accueils pour personnes handicapées vieillissantes
•Prise en charge des personnes handicapées avec vision transversale permettant de prendre en compte le cumul des handicaps
•Articulation forte entre les MDPH et l'ARS sur la prise en compte de la dépendance
•Formation des personnels sur la bientraitance et lutter contre toutes les formes de discriminations quelles qu'elles soient
•Pérennité des associations (financement public)

Risques Sanitaires

•Tenir compte de l'existant pour maintenir les services apportés à la population
•Prise en compte des inégalités interrégionales
•Justifications médico-économiques

Périnatalité – petite enfance

•Visite de prévention du 4ème mois obligatoire
•Prévention des conduites à risques
•Accompagnement des jeunes mères
•Visite systématique par l'EN des enfants de 6 ans
•Spécificité de l'état de santé des enfants de famille en difficulté sociale (accès aux soins)
•Prématurité - maladies infantiles et maladies rares : besoin de moyens de diagnostic
•Articulations entre missions du réseau périnatal et les objectifs du PRS
•Suivi des grossesses dans un couple dont un parent présente une maladie chronique
•Promotion de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire
(collège et lycée)

Maladies chroniques

•Lutte contre les discriminations
•Dépistage des publics les plus vulnérables
•Place des associations dans la coordination des soins
•Associer les associations et les patients à la mise en place des programmes d'éducation thérapeutique (patients experts)
•Formation des professionnels de santé aux maladies rares
•Accompagnement et coordination de soins jusqu'à la fin de vie
•

•Faciliter l'accès aux bilans de santé (centre d'examen de santé) pour favoriser les repérages, et en particulier envers les personnes défavorisées
•Lien entre nutrition et activité physique et sportive
•Activités physiques et sportives adaptées aux malades chroniques

Santé mentale, addictions, santé des jeunes

•Accompagnement des aidants et des familles
•Accompagnement des malades psychiatriques dans les soins, le logement
•Manque de professionnels de santé (psychiatres, médecins généralistes et IDE spécialisées)
•Accompagnement soutenu, au quotidien et dans la durée
•Prise en charge dans les situations de crise
•Manque coordination entre les professionnels ambulatoires et la psychiatrie (et besoin de formation)
•Création d'un dispositif transversal de continuité entre le sanitaire et le médico-social
•Articulation entre les institutions (PJJ, ASE, ARS)
•Lutte contre les discriminations
•Articulation entre le sanitaire et le social
•Favoriser, simplifier l'accès aux soins généralistes
•Prise en compte du public carcéral dans le PRS
•Développement des structures

Forum de l'AUBE
Troyes, le 2 décembre 2010

Handicap et vieillissement

•Meilleure prise en compte des orientations des enfants handicapés et augmentation des réponses
•Intégrer l'ARS dans le GIP des MDPH
•Développer les lieux d'accueil pour les jeunes adultes handicapés
•Développer les outils d'évaluation à distance des personnes âgées
•Développer l'innovation dans les lieux d'accueil
•Développer la géronto-psychiatrie en ambulatoire
•Améliorer le suivi médical et psychique des personnes (SAMSAH)
•Besoins de service d'aide par le travail
•Accompagnement psychologique, social et médical des aidants
•Structures d'accueil de jour à développer pour les malades Alzheimer
•Renforcer la formation clinique des médecins
•Renforcer la prise en charge médicale dans les EHPAD notamment la nuit (service ambulatoire infirmier)

Risques sanitaires

•Création d'une force régionale d'intervention en risque sanitaire
•Prévention de la iatrogénie (logiciel d'aide à la prescription)
•Prendre en compte le réseau des médecins généralistes
•Prendre en compte le consentement éclairé des patients
•Assurer le déplacement des PS (grèves)
•Prévoir un meilleur financement pour les exercices (plans)
•Se pencher sur la qualité du travail

Périnatalité – petite enfance

•Dépistage psychique à prendre en compte
•Prise en compte des grossesses précoces en milieu défavorisé : renforcement de la médecine scolaire
•Renforcer la formation médecins généralistes : suivi des enfants
•Maison des bébés pluri-disciplinaires proche des maternités
•Organiser un suivi des mamans à domicile : sage femme, HAD (hospitalisation à domicile)
•Création d'un réseau de l'enfance pour une meilleure prise en charge globale
•Démédicaliser l'accouchement
•Développer l'éducation à la sexualité
•Développer la formation des PS (dépistage violence envers les femmes)
•Plus de personnel de santé dans le milieu scolaire
•Prendre en compte l'aspect culturel
•Renforcer le dépistage de la surdité précoce

Maladies chroniques

•Dépister les maladies inflammatoires
•Renforcer le nombre de médecins généralistes en rendant le métier plus attractif (amélioration des conditions de travail)
•Renforcer le rôle des médecins du travail, développer leurs missions
•Renforcer le suivi des maladies cardio-vasculaires
•Apport des maisons de santé pluridisciplinaires (articulation médecins /infirmiers)
•Développer l'éducation thérapeutique notamment l'ambulatoire
(spécificités des maladies rares à prendre en compte

•Développer la formation des PS à l'ETP
•Développer des consultations de suivi à l'extérieur de l'hôpital
•Accompagner la création des maisons de santé pluridisciplinaires
Développer la télémédecine et les moyens de communication

Santé mentale, addiction, santé des jeunes

•Augmenter le nombre de lits en psychiatrie (notamment temporaire pour les jeunes)
•Prévoir des équipes mobiles de rue (pour les jeunes et moins jeunes)
•Prévention du suicide chez les adolescents
•Développer l'accueil familial thérapeutique
•Développer le travail en réseau psychiatrique en partenariat avec le médico-social
•Améliorer le suivi post-hospitalier
•Infirmier psychiatrique à recréer
•Manque de psychiatres
•Prévention des addictions, drogue, notamment en milieu scolaire dés le collège
•Plans communs à construire avec l'éducation nationale
•Soutenir les associations par des moyens supplémentaires
•Renforcer les structures publiques

Forum de la HAUTE MARNE
Chaumont, le 6 décembre 2010

Handicap et vieillissement

•Prise en charge globale des patients et coordination
•Personnel suffisant et formé dans les EHPAD
•Mise en place d'un protocole
•Besoin d'accueil de jour pour les malades d'Alzheimer
•Créer/Développer l'accueil pour les personnes atteintes de polypathologies et des personnes handicapées vieillissantes
•Accompagnement des personnes handicapées et de leur entourage
•Ouvrir la fonction de médecin-coordinateur aux soins dans les EHPAD
•Sensibilisation du personnel hospitalier au handicap
•Droit au répit
•Coordination des soins à domicile Structures d'hébergement : Innover
•Problèmes des transports en zone rurale
•Besoin de personnel médical, paramédical et social
•Continuité du projet de vie en milieu ordinaire
•Quels fonds? Et qui coordonne?

Risques sanitaires

•Coopération avec la DREAL
•Manque de professionnels de santé
•Simplifier les relations administratives entre les facultés de médecine au niveau interrégional
•Démographie médicale : besoin de généralistes, de spécialistes = compagnonnage
•Convention entre les facultés de médecine pour orienter géographiquement les étudiants
•Informatisation des systèmes de santé et regroupement des banques de données existantes
•Professionnels de santé retraités actifs
•Faciliter le montage de dossiers de maisons de santé pluridisciplinaires

Périnatalité – petite enfance

•Redonner sa place à la médecine scolaire et à la PMI
•Insuffisance de l'information et de la formation sexuelle au lycée

Maladies chroniques

•Formation et information des professionnels de santé sur les conséquences médico-sociales et socio-professionnelles
•Amélioration de la communication des PS avec l'assurance maladie
•Accompagnement, vivre avec pour le patient et son entourage
•Domicile : réfléchir la maison en lieu de soins
•Développement des soins palliatifs à domicile
•Accompagnement post-mortem
•Devenir des patients hospitalisés : structure de relais de proximité ville-hôpital
•Développer le soutien scolaire pendant la maladie
•Information sur le tabac et ses risques à l'école / création d'écoles du souffle

Santé mentale, addiction, santé des jeunes

•Créer des passerelles entre la pédo-psychiatrie et la psychiatrie

•Quid du nombre de lits en psy
•Milieu carcéral et psychiatrie
•Besoin de structures d'accueil en addictologie sur l'ensemble du territoire (plus particulièrement Sud et Sud-est du département)
•Création d'un comité de pilotage départemental en addictologie
•Addictologie et santé mentale : équipes de liaison rue-soins
•Besoin de stabilité dans les budgets
•Création de conférences budgétaires sur la coordination des financements
•Création de maisons-relais pour les personnes souffrant de troubles psychologiques

Forum des ARDENNES
Charleville-Mézières, le 6 janvier 2011

Handicap et vieillissement

•Attribution de l' AAH : participation de l'ARS à la CDAPH
•Travailleurs handicapés vieillissants : privation des droits, quel statut, quel accompagnement, quel partenariat, quel financement ?

Risques sanitaires

Périnatalité – petite enfance

•Quels moyens pour ouvrir à nouveau un centre de planification familiale aux jeunes qui en ont besoin
•Accès à l'IVG ?
•Communication sur les structures de planification existantes
•Mortalité néonatale : la corriger, implication solidarité nationale
•Les jeunes adultes handicapés : quel accompagnement à la parentalité, quelle approche en termes de droit à la parentalité
•Place des associations dans l'écoute et l'accompagnement de l'aide à la parentalité
•Populations défavorisées : quelle prise en compte des difficultés (transport, accompagnement aux démarches, accessibilité aux soins...)

Maladies chroniques

•Diabétiques : quel dépistage et par qui ? Notamment par rétinographie itinérante, pilote dans les Ardennes
•Quid de l'éducation thérapeutique du patient ; maintien et renforcement des unités existantes
•Maintien et développement du service de diabétologie
•Prise en charge de l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaire
•Participation des pharmaciens et des médecins généralistes au dépistage et à l'éducation thérapeutique du patient
•Importance du travail en réseau mais non au détriment des professionnels de santé
•Echanges de pratiques, espace de formation dans le cadre des réseaux
•Dimension communautaire : place du patient dans sa prise en charge
•Maintien d'une prise en charge de qualité et de proximité au sein de service identifié (hématologie par exemple)
•EPP : quel remplacement ?

Santé mentale, addiction, santé des jeunes

•Urgence de la coordination entre les compétences psychiatriques, sanitaires et médico-sociales
•Problème urgent de démographie médicale : comment garder les internes de la région et les attirer à la psychiatrie ardennaise, comment recruter des psychiatres dans les établissements médico-sociaux
•Besoin d'une véritable volonté politique et législative pour obliger l'installation des jeunes médecins dans les déserts médicaux (notion de service civique)
•Méconnaissance de la maladie psychique et de ses répercutions sociales
•Besoins d'outils d'évaluation sur les effets handicapants de la maladie
•Prévention dans les établissements scolaires : par qui et avec quels moyens
•Manque de centres de cure, de communautés thérapeutiques, de centres de post cure, de structures innovantes
•Comment aider les adolescents en difficultés compte tenu de la multiplicité des structures existantes : besoins de coordination et de cohérence entre les acteurs
•Accompagner et soutenir le potentiel d'innovation existant par des politiques adaptées

4. « La santé dans la région Champagne Ardenne : indicateurs régionaux » (support du diagnostic partagé - fiches réalisées par l'ORSCA et le groupe projet PRS)

La santé dans la région Champagne-Ardenne

Indicateurs régionaux

Contribution au diagnostic du projet régional de santé

Méthodologie

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ORS Champagne-Ardenne

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Méthodologie

Dans le cadre de la mise en place du Programme régional de santé publique, la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales et l'Observatoire régional de la santé ont réalisé en 2005 un diagnostic régional partagé sur l'état de santé de la population champardennaise.

L'Agence régionale de santé a souhaité, en préparation du futur plan stratégique régional de santé, que ce travail soit reconduit et actualisé en 2010. A cet effet, l'ORS a participé à différentes réunions du groupe projet, mises en place et animées par l'ARS, qui ont permis d'orienter et de mener les travaux.

Il s'est agi dans un premier temps de recueillir un maximum d'informations déjà présentées en 2005 pour les mettre à jour à une date récente, au niveau du département voire de la région, et de les compléter par des demandes spécifiques formulées par des groupes de travail restreints. Les données ont ainsi été collectées auprès des diverses institutions compétentes en la matière : INSEE, ARS, Conseils généraux, InVS, INSERM, Rectorat de l'Académie de Reims, INVS, Préfecture de Champagne-Ardenne, DIRECCTE Champagne-Ardenne, DREAL Champagne-Ardenne, MDPH, Centres de dépistage du cancer…

Ces fiches ont été relues et validées par les différents services de l'ARS et les données présentées sont arrêtées au 30 septembre 2010.

La présentation de cette mise à jour se fait sous la forme de 11 fiches thématiques :

Fiche 1 – Démographie

Fiche 2 – Données sociales

Fiche 3 – Mortalité

Fiche 4 – Morbidité et déterminants de santé

Fiche 5 – Santé maternelle et infantile

Fiche 6 – Santé des jeunes

Fiche 7 – Santé des personnes âgées

Fiche 8 – Santé des personnes handicapées

Fiche 9 – Offre de soins : ambulatoire

Fiche 10 – Offre de soins : établissements de santé

Fiche 11 – Santé environnement

La santé dans la région Champagne-Ardenne

Indicateurs régionaux

Contribution au diagnostic du projet régional de santé

Liste des fiches thématiques

Fiche 1 – Démographie

Fiche 2 – Données sociales

Fiche 3 – Mortalité

Fiche 4 – Morbidité et déterminants de santé

Fiche 5 – Santé maternelle et infantile

Fiche 6 – Santé des jeunes

Fiche 7 – Santé des personnes âgées

Fiche 8 – Santé des personnes handicapées

Fiche 9 – Offre de soins : ambulatoire

Fiche 10 – Offre de soins : établissements de santé

Fiche 11 – Santé environnement

Observatoire Régional de la Santé ORS Champagne-Ardenne

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

La santé dans la région Champagne-Ardenne

Indicateurs régionaux

Contribution au diagnostic du projet régional de santé

Fiche 1 - Démographie

Données arrêtées au 30/09/2010

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ORS Champagne-Ardenne

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Sommaire

Principales caractéristiques de la population 3

Structure et perspectives d'évolution de la population 7

Principales caractéristiques de la population

Note :

Les données issues des recensements de la population étant arrondies au nombre entier le plus proche, les totaux obtenus en sommant des sous-catégories peuvent varier de quelques unités

Exemple : le total régional indiqué dans un tableau peut ne pas correspondre exactement à la somme des départements.

Population au 1er janvier 2007

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Moins de 20 ans	72 796	73 741	142 065	43 762	332 364	15 272 975
De 20 à 59 ans	150 071	158 442	311 335	96 601	716 450	33 126 570
60 ans et plus	61 871	68 655	113 088	47 038	290 652	13 395 462
Ensemble	284 738	300 838	566 488	187 401	1 339 463	61 795 007
En % de la population régionale	21,26%	22,46%	42,29%	13,99%	-	-

Source : INSEE, Recensement de la population 2007

Densité de population au 1er janvier 2007
(En nb d'habitants au km²)

Région	Valeur	Rang
Ile-de-France	965,6	1
Nord-Pas-de-Calais	324,0	2
Alsace	220,7	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	154,9	4
Haute-Normandie	147,5	5
Rhône-Alpes	138,8	6
Bretagne	114,7	7
Pays de la Loire	108,6	8
Lorraine	99,4	9
Picardie	98,0	10
Languedoc-Roussillon	93,6	11
Basse-Normandie	83,1	12
Aquitaine	76,3	13
Franche-Comté	71,5	14
Poitou-Charentes	67,4	15
Centre	64,5	16
Midi-Pyrénées	62,0	17
Champagne-Ardenne	**52,3**	**18**
Bourgogne	51,7	19
Auvergne	51,5	20
Limousin	43,5	21
Corse	34,5	22
France métropolitaine : 113 hab/km²		

Source INSEE, Recensement de la population 2007

Part de la Champagne-Ardenne dans la population française

	1999	2007
Pop. Champagne-Ardenne	1 342 202	1 339 463
Pop. France	58 518 395	61 795 007
%	2,29%	2,17%

Source INSEE, Recensement de la population 2007

Espaces urbains et espaces ruraux (selon le ZAUER [1])

En nombre d'habitants

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Espace à dominante urbaine	**188 996**	**203 313**	**458 181**	**100 000**	**950 490**	**50 641 184**
En %	66,4%	67,6%	80,9%	53,4%	71,0%	81,9%
Dont						
Pôles urbains	98 274	147 144	319 435	66 083	630 936	37 077 523
Couronnes périurbaines	59 532	50 258	114 504	28 329	252 623	10 362 230
Communes multipolarisées	31 190	5 911	24 242	5 588	66 931	3 201 431
Espace à dominante rurale	**95 753**	**97 527**	**108 310**	**87 407**	**388 997**	**11 154 054**
En %	33,6%	32,4%	19,1%	46,6%	29,0%	18,1%

Source : INSEE, Recensement de la population 2007

Évolution de la population entre 1968 et 2007

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Population 1968	309 380	270 325	485 226	214 340	1 279 271	49 711 853
Population 2007	284 738	300 838	566 488	187 401	1 339 463	61 795 007
Évolution 1968-2007						
En nombre d'habitants	-24 642	30 513	81 262	-26 939	60 192	12 083 154
Évolution annuelle moyenne	-0,21%	0,27%	0,40%	-0,34%	0,12%	0,56%
Évolution 1999-2007						
Var. Totale	-0,23%	0,37%	0,03%	-0,48%	-0,03%	0,70%
Var. Solde Naturel [2]	0,26%	0,23%	0,42%	0,08%	0,30%	0,40%
Var. Solde Migratoire [3]	-0,50%	0,14%	-0,39%	-0,57%	-0,32%	0,30%

Source : INSEE, Recensements de la population 1968, 1999 et 2007

Natalité, fécondité

Nombre de naissances (naissances domiciliées)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
2009	3 312	3 745	7 061	1 944	16 062	842 765
2008	3 522	3 721	7 065	2 037	16 345	794 507
2007	3 552	3 619	6 932	2 062	16 165	784 538
Taux brut de natalité (2007) (p. 1 000 habitants)	12,5	12,0	12,2	11,0	12,1	12,7

Source INSEE, Etat Civil, Recensement de la population 2007, Estimations de population 2008

Proportion de personnes âgées dans la population

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
60 ans et plus						
Nb	61 871	68 655	113 088	47 038	290 652	13 395 462
En % de la population totale	21,7%	22,8%	20,0%	25,1%	21,7%	21,7%
65 ans et plus						
Nb	48 228	53 205	86 759	36 935	225 127	10 298 062
En % de la population totale	16,9%	17,7%	15,3%	19,7%	16,8%	16,7%
75 ans et plus						
Nb	24 158	27 394	44 191	19 070	114 814	5 260 196
En % de la population totale	8,5%	9,1%	7,8%	10,2%	8,6%	8,5%
85 ans et plus						
Nb	5 149	7 148	11 012	4 652	27 963	1 312 048
En % de la population totale	1,8%	2,4%	1,9%	2,5%	2,1%	2,1%
Nb de moins de 20 ans	72 796	73 741	142 065	43 762	332 364	15 272 975
Part des moins de 20 ans	25,6%	24,5%	25,1%	23,4%	24,8%	24,7%
Indice de vieillissement [4]	**66,3**	**72,2**	**61,1**	**84,4**	**67,7**	**67,4**

Source : INSEE, Recensement de la population 2007

Les grandes caractéristiques de la population champardennaise par département

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Nb. d'habitants en 2007	284 740	300 837	566 486	187 399	1 339 463	61 795 007
Hommes	139 623	146 213	275 289	91 755	652 880	29 922 408
Femmes	145 118	154 624	291 197	95 645	686 583	31 872 598
Taux de variation annuel moyen entre 1999 et 2007	-0,23%	0,37%	0,03%	-0,48%	-0,03%	0,70%
Part des plus de 65 ans en 2007	16,9%	17,7%	15,3%	19,7%	16,8%	16,7%
Indice de vieillissement en 2007	66	72	61	84	68	67

Source : INSEE, Recensements de la population 1999 et 2007

Espérance de vie en 2007*

(En années)

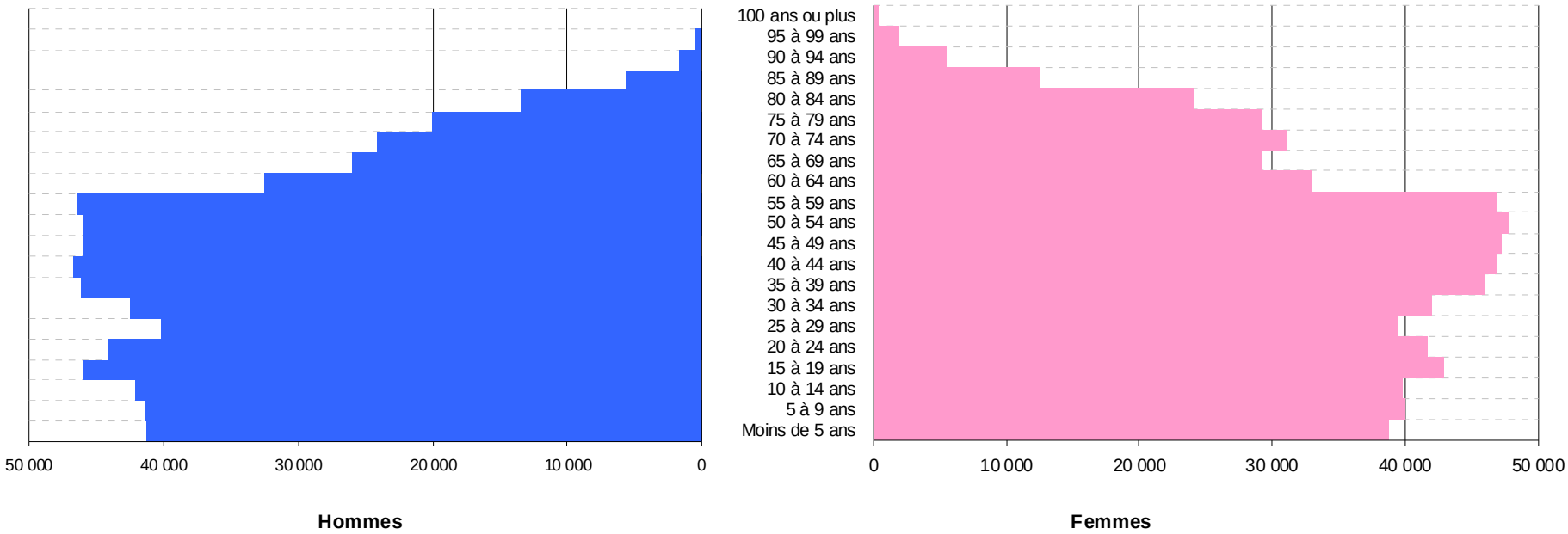
	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
A la naissance						
Hommes	75,7	76,6	76,1	75,1	76,0	77,4
Femmes	83,2	83,7	83,6	83,2	83,5	84,4
A 60 ans						
Hommes	21,0	22,1	21,0	20,7	21,2	21,9
Femmes	25,7	26,4	26,3	26	26,1	26,9

Source : INSEE, INED

* Données provisoires, susceptibles d'évoluer.

Structure et perspectives d'évolution de la population

Pyramide des âges de la population de la région Champagne-Ardenne au 1er janvier 2007
Source : INSEE, Recensement de la population 2007, Exploitation ORSCA

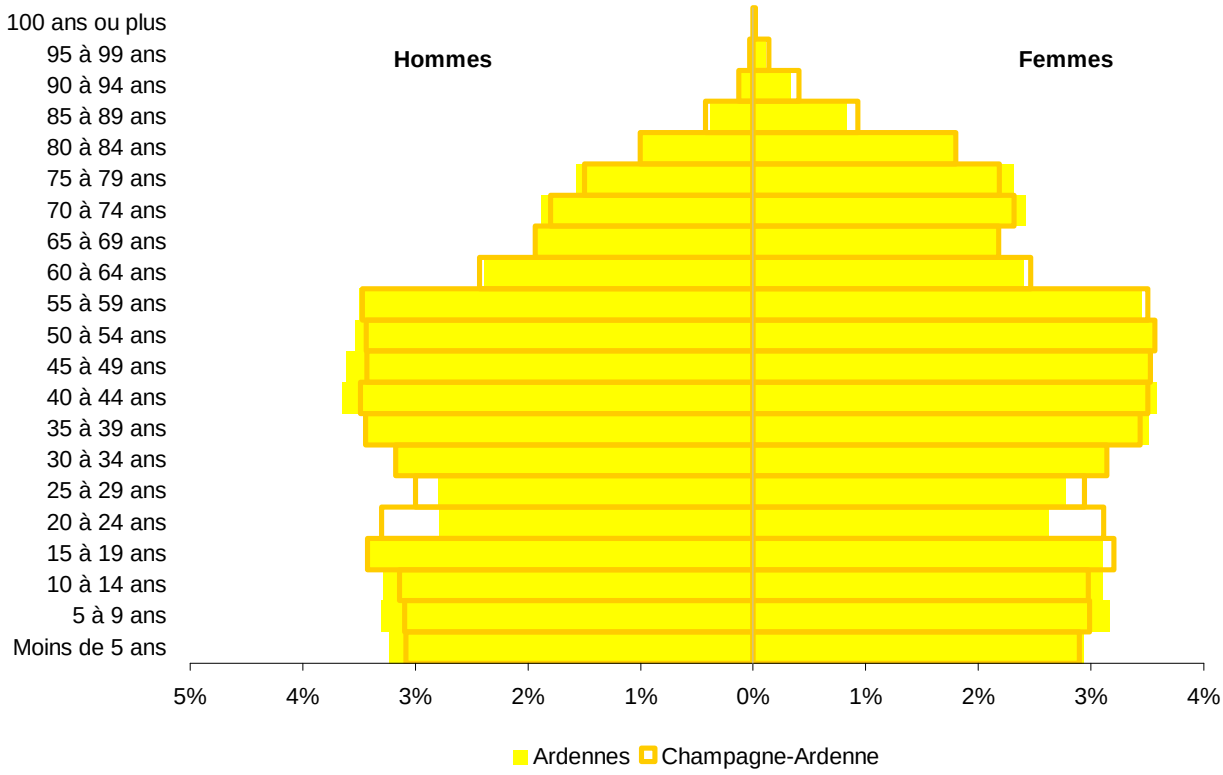


Projections des effectifs et répartition en % de la population de la région Champagne-Ardenne à horizon 2030

	0-19 ans		20-59 ans		60-79 ans		80 ans et plus		Total
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
2010	317 988	23,9%	707 135	53,2%	234 229	17,6%	70 010	5,3%	1 329 362
2015	306 968	23,3%	677 295	51,3%	256 572	19,4%	78 470	5,9%	1 319 305
2020	295 374	22,7%	649 321	49,8%	277 780	21,3%	81 349	6,2%	1 303 824
2025	280 863	21,9%	622 407	48,5%	300 644	23,4%	80 099	6,2%	1 284 013
2030	267 259	21,2%	594 809	47,2%	300 337	23,8%	98 913	7,8%	1 261 318

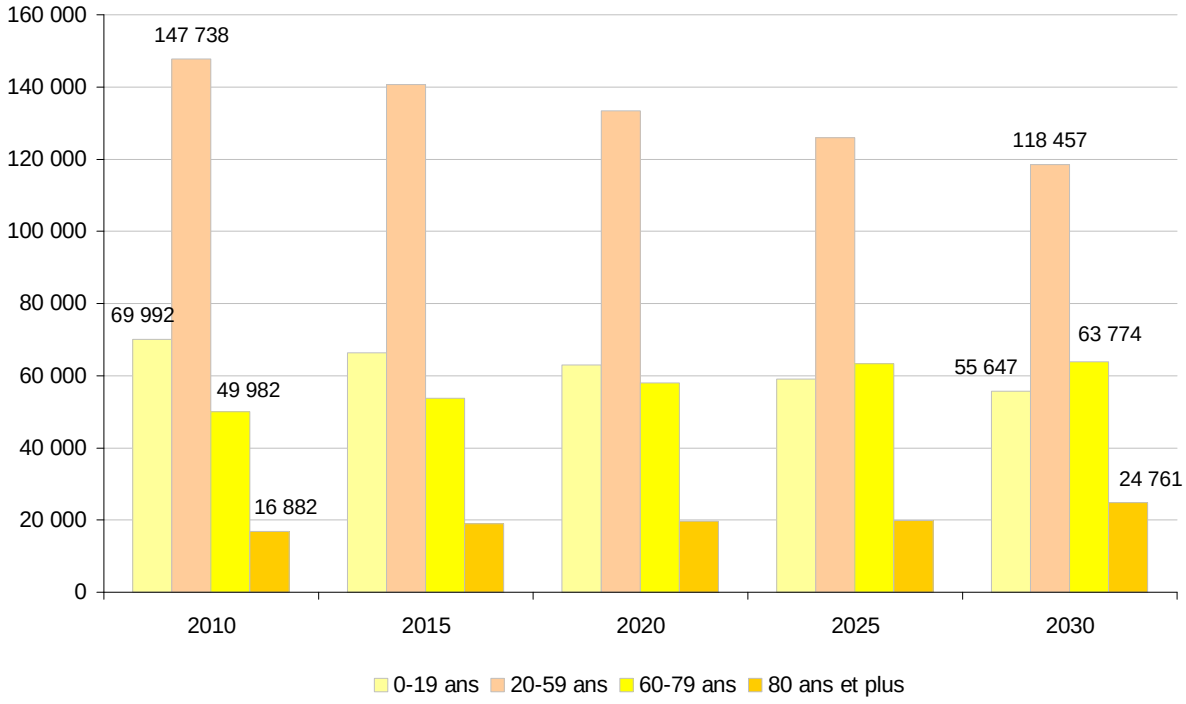
Source : INSEE, modèle Omphale, 12/2008

Pyramide des âges du département des Ardennes au 1er janvier 2007
Source : INSEE, Recensement de la population 2007, Exploitation ORSCA

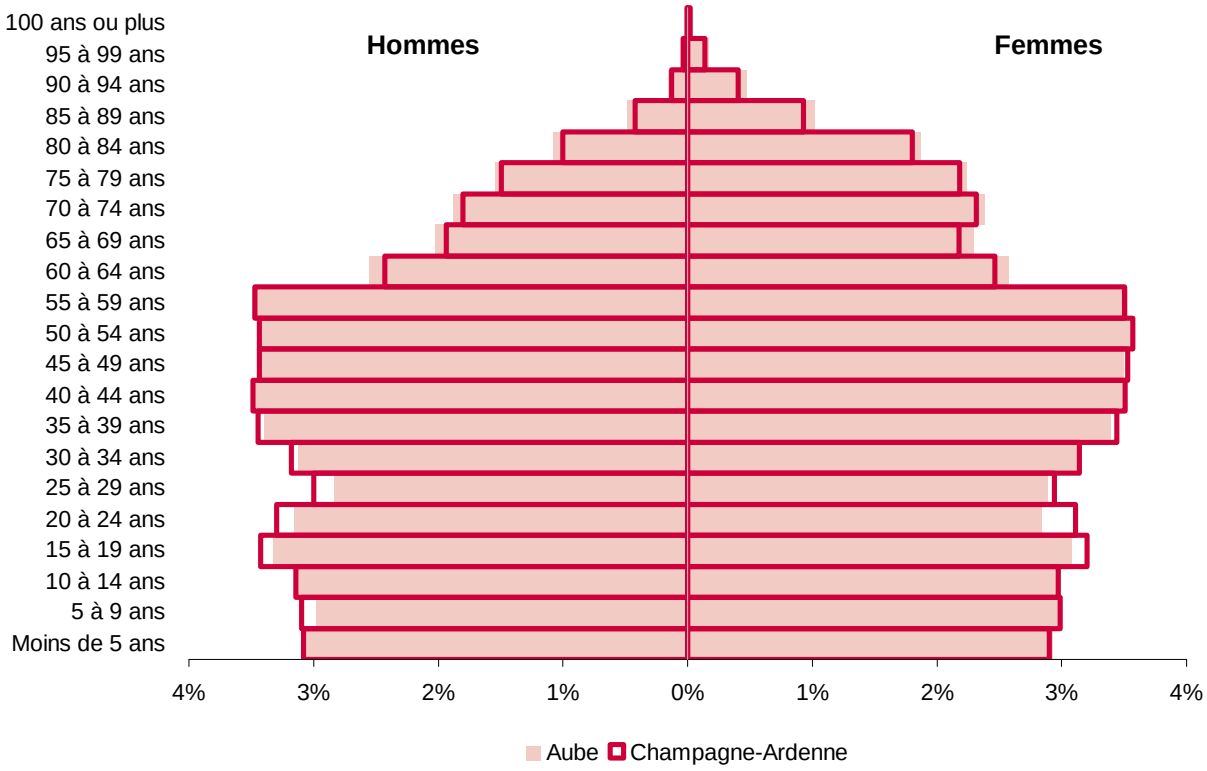


D
Données en % de la population totale

Évolution de la répartition par âge de la population des Ardennes à l'horizon 2030 (en nombre d'habitants)
Source : INSEE, projections modèle Omphale, 12/2008

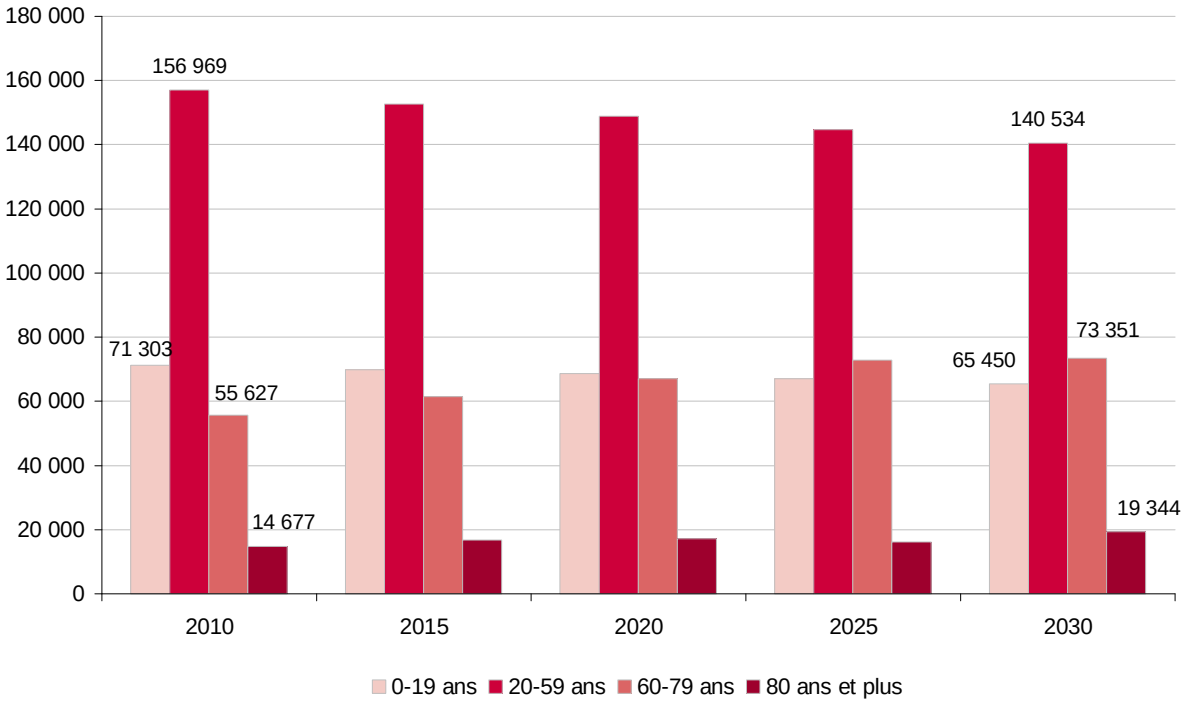


Pyramide des âges du département de l'Aube au 1er janvier 2007
Source : INSEE, Recensement de la population 2007, Exploitation ORSCA

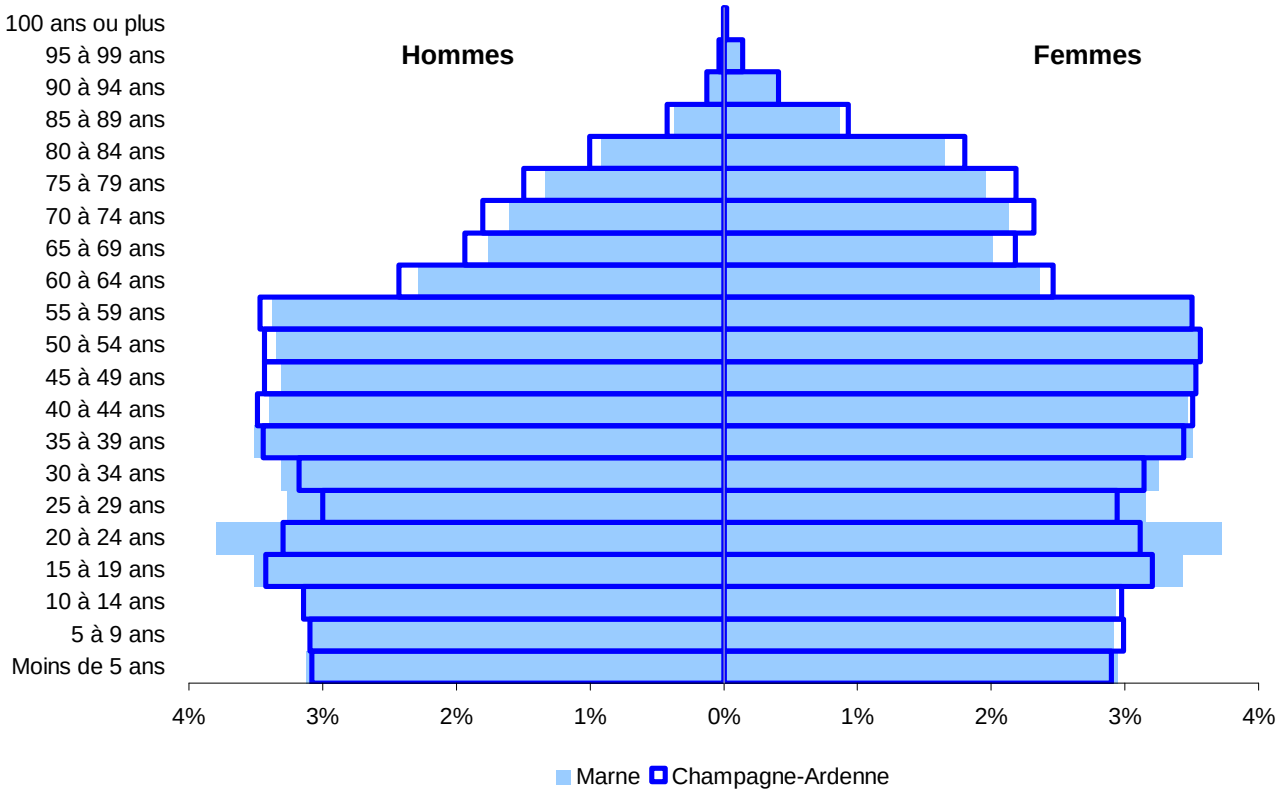


Données en % de la population totale

Évolution de la répartition par âge de la population de l'Aube à l'horizon 2030 (en nombre d'habitants)
Source : INSEE, projections modèle Omphale, 12/2008

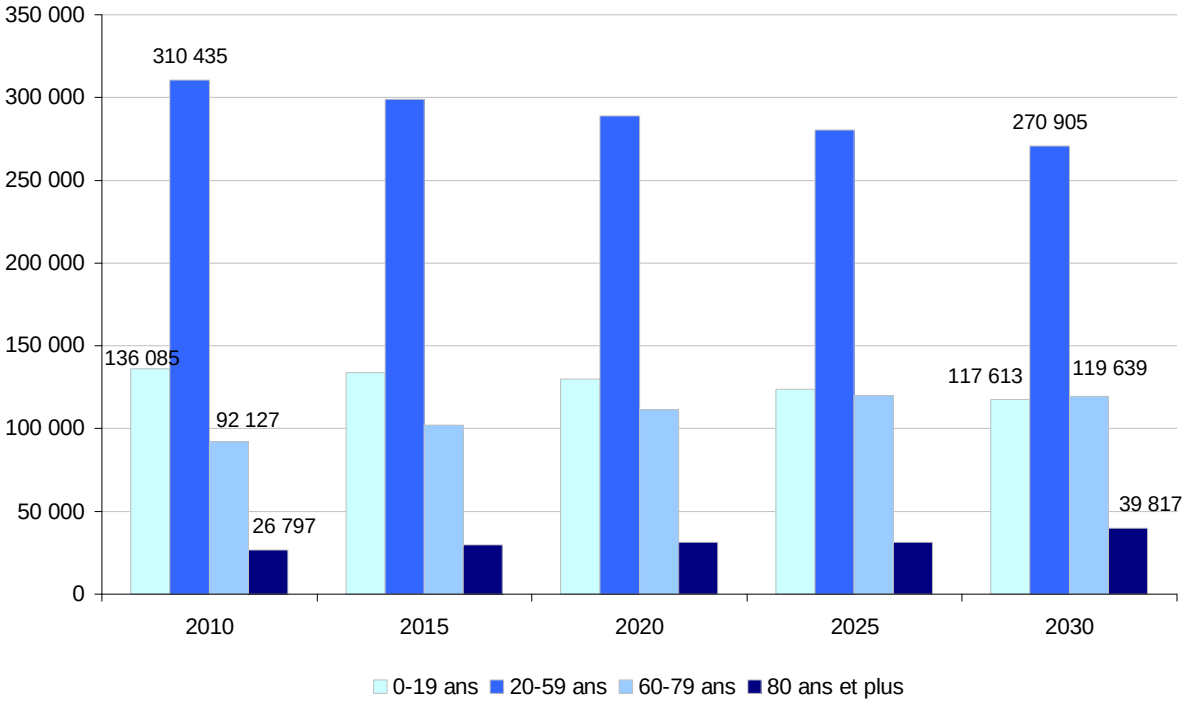


Pyramide des âges du département de la Marne au 1er janvier 2007
Source : INSEE, Recensement de la population 2007, Exploitation ORSCA

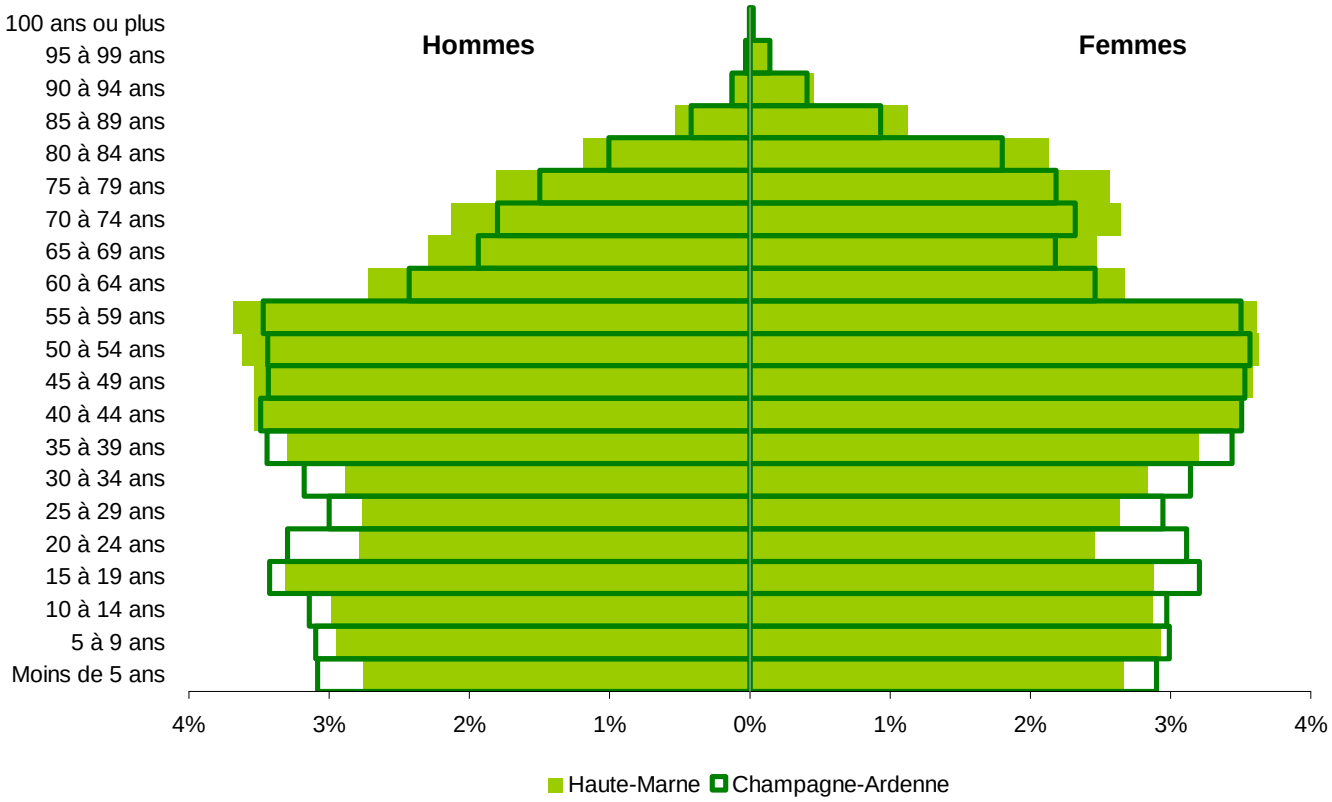


Données en % de la population totale

Évolution de la répartition par âge de la population de la Marne à l'horizon 2030 (en nombre d'habitants)
Source : INSEE, projections modèle Omphale, 12/2008

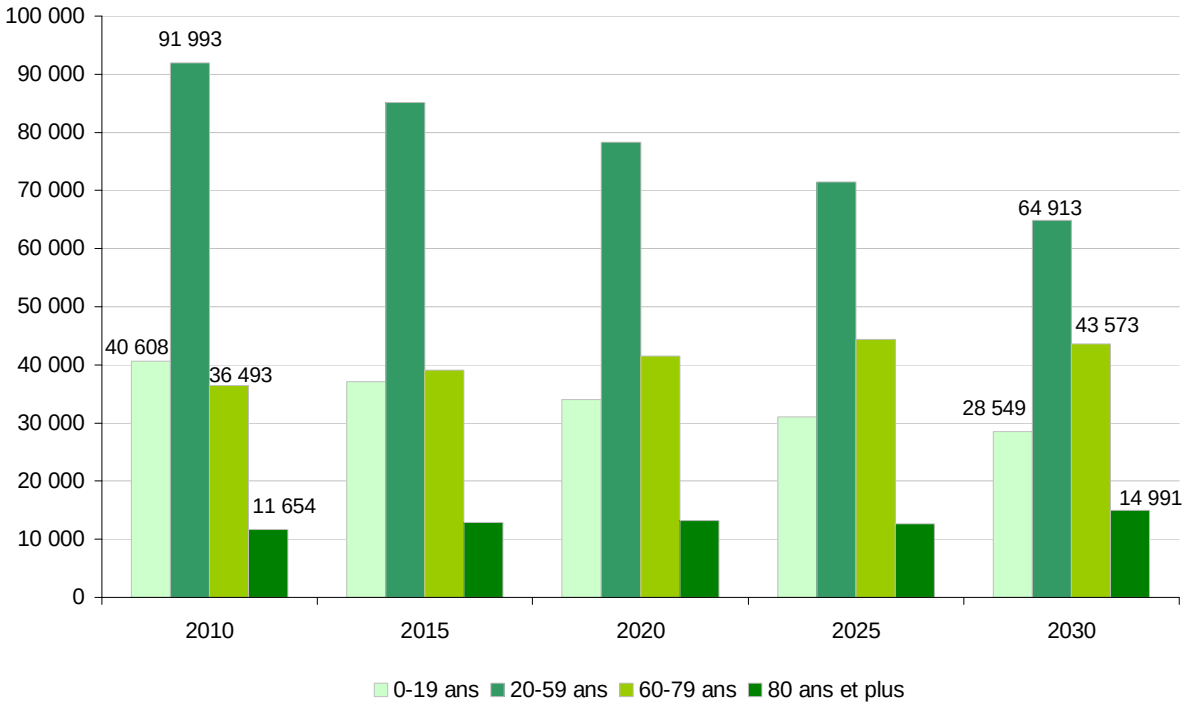


Pyramide des âges du département de la Haute-Marne au 1er janvier 2007
Source : INSEE, Recensement de la population 2007, Exploitation ORSCA



Données en % de la population totale

Évolution de la répartition par âge de la population de la Haute-Marne à l'horizon 2030 (en nombre d'habitants)
Source : INSEE, projections modèle Omphale, 12/2008



Index

INED : Institut national d’études démographiques.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques.

ORSCA : Observatoire régional de la santé de Champagne-Ardenne.

ZAUER : Zonages en aires urbaines et en aires d'emploi de l'espace rural

Glossaire

[1] Zonages utilisés par le ZAUER

Espace urbain :
L'espace urbain est l'ensemble, d'un seul tenant, de plusieurs aires urbaines et des communes multipolarisées qui s'y rattachent. Dans l'espace urbain multipolaire, les aires urbaines sont soit contiguës, soit reliées entre elles par des communes multipolarisées. Cet espace forme un ensemble connexe. Un espace urbain composé d'une seule aire urbaine est dit monopolaire.

L'espace urbain se décompose en :

Pôle urbain
Le pôle urbain est une unité urbaine offrant au moins 5000 emplois et qui n'est pas située dans la couronne périurbaine d'un autre pôle urbain.

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

Commune périurbaine
Commune située hors des aires urbaines (pôle urbain et couronne périurbaine), 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 rural :
L'espace à dominante rurale, ou espace rural, regroupe l'ensemble des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine (pôles urbains, couronnes périurbaines et communes multipolarisées). Cet espace est très vaste, il représente 70% de la superficie totale et les deux tiers des communes de la France métropolitaine.

Source : INSEE

[2] Solde naturel
Le solde naturel est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période.

[3] Solde migratoire
Le solde migratoire est la différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur le territoire et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours de l'année. Ce concept est indépendant de la nationalité.

[4] Indice de vieillissement
L'indice de vieillissement de la population est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement de la population. Plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important.

Liste des figures

Principales caractéristiques de la population

Population au 1er janvier 2007 p4
Densité de population au 1er janvier 2007 p4
Part de la Champagne-Ardenne dans la population française p5
Espaces urbains et espaces ruraux (selon le ZAUER) p5
Évolution de la population entre 1968 et 2007 p5
Natalité, fécondité p5
Proportion de personnes âgées dans la population p6
Les grandes caractéristiques de la population champardennaise par département p6
Espérance de vie en 2007 p6

Structure et perspectives d'évolution de la population

Pyramide des âges de la population de la région Champagne-Ardenne au 1er janvier 2007 p8
Projections des effectifs et répartition en % de la population de la région Champagne-Ardenne à horizon 2030 p8
Pyramide des âges du département des Ardennes au 1er janvier 2007 p9
Évolution de la répartition par âge de la population des Ardennes à l'horizon 2030 p9
Pyramide des âges du département de l'Aube au 1er janvier 2007 p10
Évolution de la répartition par âge de la population de l'Aube à l'horizon 2030 p10
Pyramide des âges du département de la Marne au 1er janvier 2007 p11
Évolution de la répartition par âge de la population de la Marne à l'horizon 2030 p11
Pyramide des âges du département de la Haute-Marne au 1er janvier 2007 p12
Évolution de la répartition par âge de la population de la Haute-Marne à l'horizon 2030 p12

La santé dans la région Champagne-Ardenne

Indicateurs régionaux

Contribution au diagnostic du projet régional de santé

Fiche 2 – Données sociales

Données arrêtées au 30/09/2010

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ORS Champagne-Ardenne

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Sommaire

Activité et chômage 3

Revenus et pauvreté 7

Activité et chômage

Note :

Les données issues des recensements de la population étant arrondies au nombre entier le plus proche, les totaux obtenus en sommant des sous-catégories peuvent varier de quelques unités

Exemple : le total régional indiqué dans un tableau peut ne pas correspondre exactement à la somme des populations départementales.

Effectifs pour les personnes de 15-64 ans selon le type d'activité [1]

Hommes	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Ensemble	92 021	96 863	187 552	60 220	436 655	19 907 654
Actifs	**69 768**	**72 976**	**142 524**	**45297**	**330 565**	**15 088 956**
Actifs ayant un emploi	*60 978*	*65 255*	*129 059*	*41178*	*296 470*	*13 608 282*
Chômeurs	*8 790*	*7 721*	*13 465*	*4119*	*34 094*	*1 480 675*
Inactifs	**22 253**	**23 887**	**45 028**	**14 923**	**106 090**	**4 818 698**

Source : INSEE, Recensement de la population 2007

Femmes	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Ensemble	90 303	96 313	189 442	58 096	434 152	20 278 126
Actifs	**56 539**	**65 235**	**127 060**	**38250**	**287 083**	**13 683 064**
Actifs ayant un emploi	*46 565*	*55 880*	*112 094*	*32970*	*247 509*	*11 998 208*
Chômeurs	*9 974*	*9 355*	*14 966*	*5280*	*39 574*	*1 684 856*
Inactifs	**33 764**	**31 078**	**62 382**	**19 846**	**147 069**	**6 595 062**

Source : INSEE, Recensement de la population 2007

Taux d'activité [2]

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Taux d'activité (Hommes)	75,8%	75,3%	76,0%	75,2%	75,7%	75,8%
Taux d'activité (Femmes)	62,6%	67,7%	67,1%	65,8%	66,1%	67,5%
Taux d'activité (Global)	69,3%	71,5%	71,5%	70,6%	70,9%	71,6%

Source : INSEE, Recensement de la population 2007

Taux de chômage au sens du recensement [3]

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Taux de chômage (Hommes)	12,6%	10,6%	9,4%	9,1%	10,3%	9,8%
Taux de chômage (Femmes)	17,6%	14,3%	11,8%	13,8%	13,8%	12,3%
Taux de chômage (Global)	14,9%	12,4%	10,5%	11,2%	11,9%	11,0%

Source : INSEE, Recensement de la population 2007

Emplois précaires [4]

Hommes	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Emplois précaires	7 262	7 889	16 943	5 286	37 380	1 622 739
Total des emplois	61 004	65 300	129 099	41 263	296 666	13 605 195

Source : INSEE, Recensement de la population 2007, Exploitation complémentaire

Femmes	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Emplois précaires	7 441	8 690	17 246	5 107	38 485	1 776 498
Total des emplois	46 767	56 267	111 948	32 866	247 848	11 998 589

Source : INSEE, Recensement de la population 2007, Exploitation complémentaire

Part des emplois précaires	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Hommes	11,9%	12,1%	13,1%	12,8%	12,6%	11,9%
Femmes	15,9%	15,4%	15,4%	15,5%	15,5%	14,8%
Ensemble	13,6%	13,6%	14,2%	14,0%	13,9%	13,3%

Source : INSEE, Recensement de la population 2007, Exploitation complémentaire

Actifs non salariés [5]

Hommes	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Emplois non salariés	7 605	9 617	17 917	5 680	40 818	1 855 896
Total des emplois	61 004	65 300	129 099	41 263	296 666	13 605 195

Source : INSEE, Recensement de la population 2007

Femmes	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Emplois non salariés	3 253	4 251	8 899	2 132	18 537	837 854
Total des emplois	46 767	56 267	111 948	32 866	247 848	11 998 589

Source : INSEE, Recensement de la population 2007

Part de l'emploi non salarié	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Hommes	12,5%	14,7%	13,9%	13,8%	13,8%	13,6%
Femmes	7,0%	7,6%	7,9%	6,5%	7,5%	7,0%
Ensemble	10,1%	11,4%	11,1%	10,5%	10,9%	10,5%

Source : INSEE, Recensement de la population 2007

Population active occupée selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle

Hommes	Ardennes		Aube		Marne		Haute-Marne		Champagne-Ardenne		France métro.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Agriculteurs exploitants	2 688	4,4%	3 577	5,4%	7 141	5,5%	2 263	5,5%	15 669	5,3%	372 316	2,7%
Artis., comm., chefs d'entr.	4 084	6,7%	4 781	7,3%	8 213	6,3%	2 870	6,9%	19 947	6,7%	1 099 623	8,0%
Cadres, prof. intell. sup.	6 108	9,9%	7 915	12,0%	18 715	14,4%	3 743	9,0%	36 481	12,2%	2 541 650	18,6%
Professions intermédiaires	12 185	19,8%	12 997	19,8%	27 405	21,1%	7 636	18,4%	60 223	20,2%	3 104 887	22,7%
Employés	6 623	10,8%	7 910	12,0%	16 702	12,9%	5 067	12,2%	36 302	12,2%	1 747 949	12,8%
Ouvriers	29 724	48,4%	28 551	43,4%	51 625	39,8%	19 906	48,0%	129 805	43,5%	4 833 635	35,3%
Ensemble	61 410	100%	65 731	100%	129 800	100%	41 486	100%	298 427	100%	13 700 061	100%

Source : INSEE, Recensement de la population 2007

Femmes	Ardennes		Aube		Marne		Haute-Marne		Champagne-Ardenne		France métro.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Agriculteurs exploitants	981	2,1%	1 503	2,7%	3 970	3,5%	683	2,1%	7 138	2,9%	153 049	1,3%
Artis., comm., chefs d'entr.	1 726	3,7%	1 982	3,5%	3 446	3,1%	1 061	3,2%	8 214	3,3%	421 281	3,5%
Cadres, prof. intell. sup.	3 363	7,1%	4 301	7,6%	11 386	10,1%	2 384	7,2%	21 435	8,6%	1 538 458	12,7%
Professions intermédiaires	11 685	24,8%	13 560	23,9%	29 006	25,7%	7 245	21,9%	61 496	24,6%	3 278 225	27,1%
Employés	23 861	50,6%	27 051	47,7%	51 938	46,1%	16 983	51,3%	119 832	48,0%	5 576 035	46,1%
Ouvriers	5 555	11,8%	8 315	14,7%	12 955	11,5%	4 775	14,4%	31 599	12,7%	1 117 883	9,3%
Ensemble	47 170	100%	56 712	100%	112 701	100%	33 131	100%	249 714	100%	12 084 930	100%

Source : INSEE, Recensement de la population 2007

Taux de chômage (au sens du BIT) [6] au 1er trimestre 2010

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Taux de chômage (en % de la population active)	12,0	9,8	8,8	9,5	9,7	9,5

Source : INSEE, Enquête emploi

Revenus et pauvreté

Revenus des foyers fiscaux en 2008

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Proportion de foyers fiscaux non imposés	52,8%	46,7%	42,4%	50,3%	46,8%	44,5%

Source : Direction générale des impôts

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Revenu net imposable moyen par foyer fiscal	18 575 €	20 794 €	23 351 €	18 778 €	21 084 €	22 947 €

Source : Direction générale des impôts

Flux traités par les commissions de surendettement en 2009

	Champagne-Ardenne		France métro.	
	2009	Évolution 2009/2008	2009	Évolution 2009/2008
Dossiers déposés	6 091	14,5	216 396	14,8
Dossiers recevables	5 207	10,2	182 695	14,2
Dossiers traités par les commissions (a+b+c+d)	4 963	11,4	175 713	8,0
Plans conventionnels conclus (a)	2 488	1,2	95 426	8,8
Clôtures après recevabilité (b) *	76	-20,8	3 727	-6,1
Recommandations élaborées par les commissions et homologuées par les juges (c)	945	28,4	35 515	-5,7
Décisions d'orientation vers la PRP acceptées par les débiteurs (d) **	1 454	24,7	41 045	23,0

Source : Banque de France, 2008

* Renonciation du débiteur à poursuivre la procédure; découverte lors de l'instruction d'une cause d'irrecevabilité

** PRP : procédure du rétablissement personnel instituée par la loi du 01/08/2003

Information complémentaire :

- en 2009, 40 dossiers de surendettement en Champagne-Ardenne pour 10 000 habitants contre 29,8 au niveau national,
- en 2004, 12,3 % des Champardennais vivaient sous le seuil de pauvreté.

(Source : Projet stratégique de la DRJSCS de Champagne-Ardenne, 2009)

Protection et aide sociale

Proportion de bénéficiaires des prestations sociales au 1er janvier 2008

Population cible : 20-59 ans pour l'AAH et le RSA ; 65 ans et plus pour l'ASPA

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Allocation de logement à caractère social	6 664	8 815	19 674	3 608	38 761	2 138 649
Allocation adulte handicapé (Nb)	5 085	3 949	8 055	3 142	20 231	854 155
AAH (‰*)	34	25	26	33	28	26
Revenu de solidarité active Socle (Nb)	8 773	7 157	8 908	3 525	28 363	1 313 920
RSA (‰*)	58	45	29	36	40	40
Allocation de solidarité aux personnes âgées (Nb)	1 888	1 955	3 060	1 403	8 306	507 363
ASPA (‰**)	39	37	35	38	37	49
Couverture maladie universelle de base	6 402	5 831	9 764	2 658	24 655	1 158 813
CMU-Complémentaire	24 735	21 639	32 569	11 418	90 361	3 745 443
% couverture de la pop. par la CMU	8,7%	7,2%	5,7%	6,1%	6,7%	6,1%

Source : STATISS 2009, données au 01.01.2008

* p. 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

** p. 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus

Hébergement et réinsertion sociale au 1er janvier 2008

Population cible : 20-59 ans

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Places CHRS	163	291	245	111	810	34 557
Places centre accueil demandeurs asile	160	205	164	130	659	19 317
Autre centre d'acccueil	18	0	46	0	64	8 806
Centre provisoire hébergement	-	-	-	-	-	1 389
Maisons relais	33	18	22	25	98	4 801
Taux d'équipement en lits CHRS*	1,09	1,83	0,79	1,15	1,14	1,04

Source : STATISS 2009, données au 01.01.2008

* p. 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

Logement et politique de la ville

	Champagne-Ardenne	France métro.
Logement		
Pourcentage de logements HLM	22,5%	13,2%
Pourcentage de ménages propriétaires	55,6%	59,6%
Politique de la ville		
Nombre de CUCS	18	467
Pourcentage d'habitants dans les CUCS	17,0%	///

Source : Projet stratégique de la DRJSCS de Champagne-Ardenne, 2009

Parc privé potentiellement indigne [7]

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Nombre de résidences principales du parc privé pot. indignes	13 359	9 091	10 809	5 893	39 152
En % de l'ensemble des RP du parc privé	13,8%	9,0%	6,1%	8,8%	9,8%
dont cat. 6 avec revenu ménage <30% plaf. HLM	6 147	4 348	6 347	2 508	19 350
dont cat. 7 ou 8 avec revenu ménage <60% plaf. HLM	7 212	4 743	4 462	3 385	19 802

Source : MEEDDAT - Filocom 2005 d'après la DGI, traitement Anah

Index

AAH : Allocation aux adultes handicapés

ANAH : Agence nationale de l'habitat

ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées

BIT : Bureau international du travail

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CMU : Couverture maladie universelle

CUCS : Contrat urbain de cohésion sociale

DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

FILOCOM : Fichier du logement communal

HLM : Habitation à loyer modéré

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MEEDDAT : Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire

RP : Résidence principale

RSA : Revenu de solidarité active

STATISS : Statistiques et indicateurs de la santé et du social

Glossaire

Type d'activité [1]

Le type d'activité principale répartit la population entre les actifs et les inactifs.
Parmi les actifs, on distingue ceux qui ont un emploi (y compris les personnes en apprentissage ou en stage rémunéré), aussi appelés actifs occupés, des chômeurs.
Parmi les inactifs, on peut notamment distinguer les élèves, étudiants et stagiaires non rémunérés, les retraités ou préretraités, les femmes ou hommes au foyer. Les autres inactifs correspondent aux personnes ne s'étant déclarées dans aucune des situations précédentes.

Source : INSEE

[2] Taux d'activité

Le taux d'activité est le rapport entre le nombre d'actifs (actifs occupés et chômeurs) et l'ensemble de la population correspondante.

[3] Taux de chômage (au sens du recensement)

La définition du chômage au sens du recensement diffère de celles du Bureau international du travail (BIT) et du Pôle emploi. Le chômage au recensement est plus élevé que le chômage au sens du BIT car les personnes inactives ont parfois tendance à se déclarer au chômage alors qu'elles ne répondent pas à tous les critères du BIT.

Source : INSEE

[4] Emplois précaires

Sous le terme emplois précaires (ou formes particulières d'emploi), sont parfois regroupés les statuts d'emploi qui ne sont pas des contrats à durée indéterminée à temps plein. Ce sont l'emploi à temps partiel, l'intérim, les contrats à durée déterminée, l'apprentissage et les contrats aidés.

[5] Actifs non salariés

Les non salariés sont les personnes qui travaillent mais sont rémunérées sous une autre forme qu'un salaire.

[6] Taux de chômage (au sens du BIT)

En application de la définition internationale adoptée en 1982 par le Bureau international du travail (BIT), un chômeur est une personne en âge de travailler (15 ans ou plus) qui répond simultanément à trois conditions :
- être sans emploi, c'est à dire ne pas avoir travaillé, ne serait-ce qu'une heure, durant une semaine de référence ;
- être disponible pour prendre un emploi dans les 15 jours ;
- avoir cherché activement un emploi dans le mois précédent ou en avoir trouvé un qui commence dans moins de trois mois.

[7] Parc privé potentiellement indigne

Les données du Parc Privé Potentiellement Indigne – PPPI- sont issues du fichier fiscal FILOCOM construit par la Direction générale des impôts pour les besoins du ministère du logement et constituent une mesure de la qualité du parc de logement privé et de son occupation sociale :

- Le classement des catégories cadastrales des logements privés : sélection des catégories 6, 7 et 8 des parcs les plus dégradés classés selon une échelle de 1 à 8
- Les ressources des ménages occupants, inférieures au seuil du logement très social (PLAI) pour les catégories 7 et 8 et inférieures à moins de 30% des plafonds HLM pour les catégories 6

Liste des figures

Activité et chômage

Effectifs pour les personnes de 15-64 ans selon le type d'activité p4
Taux d'activité p4
Taux de chômage au sens du recensement p4
Emplois précaires p5
Actifs non salariés p5
Part de l'emploi non salarié p5
Population active occupée selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle p6
Taux de chômage (au sens du BIT) au 1er trimestre 2010 p6

Revenus et pauvreté

Revenus des foyers fiscaux en 2008

Proportion de foyers fiscaux non imposés p8
Revenu net imposable moyen par foyer fiscal p8
Flux traités par les commissions de surendettement en 2009 p8

Protection et aide sociale

Proportion de bénéficiaires des prestations sociales au 1er janvier 2008 p9
Hébergement et réinsertion sociale au 1er janvier 2008 p9
Logement et politique de la ville p10
Parc privé potentiellement indigne p10

La santé dans la région Champagne-Ardenne

Indicateurs régionaux

Contribution au diagnostic du projet régional de santé

Fiche 3 - Mortalité

Données arrêtées au 30/09/2010

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ORS Champagne-Ardenne

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Décès survenus entre 2005 et 2007

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Décès 2005-2007	7 970	8 556	14 124	5 978	36 628	1 564 003
Dont hommes	4 244	4 386	7 352	3 132	19 114	800 219
Dont femmes	3 726	4 170	6 772	2 846	17 514	758 249
Moyenne annuelle	2 657	2 852	4 708	1 993	12 209	521 334
Dont hommes	1 415	1 462	2 451	1 044	6 371	266 740
Dont femmes	1 242	1 390	2 257	949	5 838	252 750

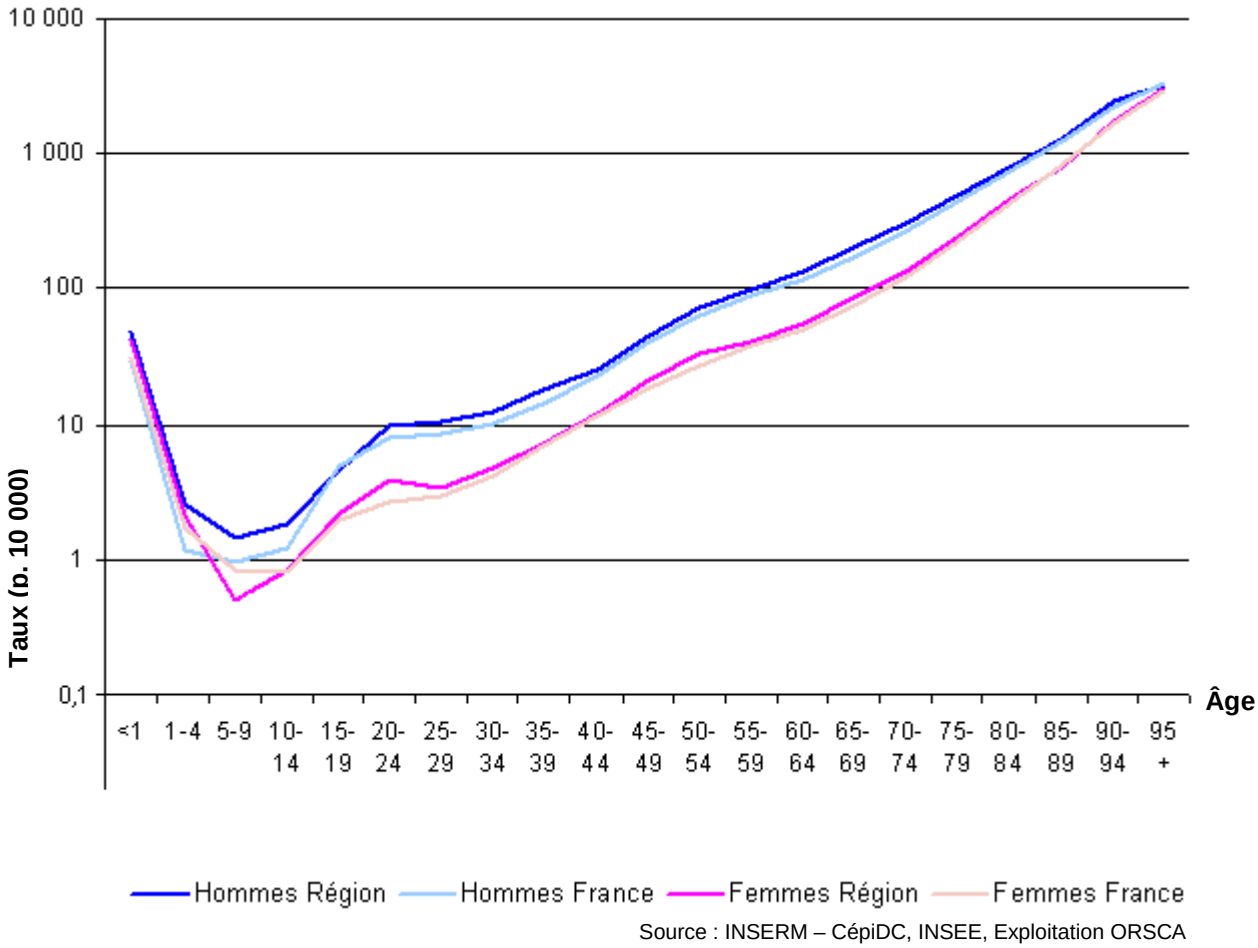
Source : INSERM, CépiDC, Exploitation ORSCA

Taux comparatif [1] de mortalité générale sur la période 2005-2007
(Pour 1 000 habitant(e)s)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Hommes	10,38	9,42	9,75	9,99	9,84	8,95
Femmes	8,86	8,24	8,15	8,73	8,40	7,96

Source : INSERM, CépiDC, Exploitation ORSCA

Taux brut [2] de mortalité générale par âge quinquennal sur la période 2005-2007
(Pour 10 000 habitant(e)s)



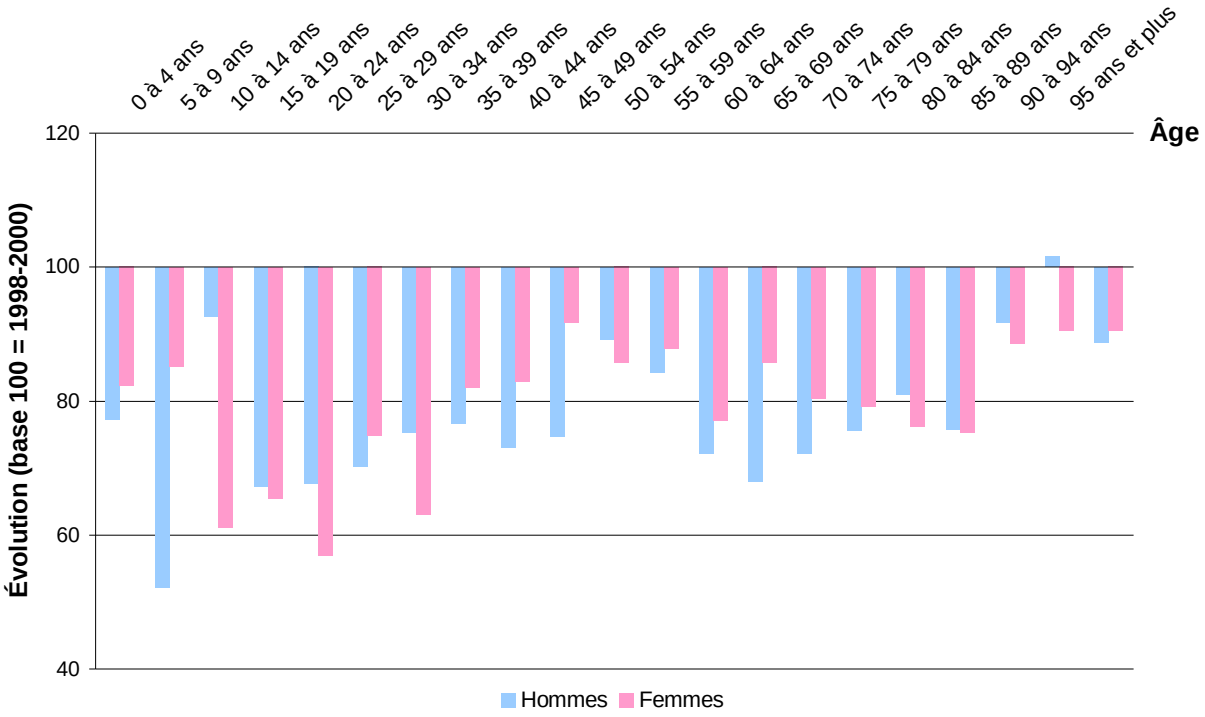
Source : INSERM – CépiDC, INSEE, Exploitation ORSCA

Évolution des taux comparatifs de mortalité
(Pour 1 000 habitant(e)s)

	Champagne-Ardenne		France métro.	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1993-1995	13,0	7,3	12,5	6,9
1998-2000	10,4	9,0	9,6	8,6
2005-2007	9,8	8,4	8,9	8,0
Evolution	-24,3%	15,1%	-28,4%	15,3%

Source : INSERM, CépiDC, INSEE, Exploitation ORSCA

Évolution des taux de mortalité par sexe et âge en Champagne-Ardenne
Entre les périodes 1998-2000 et 2005 et 2007 (base 100 = période 1998-2000)



Source : INSERM – CépiDC, INSEE, Exploitation ORSCA

Lecture : Le niveau de mortalité chez les hommes de 0-4 ans a diminué de 23%, passant d'une base 100 à 77 entre les périodes 1998-2000 et 2005-2007.

Nombre et proportion de décès prématurés [3] par sexe

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Décès 2005-2007	7 970	8 556	14 124	5 978	36 628	1 564 003
Hommes	**4 244**	**4 386**	**7 352**	**3 132**	**19 114**	**800 219**
Dont < 65 ans	1 241	1 250	2 211	797	5 499	218 790
% de décès prématurés	29,2%	28,5%	30,1%	25,4%	28,8%	27,3%
Femmes	**3 726**	**4 170**	**6 772**	**2 846**	**17 514**	**758 249**
Dont < 65 ans	535	535	999	327	2 396	100 941
% de décès prématurés	14,4%	12,8%	14,8%	11,5%	13,7%	13,3%

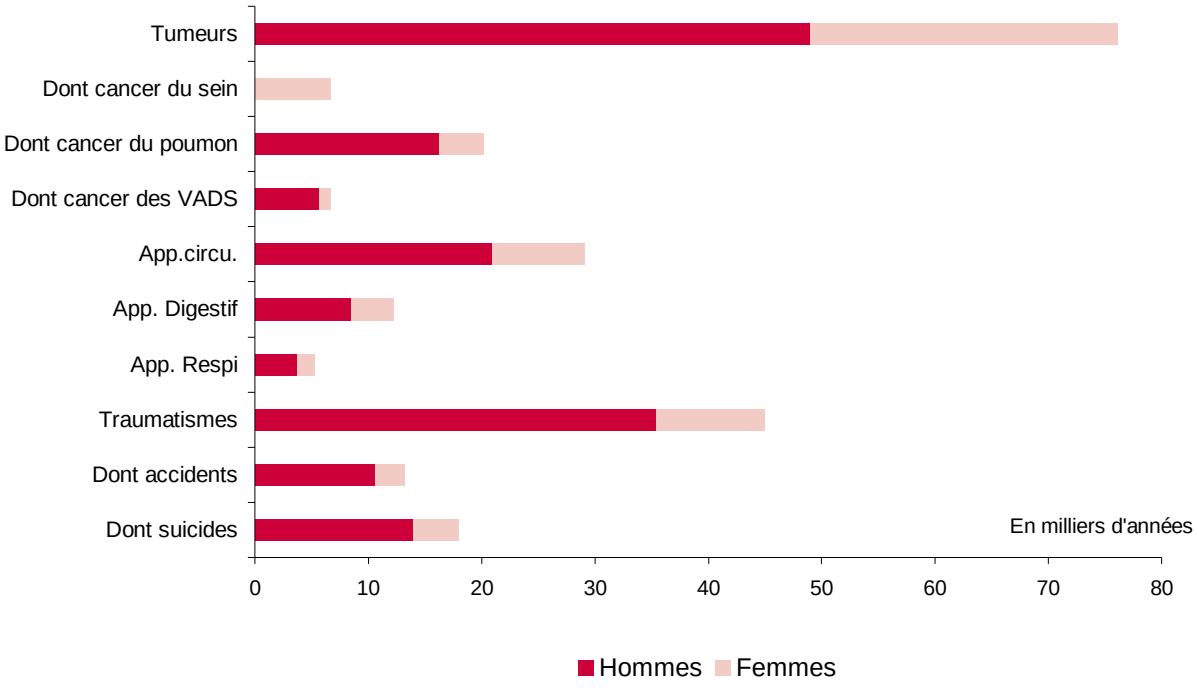
Source : INSERM, CépiDC, Exploitation ORSCA

Mortalité évitable [4]

Principales causes de décès évitables avant 65 ans	Champagne-Ardenne	France métro.
Tumeur trachée, bronche, poumon	915	34 268
Lésions auto-infligées	789	31 151
Cardiopathies ischémiques	393	15 453
Accidents de transports	392	14 173
Chutes	354	15 851
Tumeur des voies aérodigestives supérieures (VADS)	302	13 443
Cancer du sein	270	12 526
Maladie alcoolique du foie	259	10 204
Maladies vasculaires cérébrales	227	8 431
Cancer du côlon et du rectum	221	9 259
Troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool	202	6 661
Décès évitables toutes causes	**4 924**	**198 416**
Décès prématurés	7 895	319 731
Ensemble des décès	36 628	1 564 003
Part des décès évitables parmi les décès prématurés	62,4%	62,1%
Part des décès évitables parmi l'ensemble des décès	13,4%	12,7%

Source : INSERM - CépiDc, Exploitation ORSCA

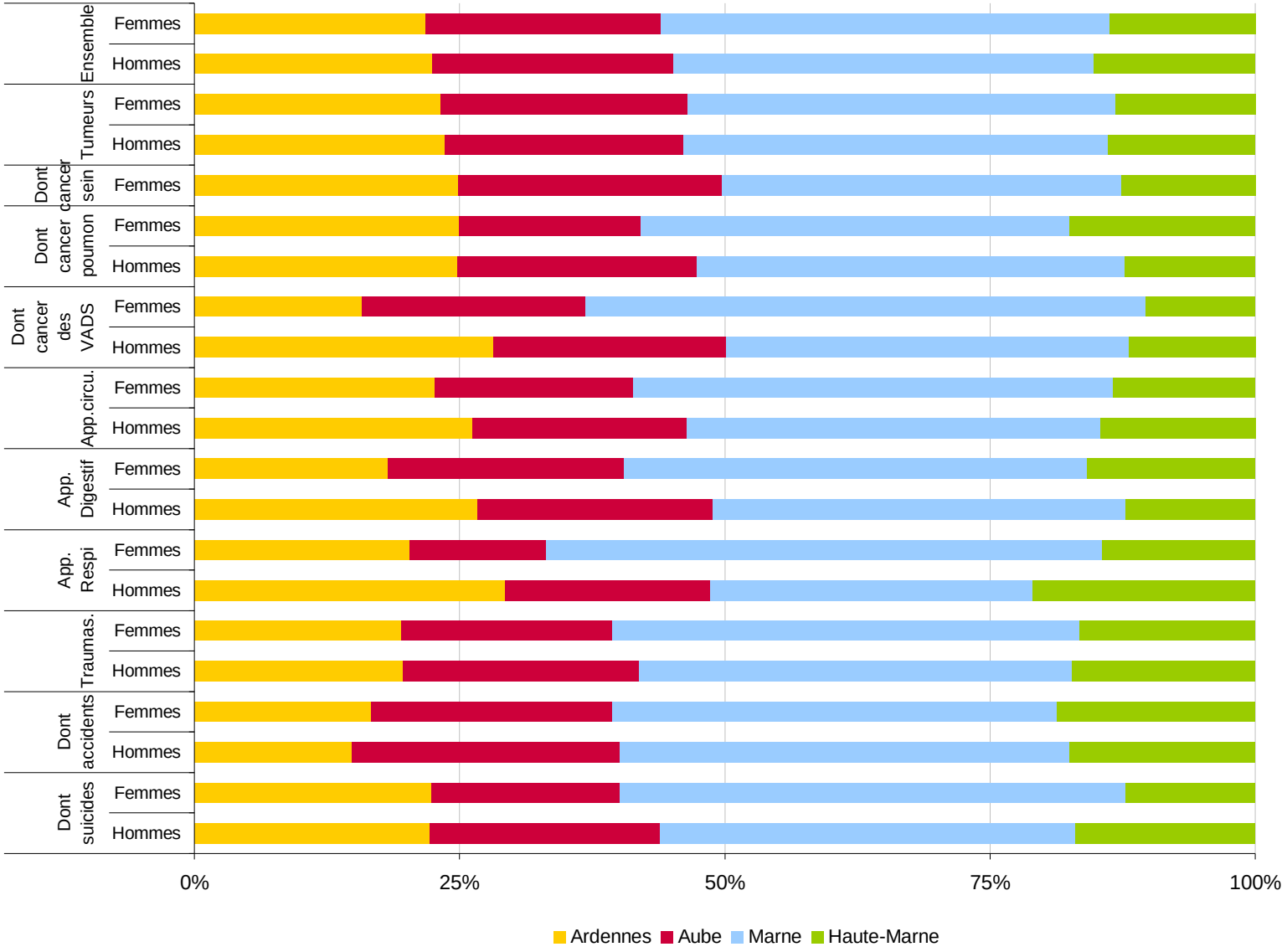
Années potentielles de vie perdues [5] par cause en Champagne-Ardenne (période 2005-2007)



Source : INSERM – CépiDC, INSEE, Exploitation ORSCA

Lecture : entre 2005 et 2007, les décès d'hommes par tumeur survenus en Champagne-Ardenne avant l'âge de 75 ans représentent une perte de 49 000 années de vie (ces années n'auraient pas été « perdues » si les personnes n'étaient décédées avant 75 ans).

Répartition des années potentielles de vie perdues par cause et par département



Source : INSERM, CépiDc, Exploitation ORSCA

Principales causes de décès en Champagne-Ardenne (2005-2007)
Les pourcentages sont en % de l'ensemble des décès

Chapitre de la CIM	Champagne-Ardenne				France métro.			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
Tumeurs	6 549	34,3%	4 217	24,1%	275 598	34,4%	190 142	25,1%
Maladies de l'appareil circulatoire	4 782	25,0%	5 468	31,2%	205 253	25,6%	233 642	30,8%
Causes externes de morbidite et de mortalite	1 633	8,5%	971	5,5%	66 137	8,3%	44 010	5,8%
Symptomes, signes et resultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classes ailleurs	1 112	5,8%	1 440	8,2%	45 700	5,7%	57 120	7,5%
Maladies de l'appareil respiratoire	1 252	6,6%	1 051	6,0%	51 159	6,4%	46 344	6,1%
Maladies du systeme nerveux	779	4,1%	982	5,6%	33 406	4,2%	48 411	6,4%
Maladies de l'appareil digestif	916	4,8%	771	4,4%	37 137	4,6%	31 927	4,2%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et metaboliques	584	3,1%	847	4,8%	24 394	3,0%	32 228	4,3%
Troubles mentaux et du comportement	582	3,0%	695	4,0%	21 398	2,7%	29 007	3,8%
Maladies infectieuses et parasitaires	335	1,8%	335	1,9%	15 044	1,9%	14 388	1,9%

Source : INSERM, CépiDC

Taux comparatifs de mortalité des hommes et des femmes en 2005-2007 (p. 100 000 habitant(e)s)
Source : INSERM, CépiDC, Exploitation ORSCA

Hommes	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Maladies de l'appareil circulatoire	**277,79*** **	237,25	235,76	**246,75***	**247,27*** **	229,47
Tumeurs	**350,37*** **	**315,67*** **	**341,89*** **	330,18	335,51	308,11
dont cancer du poumon	**99,46*** **	**82,92***	**91,63*** **	76,3	**88,67*** **	73,59
dont cancer des VADS	**34,32****	24,55	27,83	25,44	28,12	26,06
Causes extérieures de traumatismes	81,55	78,32	**85,19*** **	**93,75*** **	**83,64*** **	73,94
dont accidents de la circulation	10,80	**17,04***	**15,69****	**18,92***	**15,32*** **	12,11
dont suicides	30,30	30,24	**30,18***	**33,36***	**30,47*** **	25,47
Maladies de l'appareil digestif	**51,44****	45,28	**47,58***	40,66	**46,88*** **	41,52
Maladies de l'appreil respiratoire	**77,1*** **	52,35	**63,24***	**72,39****	**64,93*** **	57,19
Mortalité générale	**1037,64*** **	**941,97*** **	**974,58*** **	**998,87*** **	**983,94*** **	**894,63**
Maladies liées au tabac	**211,3*** **	**173,09*** **	**186,12****	174,92	**186,64*** **	164,4
Maladies liées à l'alcool	**62,82*** **	50,38	**55,6*** **	50,83	**55,16*** **	46,49

Femmes	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Maladies de l'appareil circulatoire	**290,14*** **	**260,01***	244,22	**276,53****	**262,46****	245,18
Tumeurs	204,93	201,49	200,61	200,93	201,75	199,53
dont cancer du poumon	21,45	**14,61****	17,67	22,09	18,42	19,59
dont cancer du sein	41,71	36,59	38,84	34,29	38,18	35,71
dont cancer des VADS	3,97	3,51	5,05	4,30	4,35	4,99
Causes extérieures de traumatismes	46,03	41,68	48,72	50,62	46,74	46,18
dont accidents de la circulation	3,39	4,74	4,97	5,12	4,55	3,72
dont suicides	9,38	8,37	10,6	7,43	9,37	8,81
Maladies de l'appareil digestif	**40,99***	32,68	37,47	38,25	**36,98****	33,5
Maladies de l'appreil respiratoire	**58,27***	43,07	49,91	54,37	50,48	48,63
Mortalité générale	**885,6*** **	**824,29***	814,96	**872,68*** **	**840,39*** **	795,68
Maladies liées au tabac	**98,22*** **	**80,37*** **	79,51	86,88	84,69	79,82
Maladies liées à l'alcool	11,76	11,07	**14,57***	13,46	12,92	11,4

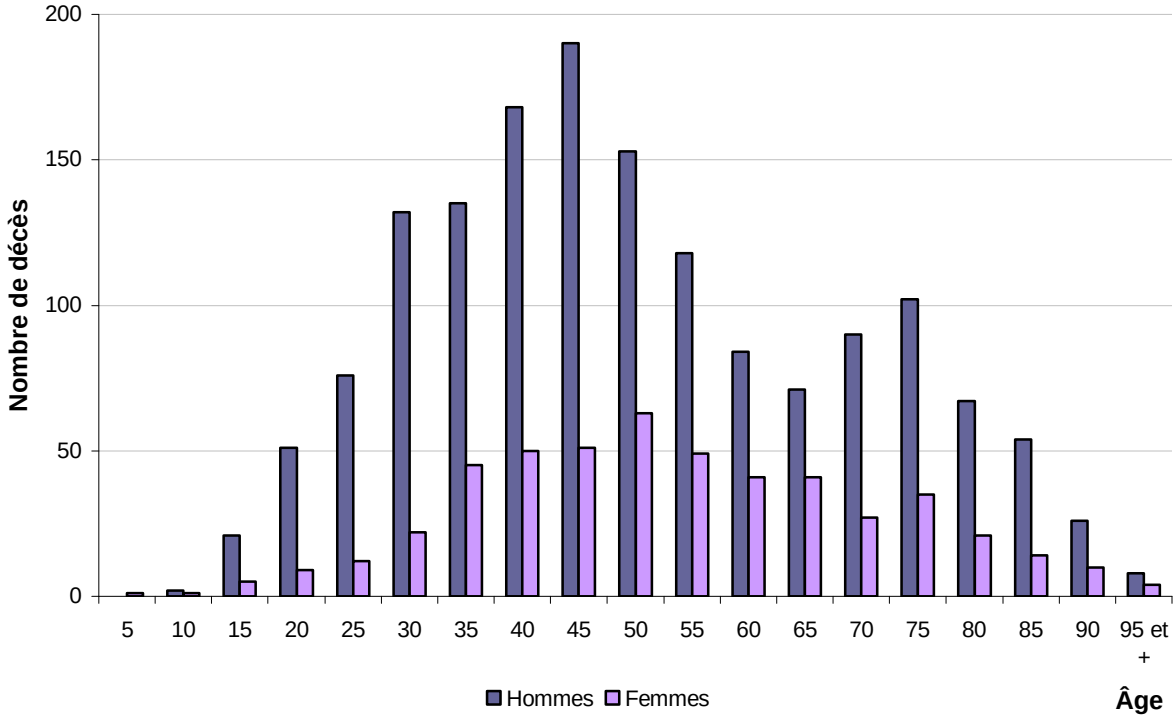
En gras, différences avec la France métropolitaine, significatives au seuil de : * 0,05 / ** 0,01 / *** 0,001. Le seuil de significativité est désigné comme le risque de commettre une erreur en affirmant qu'il existe une différence entre la France métropolitaine et l'entité concernée. Plus le risque est faible, plus l'écart observé est avéré. Pour les valeurs n'étant pas en gras, on ne peut donc conclure avec suffisamment de certitude que la différence entre l'entité concernée et la France métro est réelle.
La population de référence ici prise en compte est celle de la France métropolitaine sur la période 2005-2007.

Décès par suicide survenus entre 2000 et 2008 en Champagne-Ardenne

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Hommes	323	349	629	247	1548
Femmes	122	109	207	63	501

Source : INSERM, CépiDC

Décès par suicide entre 2000 et 2008 par âge et sexe en Champagne-Ardenne



Source : INSERM, CépiDC, INSEE, Exploitation ORSCA

Taux comparatifs[1] de mortalité par suicide en Champagne-Ardenne entre 2000 et 2008

	2000-2002	2003-2005	2006-2008
Hommes	27,6	26,3	26,2
Femmes	8,0	8,9	7,5

Source : INSERM, CépiDC, INSEE, Exploitation ORSCA

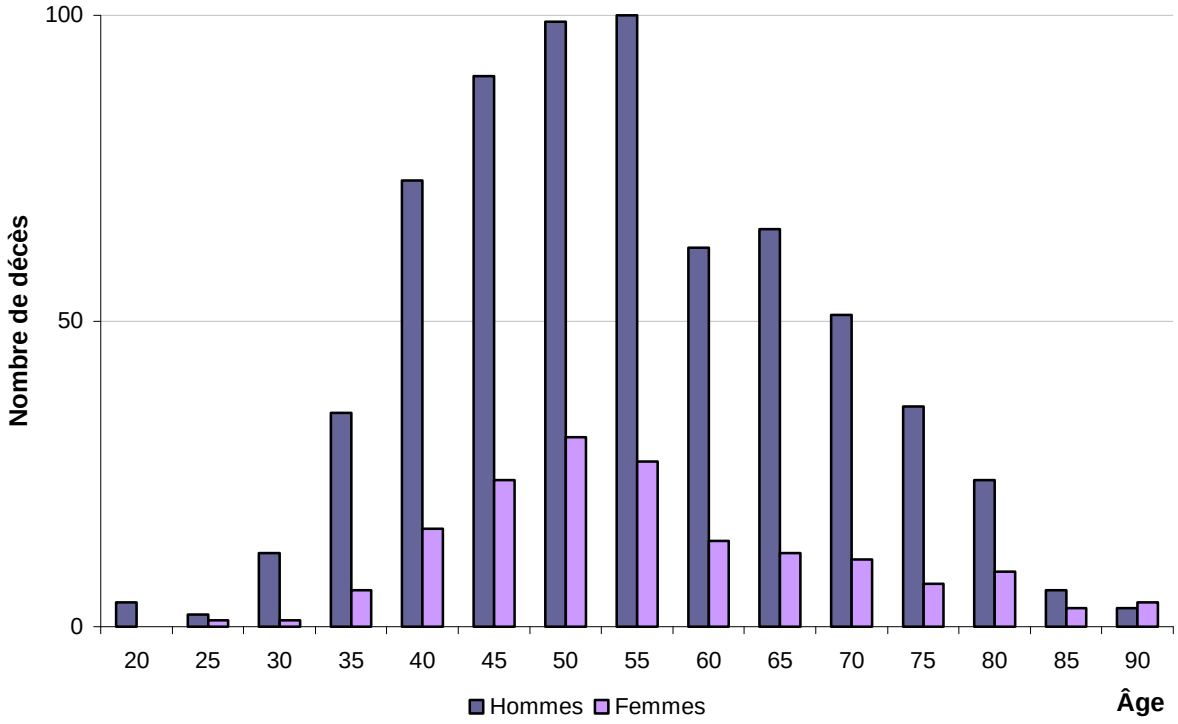
[1] La population de référence utilisée pour les taux comparatifs sur la période 2000-2008 est la population de la France métropolitaine au recensement de 1999.

Décès par psychose alcoolique survenus entre 2000 et 2008 en Champagne-Ardenne

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Hommes	154	144	255	109	662
Femmes	36	25	82	23	166

Source : INSERM, CépiDC

Décès par psychose alcoolique entre 2000 et 2008 par âge et sexe en Champagne-Ardenne



Index

APVP : Années potentielles de vie perdues

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

CIM : Classification internationale des maladies

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

ORSCA : Observatoire régional de la santé de Champagne-Ardenne

Glossaire

[1] Taux comparatif :
Le taux comparatifs est obtenu en appliquant aux taux bruts la structure par âge d'une population de référence (ici celle de France métropolitaine).

[2] Taux brut :
Le taux brut est le rapport entre le nombre d'événements considérés (décès, naissances, nombre de cas) et la population soumise au risque de subir l'événement au milieu de la période étudiée (généralement en milieu d'année, pour un taux annuel, en milieu de période sinon).
Le taux brut de mortalité générale par âge quinquennal dont il est ici question se calcule en rapportant à la population d'une classe d'âge quinquennal au milieu de la période considérée le nombre de décès d'individus de la classe d'âge sur la même période.

[3] Décès prématuré :
Est considéré comme prématuré tout décès survenant avant l'âge de 65 ans.

[4] Mortalité évitable
La mortalité évitable correspond à des décès survenus prématurément (avant l'âge de 65 ans) dus à des comportements à risque (alcool, tabac, accidents, suicides...) ou dont la fréquence pourrait être diminuée par une meilleure prise en charge par le système de soins (cardiopathies ischémiques, cancers du sein…).

[5] Années potentielles de vie perdues (APVP)
Les années potentielles de vie perdues représentent, pour un sujet mort «prématurément », c'est-à-dire avant un certain âge limite, le nombre d'années qu'il n'a pas vécu jusqu'à cet âge limite. Les APVP au niveau d'une population représentent la somme des APVP de chaque personne décédée avant l'âge limite retenu. La limite de 75 ans est plus appropriée dans un pays comme la France, où l'espérance de vie est élevée. Les APVP sont additives pour les différentes causes de mortalité. Cet indicateur est de plus en plus utilisé pour déterminer les priorités de santé publique. Il donne d'autant plus de poids à un décès qu'il survient à un âge jeune.

Liste des figures

Décès survenus entre 2005 et 2007 p2
Taux comparatif de mortalité générale sur la période 2005-2007 p2
Taux brut de mortalité générale par âge quinquennal sur la période 2005-2007 p2
Évolution des taux comparatifs de mortalité p3
Évolution des taux de mortalité par sexe et âge en Champagne-Ardenne p3
Nombre et proportion de décès prématurés par sexe p3
Principales causes de décès évitables avant 65 ans p4
Années potentielles de vie perdues par cause en Champagne-Ardenne (période 2005-2007) p4
Répartition des années potentielles de vie perdues par cause et par département p5
Principales causes de décès en Champagne-Ardenne (2005-2007) p6
Taux comparatifs de mortalité des hommes et des femmes en 2005-2007 p7
Décès par suicide survenus entre 2000 et 2008 en Champagne-Ardenne p8
Décès par suicide entre 2000 et 2008 par âge et sexe en Champagne-Ardenne p8
Taux comparatifs de mortalité par suicide en Champagne-Ardenne entre 2000 et 2008 p8
Décès par psychose alcoolique survenus entre 2000 et 2008 en Champagne-Ardenne p9
Décès par psychose alcoolique entre 2000 et 2008 par âge et sexe en Champagne-Ardenne p9

La santé dans la région Champagne-Ardenne

Indicateurs régionaux

Contribution au diagnostic du projet régional de santé

Fiche 4 - Morbidité et déterminants de santé

Données arrêtées au 30/09/2010

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ORS Champagne-Ardenne

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Sommaire

Obésité, surpoids, nutrition et activité physique 3

Insuffisance rénale terminale 8

Diabète 12

Cancer 14

Hospitalisations et affections de longue durée 18

SIDA 26

VIH 30

Autres maladies à déclaration obligatoire 34

Index 37

Glossaire 38

Liste des figures 40

Obésité, surpoids, nutrition et activité physique

Prévalence du surpoids et de l'obésité [1]

Prévalence de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) selon le sexe et l'âge

	Champagne-Ardenne		France métropolitaine	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
18-34 ans	38,2%	33,4%	26,8%	21,0%
35-54 ans	54,2%	30,4%	53,1%	32,4%
55-75 ans	62,3%	50,2%	65,2%	43,0%

Source : Baromètre santé nutrition 2009 - ORS Champagne-Ardenne, Inpes
Exploitation ORSCA

Évolution de la prévalence de l'obésité en Champagne-Ardenne

(En % de la population adulte de 18 ans et plus)

Année	1997	2000	2003	2006	2009	Evolution 1997-2009
Prévalence	8,5%	13,6%	16,0%	14,2%	17,0%	+ 100%

Source : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité - Obépi R

Évolution de la prévalence de l'obésité chez l'adulte (18 ans et plus) en Champagne-Ardenne



Source : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité - Obépi Roche 2009

Répartition de la corpulence selon le sexe et le revenu par unité de consommation [2] (RUC)

Répartition de la corpulence selon le sexe (calcul de l'IMC selon les données de poids et de taille déclarées)

	Champagne-Ardenne		France métropolitaine	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Obésité	13,9%	17,4%	9,8%	9,8%
Surpoids	37,4%	32,9%	38,6%	22,3%
Poids normal	48,4%	47,6%	50,4%	62,7%
Maigreur	0,4%	2,2%	1,2%	5,1%

Source : Baromètre santé nutrition 2009 - ORS Champagne-Ardenne, Inpes, Exploitation ORSCA

Répartition de la corpulence selon le revenu par unité de consommation (RUC)

RUC	Champagne-Ardenne		France métropolitaine	
	Personnes de poids "normal"	Personnes en surpoids ou obésité	Personnes de poids "normal"	Personnes en surpoids ou obésité
Moins de 900 euros	56,4%	43,6%	58,1%	41,9%
Entre 900 et 1500 euros	56,4%	43,6%	57,4%	42,6%
Egal ou supérieur à 1500 euros	55,3%	44,7%	62,0%	38,0%

Source : Baromètre santé nutrition 2009 - ORS Champagne-Ardenne, Inpes, Exploitation ORSCA

Connaissance et respect des repères du PNNS [3]

	Connaissances des repères du PNNS		Consommation conforme aux repères du PNNS pour les personnes les connaissant	
	Champagne-Ardenne	France métro.	Champagne-Ardenne	France métro.
Fruits et légumes	59,2%	60,5%	11,6%	14,3%
Féculents	10,4%	9,8%	72,1%	77,2%
Produits laitiers	22,8%	30,2%	36,4%	29,9%
Viande Poisson Œufs	69,5%	63,4%	86,3%	84,6%
Poisson	72,1%	75,9%	48,1%	54,8%

Source : Baromètre santé nutrition 2009 - ORS Champagne-Ardenne, Inpes. Exploitation ORS Champagne-Ardenne.

Licences sportives

Licences sportives dans les principales fédérations de la région

	Champagne-Ardenne		Part du nombre de licenciés champardennais / national
Licenciés par discipline	**2007**	**2008**	**2008**
Football	53 288	51 754	2,3%
Tennis	18 747	18 404	1,7%
Judo-jujitsu et disciplines associées	11 127	10 921	2,0%
Équitation	11 873	12 772	2,1%
Basketball	5 833	5 868	1,3%
Pétanque et jeu provençal	4 576	4 408	1,3%
Golf	4 061	3 991	1,0%
Handball	8 029	7 707	2,1%
Voile	2 609	2 526	1,0%
Rugby	1 378	2 029	0,6%
Gymnastique	6 107	6 460	2,6%
Natation	5 569	5 955	2,2%
Karaté et arts martiaux affinitaires	3 043	3 196	1,7%
Autres fédérations	44 241	48 018	1,7%

Source : Mission des études, de l'observation et des statistiques (MEOS), Exploitation Insee

Licences sportives dans les principales fédérations des départements

Licenciés par discipline en 2008	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Football	13 836	10 997	18 195	8 726	51 754
Tennis	3 083	3 673	8 466	3 177	18 404
Judo-jujitsu et disciplines associées	1 664	2 387	4 650	2 220	10 921
Équitation	2 350	3 002	5 354	2 066	12 772
Basketball	1 593	1 182	2 650	443	5 868
Pétanque et jeu provençal	1 910	588	1 596	314	4 408
Golf	657	1 203	1 887	244	3 991
Handball	2 157	3 247	1 277	1 021	7 707
Voile	951	375	782	418	2 526
Rugby	441	354	849	385	2 029
Gymnastique	1 681	1 169	2 602	1 008	6 460
Natation	2 174	802	2 576	403	5 955
Karaté et arts martiaux affinitaires	875	1 059	944	318	3 196
Autres fédérations	9 552	10 016	19 291	8 560	48 018

Source : Mission des études, de l'observation et des statistiques (MEOS), Exploitation Insee

Pratique d'une activité physique et sédentarité [4]

Pratique d'une activité physique selon le sexe et l'âge

	Champagne-Ardenne		France métropolitaine	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
18-34 ans	58,9%	20,8%	52,2%	29,0%
35-54 ans	48,8%	36,4%	45,1%	34,1%
55-75 ans	50,4%	39,5%	55,3%	41,8%

Source : Baromètre santé nutrition 2009 - ORS Champagne-Ardenne, Inpes, Exploitation ORSCA

Niveau d'activité physique "élevé" [5] selon le sexe et l'âge

	Champagne-Ardenne		France métropolitaine	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
18-34 ans	70,1%	36,3%	62,4%	31,3%
35-54 ans	52,5%	31,2%	46,1%	33,4%
55-75 ans	41,9%	22,2%	44,8%	36,0%

Source : Baromètre santé nutrition 2009 - ORS Champagne-Ardenne, Inpes, Exploitation ORSCA

Sédentarité par sexe et âge

	Champagne-Ardenne		France métropolitaine	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
18-34 ans	36,6%	51,8%	55,6%	54,7%
35-54 ans	30,3%	34,8%	46,2%	33,8%
55-75 ans	39,9%	25,9%	29,3%	20,8%

Source : Baromètre santé nutrition 2009 - ORS Champagne-Ardenne, Inpes, Exploitation ORSCA

Insuffisance rénale terminale

Les données suivantes sont issues des rapports établis par le « Réseau, Épidémiologie, Information, Néphrologie » (REIN).

Afin de ne pas fausser les résultats, les régions Pays de la Loire et Aquitaine ont été exclues, le nombre de malade y résidant étant sous estimé (en raison du sous-enregistrement des cas). De plus, la région Franche-Comté n'est pas incluse dans les analyses. La Réunion est à l'inverse comptabilisée. Les résultats pour l'ensemble de ces 20 régions figurent dans la colonne « France)

Incidence de l'insuffisance rénale terminale en 2008

Patients incidents : ayant débuté un traitement de suppléance, greffe préemptive ou dialyse

Patients incidents en 2008

	Champagne-Ardenne	France
Résidents dialysés dans la région	152	7 502
Résidents dialysés hors région	11	276
Résidents avec greffes préemptives	1	255
Total	164	3 088
% d'hommes	56%	62%
% de femmes	44%	38%
Incidence (p. 1 000 000)	123	146
Taux standardisé* d'incidence	122	147
Âge moyen à l'initiation du traitement	66,8 ans	66,2 ans

Source : Agence de la biomédecine, registre REIN, Rapport 2008

*Standardisation sur la structure par âge et sexe de la population française.

Répartition des cas incidents selon la maladie rénale initiale

	Champagne-Ardenne	France
Glomérulonéphrite	12,8%	11,7%
Pyélonéphrite	4,3%	4,1%
Polykystose	5,5%	6,3%
Diabète	27,4%	22,9%
Hypertension	22,6%	24,4%
Vasculaire	0,6%	1,6%
Autre	18,3%	15,9%
Inconnu	8,5%	13,1%

Source : Agence de la biomédecine, registre REIN, Rapport 2008

Traitement des cas incidents

	Champagne-Ardenne	France
Hémodialyse	86,0%	85,3%
Dialyse péritonéale	13,4%	11,5%
Transplantation	0,6%	3,2%

Source : Agence de la biomédecine, registre REIN, Rapport 2008

Prévalence de l'insuffisance rénale terminale

Au 31/12/2008

Cas prévalents au 31/12/2008

	Champagne-Ardenne	France
Nombre de cas	1 210	57 875
Prévalence (p. 1 000 000)	908	1 057
Taux standardisé* de prévalence	898	1 060

Source : Agence de la biomédecine, registre REIN, Rapport 2008

*Standardisation sur la structure par âge et sexe de la population française.

Traitement des cas prévalents

	Champagne-Ardenne	France
Hémodialyse	51,8%	50,3%
Dialyse péritonéale	5,6%	4,1%
Transplantation	42,6%	45,7%

Source : Agence de la biomédecine, registre REIN, Rapport 2008

Lieu de traitement des patients en dialyse

	Champagne-Ardenne	France
Résidents dialysés dans la région	95%	96%
Résidents dialysés hors région	5%	4%

Source : Agence de la biomédecine, registre REIN, Rapport 2008

Répartition des cas prévalents selon la maladie rénale initiale

	Champagne-Ardenne	France
Glomérulonéphrite	14,2%	15,7%
Pyélonéphrite	6,9%	4,9%
Polykystose	8,6%	7,0%
Diabète	21,7%	20,5%
Hypertension	21,3%	21,4%
Vasculaire	0,4%	1,2%
Autre	19,3%	15,6%
Inconnu	7,5%	13,7%

Source : Agence de la biomédecine, registre REIN, Rapport 2008

Patients transplantés

	Champagne-Ardenne	France
Patients porteurs d'un greffon rénal	515	26 439
% d'hommes	62%	62%
% de femmes	38%	38%
Âge moyen des porteurs de greffon	52,0 ans	52,4 ans
Ancienneté de greffe (valeur médiane)	7,0 ans	7,1 ans

Source : Agence de la biomédecine, registre REIN, Rapport 2008

Répartition des patients transplantés selon la maladie rénale initiale

	Champagne-Ardenne	France
Glomérulonéphrite	31,5%	29,4%
Pyélonéphrite	12,7%	10,4%
Polykystose	17,0%	10,9%
Diabète	3,0%	5,8%
Hypertension	2,4%	3,0%
Vasculaire	0,8%	1,1%
Autre	22,6%	20,3%
Inconnu	10,1%	19,1%

Source : Agence de la biomédecine, registre REIN, Rapport 2008

Diabète

Diabète traité en 2007

Données INVS	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Taux standardisé* de prévalence (%)	4,6%	4,6%	4,5%	4,4%	4,5%	3,9%
Taux brut de prévalence (%)	4,3%	4,5%	3,9%	4,5%	4,2%	3,6%
Âge moyen (années)	64,9	65,9	64,6	65,8	65,2	64,9
Pourcentage d'hommes (%)	48,4%	49,4%	50,1%	50,3%	49,6%	53,1%

Source : INVS, BEH n°43 - Données pour 2007

*Population de référence : France entière ; standardisation sur l'âge et le sexe.

Enquête ENTRED (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques traitées)
Étude 2001-2003 (Résultats 2007-2010 à venir prochainement)

	Champagne-Ardenne		France	
Âge moyen	60 ans	[57,1-62,8]	63,6 ans	[63,2-64,0]
Pourcentage d'hommes	48,4	[38,1-58,6]	54,2	[52,61-55,8]
Pourcentage d'obèses	43,7	[33,3-54,1]	33,9	[32,3-35,4]
Circonstances de découverte :				
Symptômes	24,4	[15,3-33,5]	19,4	[18,1-20,7]
Malaise ou coma	5,8	[0,9-10,8]	5,7	[4,9-6,4]
Complications	10,5	[4,0-16,9]	9,7	[8,7-10,7]
Grossesse	4,7	[0,2-9,1]	2	[1,6-2,5]
Analyse sang/urine	48,8	[38,3-59,4]	56,4	[54,8-58,1]
Autres	5,8	[0,9-10,8]	6,7	[5,9-7,6]

Entre crochets les intervalles de confiance

Source : ENTRED - InVS

Cancer

Incidence du cancer

Nouveaux cas de cancer

Estimations 2005	Champagne-Ardenne				France			
	Hommes	%	Femmes	%	Hommes	%	Femmes	%
Nouveaux cas de cancer	**4 456**		**3 022**		**183 485**		**135 895**	
Lèvre - bouche - pharynx	273	6%	69	2%	9 531	5%	2 739	2%
Colon et rectum	474	**11%**	407	**13%**	19 913	**11%**	17 500	**13%**
Poumon	653	**15%**	147	5%	23 937	**13%**	6 714	5%
Prostate	1 512	**34%**	-	-	62 245	**34%**	-	-
Sein	-	-	1 039	**34%**	-	-	49 814	**37%**
Col/Corps de l'utérus	-	-	232	**8%**	-	-	8 842	**7%**
Ovaires	-	-	99	3%	-	-	4 375	3%
Vessie	180	4%	35	1%	7 959	4%	1 720	1%
Rein	136	3%	56	2%	5 368	3%	2 581	2%
Lymphome malin non hodgkinien	127	3%	102	3%	5 523	3%	4 701	3%

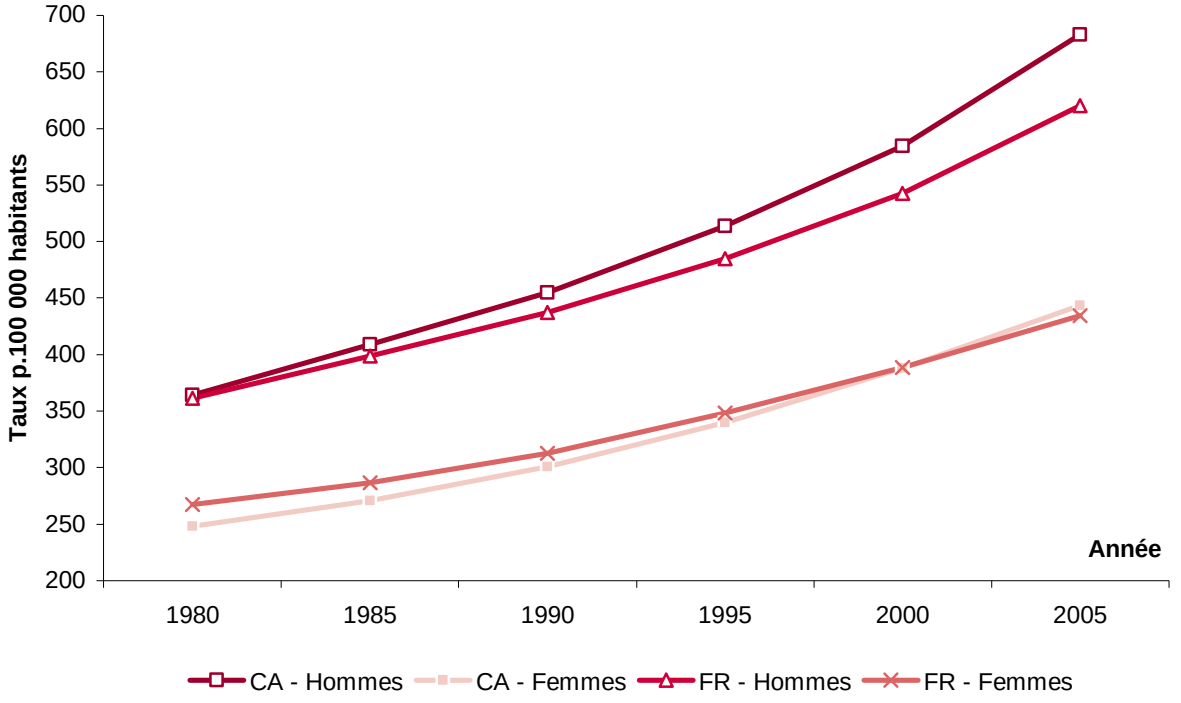
Source : Francim, InVS, INSERM, Hôpitaux de Lyon

Taux d'incidence standardisés sur l'âge, pour 100 000 habitants (standardisation sur la population mondiale)

Estimations 2005	Hommes		Femmes	
	Champagne-Ardenne	France	Champagne-Ardenne	France
Prostate	136,5	121,2	-	-
Sein	-	-	96,8	101,5
Poumon	63,2	50,5	12,9	12,6
Colon-rectum	41,6	37,7	26,3	24,5
Corps de l'utérus	-	-	12,0	10
Col de l'utérus	-	-	8,9	7,1
Ovaires	-	-	8,2	8,1
Lèvre - bouche - pharynx	28,4	21,8	6,1	5,2
Vessie	15,1	14,6	2	2,1
Lymphome malin non hodgkinien	13,0	12,1	8,0	8,2
Rein	13,1	11,4	4,4	4,5
Estomac	8,6	8,2	2,5	3,1
Œsophage	8,7	7,9	1,5	1,5
Larynx	7,3	7,1	1,0	1,0
Leucémies	8,1	8,1	6,0	5,5
Mélanome	6,9	7,6	6,8	8,8
Système nerveux central	5,9	5,7	5,0	4,2
Tous cancers	**420,7**	**376,1**	**258,2**	**251,9**

Source : Francim, InVS, INSERM, Hôpitaux de Lyon

Évolution du taux d'incidence estimé de l'ensemble des cancers (taux brut)



Source : Francim, InVS, INSERM, Hôpitaux de Lyon

Évolution du taux d'incidence estimé par cause standardisés sur la population mondiale
(Pour 100 000 habitants), Estimations 2005

	Champagne-Ardenne					
Hommes	**1980**	**1985**	**1990**	**1995**	**2000**	**2005**
Lèvre - bouche - pharynx	47,5	49,9	48,1	43,5	36,5	28,4
Colon-rectum	34,9	37,7	40	41,7	42,2	41,6
Poumon	56,4	60	62,5	63,7	63,8	63,2
Prostate	26,6	34,3	44,6	61,2	88,9	136,5
Ensemble	**298,5**	**323,9**	**343,2**	**362,4**	**384,6**	**420,7**

	France					
Hommes	**1980**	**1985**	**1990**	**1995**	**2000**	**2005**
Lèvre - bouche - pharynx	38,2	39,4	37,8	33,8	28,2	21,8
Colon-rectum	33,6	36,1	37,8	38,7	38,7	37,7
Poumon	48,3	50,7	52	52,4	51,9	50,5
Prostate	26	33	42,2	56,5	80,4	121,2
Ensemble	**278**	**298,4**	**314,3**	**328,6**	**346,4**	**376,1**

Source : Francim, InVS, INSERM, Hôpitaux de Lyon

Champagne-Ardenne						
Femmes	**1980**	**1985**	**1990**	**1995**	**2000**	**2005**
Lèvre - bouche - pharynx	3,2	4,1	4,2	5	5,7	6,1
Colon-rectum	23,2	24,1	25,1	25,7	26	26,3
Poumon	3,1	4	5,5	7	9,4	12,9
Sein	53,7	61	69,3	78,4	87,3	96,8
Ensemble	**175,5**	**186,6**	**200,4**	**216,9**	**236,3**	**258,2**

France						
Femmes	**1980**	**1985**	**1990**	**1995**	**2000**	**2005**
Lèvre - bouche - pharynx	3,5	3,7	4	4,4	4,8	5,2
Colon-rectum	22,8	23,4	23,9	24,2	24,4	24,5
Poumon	3,6	4,5	5,7	7,3	9,5	12,6
Sein	56,8	64,2	72,8	82	91,5	101,5
Ensemble	**176,6**	**186,9**	**200**	**215,5**	**232,7**	**251,9**

Source : Francim, InVS, INSERM, Hôpitaux de Lyon

Dépistage organisé du cancer

Dépistage organisé du cancer du sein	**Ardennes**	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**	**Champagne-Ardenne**
Invitations de 2007 à 2009	61 973	67 979	122 522	45 530	298 004
Dépistages Mammo de 2007 à 2009	35 325	41 013	65 968	25 906	168 212
Taux de couverture	57,0%	60,3%	53,8%	56,9%	56,4%
Part de cancers du sein dépistés	6,1%	6,5%	7,8%	7,6%	7,1%

Source : Centres de dépistage (SAC08-ADECA10-ADPS51-ADECA52)

Dépistage organisé du cancer du colon	**Ardennes**	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**	**Champagne-Ardenne**
Date de démarrage Campagne Colon	déc.-04	sept. 08	déc.-04	oct. 08	
Invitations de 2007 à 2009	114 962	69 875	196 428	36 990	418 255
Dépistages Hemoccult de 2007 à 2009	47 380	16 101	80 861	8 218	152 560
Taux de couverture	41,2%	23,0%	41,2%	22,2%	36,5%
Polypes dépistés	0,9%	1,2%	1,0%	1,0%	1,0%
Cancers dépistés	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%

Source : Centres de dépistage (SAC08-ADECA10-ADPS51-ADECA52)

Hospitalisations et affections de longue durée

Hospitalisations

Motifs de recours aux soins (par chapitre CIM du diagnostic principal)

Hors séances et séj. < 2 jours	2007	2008	2007-2008	En % C-A	% France
Maladies de l'appareil circulatoire	24 700	24 812	49 512	12,2%	12,3%
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	23 852	24 535	48 387	11,9%	13,8%
Maladies de l'appareil digestif	20 964	20 693	41 657	10,3%	9,5%
Grossesse, accouchement et puerperalite	18 486	18 351	36 837	9,1%	10,5%
Maladies du systeme osteo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	15 969	15 653	31 622	7,8%	7,4%
Tumeurs	14 546	14 357	28 903	7,1%	7,6%
Lésions traumatiques, empoisonnements et autres causes externes	13 538	13 170	26 708	6,6%	6,5%
Maladies de l'appareil genito-urinaire	12 576	12 308	24 884	6,1%	5,5%
Symptomes, signes et resultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classes ailleurs	11 554	11 649	23 203	5,7%	5,0%
Maladies de l'appareil respiratoire	11 407	11 674	23 081	5,7%	5,7%
Maladies du systeme nerveux	6 071	6 060	12 131	3,0%	2,7%
Certaines affections dont l'origine se situe dans la periode perinatale	5 929	6 128	12 057	3,0%	2,2%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et metaboliques	5 800	6 076	11 876	2,9%	2,9%
Troubles mentaux et du comportement	3 686	3 514	7 200	1,8%	1,6%
Maladies de l'oeil et de ses annexes	3 990	2 662	6 652	1,6%	1,8%
Maladies infectieuses et parasitaires	3 911	4 055	7 966	2,0%	1,7%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutane	2 412	2 409	4 821	1,2%	1,1%
Maladies du sang et des organes hematopoietiques et certains troubles du systeme immunitaire (D50-89)	1 917	2 087	4 004	1,0%	1,0%
Malformations congenitales et anomalies chromosomiques	1 227	1 193	2 420	0,6%	0,6%
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoide	1 089	1 142	2 231	0,5%	0,6%
ND	29	149	178	0,0%	0,0%
TOTAL	**203 653**	**202 677**	**406 330**		

Source : PMSI MCO 2007 et 2008 - ATIH Statistiques en ligne

Motifs de recours aux soins (séjours < 2jours, par chapitre CIM du diagnostic principal)

Séjours de la CMD 24	2007	2008	2007-2008	
	Nb	Nb	Nb	%
Maladies infectieuses et parasitaires	1 589	1 748	3 337	0,61%
Tumeurs	11 479	11 103	22 582	4,10%
Maladies du sang et des organes hematopoietiques et certains troubles du systeme immunitaire (D50-89)	1 185	1 183	2 368	0,43%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et metaboliques	2 615	2 621	5 236	0,95%
Troubles mentaux et du comportement	4 061	4 364	8 425	1,53%
Maladies du systeme nerveux	7 833	8 324	16 157	2,93%
Maladies de l'oeil et de ses annexes	9 798	11 505	21 303	3,87%
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoide	1 940	1 880	3 820	0,69%
Maladies de l'appareil circulatoire	6 088	6 733	12 821	2,33%
Maladies de l'appareil respiratoire	5 303	6 010	11 313	2,05%
Maladies de l'appareil digestif	23 087	23 444	46 531	8,45%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutane	2 972	3 007	5 979	1,09%
Maladies du systeme osteo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	8 689	9 084	17 773	3,23%
Maladies de l'appareil genito-urinaire	9 391	9 378	18 769	3,41%
Grossesse, accouchement et puerperalite	6 651	6 586	13 237	2,40%
Certaines affections dont l'origine se situe dans la periode perinatale	315	275	590	0,11%
Malformations congenitales et anomalies chromosomiques	1 401	1 460	2 861	0,52%
Symptomes, signes et resultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classes ailleurs	13 266	13 532	26 798	4,86%
Lésions traumatiques, empoisonnements et autres causes externes	10 468	10 644	21 112	3,83%
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	37 367	38 131	289 881	52,62%
Total	**165 498**	**171 012**	**550 893**	**100,00%**
Séances (CMD28)	107 148	107 235	289 881	

Source : PMSI MCO

Tableau suivant :

Caractéristiques des séjours en 2009 par catégorie majeure de diagnostic, Champagne-Ardenne et France
(Séjours réalisés dans les ETS de Champagne-Ardenne, indépendamment du lieu de résidence du patient)

CMD	Libellé	Nb. De séjours		Diiférence	DMS		Âge moyen		Sex ratio (%H)		% décès	
		C-A	Fr. Mét.	C-A/FR*	C-A	Fr. Mét.	C-A	Fr. Mét.	C-A	Fr. Mét.	C-A	Fr. Mét.
1	Affections du système nerveux	22 205	990 749	8,1%	4,75	4,82	53,8	54,5	45,5%	47,4%	2,90%	3,00%
2	Affections de l'œil	13 381	845 182	-23,6%	0,62	0,62	70,0	69,1	41,3%	42,2%	0,00%	0,00%
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	19 353	903 009	3,4%	1,47	1,30	28,5	28,1	52,6%	53,1%	0,20%	0,20%
4	Affections de l'appareil respiratoire	19 870	838 831	14,2%	6,40	6,83	56,9	57,3	57,8%	56,9%	5,60%	5,50%
5	Affections de l'appareil circulatoire	32 775	1 570 430	0,7%	5,33	4,86	65,5	65,6	54,9%	56,9%	3,40%	3,00%
6	Affections du tube digestif	52 519	2 501 299	1,3%	2,60	2,33	51,7	53,4	49,8%	50,3%	0,90%	0,70%
7	Affections du système hépato-biliaire et du pancréas	8 783	414 697	2,1%	5,17	5,27	58,8	58,8	47,3%	51,8%	2,80%	2,60%
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	42 866	1 841 090	12,3%	4,70	4,46	53,3	52,9	48,4%	48,3%	0,50%	0,50%
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	15 484	729 618	2,4%	3,31	2,76	49,9	49,9	39,4%	40,9%	0,60%	0,40%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	10 698	449 654	14,7%	4,19	4,15	50,9	49,7	38,5%	40,5%	0,90%	1,00%
11	Affections du rein et des voies urinaires	16 045	634 558	22,0%	3,62	3,88	55,5	56,7	57,5%	60,5%	1,00%	1,10%
12	Affections de l'appareil génital masculin	7 504	310 299	16,6%	3,07	2,88	46,2	43,6	100,0%	100,0%	0,40%	0,30%
13	Affections de l'appareil génital féminin	9 995	492 420	-2,1%	2,57	2,23	45,5	44,7	0,0%	0,0%	0,30%	0,20%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	25 603	1 347 140	-8,3%	3,81	3,58	28,5	29,2	0,0%	0,0%	0,00%	0,00%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	17 035	862 699	-4,8%	5,55	5,23	0,0	0,0	51,5%	51,3%	0,70%	0,70%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	3 715	204 927	-12,6%	5,22	4,34	59,0	55,8	45,0%	47,2%	1,30%	1,50%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	5 710	327 937	-16,0%	4,13	3,80	58,2	58,2	61,4%	57,8%	1,20%	1,30%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	2 876	151 162	-8,2%	7,45	5,82	43,9	45,2	52,1%	56,3%	8,80%	7,30%
19	Maladies et troubles mentaux	5 557	252 271	6,2%	5,51	5,32	57,1	58,3	40,5%	40,0%	0,80%	0,80%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	3 295	183 127	-13,2%	3,41	3,55	42,7	44,0	72,7%	71,7%	0,20%	0,10%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	5 200	217 460	15,3%	2,69	2,71	41,1	41,5	46,3%	46,3%	0,60%	0,70%
22	Brûlures	225	12 984	-16,4%	4,01	7,58	22,0	27,0	65,3%	63,5%	0,40%	1,90%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	19 257	932 465	-0,4%	4,61	3,35	57,0	56,1	53,2%	51,7%	10,10%	6,70%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	82	11 742	-66,3%	13,59	10,76	44,0	45,3	76,8%	67,1%	4,90%	3,40%
26	Traumatismes multiples graves	167	8 393	-4,0%	18,95	20,03	39,2	40,5	75,4%	72,7%	10,20%	9,60%
27	Transplantations d'organes	88	9 005	-52,9%	16,70	28,82	49,8	46,7	61,4%	61,8%	1,10%	4,60%
28	Séances	143 555	7 257 328	-4,6%	0,00	0,00	63,8	63,9	48,6%	51,2%	0,00%	0,00%
	Total	503 843	24 300 476		2,85	2,60	53,3	53,5	46,9%	47,7%	1,30%	1,10%

Source : ATIH - Statistiques en ligne issues de la base nationale PMSI-MCO

*Lecture : le poids des séjours de la CMD1 en Champagne-Ardenne est supérieur de 8% en région à celui des séjours de la CMD1 en France

Taux comparatif [6] de séjours par chapitre de la CIM (selon le diagnostic principal)
Hors séances (CMD28)
(Séjours réalisés dans les ETS de Champagne-Ardenne, indépendamment du lieu de résidence du patient)

Chapitre du diagnostic principal	Champagne-Ardenne	France	Significativité
Certaines affections dont l'origine se situe dans la periode perinatale	4,85	3,35	***
Grossesse, accouchement et puerperalite	19,15	20,96	***
Lésions traumatiques, empoisonnements et autres causes externes	17,84	18,07	**
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutane	4,03	3,75	***
Maladies de l'appareil circulatoire	23,13	22,90	*
Maladies de l'appareil digestif	32,74	32,36	***
Maladies de l'appareil genito-urinaire	16,29	14,41	***
Maladies de l'appareil respiratoire	12,88	12,56	***
Maladies de l'oeil et de ses annexes	10,35	12,25	***
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoide	2,28	2,59	***
Maladies du sang et des organes hematopoietiques et certains troubles du systeme immunitaire	2,37	2,63	***
Maladies du systeme nerveux	10,51	9,28	***
Maladies du systeme osteo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	18,33	16,66	***
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et metaboliques	6,37	5,99	***
Maladies infectieuses et parasitaires	4,24	3,82	***
Malformations congenitales et anomalies chromosomiques	1,99	1,91	**
Symptomes, signes et resultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classes ailleurs	18,62	16,21	***
Troubles mentaux et du comportement	5,83	5,55	***
Tumeurs	19,06	20,89	***
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	46,32	48,07	***
Total	**277,25**	**274,22**	***

Source : PMSI MCO 2007 - 2008, ATIH - Statistiques en ligne issues de la base nationale PMSI-MCO

Différences avec la France métropolitaine, significatives au seuil de : * 0,05 / ** 0,01 / *** 0,001.

Le seuil est désigné comme le risque de commettre une erreur en affirmant qu'il existe une différence entre la France métropolitaine et l'entité concernée. Plus le risque est faible, plus l'écart observé est avéré.

Affections longue durée (ALD) en Champagne-Ardenne – Données 2008 – Régime général uniquement

Nombre de cas prévalents en 2008 (Régime général uniquement)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
ALD 01 - AVC Invalidant	1 034	1 153	2 087	727	5 001	236 554
ALD 02 - Insuf. Médullaire et autr. Cytopénies chroniques	71	74	71	28	244	11 445
ALD 03 - Artériopathies chroniques avec manif. Ischémiques	2 347	1 734	3 727	1 508	9 316	387 153
ALD 04 - Bilharziose compliquée	-	-	1	1	2	128
ALD 05 - Insuf. Cardiaque, tr rythme, cardiop congén. Grave	2 673	2 566	4 351	1 874	11 464	568 673
ALD 06 - Mal. chron.actives du foie et cirrhoses	614	730	1 119	420	2 883	154 163
ALD 07 - Déficit immunitaire primitif, infection par VIH	127	247	371	106	851	86 644
ALD 08 - Diabète de type 1 et 2	9 559	8 824	15 914	5 911	40 208	1 567 243
ALD 09 - Form. grav. affections neuro&muscul, épilepsie grav.	943	866	1 661	507	3 977	192 349
ALD 10 - Hémoglobinopath., hémolyses chron. const. acq. Sévère	33	27	43	5	108	9 880
ALD 11 - Hémophilies&affect.constitut.de hémostase grave	94	76	151	31	352	22 294
ALD 12 - HTA sévère	4 981	3 617	6 267	3 015	17 880	993 163
ALD 13 - Maladie coronaire	3 969	3 033	6 764	2 707	16 473	818 056
ALD 14 - Insuffis. Respiratoire chronique grave	1 406	984	1 927	697	5 014	295 195
ALD 15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences	1 006	1 247	1 987	670	4 910	225 459
ALD 16 - Maladie de Parkinson	428	356	709	228	1 721	81 331
ALD 17 - Mal.métabol.hérédit.nécess.trait prolong spéci.	243	178	280	118	819	42 423
ALD 18 - Mucoviscidose	32	25	51	16	124	5 145
ALD 19 - Néphropathie chron.grav+syndrom.néphro.primit	402	379	721	307	1 809	83 980
ALD 20 - Paraplégie	164	117	277	106	664	30 993
ALD 21 - PAN, LEAD, sclérodermie généralisée évolutive	263	213	564	116	1 156	48 556
ALD 22 - Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	843	714	1 324	475	3 356	157 520
ALD 23 - Affections psychiatriques longue durée	3 368	3 945	6 299	2 344	15 956	930 659
ALD 24 - Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	689	631	1 140	318	2 778	104 300
ALD 25 - Sclérose en plaques	360	364	640	268	1 632	60 738
ALD 26 - Scoliose structurale évolutive	60	96	36	72	264	17 972
ALD 27 - Spondylarthrite ankylosante grave	213	290	481	122	1 106	61 630
ALD 28 - Suites de transplantation d'organe	11	31	47	11	100	5 646
ALD 29 - Tuberculose active, lèpre	27	52	49	19	147	9 426
ALD 30 - Tumeur ou aff.maligne tissu lymph. ou hématopoï	8 047	7 714	14 283	5 341	35 385	1 673 411
ALD non ventilées	2 298	1 539	3 294	1 353	8 484	577 178

Source : CNAMTS, Ecosanté, Exploitation ORS Champagne-Ardenne

Nombre de cas incidents en 2007 (CNAMTS, MSA, RSI)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France
ALD 01 - AVC Invalidant	168	217	345	144	874	40 646
ALD 02 - Insuf. Médullaire et autr. Cytopénies chroniques	15	20	21	6	62	2 953
ALD 03 - Artériopathies chroniques avec manif. Ischémiques	332	251	495	216	1 294	57 063
ALD 04 - Bilharziose compliquée	-	-	-	-	-	13
ALD 05 - Insuf. Cardiaque, tr rythme, cardiop congén. Grave	541	464	828	423	2 256	108 445
ALD 06 - Mal. chron.actives du foie et cirrhoses	82	126	160	66	434	22 787
ALD 07 - Déficit immunitaire primitif, infection par VIH	12	9	37	9	67	7 547
ALD 08 - Diabète de type 1 et 2	1 171	1 103	1 884	673	4 831	199 417
ALD 09 - Form. grav. affections neuro&muscul, épilepsie grav.	96	107	206	51	460	23 083
ALD 10 - Hémoglobinopath., hémolyses chron. const. acq. Sévère	6	7	5	1	19	1 209
ALD 11 - Hémophilies&affect.constitut.de hémostase grave	11	9	23	5	48	3 012
ALD 12 - HTA sévère	838	463	910	439	2 650	145 218
ALD 13 - Maladie coronaire	476	348	725	278	1 827	95 687
ALD 14 - Insuffis. Respiratoire chronique grave	221	90	255	101	667	40 815
ALD 15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences	288	267	476	166	1 197	58 762
ALD 16 - Maladie de Parkinson	77	58	96	46	277	14 316
ALD 17 - Mal.métabol.hérédit.nécess.trait prolong spéci.	35	41	36	21	133	5 757
ALD 18 - Mucoviscidose	2	3	7	1	13	331
ALD 19 - Néphropathie chron.grav+syndrom.néphro.primit	60	58	102	67	287	13 627
ALD 20 - Paraplégie	12	5	13	5	35	1 987
ALD 21 - PAN, LEAD, sclérodermie généralisée évolutive	24	27	53	13	117	5 824
ALD 22 - Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	94	83	153	39	369	16 991
ALD 23 - Affections psychiatriques longue durée	280	437	603	246	1 566	100 671
ALD 24 - Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	72	87	130	32	321	10 885
ALD 25 - Sclérose en plaques	22	35	63	23	143	5 011
ALD 26 - Scoliose structurale évolutive	11	15	9	5	40	3 352
ALD 27 - Spondylarthrite ankylosante grave	24	35	50	6	115	6 423
ALD 28 - Suites de transplantation d'organe	0	1	4	2	7	569
ALD 29 - Tuberculose active, lèpre	16	20	26	11	73	4 555
ALD 30 - Tumeur ou aff.maligne tissu lymph. ou hématopoï	1 409	1 438	2 496	1 043	6 386	296 266

Source : CNAMTS, MSA, RSI, Exploitation ORS Champagne-Ardenne

Prévalence et incidence des ALD en 2008 - Synthèse
(Régime générale uniquement)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Nombre de cas d'ALD prévalents	46 305	41 822	76 636	29 421	194 184	9 459 307
Nombre de cas d'ALD incidents	5 504	4 989	8 869	3 037	22 399	1 113 058
Pop. Protégée (Régime général)	244 832	247 980	455 955	150 498	1 099 265	53 298 986
Taux de prévalence (‰)	189,1	168,7	168,1	195,5	176,6	177,5
Taux d'incidence (‰)	22,5	20,1	19,5	20,2	20,4	20,9

Source : CNAMTS, Ecosanté, Exploitation ORS Champagne-Ardenne

Incidence des ALD en 2007
(Tous régimes)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Nombre de cas d'ALD incidents	6 395	5 824	10 211	4 138	26 568	1 293 222
Taux d'incidence (‰)	22,5	19,3	18,0	22,1	19,8	20,9

Source : CNAMTS, MSA, RSI, Exploitation ORS Champagne-Ardenne

SIDA

Cas de SIDA par année de diagnostic

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
2009 *	1	2	4	0	7	445
2008 *	0	3	15	1	19	848
2007	3	5	2	3	13	822
2006	1	3	11	0	15	968
2005	3	3	13	0	19	1 123
2004	2	2	4	0	8	1 168
2003	3	1	3	2	9	1 260
2002	1	6	9	2	18	1 466
2001	1	8	4	0	13	1 453
2000	0	5	1	1	7	1 551
<2000	55	131	178	57	421	49 000

* Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Source : InVS

Incidence du SIDA

Incidence (p. 100 000)	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
2007	1,05	1,66	0,35	1,60	0,97	1,33
2006-2007	0,70	1,33	1,15	0,80	1,05	1,45

Source : InVS, Exploitation ORSCA

Cas de SIDA par sexe (sur le cumul des cas déclarés)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Hommes	60	138	197	46	441	48265
Femmes	10	31	47	20	108	11839
%Hommes	86%	82%	81%	70%	80%	80%
%Femmes	14%	18%	19%	30%	20%	20%

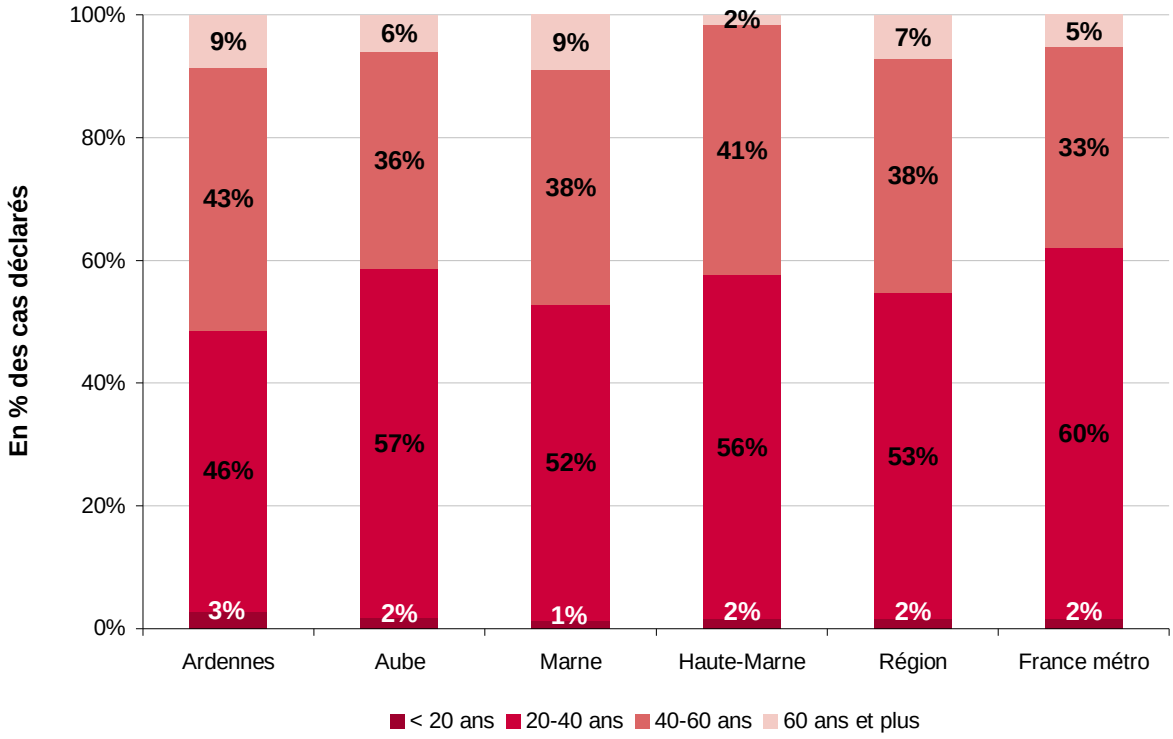
Source : InVS, Exploitation ORSCA

Depuis 2003 (Données disponibles pour la région uniquement)

	Depuis 2003		Avant 2003	
	Nb	%	Nb	%
Hommes	71	79%	370	81%
Femmes	19	21%	89	19%

Source : InVS, Exploitation ORSCA

Cas de SIDA par âge (sur le cumul des cas déclarés)



Source : InVS, Exploitation ORSCA

Cas de SIDA par mode de contamination (sur le cumul des cas déclarés)

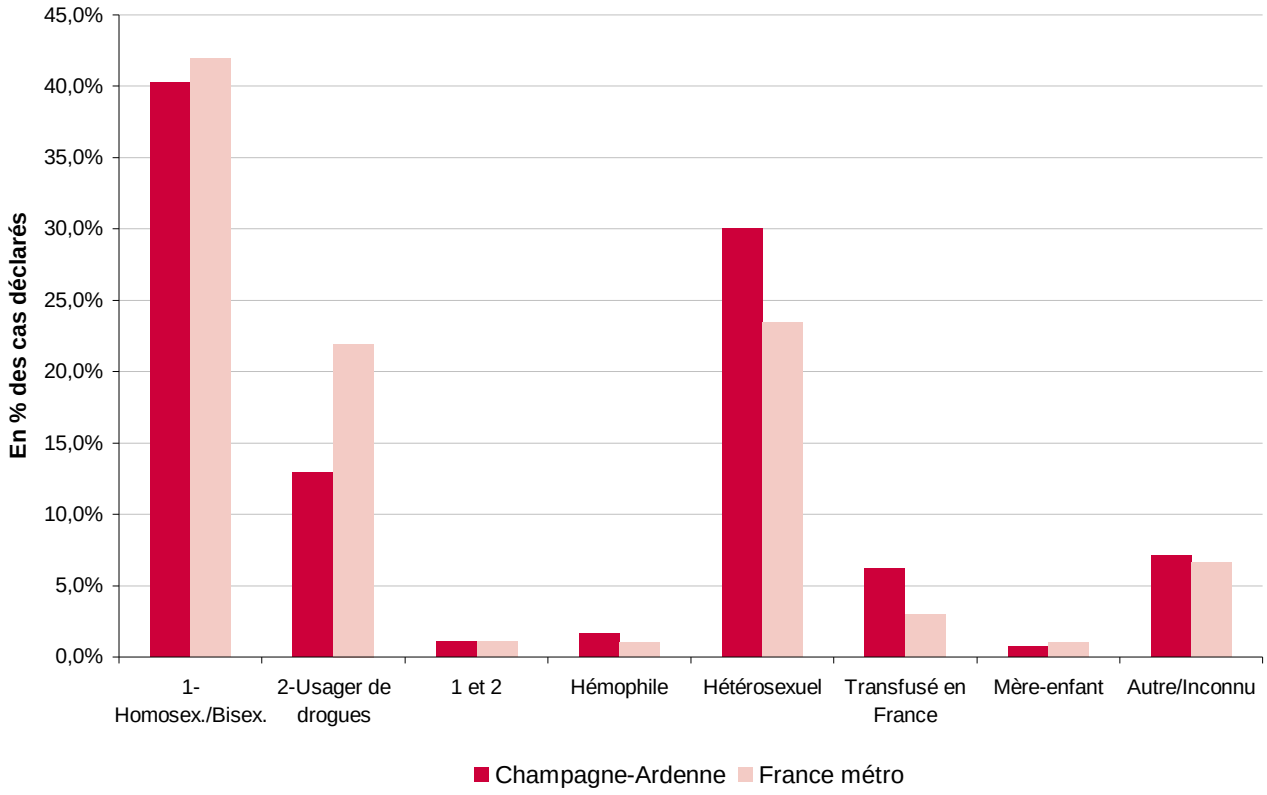
	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
1. Homosexuel/Bisexuel	25	65	112	19	221	25 218
2. Usager de drogues	5	32	19	15	71	13 178
3. 1 et 2	0	3	2	1	6	650
4. Hémophile	5	2	1	1	9	601
5. Hétérosexuel	19	45	78	23	165	14 101
6. Transfusé en France	8	12	10	4	34	1 775
7. Mère-enfant	0	2	2	0	4	600
9. Autre/Inconnu	8	8	20	3	39	3 981

Source : InVS, Exploitation ORSCA

	Champagne-Ardenne	France métro.
1-Homosexuel/Bisexuel	40,3%	42,0%
2-Usager de drogues	12,9%	21,9%
1 et 2	1,1%	1,1%
4-Hémophile	1,6%	1,0%
5- Hétérosexuel	30,1%	23,5%
6-Transfusé en France	6,2%	3,0%
7-Mère-enfant	0,7%	1,0%
9-Autre/Inconnu	7,1%	6,6%
Total	100,0%	100,0%

Source : InVS, Exploitation ORSCA

Répartition des cas de SIDA par mode de contamination en Champagne-Ardenne
(sur le cumul des cas déclarés)



Source : InVS, Exploitation ORSCA

Depuis 2003 (Données disponibles pour la région uniquement)

	Depuis 2003		Avant 2003	
	Nb	%	Nb	%
1. Homosexuel/Bisexuel	39	43%	182	40%
2. Usager de drogues	3	3%	68	15%
1 et 2	-	-	6	1%
Hémophile	-	-	9	2%
Hétérosexuel	38	42%	127	28%
Transfusé en France	1	1%	33	7%
Mère-enfant	-	-	4	1%
Autre/Inconnu	9	10%	30	7%

Source : InVS, Exploitation ORSCA

VIH

VIH (sur le cumul des cas de séropositivité déclarés)

Cas de VIH par année depuis 2003

	2003	2004	2005	2006	2007	2008 *	2009 *	Total
Ardennes	8	8	3	5	4	7	1	36
Aube	19	19	20	24	5	6	9	102
Marne	14	18	33	26	18	30	11	150
Haute-Marne	6	2	-	1	4	5	-	18
Champagne-Ardenne	47	47	56	56	31	48	21	306
France métropolitaine	3 497	4 006	4 183	3 946	3 894	3 813	2 480	25 819

Source : InVS, Exploitation ORSCA

* Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration

Cas de VIH en Champagne-Ardenne par âge (entre 2003 et 2009) (sur le cumul des cas déclarés)

	Hommes	Femmes	Total
0 à 9 ans	1	1	2
10 à 19 ans	6	1	7
20 à 29 ans	30	36	66
30 à 39 ans	71	41	112
40 à 49 ans	50	13	63
50 à 59 ans	30	13	43
60 à 69 ans	10	1	11
70 à 79 ans	2	0	2

Source : InVS

Incidence du VIH en Champagne-Ardenne sur la période 2003-2009

Incidence	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Nombre de cas	36	102	150	18	306	25819
Estimation p.100 000	1,8	4,9	3,8	1,4	3,3	6,0

Source : InVS, INSEE, Exploitation ORSCA

LaboVIH : activité de dépistage du VIH hors don du sang en 2008

	Taux de participation des laboratoires	Nb de sérologies (‰)	Nb de sérologies positives / million d'hab.	Nb de sérologies positives (‰ test)
Champagne-Ardenne	91%	65	71,2	1,1
France (avec DOM-COM)	87%	77	164,9	2,1

Source : InVS, Exploitation ORSCA

LaboVIH : activité de dépistage du VIH hors don du sang, historique en Champagne-Ardenne

	Taux de participation des laboratoires	Nb de sérologies (‰)	Nb de sérologies positives / million d'hab.	Nb de sérologies positives (‰ test)
2008	91%	65	71,2	1,1
2007	88%	66	65,1	1
2006	86%	67	88,0	1,3

Source : InVS, Exploitation ORSCA

Dépistages du VIH effectués dans les CDAG (Centres de dépistage anonyme et gratuit)
(Seules les données des CDAG de la Marne étaient disponibles)

Année 2009	CH Epernay	CH Châlons	CHU Reims	Total Marne
Nb de consultations	1229	1373	2981	5583
Résultats non rendus	9%	6%	9%	8%
Nb d'hommes	651	319	1335	2305
Nb de femmes	578	363	1212	2153
% hommes	53,0%	46,8%	52,4%	51,7%
Nb de tests VIH positifs	1	2	4	7

Source : CDAG de la Marne

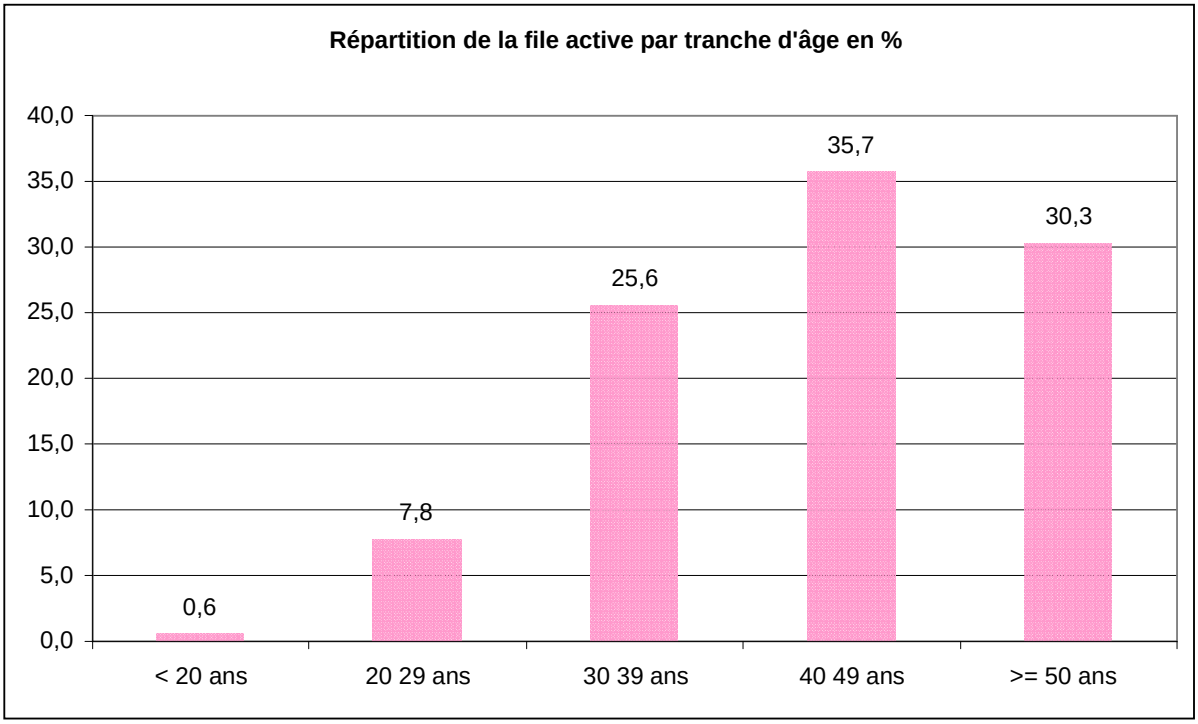
Répartition par tranche d'âge des personnes ayant été testée pour le VIH
(Seules les données des CDAG de la Marne étaient disponibles)

Année 2009	UTEP CH Epernay	CH Châlons	CHU Reims	Total Marne
Part des - de 30 ans	77,0%	72,7%	78,8%	77,4%
Part des 30-49 ans	19,7%	22,6%	16,9%	18,6%
Part des 50 ans et plus	3,3%	4,7%	4,3%	4,1%

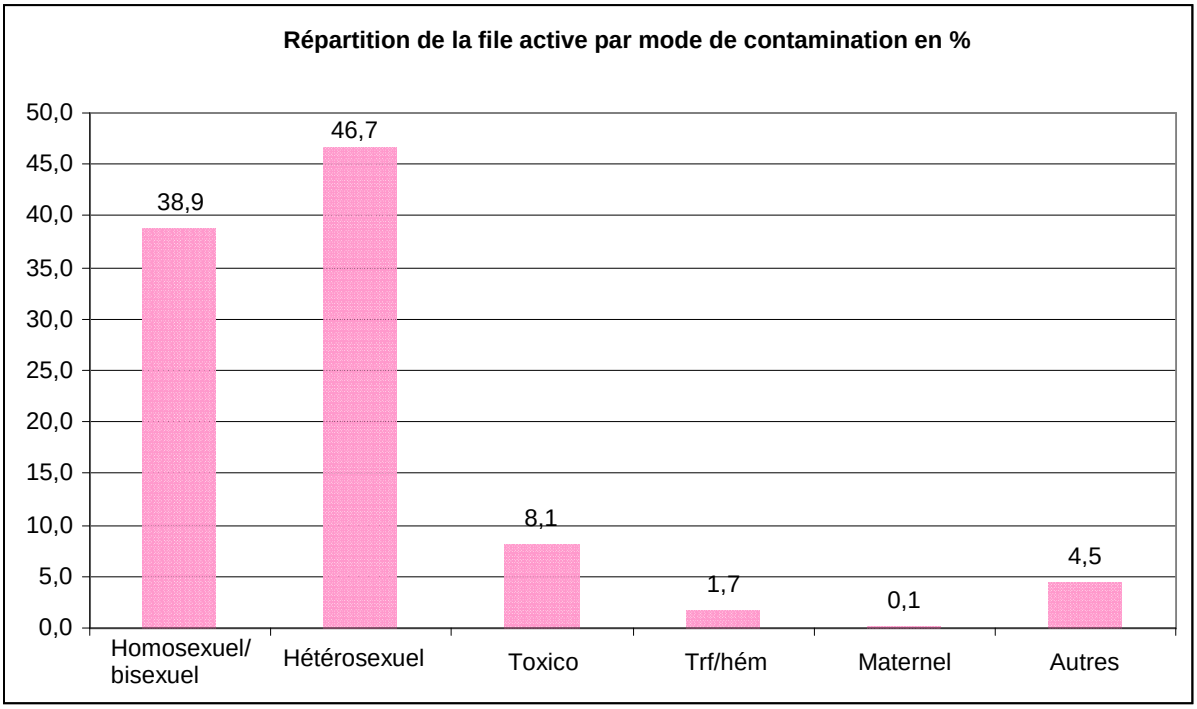
Source : CDAG de la Marne

File active du COREVIH

En 2009, la file active de patients suivis par le COREVIH en Champagne-Ardenne est de 819 patients, contre 741 en 2006.



Source : COREVIH Lorraine-Champagne-Ardenne



Source : COREVIH Lorraine-Champagne-Ardenne

Autres maladies à déclaration obligatoire

Méningite

Cas de méningite depuis 2000

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
2008	1	0	12	1	14	686
2007	2	3	7	2	14	717
2006	1	3	9	3	16	711
2005	1	1	6	1	9	743
2004	0	1	2	0	3	695
2003	1	0	3	2	6	800
2002	5	1	5	2	13	676
2001	1	0	7	1	9	560
2000	5	2	6	0	13	480

Source : InVS

Incidence de la méningite

Incidence (p. 100 000)	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
2008	0,4	0,0	2,1	0,5	1,0	1,1
2007-2008	0,5	0,5	1,7	0,8	1,0	1,1

Source : InVS, INSEE, Exploitation ORSCA

Légionellose [7]

Cas de légionellose depuis 2000

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
2009*	5	3	14	5	27	1 177
2008	6	7	8	3	24	1 209
2007	4	2	17	6	29	1 395
2006	5	6	22	10	43	1 407
2005	8	7	22	10	47	1 483
2004	2	3	15	12	32	1 184
2003	2	3	19	4	28	1 029
2002	4	5	15	7	31	992
2001	7	2	10	3	22	787
2000	0	2	6	1	9	591

* Données 2009 à partir des signalements

Source : InVS

Incidence de la légionellose

Incidence (p. 100 000)	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
2008	2,1	2,3	1,4	1,6	1,8	1,9
2007-2008	1,8	1,5	2,2	2,4	2,0	2,1

Source : InVS, INSEE, Exploitation ORSCA

Tuberculose

Cas de tuberculose depuis 2000

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
2008	10	23	32	12	77	5589
2007	12	16	26	13	67	5425*
2006	18	15	23	5	61	5179
2005	15	17	23	6	61	5189
2004	23	21	21	2	67	5429
2003	16	16	37	10	79	5987
2002	20	14	46	9	89	6162
2001	22	28	39	7	96	6296
2000	18	12	34	15	79	6539

* Sans la Corse-du-Sud

Source : InVS

Incidence de la tuberculose

Incidence (p. 100 000)	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
2008	3,5	7,6	5,7	6,4	5,8	9,0
2007-2008	3,9	6,5	5,1	6,7	5,4	8,9

Source : InVS, INSEE, Exploitation ORSCA

Index

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

AVC : Accident vasculaire cérébral.

BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire.

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit.

CHU : Centre hospitalier universitaire.

CH : Centre hospitalier.

CIM : Classification internationale des maladies.

CMD : Catégorie majeure de diagnostic.

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

COREVIH : Coordination de la prise en charge du VIH.

HTA : Hypertension artérielle.

IMC : Indice de masse corporelle.

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques.

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

InVS : Institut de veille sanitaire.

LEAD : Lupus érythémateux aigu disséminé.

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique.

MSA : Mutualité sociale agricole.

ORSCA : Observatoire régional de santé de Champagne-Ardenne.

PAN : Périartérite noueuse.

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information.

PNNS : Programme national nutrition santé.

REIN : Réseau, épidémiologie, information, néphrologie

RSI : Régime social des indépendants.

RUC : Revenu par unité de consommation.

UTEP : Unité thérapeutique d'éducation du patient.

SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise.

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.

Glossaire

[1] Surpoids et obésité

L'IMC est un indice permettant de mesurer la maigreur, le surpoids et l'obésité chez les personnes adultes. Il s'obtient en rapportant le poids d'un individu à sa taille au carré. Il permet de donner
Les modalités données par l'organisation mondiale de la santé sont les suivantes :

< 18,5 :	Maigreur
[18,5 – 25 [:	Poids normal
[25 – 30 [:	Surpoids
30 et + :	Obésité

[2] Revenu par unité de consommation - RUC (ou niveau de vie)

Le niveau de vie est égal au revenu disponible du ménage [8] divisé par le nombre d'unités de consommation (UC) [9]. Le niveau de vie est donc le même pour tous les individus d'un même ménage. Les unités de consommation sont généralement calculées selon l'échelle d'équivalence dite de l'OCDE (organisation de coopération et de développement économique) modifiée qui attribue 1 UC au premier adulte du ménage, 0,5 UC aux autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 UC aux enfants de moins de 14 ans.

[3] Repères du Programme national nutrition santé (PNNS)

La connaissance des repères du PNNS a été évaluée dans le questionnaire du baromètre santé nutrition 2008 et son extension régionale 2009 en Champagne-Ardenne.
Ces repères, qui définissent la consommation conseillée des différents produits pour être en bonne santé, sont les suivants :

- Le repère « Fruits et légumes » : au moins cinq par jour
- Le repère « Produits laitiers » : trois par jour pour les 18-54 ans et trois ou quatre par jour pour les 55-75 ans
- Le repère « Viande, poisson, œufs » : un ou deux par jour
- Le repère « Poisson » : au moins deux fois par semaine
- Le repère « Féculents » : entre trois et six fois par jour

[4] Sédentarité

La sédentarité correspond aux occupations pour lesquelles les mouvements corporels sont réduits au minimum et la dépense d'énergie très faible : de façon générale, en étant en position assise ou couchée. La sédentarité est définie par le fait d'être plus de 4 heures en position assise ou allongée, au travail, à la maison, lors des déplacements, en excluant le temps consacré au sommeil.
La question posée consistait à savoir le temps passé au cours d'une journée habituelle en position assise ou allongée, au travail, à la maison, en voiture (exemple : temps passé assis devant un bureau, à lire, à regarder la télévision, en excluant le temps passé à dormir).

[5) Niveau d'activité physique élevé

Le niveau d'activité physique totale élevé correspond à une activité physique intense (qui essouffle ou qui accélère fortement le pouls, pendant au moins 10 minutes d'affilée) au moins 3 jours par semaine, entraînant une dépense énergétique d'au moins 1 500 équivalents métaboliques (MET) -minutes/semaine OU au moins 7 jours de marche à pied et d'activité physique modérée (qui modifie légèrement la respiration ou le pouls, pendant au moins 10 minutes d'affilée) ou intense jusqu'à parvenir à un minimum de 3 000 MET-minutes/semaine.

[6] Taux comparatif :

Le taux comparatifs est obtenu en appliquant aux taux bruts la structure par âge d'une population de référence (ici celle de France métropolitaine).

[7] Légionellose :

La légionellose est une infection pulmonaire causée par une bactérie nommée Legionella.
Cette bactérie fût découverte à la suite d'une épidémie de pneumonie affectant plusieurs participants d'un congrès d'anciens combattants de la légion américaine réunis dans un hôtel à Philadelphie en 1976 et fût en conséquence dénommée Legionella.
La bactérie Legionella est présente dans le milieu naturel et peut proliférer dans les sites hydriques artificiels lorsque les conditions de son développement sont réunies, particulièrement entre 25 et 45° C : réseaux d'eau

chaude, tours aéroréfrigérantes, autres installations (bains à remous, balnéothérapies, humidificateurs, fontaines décoratives, aérosols…)
La contamination se fait par voie respiratoire, par inhalation d'eau contaminée diffusée en aérosol. Aucune transmission interhumaine n'a été à ce jour démontrée.
La période d'incubation est généralement de 2 à 10 jours.
La légionellose affecte essentiellement les adultes et touche plus particulièrement les personnes présentant des facteurs favorisants : âge avancé, tabagisme, maladies respiratoires chroniques, diabète, maladies immunodépressives, traitements immunosuppresseurs, alcoolisme.
La légionellose se traduit par un état grippal fébrile et une toux initialement non productive. Certains patients peuvent présenter des douleurs musculaires, une anorexie et quelquefois des troubles digestifs (diarrhées) et/ou un état confusionnel. L'état grippal s'aggrave rapidement et fait place à une pneumopathie sévère nécessitant une hospitalisation. La maladie est mortelle dans environ 10 % des cas.
Le diagnostic clinique doit être confirmé par un des examens biologiques suivants : isolement de la bactérie dans un prélèvement bronchique, présence d'antigène soluble dans les urines, augmentation des titres d'anticorps par 4 entre deux prélèvements successifs, immunofluorescence directe positive.
Dans la majorité des cas, sous traitement antibiotique adapté (macrolides ou fluoroquinolones), l'évolution est favorable. Le traitement est d'autant plus efficace s'il est mis en œuvre rapidement.
En France, 1206 cas ont été enregistrés en 2009 correspondant à une incidence de 1,9 cas pour 100 000 habitants.

[8) Revenu disponible du ménage :
Le revenu disponible d'un ménage comprend les revenus d'activité, les revenus du patrimoine, les transferts en provenance d'autres ménages et les prestations sociales (y compris les pensions de retraite et les indemnités de chômage), nets des impôts directs. Quatre impôts directs sont généralement pris en compte : l'impôt sur le revenu, la taxe d'habitation et les contributions sociales généralisées (CSG) et contribution à la réduction de la dette sociale (CRDS).

[9] Unités de consommation :
Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC).
Pour comparer le niveau de vie des ménages, on ne peut s'en tenir à la consommation par personne. En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. Lorsque plusieurs personnes vivent ensemble, il n'est pas nécessaire de multiplier tous les biens de consommation (en particulier, les biens de consommation durables) par le nombre de personnes pour garder le même niveau de vie.
Aussi, pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :
- 1 UC pour le premier adulte du ménage ;
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ;
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

Liste des figures

Obésité, surpoids, nutrition et activité physique

Prévalence du surpoids et de l'obésité

Prévalence de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) selon le sexe et l'âge p4
Évolution de la prévalence de l'obésité en Champagne-Ardenne p4
Évolution de la prévalence de l'obésité chez l'adulte (18 ans et plus) en Champagne-Ardenne p4

Répartition de la corpulence selon le sexe et le revenu par unité de consommation [2] (RUC)

Répartition de la corpulence selon le sexe (calcul de l'IMC selon les données de poids et de taille déclarées) p5
Répartition de la corpulence selon le revenu par unité de consommation (RUC) p5

Connaissance et respect des repères du PNNS p5

Licences sportives

Licences sportives dans les principales fédérations de la région p6
Licences sportives dans les principales fédérations des départements p6

Pratique d'une activité physique et sédentarité

Pratique d'une activité physique selon le sexe et l'âge p7
Niveau d'activité physique "élevé" selon le sexe et l'âge p7
Sédentarité par sexe et âge p7

Insuffisance rénale terminale

Incidence de l'insuffisance rénale terminale en 2008

Patients incidents en 2008 p9
Répartition des cas incidents selon la maladie rénale initiale p9
Traitement des cas incidents p9

Prévalence de l'insuffisance rénale terminale

Cas prévalents au 31/12/2008 p10
Traitement des cas prévalents p10
Lieu de traitement des patients en dialyse p10
Répartition des cas prévalents selon la maladie rénale initiale p10
Patients transplantés p11
Répartition des patients transplantés selon la maladie rénale initiale p11

Diabète

Diabète traité en 2007 p13
Enquête ENTRED (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques traitées) p13

Cancer

Incidence du cancer (nouveaux cas) p15
Taux d'incidence standardisés sur l'âge, pour 100 000 habitants (standardisation sur la population mondiale) p15
Évolution du taux d'incidence estimé de l'ensemble des cancers (taux brut) p16
Évolution du taux d'incidence estimé par cause standardisés sur la population mondiale p16
Dépistage organisé du cancer du sein p17
Dépistage organisé du cancer du colon p17

Hospitalisations et affections de longue durée

Hospitalisations

Motifs de recours aux soins (court séjour, par chapitre CIM du diagnostic principal) p19
Motifs de recours aux soins (court séjour, et séjours < 2jours, par chapitre CIM du diagnostic principal) p20
Caractéristiques des séjours en 2009 par catégorie majeure de diagnostic, Champagne-Ardenne et France p21
Taux comparatif de séjours par chapitre de la CIM (selon le diagnostic principal) p22

Affections longue durée (ALD) en Champagne-Ardenne

Nombre de cas prévalents en 2008 (Régime général uniquement) p23
Nombre de cas incidents en 2007 (CNAMTS, MSA, RSI) p24
Prévalence et incidence des ALD en 2008 – Synthèse p25
Incidence des ALD en 2007 p25

SIDA

Cas de SIDA par année de diagnostic p27
Incidence du SIDA p27
Cas de SIDA par sexe (sur le cumul des cas déclarés) p27
Depuis 2003 (Données disponibles pour la région uniquement) p27
Cas de SIDA par âge (sur le cumul des cas déclarés) p28
Cas de SIDA par mode de contamination (sur le cumul des cas déclarés) p28
Répartition des cas de SIDA par mode de contamination en Champagne-Ardenne p29
Depuis 2003 (Données disponibles pour la région uniquement) p29

VIH

Cas de VIH par année depuis 2003 p31
Cas de VIH en Champagne-Ardenne par âge (entre 2003 et 2009) (sur le cumul des cas déclarés) p31
Incidence du VIH en Champagne-Ardenne sur la période 2003-2009 p31
LaboVIH : activité de dépistage du VIH hors don du sang en 2008 p31
LaboVIH : activité de dépistage du VIH hors don du sang, historique en Champagne-Ardenne p31
Dépistages du VIH effectués dans les CDAG (Centres de dépistage anonyme et gratuit) p32
Répartition par tranche d'âge des personnes ayant été testée pour le VIH p32
Répartition de la file active (du COREVIH) par tranche d'âge p32
Répartition de la file active (du COREVIH) par mode de contamination p33

Autres maladies à déclaration obligatoire

Méningite

Cas de méningite depuis 2000 p35
Incidence de la méningite p35

Légionellose

Cas de légionellose depuis 2000 p35
Incidence de la légionellose p35

Tuberculose

Cas de tuberculose depuis 2000 p36
Incidence de la tuberculose p36

La santé dans la région Champagne-Ardenne

Indicateurs régionaux

Contribution au diagnostic du projet régional de santé

Fiche 5 – Santé maternelle et infantile

Données arrêtées au 30/09/2010

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ORS Champagne-Ardenne

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Sommaire

Mortalité....3
Accouchements et naissances....6
Offre et localisation des accouchements....12
IVG....16
Couverture vaccinale des enfants....18
Index....20
Glossaire....21
Liste des figures....22

Mortalité

Mortalité infantile

Taux de mortalité infantile [1]

	2006	2007	2008
Champagne-Ardenne	4,4	3,6	5,1
France métropolitaine	3,6	3,6	3,6

Source : INSEE, Etat civil

Taux de mortalité du jeune enfant [2] en 2008

Taux pour 1 000 naissances vivantes	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Morti-natalité	7,9	10,6	13,1	8,3	10,8	10,4
Mortalité néonatale précoce	3,1	1,6	2,5	2,5	2,4	1,7
Mortalité périnatale	11,0	12,2	15,6	10,7	13,3	12,1
Mortalité néonatale	4,3	2,4	4,0	2,9	3,5	2,4
Mortalité post-néonatale	1,4	1,6	1,5	1,5	1,6	1,2
Mortalité infantile	5,7	4,0	5,5	4,4	5,1	3,6

Source : INED, INSEE, Etat civil

Taux de mortalité du jeune enfant [2] sur la période 2006-2008

Taux pour 1 000 naissances vivantes	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Mortinatalité	9,0	8,4	11,1	9,3	9,8	9,6
Mortalité néonatale précoce	1,6	1,9	2,0	2,7	2,0	1,6
Mortalité périnatale	10,7	10,3	13,0	12,0	11,8	11,2
Mortalité néonatale	2,4	2,8	3,1	3,5	2,9	2,4
Mortalité post-néonatale	1,3	1,5	1,5	1,3	1,4	1,2
Mortalité infantile	3,7	4,3	4,5	4,8	4,3	3,6

Source : Insee, Etat civil - données domiciliées; Exploitation FNORS (Score santé).

Note :
Les différents taux de mortalité du jeune enfant étant variables d'une année sur l'autre, l'étude d'une période triennale permet de rendre compte d'une situation moyenne sur une période plus étendue qu'une simple année.

Décès d'enfants de moins d'un an entre 2005 et 2007

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
2007						
Garçons	6	10	16	4	36	1 627
Filles	3	6	8	3	20	1 148
2006						
Garçons	7	11	18	8	44	1 639
Filles	2	5	14	4	25	1 208
2005						
Garçons	7	10	13	5	35	1 579
Filles	3	4	13	5	25	1 190

Source : Inserm - CépiDc, Exploitation ORSCA

Mortalité maternelle

Nombre de décès pour complications de grossesse, accouchement, puerpéralité

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
2008	0	0	0	0	0	NC
2007	0	0	0	0	0	60
2006	1	1	0	0	2	59
2005	0	0	0	0	0	41
2004	0	1	0	0	1	53

Source : CépiDC, Inserm; Réseau périnatal de Champagne-Ardenne

Accouchements et naissances

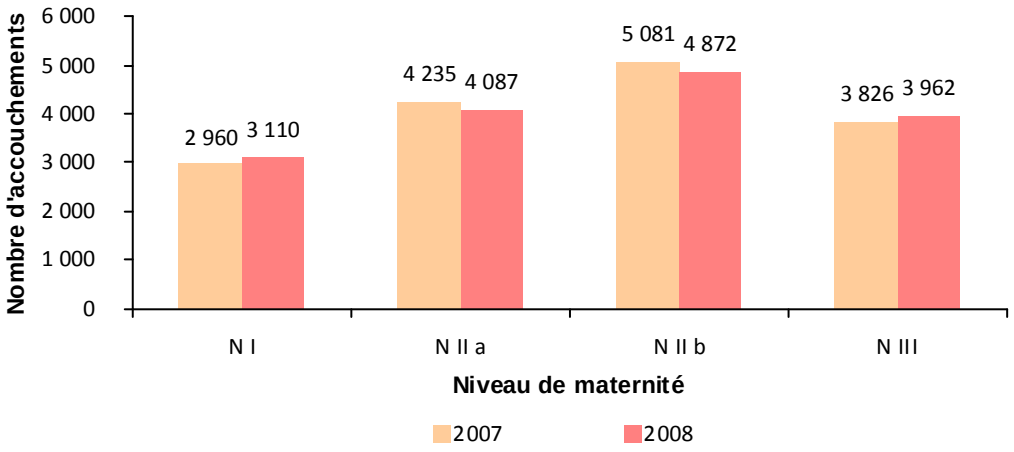
Accouchements

Formes d'accouchement

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France
Nb accouchements sans césarienne	2 458	2 792	6 099	1 611	12 960	615 422
dont accouchements sous analgésie péridurale	1 827 (74,3%)	2 218 (79,4%)	4 688 (76,9%)	836 (51,9%)	9 569 (73,8%)	431 646 (70,1%)
Nombre d'accouchements avec césarienne	520	838	1 641	345	3 344	154 927
dont césariennes sous anesthésie loco-régionale	493 (94,8%)	782 (93,3%)	1 470 (89,6%)	339 (98,3%)	3 084 (92,2%)	109 515 (70,7%)
Proportion de césariennes	17,5%	23,1%	21,2%	17,6%	20,5%	20,1%

Source : SAE 2008 Exploitation Réseau Régional Périnatal

Accouchements selon le niveau de maternité



Source : PMSI MCO 2007 et 2008, Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne

Naissances

Répartition des naissances (dans les ETS de la région) selon le poids

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
< 1000g	4	10	59	2	75
1000 à 1499g	6	34	66	2	108
1500 à 1999g	34	71	118	30	253
2000 à 2499g	151	177	405	93	826
2500 à 3999g	2 607	3 084	6 480	1 693	13 864
>= 4000g	218	289	499	151	1 157
Total	**3 020**	**3 682**	**7 717**	**1 976**	**16 283**

Source : PMSI MCO 2008 Exploitation ORSCA

Répartition des naissances (dans les ETS de la région) selon le poids et le niveau de maternité

	Niveau I	Niveau IIa	Niveau IIb	Niveau III	Total
< 1000g	0,2%	0,2%	0,1%	1,5%	0,5%
1000 à 1499g	0,2%	0,0%	0,2%	2,3%	0,7%
1500 à 1999g	0,3%	0,6%	1,6%	3,4%	1,6%
2000 à 2499g	3,0%	4,9%	5,0%	6,9%	5,1%
2500 à 3999g	89,0%	87,4%	85,9%	78,8%	85,1%
>= 4000g	7,4%	6,8%	7,2%	7,1%	7,1%
Total	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Source : PMSI MCO 2008 Exploitation ORSCA

Données brutes équivalentes :

	Niveau I	Niveau IIa	Niveau IIb	Niveau III	Total
< 1000g	5	9	4	62	80
1000 à 1499g	5	2	8	93	108
1500 à 1999g	9	26	80	138	253
2000 à 2499g	96	204	247	279	826
2500 à 3999g	2 802	3 635	4 250	3 177	13 864
>= 4000g	233	282	357	285	1 157
Total	**3 150**	**4 158**	**4 946**	**4 034**	**16 288**

Source : PMSI MCO 2008 Exploitation ORSCA

Nombre de naissances vivantes domiciliées et taux global de fécondité [3]

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
2009	3 312	3 745	7 061	1 944	16 062	842 765
2008	3 522	3 721	7 065	2 036	16 344	794 507
2007	3 552	3 619	6 932	2 062	16 165	784 538
Taux global de fécondité*	56,1	53,7	50,9	52,2	45,4	54,2

Insee : Etat civil - Naissances domiciliées; Recensement de la population; exploitation ORSCA

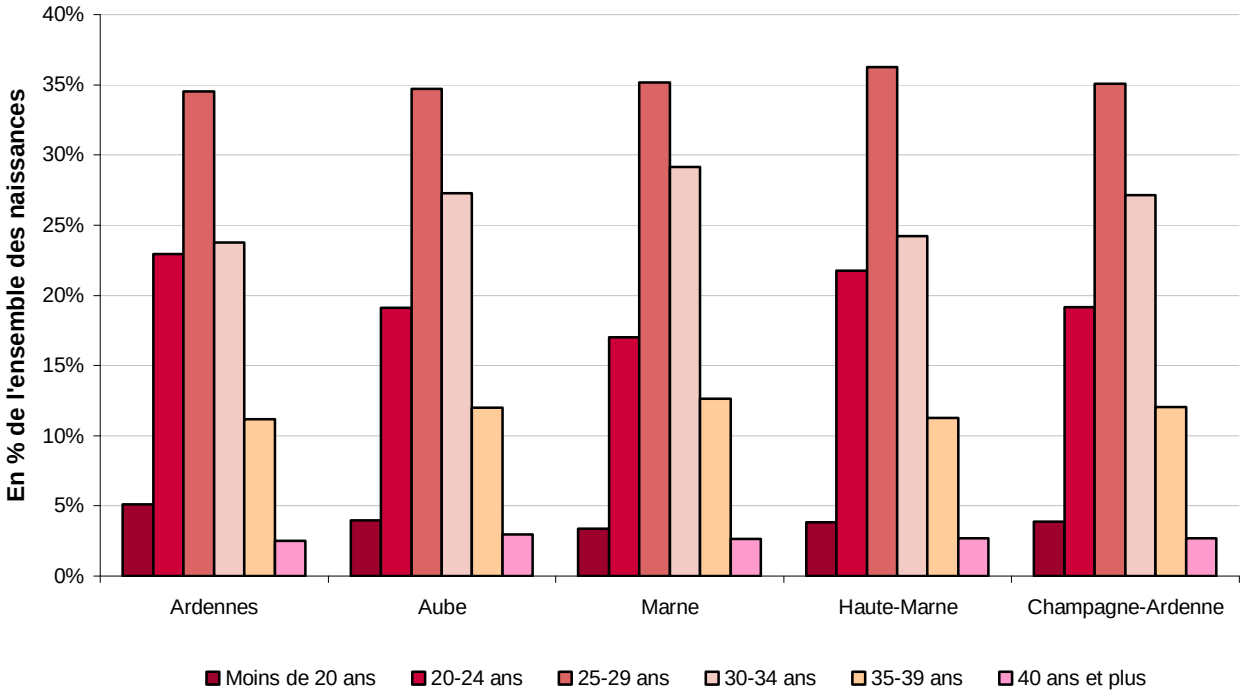
* Taux global de fécondité en 2007 p. 1 000 femmes de 15 à 49 ans

Âge des femmes à la naissance

Âge	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne Nb	Champagne-Ardenne %
Moins de 20 ans	152	142	255	74	623	3,9%
20-24 ans	686	687	1 277	422	3 072	19,2%
25-29 ans	1 031	1 250	2 639	703	5 623	35,1%
30-34 ans	710	982	2 188	470	4 350	27,1%
35-39 ans	334	431	949	218	1 932	12,1%
40 ans et plus	75	107	197	52	431	2,7%
Total	2 988	3 599	7 505	1 939	16 031	100,0%
Age moyen	28,0	28,6	28,9	28,3	28,6	

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne

Répartition des naissances par département selon l'âge de la mère



Source : PMSI MCO 2008, Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne, Exploitation ORSCA.

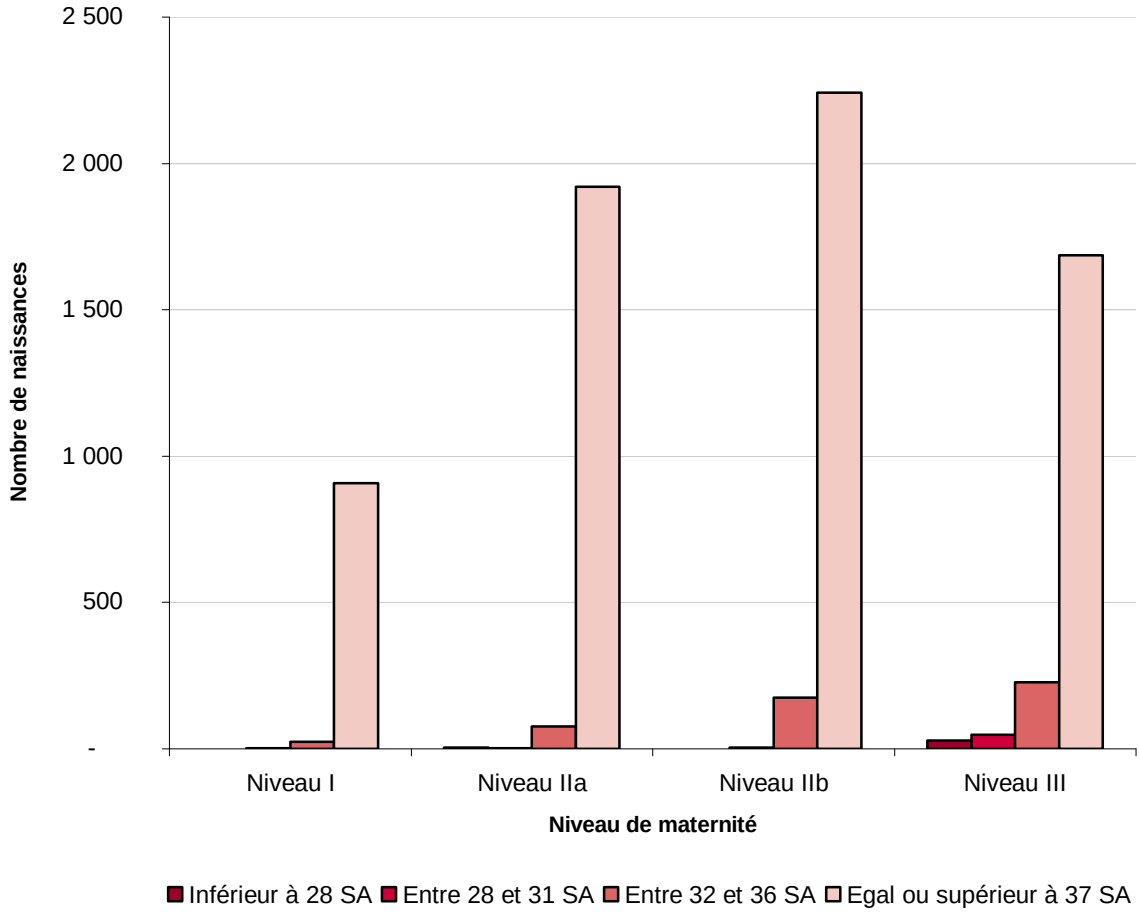
Âge gestationnel à la naissance
(Données sur le second semestre 2008)

	Niveau I	Niveau IIa	Niveau IIb	Niveau III	Total	Part des naissances
Inférieur à 28 SA	-	4	-	28	32	0,4%
Entre 28 et 31 SA	2	2	5	49	58	0,7%
Entre 32 et 36 SA	24	77	176	228	505	5,9%
Egal ou supérieur à 37 SA	908	1 920	2 241	1 687	6 756	78,5%
Non renseigné	991	113	105	48	1 257	14,6%
Total	1 925	2 116	2 527	2 040	8 608	100,0%

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne

SA : semaines d'aménorrhées

Répartition des naissances selon l'âge gestationnel à la naissance et le niveau de maternité
(Données sur le second semestre 2008)



Source : PMSI MCO, Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne, Exploitation ORSCA.

Dépistages néonataux

	Nouveaux nés testés	Test positif	Dépistage pour 10 000 nouveaux nés	Maladies confirmées	Diagnostic pour 10 000 nouveaux nés
Phénylcétonurie	16 240	21	12,9	6	3,7
Hypothyroidie	16 240	6	3,7	3	1,8
Hyperplasie congénitale des surrénales	16 240	126	77,6	3	1,8
Mucoviscidose	16 240	51	31,4	0	0,0
Surdité congénitale	16 150	-	-	15	9,3
Drépanocytose*	2 450	79	322,4	5	20,4

* dépistage ciblé

Source : Rapport d'activité 2009 ARCAMMHE

Certificats de santé de l'enfant au 8ème jour (CS8) : validité 2007

Pourcentage d'enfants ayant un poids inférieur à 2500gr à la naissance

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
Enfant ayant un poids à la naissance inférieur à 2500gr	7,9%	7,0%	7,5%	6,6%

Source : DREES, série sources et méthodes,n°12, jui n 2010

Taux d'allaitement maternel

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
Taux d'allaitement maternel	55,6%	60,6%	61,4%	57,1%

Source : DREES, série sources et méthodes,n°12, jui n 2010

Pathologies de la première semaine

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
Oxygénothérapie	0,2%	1,8%	1,9%	6,2%
Intubation	0,0%	0,8%	1,1%	1,7%
Antibiothérapie	0,0%	1,6%	1,6%	4,0%
Pathologie neurologique	0,0%	0,2%	0,5%	0,5%
Urgences chirurgicales	0,1%	0,2%	0,4%	0,3%

Source : DREES, série sources et méthodes,n°12, jui n 2010

Anomalies congénitales détectées et indiquées par le médecin

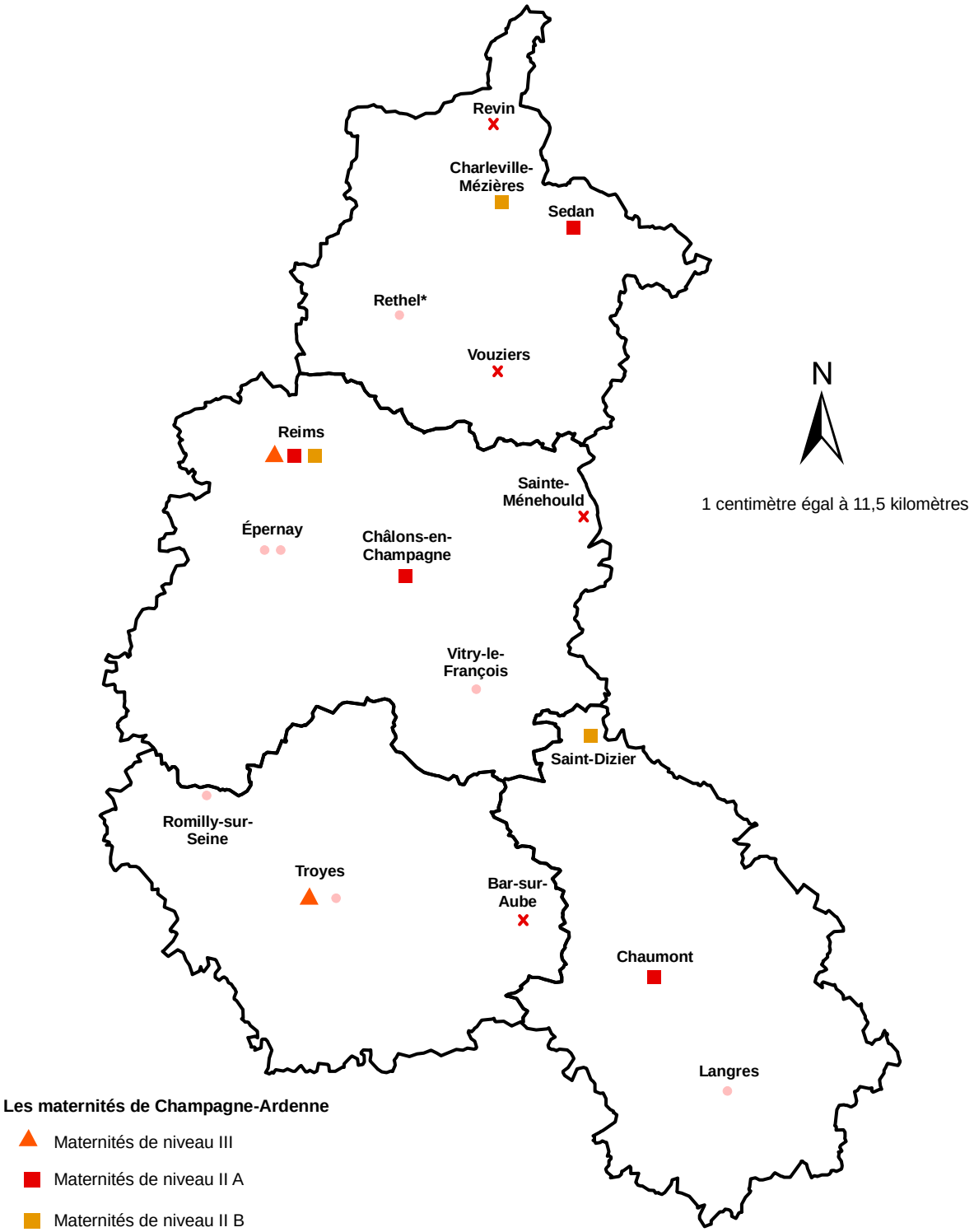
	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
Anomalie congénitale détectée	0,00%	1,10%	1,30%	2,10%
Spina Bifida détecté	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Fente labio palatine détectée	0,00%	0,90%	0,09%	0,05%
Trisomie certaine	0,00%	0,03%	0,07%	0,01%
Trisomie suspectée	0,03%	0,06%	0,14%	0,16%

Source : DREES, série sources et méthodes,n°12, jui n 2010

Offre et localisation des accouchements

Offre de soins en maternité et en obstétrique

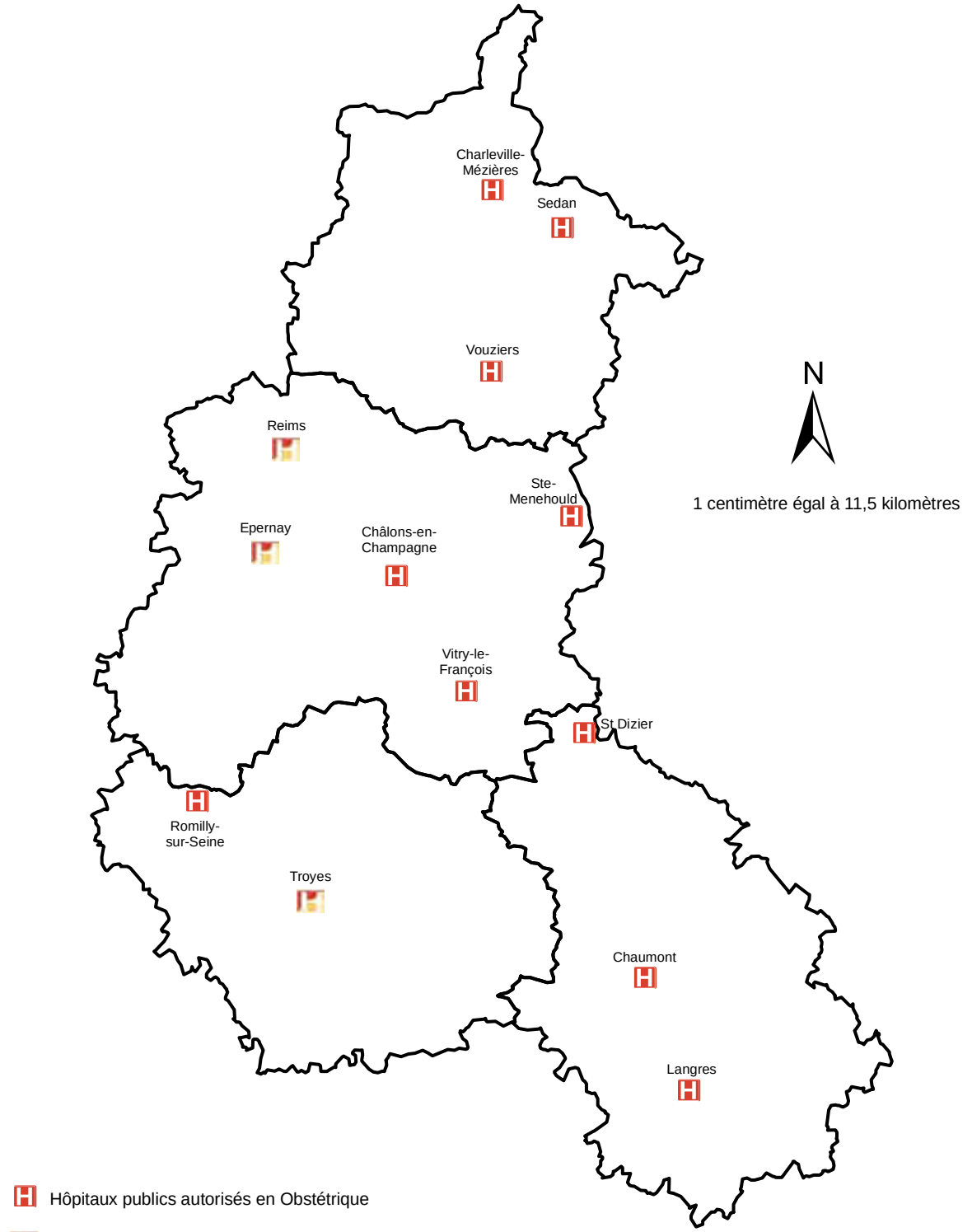
L'offre de soins en maternité en Champagne-Ardenne



* La maternité de Rethel est amenée à devenir un centre périnatal de proximité d'ici à la fin de l'année 2010.

Source : Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne
Exploitation : ORS Champagne-Ardenne
Fond de carte : IGN

L'offre hospitalière en Obstétrique en Champagne-Ardenne



Source : Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne
Exploitation : ORS Champagne-Ardenne
Fond de carte : IGN

Certaines communes figurant sur la carte disposent de plusieurs établissements autorisés en Obstétrique (Reims, Épernay, Troyes)

Localisation des accouchements

Accouchements selon le lieu de l'établissement et le lieu de domicile

	Lieu d'accouchement					
Lieu de domicile	**Ardennes**	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**	**Hors région**	**Total**
Ardennes	2 899	0	539	0	69	3 507
Aube	1	3 339	65	45	220	3 670
Marne	9	147	6 233	101	239	6 729
Haute-Marne	1	14	17	1 643	351	2 026
Hors région	88	99	651	150	-	988
Total	2 998	3 599	7 505	1 939	879	16 920

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne

Autarcie, fuite et attractivité [4] pour les accouchements

	Ardennes	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**
Taux d'autarcie	82,7%	91,0%	92,6%	81,1%
Taux de fuite	17,3%	9,0%	7,4%	18,9%
En région	15,4%	3,0%	3,8%	1,6%
Hors région	2,0%	6,0%	3,6%	17,3%
Taux d'attractivité	3,3%	7,2%	16,9%	15,3%
Depuis la région	0,4%	4,5%	8,3%	7,5%
Hors de la région	2,9%	2,8%	8,7%	7,7%

Source : PMSI MCO 2008, Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne, Exploitation ORSCA

Transferts de nouveau-nés vers un autre établissement de court séjour

Durée du séjour	**Ardennes**	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**	**Champagne-Ardenne**
0 jour	9	16	31	10	66
1 jour	11	18	14	9	52
2 jours	2	13	17	3	35
3 jours	0	4	8	4	16
4-7 jours	3	2	23	5	33
7-14 jours	5	3	24	4	36
15 jours et +	2	8	56	2	68
Total	32	64	173	37	306

Source : PMSI MCO 2008 Exploitation ORSCA

Note de lecture : 9 nouveau-nés, nés dans un établissement du département des Ardennes, ont été transférés vers un autre établissement de court séjour à l'âge de 0 jour.

Interruptions volontaires de grossesse

Interruptions volontaires de grossesse

Les données présentées sont les IVG réalisées par les établissements de santé de la région.

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Région	France
IVG réalisés	599	820	1 490	505	3 414	187 423
Dont médicamenteux	320	291	769	386	1 766	84 504
ITG réalisées	9	11	51	9	80	7 753
Naissances vivantes dans les ETS	2 990	3 657	7 855	1 966	16 468	771 045
Rapport Naissances/IVG	4,99	4,46	5,27	3,89	4,82	4,11

Source : SAE 2008

Nombre d'IVG réalisés dans les établissements de la région par année

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Région	France
2008	599	820	1 490	505	3 414	187 423
2007	603	823	1 505	508	3 439	192 177
2006	559	819	1 576	513	3 467	199 204
2005	559	819	1 522	481	3 381	196 540

Source : SAE 2005-2008

Le nombre de femmes domiciliées en Champagne-Ardenne et ayant recours à une IVG hors région figure dans le rapport émis par le réseau périnatal. En 2008, il est de 190 selon les données du PMSI.

Taux de recours à l'IVG

IVG / 1 000 femmes de 15 à 49 ans	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Région	France
2008	9,5	12,2	11,0	12,9	11,2	13,0
2007	9,5	12,3	11,1	12,9	11,3	13,3
2006	8,7	12,1	11,5	12,9	11,2	13,8
2005	8,6	12,1	11,0	11,9	10,8	13,6

Source : SAE 2005-2008

Age des femmes ayant recours à l'IVG

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Nombre de femmes	592	800	1 511	501	3 404
Age moyen **± ET**	27,2 **± 7,4 ans**	27,2 **± 7,6 ans**	26,6 **± 7,0 ans**	26,7 **± 7,7 ans**	26,8 **± 7,3 ans**
Ages extrêmes	13-47 ans	14-48 ans	14-47 ans	13-51 ans	13-51 ans

Source : PMSI 2008 Exploitation Réseau Régional Périnatal

Durée de séjour pour IVG

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
0 jour	475 (80,2%)	693 (89,1%)	1 351 (89,5%)	472 (94,2%)	2 991 (88,7%)
1 jour	65 (11,0%)	63 (8,1%)	151 (10,0%)	23 (4,6%)	302 (9,0%)
2 jours	52 (8,8%)	22 (2,8%)	8 (0,5%)	6 (1,2%)	80 (2,4%)

Source : PMSI 2008 Exploitation Réseau Régional Périnatal

Couverture vaccinale des enfants

Couverture vaccinale des enfants de 2 ans en 2004 et comparaison 1997-2004

	Taux de couverture vaccinale des enfants de 2 ans en 2004		Evolution de la couverture vaccinale 1997-2004	
	Champagne-Ardenne	France entière	Champagne-Ardenne	France métro.*
Oreillons (une dose)	90,4%	86,6%	NC	NC
Rubéole (une dose)	90,3%	86,6%	9,0%	4,8%
Rougeole (une dose)	90,2%	86,8%	8,2%	4,2%
Haemophilus influenzae B	87,7%	88,6%	NC	NC
Diphtérie Tétanos Poliomélyte	86,0%	89,7%	NC	NC
Coqueluche	85,6%	91,1%	0,2%	2,7%
BCG	84,8%	83,7%	3,6%	2,2%
Hépatite B	22,5%	30,2%	-42,5%	22,4%

Source : Conseils généraux - DREES - Exploitation FNORS, Les maladies transmissibles dans les régions de France - FNORS 2009.

* Par défaut de données disponibles, les évolutions ne peuvent pas être présentées pour les DOM.

Index

DOM : Département d'outre-mer.

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

ETS : Établissements de soins.

FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé.

INED : Institut national d'études démographiques.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques.

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

IVG : Interruption volontaire de grossesse.

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique.

ORSCA : Observatoire régional de la santé de Champagne-Ardenne.

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information.

SA : Semaines d'aménorrhées

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé.

Glossaire

[1] Taux de mortalité infantile :
Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants.

[2] Taux de mortalité du jeune enfant
La mortalité du jeune enfant se caractérise par la mortalité périnatale et infantile.
La mortinatalité (mort-nés), et la mortalité néonatale précoce (décès avant 7 jours) constituent la mortalité périnatale. Le taux de mortalité périnatale est égal au nombre de mort-nés et dé décès néonataux précoces rapportés au nombre de naissances vivantes et de mort-nés.
L'ensemble de la mortalité néonatale (décès avant 28 jours) et post-néonatale (décès entre 28 jours et 1 an) constitue la mortalité infantile (décès avant 1 an).
Le taux de mortalité est égal au nombre de décès rapportés au nombre de naissances vivantes.

[3] Taux global de fécondité :
Le taux global de fécondité (ou taux de fécondité tous âges) correspond au taux de fécondité calculé sur l'ensemble de la période de procréation (généralement entre 15 et 45 ans).

[4] Autarcie, fuite et attractivité :
Séjours et séances ventilés selon le lieu de domicile du patient et la localisation de l'établissement de soins

Autarcie :
Ce sont des séjours consommés dans le territoire par les habitants de ce territoire (en d'autres termes consommés et produits dans un même territoire).

Fuites :
Les fuites font référence à la consommation des habitants du territoire. Il s'agit de séjours consommés par ces habitants dans des établissements situés en dehors du territoire.

Attractivité :
L'attractivité fait référence à la production des établissements. Il s'agit de séjours PMSI produits par les établissements d'un territoire pour les habitants d'un autre territoire.

Liste des figures

Mortalité

Mortalité infantile

Taux de mortalité infantile p4
Taux de mortalité du jeune enfant en 2008 p4
Taux de mortalité du jeune enfant sur la période 2006-2008 p4
Décès d'enfants de moins d'un an entre 2005 et 2007 p4

Mortalité maternelle

Nombre de décès pour complications de grossesse, accouchement, puerpéralité p5

Accouchements et naissances

Accouchements

Formes d'accouchement p7
Accouchements selon le niveau de maternité p7

Naissances

Répartition des naissances (dans les ETS de la région) selon le poids p8
Répartition des naissances (dans les ETS de la région) selon le poids et le niveau de maternité p8
Répartition des naissances (dans les ETS de la région) selon le poids et le niveau de maternité (données brutes équivalentes) p8
Nombre de naissances vivantes domiciliées et taux global de fécondité p8
Âge des femmes à la naissance p9
Répartition des naissances par département selon l'âge de la mère p9
Âge gestationnel à la naissance p9
Répartition des naissances selon l'âge gestationnel à la naissance et le niveau de maternité p10
Dépistages néonataux p10

Certificats de santé de l'enfant au 8ème jour (CS8) : validité 2007

Pourcentage d'enfants ayant un poids inférieur à 2500gr à la naissance p11
Taux d'allaitement maternel p11
Pathologies de la première semaine p11
Anomalies congénitales détectées et indiquées par le médecin p11

Offre et localisation des accouchements

Offre

L'offre de soins en maternité en Champagne-Ardenne (carte) p13
L'offre hospitalière en obstétrique en Champagne-Ardenne (carte) p14

Localisation des accouchements

Accouchements selon le lieu de l'établissement et le lieu de domicile p15
Autarcie, fuite et attractivité pour les accouchements p15
Transferts de nouveau-nés vers un autre établissement de court séjour p15

IVG

Interruptions volontaires de grossesse p17
Nombre d'IVG réalisés dans les établissements de la région par année p17
Taux de recours à l'IVG p17
Age des femmes ayant recours à l'IVG p17
Durée de séjour pour IVG p17

Couverture vaccinale des enfants

Couverture vaccinale des enfants de 2 ans en 2004 et comparaison 1997-2004 p19

La santé dans la région Champagne-Ardenne

Indicateurs régionaux

Contribution au diagnostic du projet régional de santé

Fiche 6 – Santé des jeunes

Données arrêtées au 30/09/2010

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ORS Champagne-Ardenne

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Sommaire

Tabac, alcool, drogues et autres substances psychoactives 3

Sexualité des jeunes Champardennais 7

Activité physique, sédentarité et surpoids 9

Index 12

Glossaire 13

Liste des figures 14

Tabac, alcool, drogues et autres substances psychoactives

Tabac

Expérimentation et usage du tabac en 2005 et en 2008 (17-18 ans)

	Champagne-Ardenne				France métropolitaine			
	Garcons		Filles		Garcons		Filles	
	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008
Expérimentation du tabac	72,0%	71,0%	75,0%	70,0%	71,0%	70,5%	73,5%	71,0%
Usage :								
Occasionnel *(Plusieurs fois par mois, non quotidien)*	5,0%	**11,0%**	8,0%	10,0%	7,7%	**11,6%**	8,5%	11,5%
Quotidien	38,0%	**31,0%**	32,0%	31,0%	33,6%	**29,9%**	32,3%	27,9%
Intensif *(>= 10 cigarettes/j)*	13,0%	10,0%	11,0%	**7,0%**	11,0%	**9,1%**	9,1%	**6,2%**

En gras, évolution 2005-2008 significative (au seuil de 5%)

Pas de différences significatives en région selon le sexe

Source : OFDT - ESCAPAD, exploitation ORSCA

Nombre de cigarettes consommées quotidiennement en 2005 par âge

	Cigarettes	Tabac à rouler
12-14 ans	6,3	0,0
15-17 ans	8,4	5,3
18-19 ans	9,1	9,1
20-22 ans	10,2	10,2
23-25 ans	12,3	12
Total	10,2	9,9

Source : Baromètre santé jeunes 2005 - ORS Champagne-Ardenne, Inpes, Exploitation ORSCA

Alcool

Expérimentation de l'alcool et de l'ivresse en 2005 et en 2008 (17-18 ans)

	Champagne-Ardenne				France			
	Garcons		Filles		Garcons		Filles	
	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008
Expérimentation de l'alcool	96,0%	96,0%	95,0%	96,0%	93,3%	93,5%	91,2%	91,7%
Consommation récente *(30 derniers jours)*	87,0%	87,0%	81,0%	78,0%	82,0%	**80,5%**	75,3%	**74,2%**
Usage régulier *(10 fois au cours des 30 derniers jours)*	20,0%	18,0%	6,0%	**3,0%**	17,7%	**13,6%**	6,1%	**4,0%**
Consommation quotidienne	3,0%	2,0%	0,0%	1,0%	2,1%	**1,3%**	0,3%	0,2%
Expérimentation de l'ivresse	67,0%	**74,0%**	51,0%	58,0%	63,3%	**65,1%**	49,6%	**54,3%**
Ivresse répétée *(3 fois par an au moins)*	35,0%	35,0%	17,0%	15,0%	33,4%	**32,0%**	18,3%	18,9%
6 verres ou plus au moins 1 fois par mois	59,0%	62,0%	42,0%	41,0%	55,6%	**57,1%**	35,6%	**39,9%**

En gras, évolution 2005-2008 significative à 5%

Source : OFDT, exploitation ORS Champagne-Ardenne

Cannabis et autre substances psychoactives

Expérimentation et usage du cannabis en 2005 et en 2008 (17-18 ans)

	Champagne-Ardenne				France métropolitaine			
	Garcons		Filles		Garcons		Filles	
	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008
Expérimentation du cannabis	50,0%	44,0%	44,0%	**36,0%**	53,1%	**46,3%**	45,5%	**37,9%**
Consommation de cannabis durant les 30 derniers jours	29,0%	28,0%	22,0%	**16,0%**	33,3%	**29,5%**	22,3%	**19,8%**
Régulier *(10 fois par mois)*	11,0%	11,0%	6,0%	4,0%	15,0%	**10,7%**	6,3%	**3,9%**
Quotidien	5,0%	5,0%	3,0%	1,0%	7,3%	**4,8%**	3,0%	**1,7%**

En gras, évolution 2005-2008 significative à 5%

Source : OFDT, exploitation ORSCA

Consommation d'autres substances psychoactives en 2005 et en 2008 (17-18 ans)

	Champagne-Ardenne				France métropolitaine			
	Garcons		Filles		Garcons		Filles	
	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008
Champignons hallucinogènes	4,0%	**7,0%**	2,0%	2,0%	5,2%	4,9%	2,1%	2,2%
Poppers	4,0%	**11,0%**	4,0%	**8,0%**	6,3%	**15,2%**	4,8%	**12,2%**
Produits à inhaler	1,0%	**7,0%**	4,0%	7,0%	3,9%	**6,2%**	3,2%	**4,7%**
Ecstasy	6,0%	4,0%	3,0%	2,0%	4,2%	**3,6%**	2,8%	**2,1%**
Amphétamines	4,0%	6,0%	4,0%	3,0%	2,6%	**3,5%**	1,8%	1,9%
LSD	1,0%	3,0%	1,0%	1,0%	1,3%	**1,6%**	0,9%	0,8%
Cocaïne	2,0%	3,0%	2,0%	2,0%	3,0%	**4,0%**	2,0%	**2,4%**
Héroïne	1,0%	2,0%	2,0%	1,0%	0,8%	**1,4%**	6,0%	0,8%
Tranquillisants*	///	13,0%**	///	23,0%**	///	13,9%**	///	23,1%**
Somnifères*	///	13,0%**	///	18,0%**	///	12,1%**	///	17,1%**
Antidépresseurs*	///	4,0%**	///	11,0%**	///	4,8%**	///	9,6%**

* Données non recueillies en 2005

** Différence significative entre garçons et filles

En gras, évolution 2005-2008 significative à 5%

Source : OFDT, exploitation ORS Champagne-Ardenne

Dispositif "Consultations jeunes consommateurs" en Champagne-Ardenne entre 2005 et 2007

Méthodologie

L'enquête 2007 s'appuie sur les réponses des professionnels qui ont reçu les patients (ou leur entourage) en consultation entre le 20 mars et le 20 avril 2007 : le questionnaire a ensuite été complété à chaque nouvelle visite, jusqu'au 30 juin 2007. Les données ainsi collectées permettent d'observer les parcours de suivi proposés aux consultants de ce dispositif. La période d'inclusion a été limitée à un mois, au printemps (saison de forte activité). Elle s'est attachée à inclure un nombre identique de mercredis (jour d'ouverture dans 85 % des consultations) : la période d'inclusion de l'exercice 2007 s'est trouvée comprise entre le 20 mars et le 20 avril 2007. La population incluse dans l'étude a ensuite été suivie jusqu'au 30 juin 2007.

Répartition régionale des consultants par sexe et âge en Champagne-Ardenne

Voir la méthodologie ci-dessus

Résultats en Champagne-Ardenne	
Taux de réponse régionale	5/6
N (public consommateur)	55
Pourcentage de garçons	85%
Pourcentage de filles	15%
Age moyen	24,4 ans
Pourcentage de 12-17 ans	7%
Pourcentage de 18-25 ans	62%
Pourcentage des plus de 25 ans	31%

Source : Obradovic I, OFDT. Évaluation du dispositif des "consultations jeunes consommateurs" (2005-2007), 2009

Nombre de réponses et taux de retours des consultations cannabis par département

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
Nombre total de consultations	1	1	3	1
Nombre de consultations incluses dans l'enquête	1	1	3	0

Source : Obradovic I, OFDT. Évaluation du dispositif des "consultations jeunes consommateurs" (2005-2007), 2009

Structure régionale des modalités de recours aux consultations de diagnostic

Modalités de recours	En %
Spontané	20%
Adressé par la justice	55%
Adressé par la famille	11%
Adressé par un médecin ou un professionnel de santé	7%
Autre	7%

Source : Obradovic I, OFDT. Évaluation du dispositif des "consultations jeunes consommateurs" (2005-2007), 2009

Sexualité des jeunes Champardennais

Expérimentation des relations sexuelles et contraception
(15-25 ans, sur un effectif de 537 individus)

Champagne-Ardenne	15-25 ans (n=537)
Expérimentation des relations sexuelles	66,4%
Age médian de la première relation sexuelle	17 ans
- garçons	17 ans
- filles	18 ans
lors du premier rapport sexuel	94,4%
lors du premier rapport sexuel	89,0%
12 mois précédant l'enquête	82,4%
- part des 15-16 ans qui en utilisent un	90,7%
- part des 23-25 ans qui en utilisent un	75,6%
Modes principaux de contraception :	
- pilule contraceptive (part des filles)	88,1%
- préservatif masculin (part des garçons)	50,0%
lendemain")	23,1%
relations sexuelles)	2,3%

Source : Baromètre santé jeunes 2005 - ORS Champagne-Ardenne, Inpes
Exploitation ORSCA

Les IVG chez les mineures (résidant en Champagne-Ardenne)

Département de domicile	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Nombre d'IVG	50	81	109	51	291
Nombre de filles âgées de 13 à 17 ans	9 270	9 385	17 381	5 641	41 679
Part pour 1 000 filles âgées de 13 à 17 ans	5,4	8,6	6,3	9,0	7,0

Source : PMSI 2008, Insee, Recensement de la population 2007, Exploitation ORSCA

Accouchements chez les mineures (résidant en Champagne-Ardenne)

Département de domicile	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Nombre d'accouchements	41	33	40	12	126
Nombre de filles âgées de 13 à 17 ans	9 270	9 385	17 381	5 641	41 679
Part pour 1 000 filles âgées de 13 à 17 ans	4,4	3,5	2,3	2,1	3,0

Source : PMSI 2008, Insee, Recensement de la population 2007. Exploitation ORS Champagne-Ardenne

Activité physique, sédentarité et surpoids

Activité physique et sédentarité
Définition de l'IMC en [1]

Champagne-Ardenne	12-25 ans
Pratique d'une activité sportive	**80,0%**
- part des garçons	83,4%
- part des filles	75,2%
- part des 12-14 ans	92,6%
- part des 23-25 ans	65,9%
Pratique en club ou en association sportive	**46,5%**
- part des jeunes dont l'IMC est inférieur à la normale	65,2%
- part des jeunes dont l'IMC est normal	46,6%
- part des jeunes dont l'IMC est supérieur à la normale	34,7%
Activités sédentaires	
Regarder la télévision la veille de l'enquête	**80,3%**
- temps moyen passé par les jeunes dont l'IMC est supérieur à la normale	1h57
- temps moyen passé par les jeunes dont l'IMC est inférieur à la normale	1h34
- temps moyen passé par les jeunes quel que soit l'IMC	1h48
Passer du temps devant un ordinateur la veille de l'enquête (yc Internet, console de jeux)	**63,3%**
- part des jeunes y ayant passé entre 1 et 3 heures	50,1%
- part des jeunes y ayant passé au moins 3 heures	31,7%
- part des jeunes dont l'IMC est supérieur à la normale à y avoir passé au moins 3 heures	47,8%
- part des jeunes dont l'IMC est normal à y avoir passé au moins 3 heures	29,5%
- part des jeunes dont l'IMC est inférieur à la normale à y avoir passé au moins 3 heures	20,3%
Lecture la veille de l'enquête	58,1%
- part des jeunes dont l'IMC est supérieur à la normale à avoir lu	50,1%
- part des jeunes dont l'IMC est normal à avoir lu	59,1%
- part des jeunes dont l'IMC est inférieur à la normale à avoir lu	66,9%

Source : Baromètre santé jeunes 2005 - ORS Champagne-Ardenne, Inpes, Exploitation ORSCA

Temps moyen consacré aux activités sédentaires la veille de l'enquête selon le sexe, l'âge et l'IMC [1]

Champagne-Ardenne	Lecture	Télévision	Ordinateur	Ensemble
Garçons	1h07mn	**1h53mn**	**2h36mn**	**4h14mn**
Filles	**1h26mn**	1h43mn	2h14mn	3h48mn
12-14 ans	0h54mn	1h34mn	1h42mn	3h03mn
15-17 ans	1h20mn	1h54mn	1h55mn	3h47mn
18-19 ans	1h34mn	1h43mn	2h18mn	4h02mn
20-22 ans	**1h36mn**	**1h58mn**	**3h10mn**	**4h57mn**
23-25 ans	1h11mn	1h52mn	2h59mn	4h22mn
Poids inférieur	1h05mn	1h34mn	1h48mn	3h10mn
Poids normal	1h19mn	1h48mn	2h27mn	4h04mn
Poids supérieur	**1h24mn**	**1h57mn**	**2h50mn**	**4h37mn**
Ensemble	1h18mn	1h48mn	**2h26mn**	4h02mn

En gras, les individus qui passent plus de temps aux activités sédentaires et l'activité sédentaire qui concentre le plus de temps.

Source : Baromètre santé jeunes 2005 - ORS Champagne-Ardenne, Inpes, Exploitation ORSCA

Indice de masse corporelle (IMC, [1]) des jeunes de 12 à 25 ans selon le sexe

Champagne-Ardenne	Garçons	Filles
Maigres	2,7%	2,1%
Poids insuffisant	6,1%	8,9%
Normaux	71,2%	78,6%
Surpoids	15,8%	7,0%
Obèses	4,2%	3,4%
Part des jeunes dont l'IMC est supérieur à la normale	20,0%	10,5%

Source : Baromètre santé jeunes 2005 - ORS Champagne-Ardenne, Inpes. Exploitation ORSCA

Index

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse.

IMC : Indice de Masse Corporelle.

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques.

LSD : Acide lysergique diéthylamide (Lysergesäurediethylamid).

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

ORSCA : Observatoire régional de la santé de Champagne-Ardenne.

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information.

yc : y compris.

Glossaire

[1] IMC :
Maigreur, surpoids et obésité sont définis à partir de l'indice de masse corporelle (IMC), que l'on calcule en divisant le poids (kg) par le carré de la taille (m).
Chez l'adulte, la maigreur se définit par un IMC inférieur à 18,5 kg/m2, le surpoids par un IMC compris entre 25 kg/m2 et moins de 30 kg/m2 et l'obésité par un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m2.
Chez l'enfant et jusqu'à l'âge de 18 ans, les seuils d'IMC varient selon l'âge et le sexe. Les valeurs de référence utilisées sont celles de l'International Obesity Task Force (IOTF).
A partir de ces définitions, les prévalences de la maigreur, du surpoids et de l'obésité ont été estimées. Les données de poids et de taille reposent sur des données déclaratives et non sur des mesures réelles. Il est classiquement observé une sous-estimation de la corpulence dans les enquêtes du Baromètre santé.

Liste des figures

Tabac, alcool, drogues et autres substances psychoactives

Tabac

Expérimentation et usage du tabac en 2005 et en 2008 (17-18 ans) p4
Nombre de cigarettes consommées quotidiennement en 2005 par âge p4

Alcool

Expérimentation de l'alcool et de l'ivresse en 2005 et en 2008 (17-18 ans) p4

Cannabis et autres substances psychoactives

Expérimentation et usage du cannabis en 2005 et en 2008 (17-18 ans) p5
Consommation d'autres substances psychoactives en 2005 et en 2008 (17-18 ans) p5

Dispositif "Consultations jeunes consommateurs" en Champagne-Ardenne entre 2005 et 2007

Répartition régionale des consultants par sexe et âge en Champagne-Ardenne p6
Nombre de réponses et taux de retours des consultations cannabis par département p6
Structure régionale des modalités de recours aux consultations de diagnostic p6

Sexualité des jeunes Champardennais

Expérimentation des relations sexuelles et contraception p8
Les IVG chez les mineures (résidant en Champagne-Ardenne) p8
Accouchements chez les mineures (résidant en Champagne-Ardenne) p8

Activité physique, sédentarité et surpoids

Activité physique et sédentarité p10
Temps moyen consacré aux activités sédentaires la veille de l'enquête selon le sexe, l'âge et l'IMC p10
Indice de masse corporelle des jeunes de 12 à 25 ans selon le sexe p11

La santé dans la région Champagne-Ardenne

Indicateurs régionaux

Contribution au diagnostic du projet régional de santé

Fiche 7 – Santé des personnes âgées

Données arrêtées au 30/09/2010

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ORS Champagne-Ardenne

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Sommaire

Démographie 3

Conditions de vie 7

Prestations sociales 9

Offre médico-sociale 11

Maladies et structures de prise en charge 15

Index 21

Glossaire 22

Liste des figures 23

Démographie

Note :

Les données issues des recensements de la population étant arrondies au nombre entier le plus proche, les totaux obtenus en sommant des sous-catégories peuvent varier de quelques unités

Exemple : le total régional indiqué dans un tableau peut ne pas correspondre exactement à la somme des populations départementales.

Effectifs de personnes âgées au 1er janvier 2007

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France
Nombre de 65 ans et plus	48 228	53 205	86 759	36 935	225 127	10 298 062
Dont femmes	*59,3%*	*59,2%*	*59,9%*	*58,7%*	*59,4%*	*59,0%*
Nombre de 75 ans et plus	24 158	27 394	44 191	19 070	114 814	5 260 196
Dont femmes	*63,9%*	*63,7%*	*64,5%*	*63,4%*	*64,0%*	*63,5%*
Nombre de 85 ans et plus	5 149	7 148	11 012	4 652	27 963	1 312 048
Dont femmes	*71,5%*	*71,1%*	*73,1%*	*70,5%*	*71,9%*	*71,2%*

Source : Insee, Recensement de population 2007, Exploitation ORS Champagne-Ardenne.

Effectifs et proportions par groupe d'âge au 1er janvier 2007

	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	Ensemble
Hommes	50 074	33 474	7 868	91 416
Femmes	60 239	53 377	20 093	133 709
Ensemble	110 313	86 851	27 963	225 127
Proportion Champagne-Ardenne	8,2%	6,5%	2,1%	16,8%
Proportion France	8,2%	6,4%	2,1%	16,7%

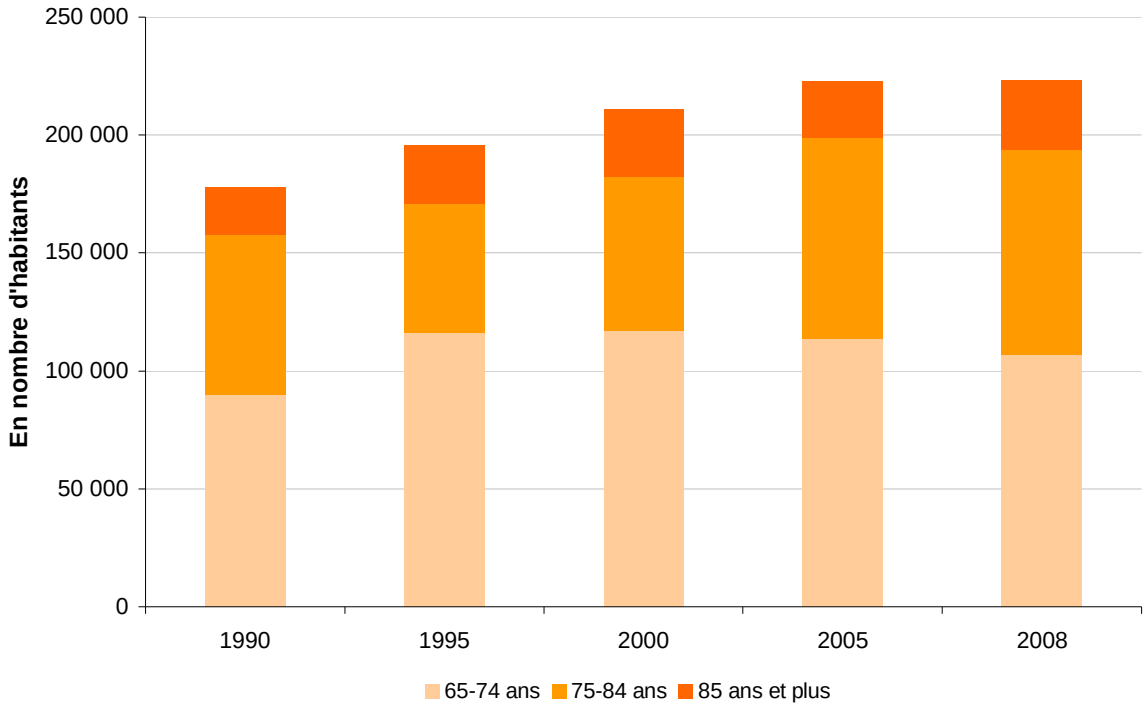
Source : Insee, Recensement de population 2007, Exploitation ORS Champagne-Ardenne.

Espérance de vie à 60 ans en 2007 (en nombre d'années)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Hommes	21,0	22,1	21,0	20,7	21,2	21,9
Femmes	25,7	26,4	26,3	26,0	26,1	26,9

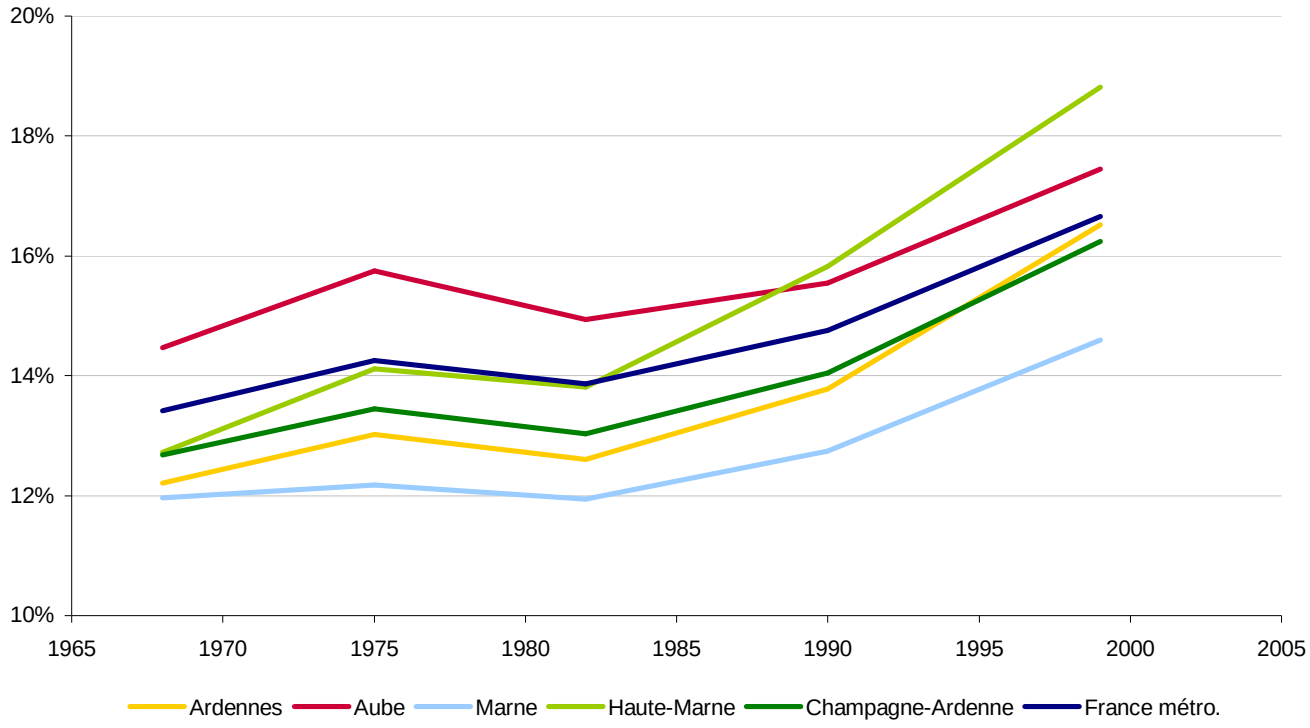
Source : Ined, Exploitation ORS Champagne-Ardenne.

Evolution du nombre de personnes âgées en Champagne-Ardenne



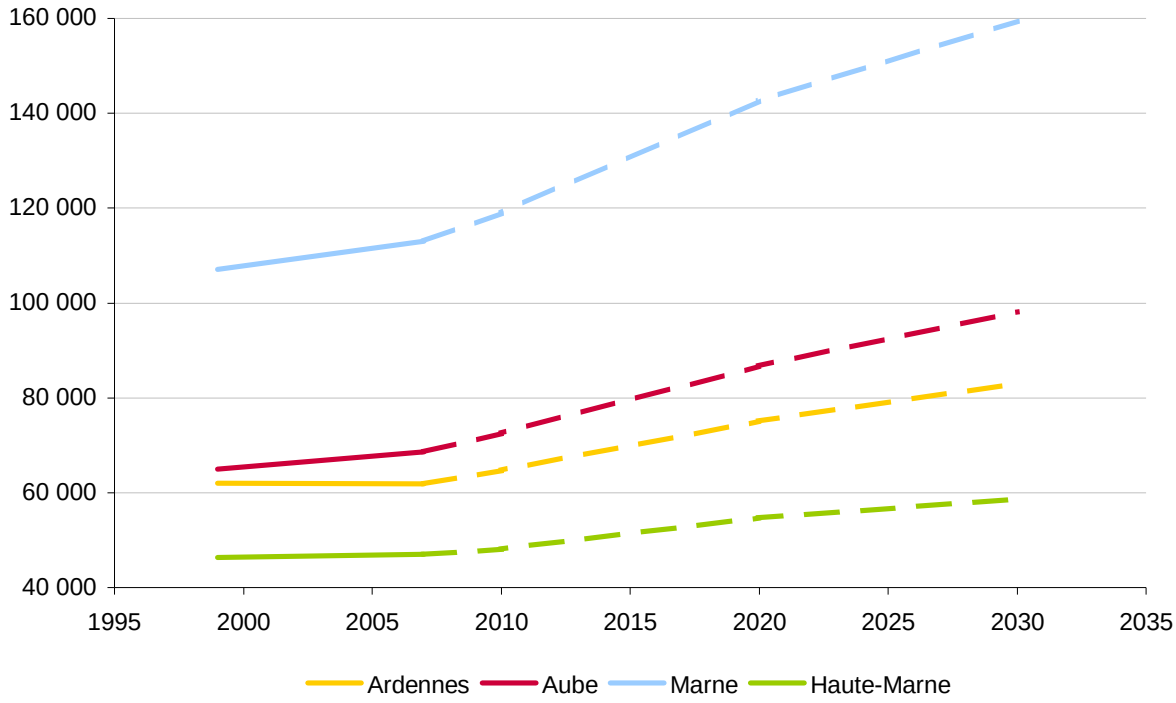
Source : Insee, Recensement de population 2007. Exploitation ORS Champagne-Ardenne

Évolution de la part des personnes âgées (65 ans et +) dans la population totale depuis 1968



Source : INSEE, recensements de la population, exploitation ORSCA

Évolution récente et projection du nombre de personnes âgées (60 ans et plus) en Champagne-Ardenne à l'horizon 2030



Source : INSEE, recensements de la population 1999 et 2007, Projections Omphale 2010-2030, Exploitation ORSCA

Évolution récente et projection du nombre de personnes âgées (60 ans et plus) en Champagne-Ardenne à l'horizon 2030

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
1999	61 973	65 030	107 032	46 341	280 376
2007	61 872	68 655	113 087	47 038	290 652
2010	64 659	72 509	118 924	48 147	304 239
2020	75 127	86 703	142 581	54 718	359 129
2030	83 118	98 112	159 456	58 564	399 250

Source : INSEE, projections modèle Omphale, 12/2008, recensements de population 1999 et 2007
Exploitation ORSCA

Évolution récente et projection du nombre de personnes âgées (80 ans et plus) en Champagne-Ardenne à l'horizon 2030

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
1999	9 957	12 947	19 989	8 630	51 523
2007	13 099	16 014	25 532	10 865	65 510
2010	14 677	16 882	26 797	11 654	70 010
2020	17 097	19 738	31 275	13 239	81 349
2030	19 344	24 761	39 817	14 991	98 913

Source : INSEE, projections modèle Omphale, 12/2008, recensements de population 1999 et 2007
Exploitation ORSCA

Conditions de vie

Personnes vivant seules

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
65-74 ans vivant seuls	6 305	6 477	10 815	4 546	28 143
En %	25,0%	25,2%	24,9%	24,8%	24,9%
75-84 ans vivant seuls	7 629	7 659	12 897	5 459	33 644
En %	39,8%	38,0%	39,4%	38,9%	39,1%
85 ans et + vivant seuls	2 158	3 089	4 986	2 132	12 366
En %	46,9%	45,7%	47,5%	49,9%	47,3%
65 ans et + vivant seuls	16 092	17 225	28 698	12 138	74 153
En %	32,8%	32,7%	33,1%	33,1%	33,0%

Source : Insee, Recensement de la population 2006, Exploitation complémentaire des fichiers détails
Exploitation ORS Champagne-Ardenne

Modes de vie des personnes âgées par groupe d'âges

Mode de vie	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Population des ménages						
65-74 ans	23 753	25 397	41 832	17 646	108 628	4 944 302
75-84 ans	18 155	19 140	31 334	13 752	82 382	3 741 377
85 ans et plus	4 149	5 517	8 345	3 783	21 794	1 021 041
Service de moyen ou long séjour						
65-74 ans	295	340	662	179	1 477	80 247
75-84 ans	840	1 038	1 740	619	4 238	193 314
85 ans et plus	1 000	1 599	2 611	845	6 054	284 236
Autre communauté						
65-74 ans	22	73	72	40	208	13 317
75-84 ans	14	66	105	45	232	13 458
85 ans et plus	2	33	55	24	114	6 769
Ensemble						
65-74 ans	24 070	25 811	42 568	17 865	110 313	5 037 866
75-84 ans	19 009	20 246	33 179	14 418	86 851	3 948 148
85 ans et plus	5 149	7 148	11 012	4 652	27 963	1 312 048

Source : Insee, Recensement de la population 2007, Exploitation ORS Champagne-Ardenne.

Isolement rural

Effectifs vivant dans une :	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
Commune rurale	45 895	34 104	9 094
Unité urbaine	66 915	51 970	17 049
Part des personnes âgées vivant dans une commune rurale	40,7%	39,6%	34,8%

Source : Insee, Recensement de la population 2006, Exploitation complémentaire des fichiers détails, Exploitation ORS Champagne-Ardenne

Prestations sociales

Allocataires de l'allocation supplémentaire vieillesse et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (au 31/12/2008)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
ASPA (Nb)	1 888	1 955	3 060	1 403	8 306	507 363
‰ pers. De 65 ans et +	39,1	36,7	35,3	38,0	36,9	49,3

Sources : estimation DREES, FSV (Fonds solidarité Vieillesse) et enquête DREES auprès de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), du régime social des indépendants (RSI), de la MSA, de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), de l'établissement national des invalides de la marine (ENIM), de la société nationale des chemins de fer (SNCF), de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC), Estimations INSEE.

Allocation personnalisée d'autonomie (au 31/12/2009)

Bénéficiaires de l'APA	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
A domicile	5 354	3 260	4 576	2 485	15 675	701 000
Établissement hors dotation globale	163	210	3 354	217	3 944	435 000
Établissement sous dotation globale	1 591	2 428	-	1 183	5 202	
Ensemble	**7 108**	**5 898**	**7 930**	**3 885**	**24 821**	**1 136 000**
En % des 75 ans et +	29,4	21,5	17,9	20,4	21,6	21,6

Source : Système d'information statistique sur les bénéficiaires de l'APA

Bénéficiaires de l'APA par GIR [1]

(Certains départements n'ayant pas ventilé le nombre de bénéficiaire par GIR, le total France métropolitaine ne correspond pas à la somme des différents GIR)

A domicile	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
GIR1	123	98	36	33	290	15 642
GIR2	1290	678	602	424	2994	111 605
GIR3	849	645	961	578	3033	133 678
GIR4	3092	1824	2977	1 450	9343	360 779
GIR Inconnu	0	15	0	0	15	846
Ensemble	5354	3260	4576	2 485	15675	644 123

En établissement hors DG	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
GIR1	16	14	383	28	441	28 215
GIR2	60	93	1 556	77	1 786	77 334
GIR3	37	32	549	47	665	28 365
GIR4	50	65	866	65	1 046	43 374
GIR Inconnu	0	6	0	0	6	510
Ensemble	163	210	3 354	217	3 944	187 155

Source : Système d'information statistique sur les bénéficiaires de l'APA

Offre médico-sociale

Accueil, équipement et services

Accueil des personnes âgées (au 01/01/2008)

Type d'accueil	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro
Hébergement permanent	**2 180**	**3 076**	**6 494**	**1 844**	**13 594**	**609 326**
Maisons de retraite						
Nombre d'établissements	24	42	45	18	129	6 644
Nombre de lits	**1684**	**2590**	**4139**	**1480**	**9893**	**460 735**
dont section de cure médicale	238	-	495	-	733	19 848
Logement foyer						
Nombre d'établissements	11	12	36	8	67	2 876
Nombre de logements	**496**	**486**	**2 355**	**364**	**3701**	**148 591**
dont section de cure médicale	18	-	-	-	18	1 760
Dont EHPAD (en maisons de retraite et foyers logement)						
Nombre d'établissements	16	41	32	20	109	5 664
Nombre de lits	1 379	2 559	3 196	1 569	8703	421 947
Hébergement temporaire (nb de lits)	**24**	**3**	**28**	**23**	**78**	**7 979**
Accueil de jour (nb de places)	**4**	**12**	**30**	**48**	**94**	**6 125**
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)						
Nombre de services	6	10	14	12	42	2 002
Nombre de places	**490**	**523**	**660**	**393**	**2066**	**91 030**
Soins de longue durée (nb de lits)	**392**	**384**	**817**	**292**	**1885**	**67 400**

Source : ARS Champagne-Ardenne, DREES, STATISS 2009

Taux d'équipement pour l'accueil des personnes âgées (au 01/01/2008)

Population cible : 75 ans et plus (taux d'équipement calculé pour 1 000 personnes de 75 ans et plus)

Taux d'équipement	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Taux d'équipmt. en struct. d'héberg. complet	90,2	109,7	145,3	98,2	117,5	114,9
Taux d'équipement en places de SSIAD	20,0	18,6	14,7	20,7	17,7	16,9
Taux d'équipement en lits médicalisés	82,9	104,9	100,4	97,9	97,4	95,1

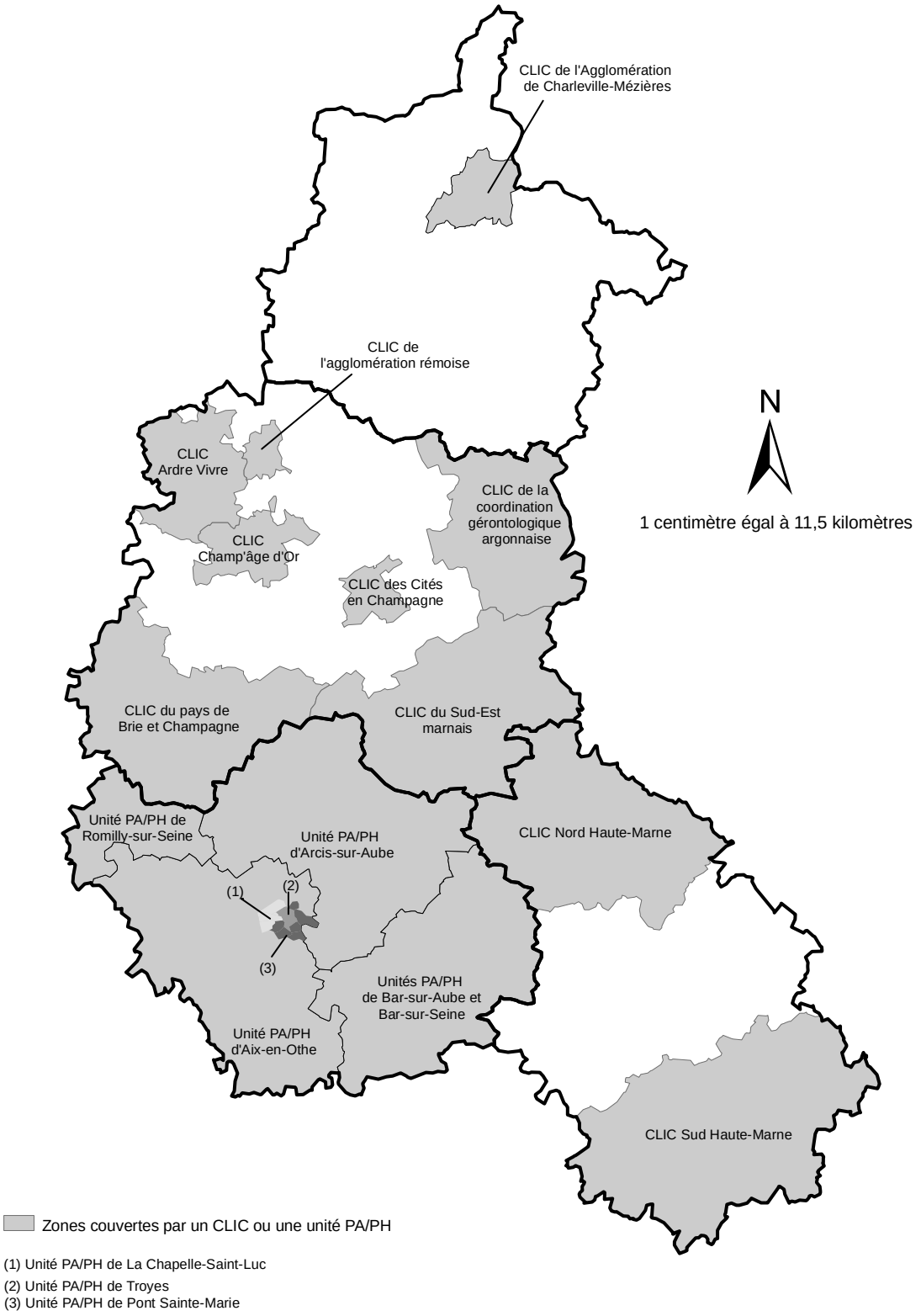
Source : ARS Champagne-Ardenne, DREES, STATISS 2009

Offre d'équipement médico-social de la Champagne-Ardenne au 31 décembre 2008 spécifiquement dédiée à l'accueil des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Capacités autorisées et financées	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Hébergement permanent	71	106	171	119	605
Hébergement temporaire	17	3	6	14	54
Accueil de jour	23	15	24	66	144
Total	**111**	**124**	**201**	**199**	**803**
Prévalence de la maladie d'Alzheimer des 75 ans et plus (Paquid)	3 855	4 620	7 419	3 163	19 057
Nombre de places spécifiques pour 100 personnes de 75 ans et plus atteintes de la maladie d'Alzheimer	2,9%	2,7%	2,7%	6,3%	4,2%

Source : ARS Champagne-Ardenne, données 2008, Ampleur et besoins de prise en charge de la maladie d'Alzheimer en Champagne-Ardenne, ARS Champagne-Ardenne, Conseils généraux des Ardennes, de l'Aube et de la Marne. Exploitation ORSCA

Couverture régionale des CLIC et unités PA/PH



Dans l'Aube, les CLIC sont devenus des unités personnes âgées (PA) / personnes handicapées (PH).

Dispositif UHR (Unités d'hébergement renforcées) PASA (Pôles d'activités et de soins adaptés)

Equipement prévu à l'échéance 2012 en EHPAD et USLD

		Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Total malades en ALD 15 et/ou traités en 2007		1 503	1 907	3 131	1 142	7 683
Pourcentage d'ALD / total France		0,41%	0,52%	0,86%	0,31%	2,10%
UHR	Total équipes	1	2	3	1	7
	Total places (1 équipe = 14 pl)	14	28	42	14	98
	dont équipes EHPAD	0,33	0,67	1	0,33	2,33
	dont places EHPAD	5	10	14	5	34
	dont équipes USLD	0,67	1,33	2	0,67	4,67
	dont places USLD (indicatif)	9	18	28	9	64
PASA	Equipes EHPAD	7	9	15	6	37
	Total places EHPAD (1 équipe = 14 pl)	98	126	210	84	518

Source : ARS Champagne-Ardenne, données 2010.

Répartition prévisionnelle secteur médico-social 2008-2012 (programmation prévisionnelle UHR-PASA 2008-2012)

			Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Proposition 2010 de répartition EHPAD	UHR	Equipes	1	1	1	0	3
		Places	11	11	12	0	34
	PASA	Equipes	2	3	5	2	12
		Places	28	42	69	28	167
Proposition 2010 de répartition EHPAD	UHR	Equipes					
		Places					
	PASA	Equipes	2	3	5	2	12
		Places	28	42	69	28	167
Proposition 2010 de répartition EHPAD	UHR	Equipes					
		Places					
	PASA	Equipes	3	3	5	2	13
		Places	42	42	69	28	181
Total 2010-2011-2012	UHR	Equipes	1	1	1	0	3
		Places	11	11	12	0	34
	PASA	Equipes	7	9	15	6	37
		Places	98	126	207	84	515

Source : ARS Champagne-Ardenne, données 2010.

Répartition prévisionnelle secteur sanitaire 2008-2012 (programmation prévisionnelle UHR-PASA 2008-2012)

			Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
2010	UHR	Equipes	Non renseigné				2
		Places					14
2011	UHR	Equipes					1
		Places					14
2012	UHR	Equipes					1
		Places					14
Total 2010-2011-2012	UHR	Equipes	0	1	2	1	4
		Places	0	0	0	0	42

Source : ARS Champagne-Ardenne, données 2010.

Maladies et structures de prise en charge

Vaccination contre la grippe

Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les 65 ans et plus en 2004

	Champagne-Ardenne	France entière
Grippe	68,3%	63,4%

Source : CnamTS - Exploitation FNORS,
Les maladies transmissibles dans les régions de France - FNORS 2009

Données récentes sur la couverture vaccinale contre la grippe par département

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
2008	71,4%	66,4%	69,7%	68,5%
2009	70,8%	65,1%	68,5%	68,0%

Source : Assurance Maladie - Médiam

Maladie d'Alzheimer

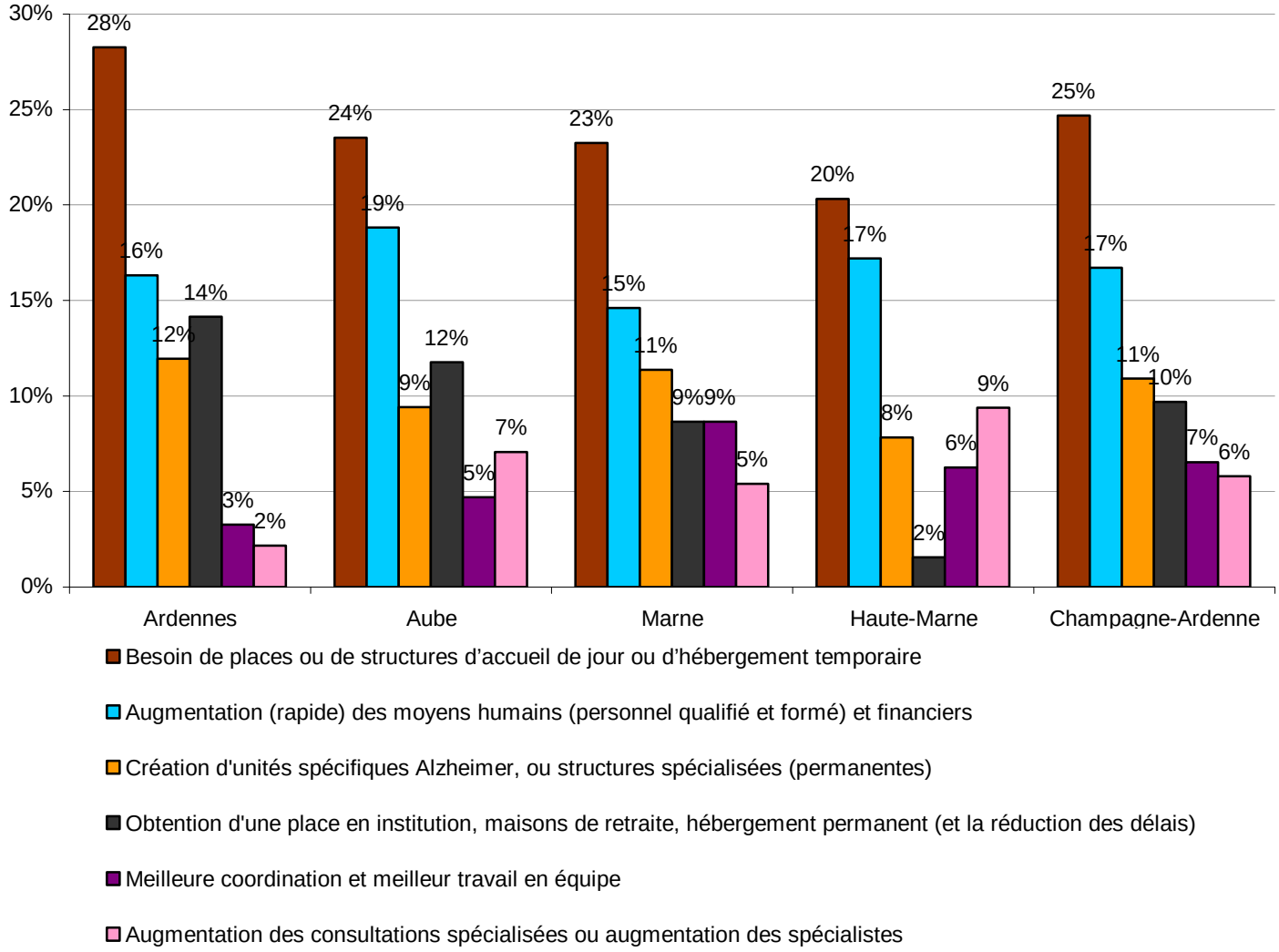
Activité des consultations mémoire (labellisées et non labellisées) de chaque établissement hospitalier et du Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CM2R) en 2008

	Etablissements hospitaliers	File active	Nombre de nouveaux patients
Consultations mémoire labellisées	Centre hospitalier de Sedan	434	142
	Centre hospitalier de Charleville-Mézières	410	228
	Centre hospitalier de Troyes	388	123
	GHAM site Sézanne	81	73
	Centre hospitalier de Châlons-en-Champagne	125	64
	Centre hospitalier d'Epernay	309	179
	Centre hospitalier de Saint-Dizier	281	77
	Centre hospitalier de Chaumont	112	43
Consultations mémoire non labellisées	GHAM site Romilly-sur-Seine	104	82
	Centre hospitalier de Vitry-le-François	101	45
	Centre hospitalier de Langres	190	139
Centre mémoire de ressources et de recherche (CM2R, CHU de Reims)		167	810
	Total	**2 702**	**2 005**

Source : ARS Champagne-Ardenne, données 2008

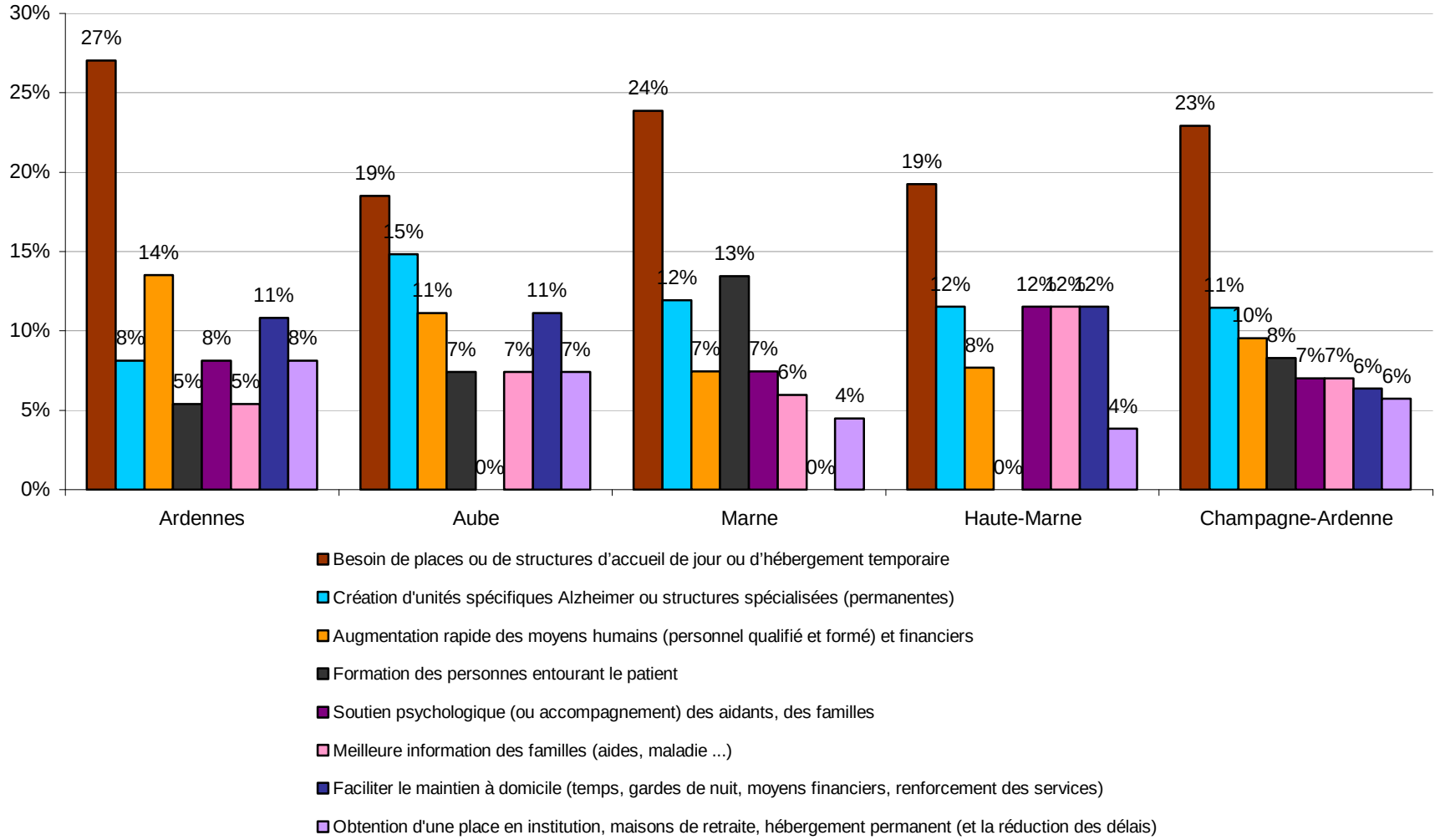
Besoins de prise en charge de la maladie d'Alzheimer

Source : Enquête réalisée par l'Observatoire régional de la santé de Champagne-Ardenne entre octobre et novembre 2008.
426 répondants à la question (Ardennes : 92 ; Aube : 85 ; Marne : 185 ; Haute-Marne : 64).
Répartition des réponses majoritaires des médecins généralistes en termes de besoins prioritaires améliorant la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.



La question suivante a été posée aux médecins généralistes de la région via un questionnaire papier :
« Quels sont, selon vous, les besoins prioritaires dans votre secteur pour améliorer la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et autres démences ? » (Question ouverte)

Répartition de la majorité des réponses des professionnels (EMIG, CLIC, services sociaux des hôpitaux et associations) en termes de besoins prioritaires améliorant la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer selon leur département d'exercice
157 répondants à la question (Ardennes : 37 ; Aube : 27 ; Marne : 67 ; Haute-Marne : 26).



La question suivante a été posée aux médecins généralistes de la région via un questionnaire papier :
« Quels sont, selon vous, les besoins prioritaires dans votre secteur pour améliorer la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et autres démences ? » (Question ouverte)

Prise en charge des personnes âgées dépendantes

Evaluation par département du niveau de l'état de dépendance moyen pondéré des personnes âgées accueillies en EHPAD

2007	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Effectif	240	1473	743	371	-	154 853
Pourcentage de femmes	72,1%	74,0%	77,6%	76,0%	-	75,0%
GIR Moyen Pondéré [2]	646,42	668,02	575,73	623,05	-	666,20
Pathos Moyen Pondéré [3]	222	150	156	136	-	174

2009	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Effectif	292	1387	2294	959	-	194 369
Pourcentage de femmes	78,4%	74,1%	76,6%	73,7%	-	74,8%
GIR Moyen Pondéré [2]	687,67	684,83	695,86	646,78	-	675,59
Pathos Moyen Pondéré [3]	110	132	135	111	-	168

Source : ARS Champagne-Ardenne, données 2007, 2009, Exploitation ORSCA

Évolution du GIR moyen pondéré [2] et du Pathos moyen pondéré [3] entre 2007 et 2009

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	France métro.
GIR Moyen Pondéré					
2007	646,4	668,0	575,7	623,1	666,2
2009	687,7	684,8	695,9	646,8	675,6
Évolution 2007-2009	6,4%	2,5%	20,9%	3,8%	1,4%
Pathos Moyen Pondéré					
2007	222	150	156	136	174
2009	110	132	135	111	168
Évolution 2007-2009	-50,5%	-12,0%	-13,5%	-18,4%	-3,4%

Source : ARS Champagne-Ardenne, données 2007, 2009, Exploitation ORSCA

Maltraitance des personnes âgées

Données pour l'année 2009 (données en Haute-Marne non disponibles car arrêtées au 1er trimestre 2009)

Origine des maltraitances

	Ardennes	Aube	Marne (dont Reims)	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
En institution	7	4	18 (9)	0	29
A domicile	13	11	34 (11)	2	60

Source : Alma51, Rapport d'activité 2009

Formes de maltraitance

	En institution	A domicile
Physiques	1	11
Sexuelles	0	0
Psychologiques	5	11
Financières	3	13
Médicales	7	1
Négligences	8	8
Civiques	2	1
Voisinage	0	1
Entre maltraitance et souffrance	0	1
Pas de maltraitance	3	13

Source : Alma51, Rapport d'activité 2009

Auteurs des maltraitances

	En institution	A domicile
Famille	2	35
Entourage non familial	0	12
Personnels soignants	21	2
Personnel non médical	8	7
Tuteur, curateur ...	2	1
Autres	0	9

Source : Alma51, Rapport d'activité 2009

Index

ALMA : Allo maltraitance.

ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées

APA : Allocation personnalisée d'autonomie.

ARS : Agence régionale de santé.

CLIC : Centre local d'information et de coordination.

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

DG : Dotation globale.

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

EMIG : Équipe mobile d'intervention gériatrique.

FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé.

GHAM : Groupement hospitalier Aube-Marne.

GIR : Groupe iso-ressources.

INED : Institut national d'études démographiques.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques.

ORSCA : Observatoire régional de la santé de Champagne-Ardenne.

PAQUID : Personnes âgées QUID.

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés.

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile.

USLD : Unité de soins longue durée.

UHR : Unité d'hébergement renforcée.

Glossaire

[1] Groupe iso-ressources (GIR) :
La grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne.
- Le premier **(GIR 1)** comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- Le **GIR 2** est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.
- Le **GIR 3** regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.
- Le **GIR 4** comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seule ; ce groupe comprend aussi des personnes sans problème de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.
- Le **GIR 5** est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le **GIR 6** regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

[2] GIR Moyen pondéré (GMP) :
C'est le niveau moyen de dépendance des pensionnaires d'un établissement. Plus il est élevé, plus le niveau de dépendance des résidents est important.

[3] Pathos Moyen pondéré (PMP) :
Le Pathos Moyen Pondéré ou PMP est un indicateur global de charge en soins pour la prise en charge des polypathologies dans une population donnée. Il correspond à la somme des points de niveaux de soins nécessaires dans les huit postes de ressources pondérés par un coefficient variable selon les postes, exprimé en moyenne par individu.
A partir de ces coefficients de pondération, il sera possible de déterminer la part de chacun des huit postes de soins dans le calcul du PMP.
Un même GMP peut recouvrir des situations cliniques sensiblement différentes (prédominance locomotrice ou mentale de la perte d'autonomie) mais correspond à des charges en soins de base identiques ne faisant intervenir qu'un seul type de professionnels (les aides soignantes). Par contre, les soins de santé mesurés par le PMP font appel à de multiples intervenants "résumés" dans les huit postes de soins. C'est-à-dire qu'un même PMP peut être une conjugaison très variable des niveaux de soins nécessaires dans ces huit postes, et recouvrir, en matière de besoins et d'organisation, des réalités très différentes.
Le PMP ne permet pas d'évaluer la nature réelle qualitative des besoins, indispensable pour établir un projet d'établissement, les autres indicateurs permettent cette approche qualitative. Une "bonne " utilisation du modèle PATHOS passe par l'exploitation de l'ensemble des indicateurs qu'il propose.
L'utilisation conjointe du modèle AGGIR (décrivant la perte d'autonomie et mesurant le niveau de soins de base nécessaires à la prise en charge de cette perte d'autonomie) et du modèle PATHOS permet donc d'évaluer le niveau de l'ensemble des moyens requis pour une bonne prise en charge des personnes âgées par les différents acteurs de santé.

Liste des figures

Démographie

Effectifs de personnes âgées au 1er janvier 2007 p4
Effectifs et proportions par groupe d'âge au 1er janvier 2007 p4
Espérance de vie à 60 ans en 2007 (en nombre d'années) p4
Evolution du nombre de personnes âgées en Champagne-Ardenne p5
Évolution de la part des personnes âgées (65 ans et +) dans la population totale depuis 1968 p5
Évolution récente et projection du nombre de personnes âgées (60 ans et plus) en Champagne-Ardenne à l'horizon 2030 p6
Évolution récente et projection du nombre de personnes âgées (60 ans et plus) en Champagne-Ardenne à l'horizon 2030 (graphique) p6
Évolution récente et projection du nombre de personnes âgées (80 ans et plus) en Champagne-Ardenne à l'horizon 2030 (tableau) p6

Conditions de vie

Personnes vivant seules p8
Modes de vie des personnes âgées par groupe d'âges p8
Isolement rural p8

Prestations sociales

Allocataires de l'allocation supplémentaire vieillesse et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (au 31/12/2008) p10
Allocation personnalisée d'autonomie (au 31/12/2009) p10
Bénéficiaires de l'APA par GIR p10

Offre médico-sociale

Accueil, équipement et services

Accueil des personnes âgées (au 01/01/2008) p12
Taux d'équipement pour l'accueil des personnes âgées (au 01/01/2008) p12
Offre d'équipement médico-social de la Champagne-Ardenne au 31 décembre 2008 spécifiquement dédiée à l'accueil des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées p12
Couverture régionale des CLIC et unités PA / PH (carte) p13

Dispositif UHR (Unités d'hébergement renforcées) PASA (Pôles d'activités et de soins adaptés)

Equipement prévu à l'échéance 2012 en EHPAD et USLD p14
Répartition prévisionnelle secteur médico-social 2008-2012 (programmation prévisionnelle UHR-PASA 2008-2012) p14
Répartition prévisionnelle secteur sanitaire 2008-2012 (programmation prévisionnelle UHR-PASA 2008-2012) p14

Maladies et structures de prise en charge

Vaccination contre la grippe

Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les 65 ans et plus en 2004 p16
Données récentes sur la couverture vaccinale contre la grippe par département p16

Maladie d'Alzheimer

Activité des consultations mémoire (labellisées et non labellisées) de chaque établissement hospitalier et du Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CM2R) en 2008 p16
Besoins de prise en charge de la maladie d'Alzheimer (réponses majoritaires des médecins généralistes en termes de besoins prioritaires) p17
Besoins de prise en charge de la maladie d'Alzheimer (réponses majoritaires des professionnels -EMIG, CLIC, services sociaux des hôpitaux et associations- en termes de besoins prioritaires) p18

Prise en charge des personnes âgées dépendantes

Evaluation par département du niveau de l'état de dépendance moyen pondéré des personnes âgées accueillies en EHPAD p19
Évolution du GIR moyen pondéré et du Pathos moyen pondéré entre 2007 et 2009 p19

Maltraitance des personnes âgées

Origine des maltraitances p20
Formes de maltraitance p20
Auteurs des maltraitances p20

La santé dans la région Champagne-Ardenne

Indicateurs régionaux

Contribution au diagnostic du projet régional de santé

Fiche 8 – Santé des personnes handicapées

Données arrêtées au 30/09/2010

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ORS Champagne-Ardenne

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Sommaire

Adultes handicapés 3
Enfants handicapés 8
Index 13
Glossaire 14
Liste des figures 15

Adultes handicapés

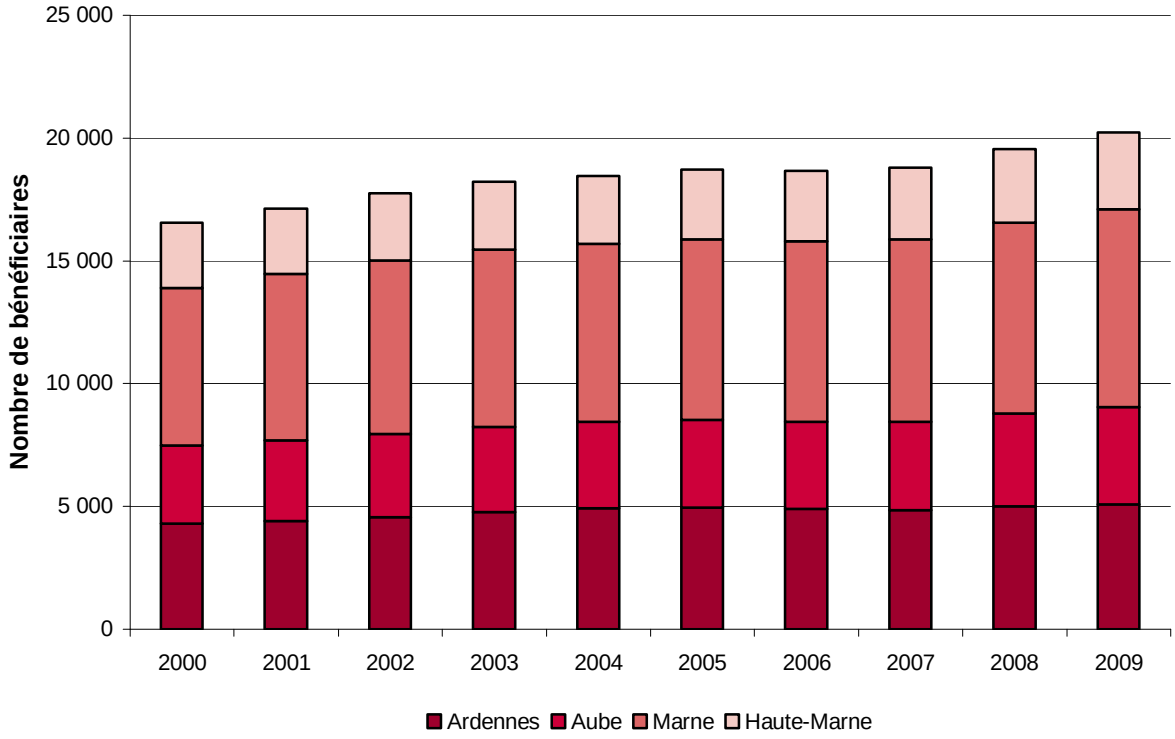
Bénéficiaires de l'AAH

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH

Année	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France
2009	5 085	3 949	8 055	3 142	20 231	854 155
2008	5 002	3 779	7 768	2 999	19 548	820 332
2007	4 853	3 601	7 420	2 912	18 786	785 783
2006	4 908	3 539	7 358	2 868	18 673	776 803
2005	4 964	3 563	7 347	2 835	18 709	774 210
2004	4 934	3 512	7 254	2 749	18 449	760 078
2003	4 778	3 458	7 235	2 745	18 216	741 211
2002	4 550	3 392	7 078	2 724	17 744	726 648
2001	4 405	3 278	6 786	2 659	17 128	709 155
2000	4 306	3 165	6 417	2 671	16 559	687 372

Source : DREES, Exploitation ORSCA

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH depuis 2000 par département



Source : DREES, Exploitation ORSCA

Nombre et taux de bénéficiaires de l'AAH en 2009

Année 2009	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Bénéficiaires de l'AAH (Nb)	5 085	3 949	8 055	3 142	20 231	854 155
Bénéficiaires de l'AAH (p.1 000 hab. de 20-59 ans)	34,0	24,9	26,1	32,7	28,4	25,7

Source : DREES, INSEE, Exploitation ORSCA

Équipements et services

Équipements pour adultes handicapés

Etablissements d'hébergement	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Maison d'accueil spécialisée						
Nb établissements	5	2	4	2	13	480
Nb lits	160	96	231	100	587	19 823
Taux d'équipement (‰)	1,07	0,60	0,75	1,04	0,82	0,60
Foyer d'accueil médicalisé						
Nb établissements	2	1	3	-	6	511
Nb lits	30	24	90	-	144	14 111
Taux d'équipement (‰)	0,20	0,15	0,29	-	0,20	0,43
Foyer de vie						
Nb établissements	5	4	12	4	25	1 395
Nb lits	33	140	382	122	677	38 711
Nb places pour accueil de jour	3	3	27	-	33	12 287
Taux d'équipement (‰)	0,22	0,88	1,24	1,27	0,95	1,17
Foyer d'hébergement						
Nb établissements	5	8	8	4	25	1 154
Nb lits	103	172	332	257	864	39 295
Taux d'équipement (‰)	0,69	1,08	1,08	2,67	1,21	1,18
Taux d'équipement global (‰)	2,18	2,72	3,35	4,98	3,19	3,37

ARS Champagne-Ardenne, DREES, STATISS 2009, INSEE, Conseil Général de l'Aube

Établissements et services de réinsertion professionnelle

Etablissements de travail protégé	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
ESAT (ex. CAT)						
Nb établissements	4	8	13	4	29	1 325
Nb places	589	521	1 161	422	2693	108 225
Taux d'équipement (‰)	3,94	3,28	3,76	4,39	3,78	3,26
Entreprise adaptée (Ex. Atelier protégé)						
Nb établissements	2	2	3	1	8	568
Nb places	49	109	102	26	286	18 635
Taux d'équipement (‰)	0,33	0,69	0,33	0,27	0,40	0,56

ARS Champagne-Ardenne, DREES, STATISS 2009, INSEE

Service de soins infirmiers à domicile pour adultes handicapés

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Nb places	62	-	18	33	113	3 999
Taux d'équipement (‰)	0,41	-	0,06	0,34	0,16	0,12

ARS Champagne-Ardenne, DREES, STATISS 2009, INSEE

Autres services d'accompagnement

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
SAMSAH et SAVS (Nb places)	95	113	330	186	724	26 264
Taux d'équipement (‰)	0,64	0,71	1,07	1,94	1,02	0,79

ARS Champagne-Ardenne, DREES, STATISS 2009, INSEE, Conseil Général de l'Aube

Maltraitance des adultes handicapés

Données pour la Haute-Marne arrêtées à la fin du 1er trimestre 2009

Origine des maltraitances dans la région

	En institution	A domicile
Ardennes	1	3
Aube	0	0
Marne	2	9
dont Reims	*Non précisé*	*3*
Haute-Marne	1	0
Champagne-Ardenne	4	12

Source : Alma51, Rapport d'activité 2009.

Formes de maltraitance

	En institution	A domicile
Physiques	0	5
Sexuelles	0	1
Psychologiques	0	4
Financières	0	0
Médicales	0	0
Négligences	2	1
Civiques	1	1
Voisinage	0	1
Entre maltraitance et souffrance	0	0
Pas de maltraitance	1	1

Source : Alma51, Rapport d'activité 2009.

Auteurs des maltraitances

	En institution	A domicile
Famille	0	6
Entourage non familial	0	4
Personnels soignants	3	1
Personnel non médical	2	1
Tuteur, curateur ...	1	0
Autres	0	0

Source : Alma51, Rapport d'activité 2009.

Données des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

Demandes et décisions des CDAPH

	Ardennes		Aube*		Marne		Haute-Marne	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Demandes déposées	11 710	10 716	-	-	16 301	18 685	6 790	7 030
Total de décisions prises en CDAPH	10 056	9 179	8 626	11 177	17 303	21 088	7 614	6 785
Décisions AAH	2 135	1 776	1 512	2 013	2 620	3 746	1 256	994
Décisions positives	1 497	1 184	nd	nd	2 066	2 311	777	723
Proportion de décisions positives	70%	67%	nd	nd	79%	62%	62%	73%
Décisions de complément de ressource à l'AAH	396	494			952	1 312	164	250
Décisions positives	149	117			239	217	34	71
Proportion de décisions positives	38%	24%			25%	17%	21%	28%
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	1 737	1 347			2 579	2 810	1 206	973
Décisions positives	1 655	1 271			2 320	2 664	1 036	868
Proportion de décisions positives	95%	94%			90%	95%	86%	89%
Orientation professionnelle	940	921			1 033	1 237	761	699
Décisions positives	860	870			919	1 162	691	629
Proportion de décisions positives	91%	94%			89%	94%	91%	90%
Carte d'invalidité	2 334	1 848	1 245	1 704	2 850	3 519	1 244	1 048
Décisions positives	1 774	1 748	nd	nd	849	3 394	903	955
Proportion de décisions positives	76%	95%	nd	nd	30%	96%	73%	91%
Prestation de compensation du handicap	245	582			139	709	305	367
Réponses positives	129	360			121	410	193	312
Taux de réponse positive	53%	62%			87%	58%	63%	85%
Décisions ACTP	240	154			528	574	169	103
Réponses positives	226	148			423	566	162	101
Taux de réponse positive	94%	96%			80%	99%	96%	98%

Source : MDPH des 4 départements

* Les données fournies par la MDPH de l'Aube ne permettent pas de détailler les décisions prises par les CDAPH de manière aussi fine. Les décisions prises en 2008 dans l'Aube ne figurant pas dans le tableau concernent principalement la catégorie Travail, emploi, formation professionnelle (2732 décisions).

Bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP

En nombre de personnes	Ardennes*	Aube	Marne	Haute-Marne
Ayant des droits ouverts à l'ACTP	nd	nd	1 325	529
dont personnes payées	740	326	1 208	489
Ayant des droits ouverts à la PCH	nd	416	866	346
dont personnes payées	308	416	783	302

Source : Conseils généraux

* données au 31/03/2009

Enfants handicapés

Bénéficiaires de l'AEEH [1]

Nombre de bénéficiaires de l'AEEH pour 100 familles

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Proportion de familles allocataires de l'AEEH	2,2%	2,4%	2,0%	2,2%	2,2%	1,9%

Source CNAF, CCMSA, FNORS

Décisions des CDAPH pour l'attribution de l'AEEH

	Ardennes		Aube		Marne		Haute-Marne	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Décisions AEEH	489	239	1 256	1 202	1 315	1 192	547	520
Décisions positives	444	220	nd	nd	1 257	1 128	478	462
Taux de décisions positives	91%	92%	nd	nd	96%	95%	87%	89%

Source : MDPH des 4 départements

Évolution de la scolarisation des élèves handicapés dans l'académie de Reims

Nombre d'élèves bénéficiant d'un auxiliaire de vie scolaire individuel

Année	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
2009	183	171	519	135	1 008
2008	151	137	392	104	784
2007	119	103	267	73	562
2006	87	70	143	42	342

Rectorat de l'Académie de Reims, Exploitation ORSCA

Nombre d'élèves handicapés scolarisés en maternelle

Année	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
2009	118	89	235	101	543
2008	130	99	192	104	525
2007	115	104	201	99	519
2006	74	93	215	61	443

Rectorat de l'Académie de Reims, Exploitation ORSCA

Nombre d'élèves handicapés scolarisés en classe d'inclusion scolaire (CLIS)

Année	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
2009	284	254	322	175	**1035**
2008	295	294	291	158	1038
2007	295	257	264	158	974
2006	301	287	240	160	988

Rectorat de l'Académie de Reims, Exploitation ORSCA

Parmi les **1 035** enfants handicapés scolarisés en CLIS en 2009, 244 le sont à temps plein (24%) et 791 à temps partiel.

Nombre d'élèves handicapés scolarisés en unité pédagogique d'intégration (UPI)

Année	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
2009	92	78	162	58	**390**
2008	81	73	138	53	345
2007	79	65	121	46	311
2006	75	45	73	42	235

Rectorat de l'Académie de Reims, Exploitation ORSCA

Parmi les **390** enfants handicapés scolarisés en UPI en 2009, 29 le sont à temps plein (7%) et 361 à temps partiel.

Enfants et adolescents en établissements spécifiques

Nombre d'enfants et d'adolescents scolarisés en IME ou ITEP en 2006

	Institut Médico-Educatif		Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique	
	Nb	% de scolarisés	Nb	% de scolarisés
Ardennes	533	86,8%	89	100,0%
Aube	296	71,2%	64	97,0%
Marne	487	66,1%	24	100,0%
Haute-Marne	286	87,5%	78	97,5%
Champagne-Ardenne	1 602	76,5%	255	98,5%

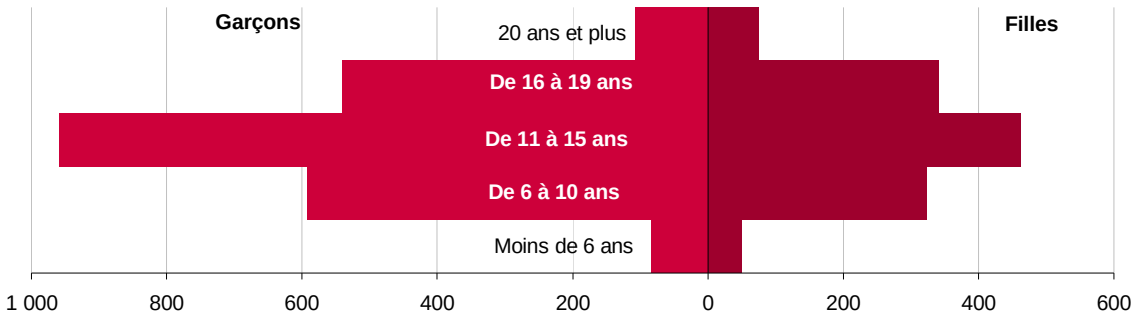
Source : DREES, ES 2006, Doc Stat Champagne-Ardenne n°23 - décembre 2008. Exploitation ORSCA

Répartition par déficience principale en région Champagne-Ardenne et par département

Déficiences principales	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Déficience intellectuelle	52%	69%	51%	59%	56%
Déficiences du psychisme	24%	12%	18%	31%	21%
Déficiences motrices	7%	8%	11%		7%
Polyhandicap	4%	5%	6%	5%	5%
Déficience auditive	4%	4%	5%	3%	4%
Déficience visuelle	3%	2%	3%	-	2%
Déficience du langage et de la parole	3%	0,1%	3%	0,2%	2%
Plurihandicap	3%	0,3%	2%	1%	2%
Autres déficiences	0,4%	0,3%	-	0,7%	0,3%
Ensemble	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

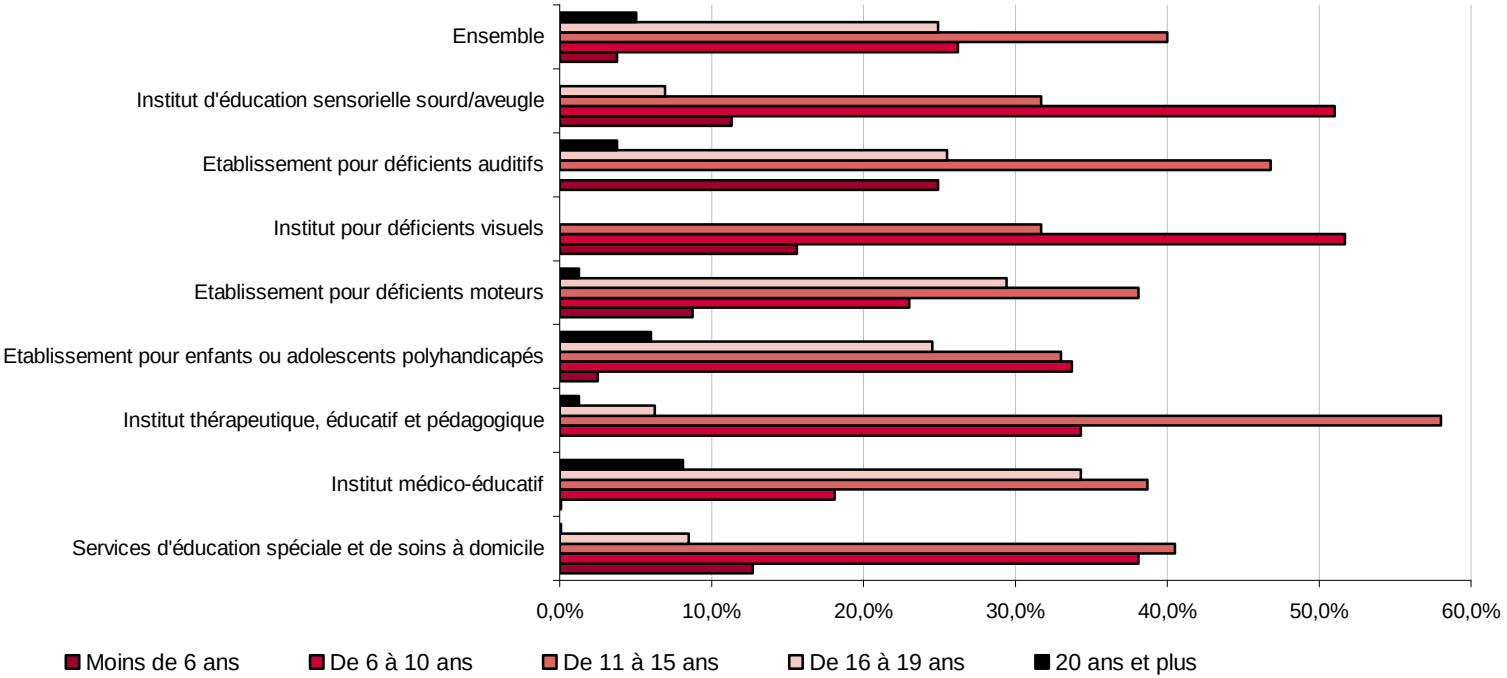
Source : DRASS, ES 2006, Flash Stat Champagne-Ardenne n°25 - février 2010.

Pyramide des âges des enfants handicapés en établissements au 31/12/2006



Source : DRASS, ES 2006, Flash Stat Champagne-Ardenne n°25 - février 2010.

Répartition par âge des enfants handicapés en 2006 selon la catégorie d'établissement



Source : DRASS, ES 2006, Flash Stat Champagne-Ardenne n°25 - février 2010.

Équipements, lits et places installées pour enfants et adolescents handicapés

Équipements pour enfants et adolescents handicapés

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France
Instituts médico-éducatifs						
Nb établissements	8	7	11	5	31	1 147
Nb places	585	395	750	323	2 053	67 760
Taux d'équipement (‰)	8,09	5,39	5,27	7,48	6,20	4,42
Etablissements enfants et ados polyhandicapés						
Nb établissements	2	1	-	2	5	181
Nb places	74	24	-	26	124	4 914
Taux d'équipement (‰)	1,02	0,33	-	0,60	0,37	0,32
Instituts thérapeut., éducatifs et pédagogiques						
Nb établissements	3	4	3	3	13	339
Nb places	83	78	34	98	293	14 598
Taux d'équipement (‰)	1,15	1,06	0,24	2,27	0,89	0,95
Etablissements pour déficients moteurs						
Nb établissements	-	1	2	-	3	123
Nb places	-	50	101	-	151	7 304
Taux d'équipement (‰)	-	0,68	0,71	-	0,46	0,48
Etablissements pour déficients sensoriels						
Nb établissements	2	2	1	1	6	112
Nb places	55	21	75	12	163	7 921
Taux d'équipement (‰)	0,76	0,29	0,53	0,28	0,49	0,52
SESSAD*						
Nb établissements	14	8	13	5	40	1 323
Nb places	256	160	279	117	812	33 119
Taux d'équipement (‰)	3,54	2,18	1,96	2,71	2,45	2,16

* Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

ARS Champagne-Ardenne, DREES, STATISS 2009, INSEE

Lits et places installées par catégorie de clientèle (pour enfants et adolescents handicapés)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France
Déficients intellectuels	540	386	628	319	1873	61 566
Polyhandicapés	30	24	65	27	146	7 533
Déficients psychiques	108	78	58	102	346	16 214
Déficients moteurs	44	30	131	-	205	6 973
Déficients sensoriels	55	21	57	12	145	7 674
Autres déficiences (1)	20	9	-	8	37	2 993
Taux d'équipement global (‰)	**11,0**	**7,5**	**6,6**	**10,8**	**8,3**	**6,7**

(1) Maladies inv. Long. Durée, épilepsies, troubles psychopathologiques…

Index

AAH : Allocation adulte handicapé.

AEEH : Allocation d’éducation de l’enfant handicapé.

ALMA : Allo maltraitance.

ARS : Agence régionale de santé.

CAT : Centre d’aide par le travail.

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

CNAF : Caisse nationale des allocations familiales.

CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

DREES : Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques.

ESAT : Établissement et service d’aide par le travail.

FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé.

IME : Institut médico-éducatif.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques.

ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique.

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées.

ORSCA : Observatoire régional de la santé de Champagne-Ardenne.

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

SAVS : Service d’accompagnement à la vie sociale.

SESSAD : Service d’éducation spéciale et de soins à domicile.

Glossaire

[1] AEEH :
Depuis le 1er janvier 2006, une Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) remplace l'ancienne AES (Allocation d'Education Spécialisée). Les demandes d'AEEH sont déposées à la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) du département. Dans le cadre de la MDPH, c'est la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) qui apprécie le taux d'incapacité de l'enfant et décide de l'attribution de l'AEEH et éventuellement d'un complément.

Liste des figures

Adultes handicapés

Bénéficiaires de l'AAH

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH p4
Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH depuis 2000 par département p4
Nombre et taux de bénéficiaires de l'AAH en 2009 p4

Équipements et services

Équipements pour adultes handicapés p5
Établissements et services de réinsertion professionnelle p5
Service de soins infirmiers à domicile pour adultes handicapés p5
Autres services d'accompagnement p5

Maltraitance des adultes handicapés

Origine des maltraitances dans la région p6
Formes de maltraitance p6
Auteurs des maltraitances p6

Données des MDPH

Demandes et décisions des CDAPH p7
Bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP p7

Enfants handicapés

Bénéficiaires de l'AEEH

Nombre de bénéficiaires de l'AEEH pour 100 familles p9
Décisions des CDAPH pour l'attribution de l'AEEH p9

Évolution de la scolarisation des élèves handicapés dans l'académie de Reims

Nombre d'élèves bénéficiant d'un auxiliaire de vie scolaire individuel p9
Nombre d'élèves handicapés scolarisés en maternelle p9
Nombre d'élèves handicapés scolarisés en classe d'inclusion scolaire (CLIS) p9
Nombre d'élèves handicapés scolarisés en unité pédagogique d'intégration (UPI) p10

Enfants et adolescents en établissements spécifiques

Nombre d'enfants et d'adolescents scolarisés en IME ou ITEP en 2006 p10
Répartition par déficience principale en région Champagne-Ardenne et par département p10
Pyramide des âges des enfants handicapés en établissements au 31/12/2006 p10
Répartition par âge des enfants handicapés en 2006 selon la catégorie d'établissement p11

Equipements, lits et places installées pour enfants et adolescents handicapés

Équipements pour enfants et adolescents handicapés p12
Lits et places installées par catégorie de clientèle (pour enfants et adolescents handicapés) p12

La santé dans la région Champagne-Ardenne

Indicateurs régionaux

Contribution au diagnostic du projet régional de santé

Fiche 9 – Offre de soins : ambulatoire

Données arrêtées au 30/09/2010

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ORS Champagne-Ardenne

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Sommaire

Offre de soins 3

Permanence des soins 11

Réseaux de santé 15

Index 17

Glossaire 18

Liste des figures 19

Offre de soins

Médecins généralistes
(Hors modes d'exercice particuliers – MEP)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Nb	358	341	749	222	1 670	83 051
Densité [1] (p.100 000)	126	113	132	119	125	134
% de libéraux ou mixtes	72%	66%	74%	72%	71%	70%
% de femmes	28%	37%	39%	30%	35%	41%
% de plus de 55 ans	30%	30%	29%	39%	31%	33%
% de diplômés en C-A en exercice dans la région	64%	55%	79%	23%	63%	1,9%

Source : ADELI [2] au 01.01.2009, Exploitation ORSCA

Âge moyen des MG : 49 ans (51 ans en France)
% de diplômés de la région exerçant en dehors 33%
% de diplômés hors région en exercice dans la région 37%

Masseurs-kinésithérapeutes

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Nb	257	210	436	107	1 010	67 330
Densité (p.100 000)	9,0	7,0	7,7	5,7	7,5	10,8
% de libéraux ou mixtes	77%	80%	81%	76%	79%	78%
% de femmes	45%	51%	51%	45%	49%	47%
% de plus de 55 ans	17%	18%	19%	25%	19%	22%

Source : ADELI [2] au 01.01.2009, Exploitation ORSCA

Âge moyen des masseurs-kinésithérapeutes : 41 ans (43 ans en France)
Aucun kiné en exercice diplômé dans la région (ouverture en septembre 2007 d'une filière de formation à Reims)

Chirurgiens-dentistes

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Nb	140	157	378	87	762	41 257
Densité [1] (p.100 000)	4,9	5,2	6,7	4,7	5,7	6,6
% de libéraux ou mixtes	89%	92%	86%	90%	88%	90%
% de femmes	39%	40%	44%	28%	40%	37%
% de plus de 55 ans	34%	32%	27%	40%	31%	31%
% de diplômés en C-A en exercice dans la région	76%	69%	87%	39%	76%	4,1%

Source : ADELI [2] au 01.01.2009, Exploitation ORSCA

Âge moyen des chirurgiens dentistes : 47 ans (48 ans en France)
% de diplômés de la région exerçant en dehors 66%
% de diplômés hors région en exercice dans la région 24%

Infirmiers

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Nb	2 210	1 833	4 574	1 588	10 205	507 412
Densité [1] (p.100 000)	778	607	808	851	762	817
% de libéraux ou mixtes	13%	12%	8%	11%	10%	14%
% de femmes	87%	91%	91%	89%	90%	87%
% de plus de 55 ans	16%	17%	12%	18%	15%	16%
% de diplômés en C-A en exercice dans la région	80%	67%	71%	71%	72%	2,1%

Source : ADELI [2] au 01.01.2009, Exploitation ORSCA

Âge moyen des infirmiers : 42 ans (même valeur en France)
% de diplômés de la région exerçant en dehors 30%
% de diplômés hors région en exercice dans la région 28%

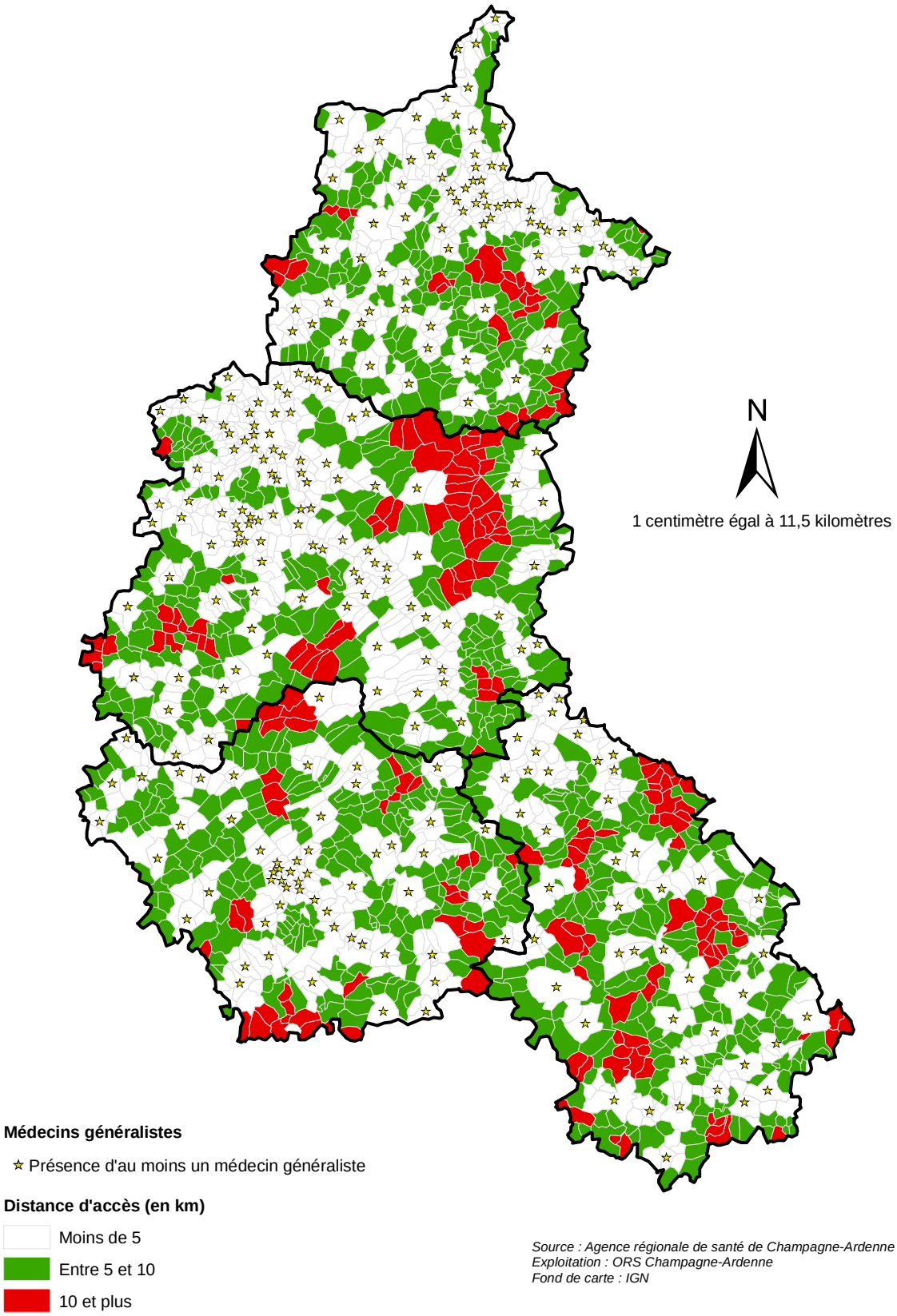
Pharmaciens

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Nb	299	288	733	165	1 485	73 710
Densité [1] (p.100 000)	10,5	9,5	13,0	8,8	11,1	11,9
% de libéraux ou mixtes	54%	51%	35%	58%	44%	46%
% de femmes	64%	60%	66%	61%	64%	65%
% de plus de 55 ans	26%	27%	23%	27%	64%	26%
% de diplômés en C-A en exercice dans la région	74%	47%	76%	20%	64%	2,8%

Source : ADELI [2] au 01.01.2009, Exploitation ORSCA

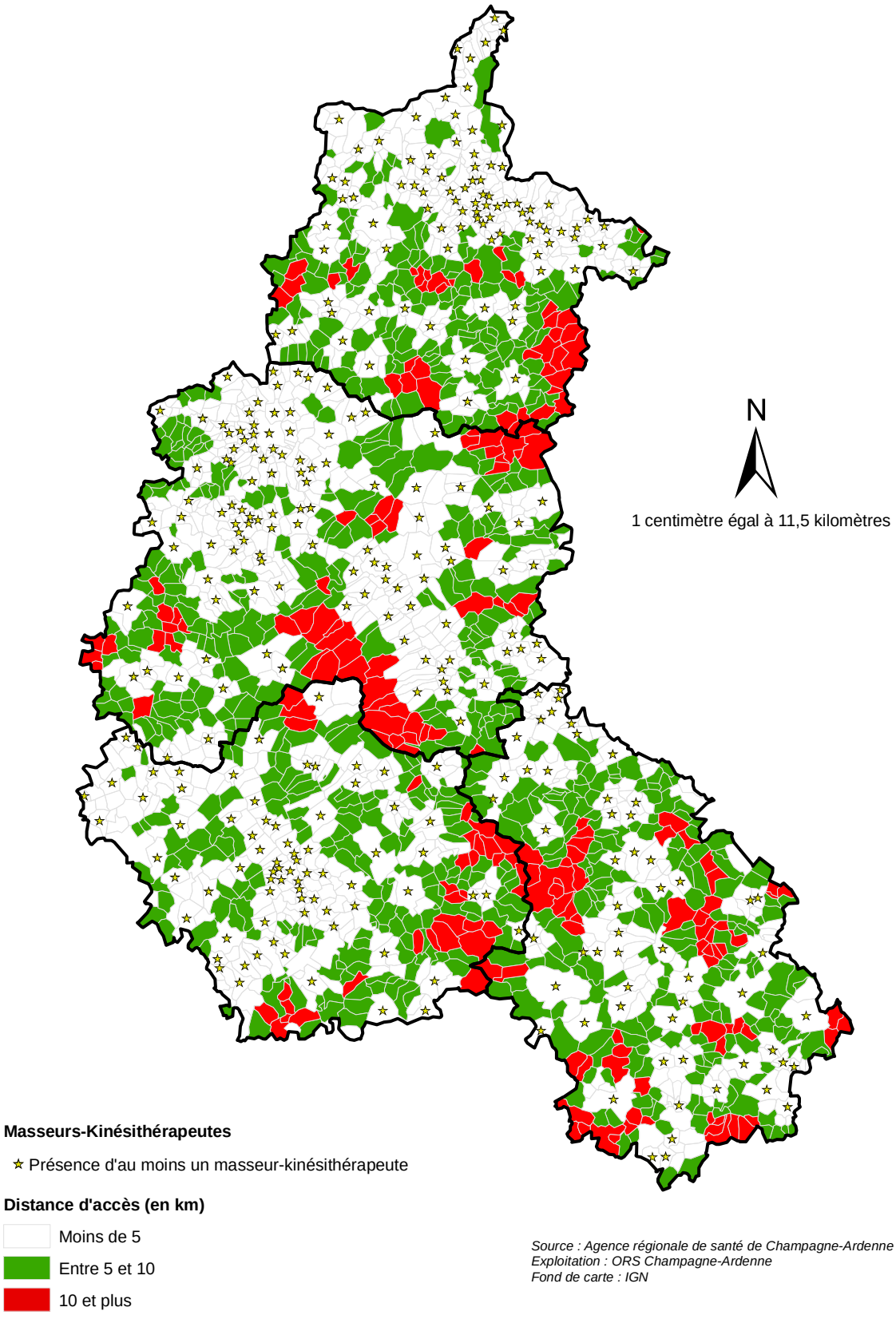
Âge moyen des pharmaciens : 46 ans (47 ans en France)
% de diplômés de la région exerçant en dehors 54%
% de diplômés hors région en exercice dans la région 36%

Distance d'accès au médecin généraliste le plus proche en Champagne-Ardenne



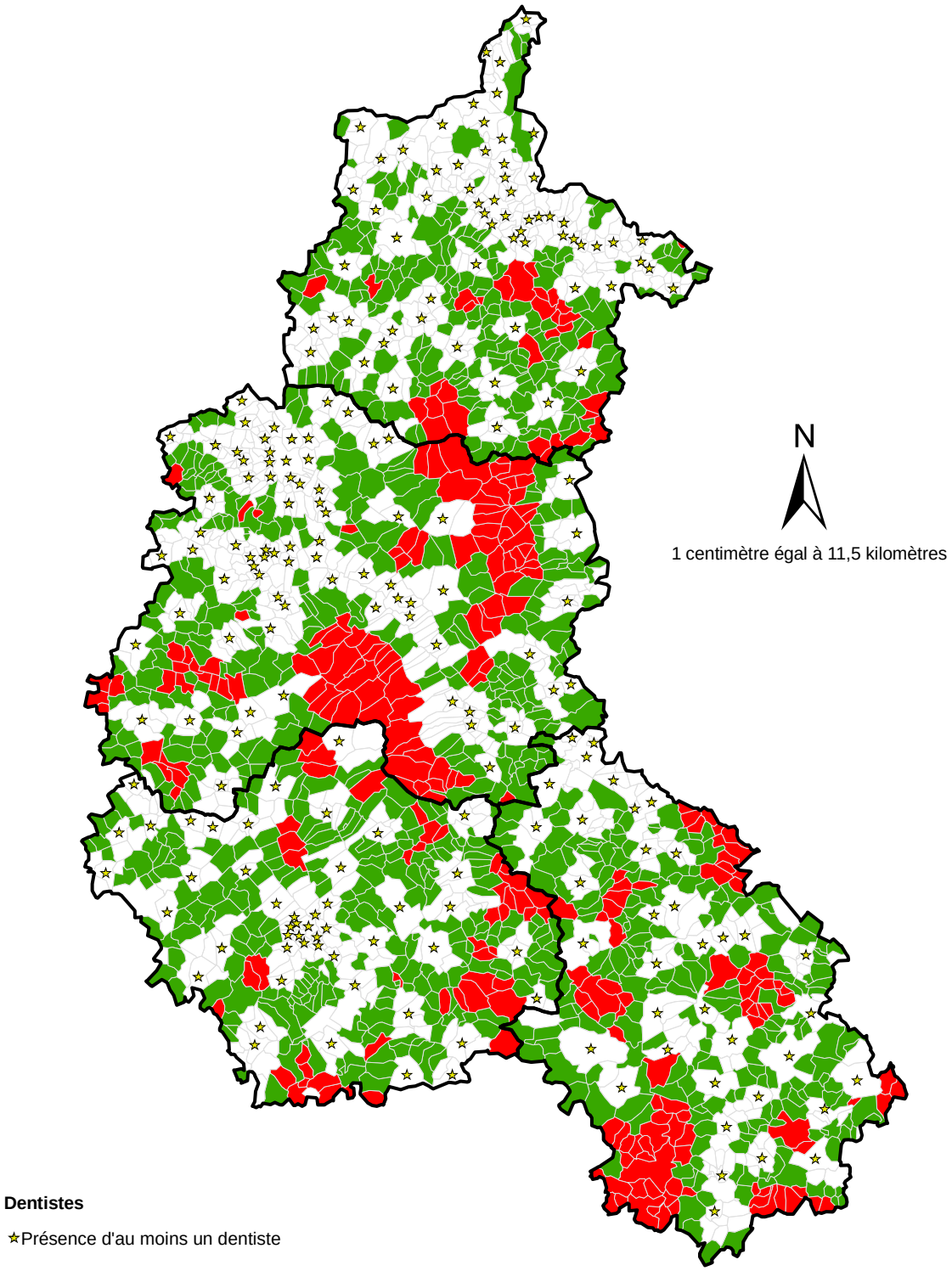
Source : Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne
Exploitation : ORS Champagne-Ardenne
Fond de carte : IGN

Distance d'accès au masseur-kinésithérapeute le plus proche en Champagne-Ardenne



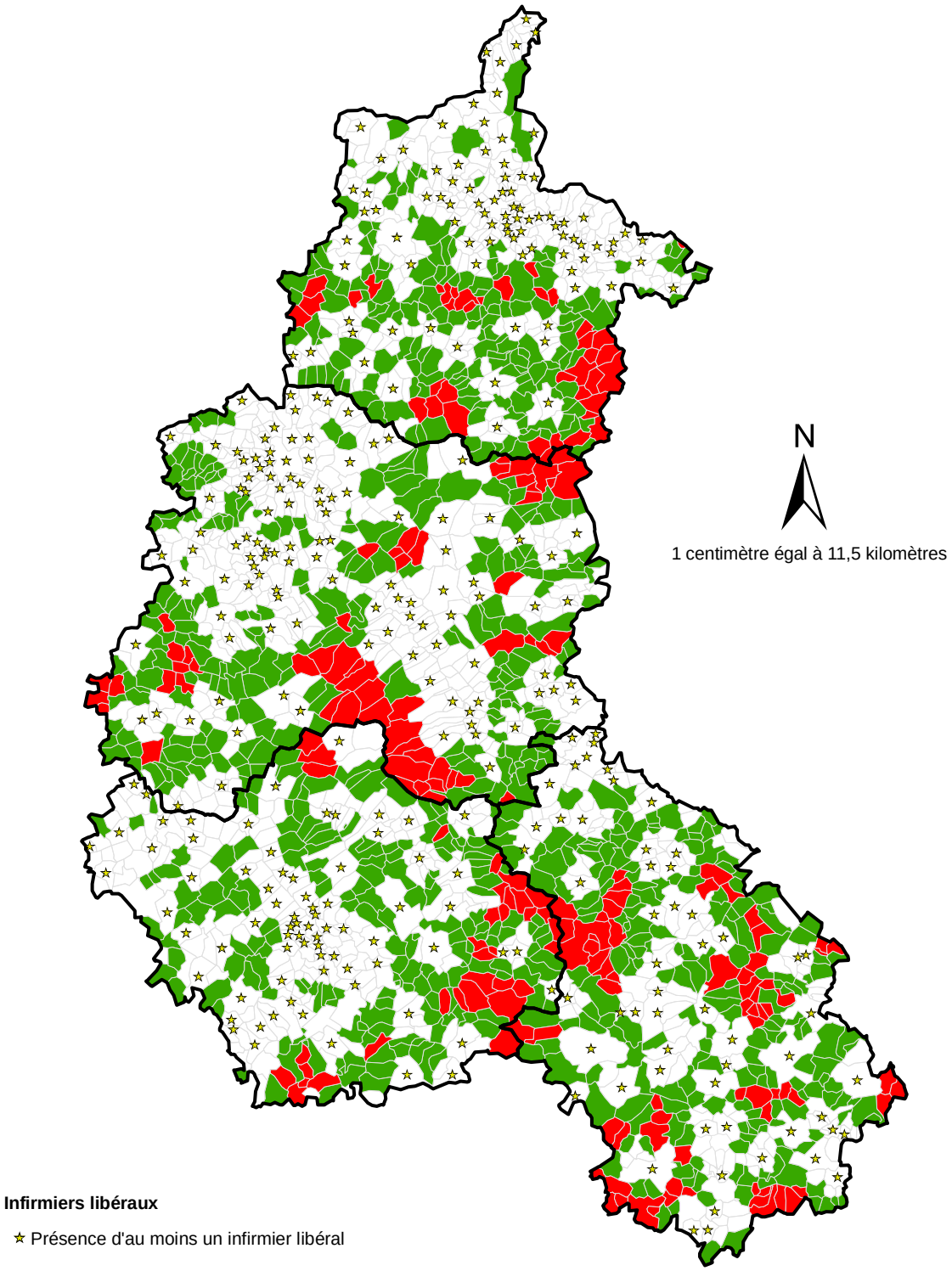
Source : Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne
Exploitation : ORS Champagne-Ardenne
Fond de carte : IGN

Distance d'accès au dentiste le plus proche en Champagne-Ardenne



Source : Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne
Exploitation : ORS Champagne-Ardenne
Fond de carte : IGN

Distance d'accès à l'infirmier libéral le plus proche en Champagne-Ardenne



Source : Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne
Exploitation : ORS Champagne-Ardenne
Fond de carte : IGN

Effectifs et densités [1] pour les spécialités médicales

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Anesthésistes réanimateurs						
Nb	28	29	102	24	183	10 488
Densité (p. 100000)	9,9	9,6	18,0	12,9	13,7	16,9
Biologistes médicaux						
Nb	3	9	30	6	48	2 791
Densité (p. 100000)	1,1	3,0	5,3	3,2	3,6	4,5
Cardiologues						
Nb	16	17	46	13	92	6 234
Densité (p. 100000)	5,6	5,6	8,1	7,0	6,9	10,0
Chirurgiens généralistes						
Nb	15	14	35	7	71	3 909
Densité (p. 100000)	5,3	4,6	6,2	3,8	5,3	6,3
Dermatologues						
Nb	7	12	42	6	67	4 072
Densité (p. 100000)	2,5	4,0	7,4	3,2	5,0	6,6
Gastro-entérologues						
Nb	11	14	36	5	66	3 444
Densité (p. 100000)	3,9	4,6	6,4	2,7	4,9	5,5
Gynécologues obstétriciens						
Nb	13	24	34	12	83	4 026
Densité (p. 100000)	4,6	7,9	6,0	6,4	6,2	6,5
Ophtalmologistes						
Nb	13	17	36	7	73	5 581
Densité (p. 100000)	4,6	5,6	6,4	3,8	5,5	9,0
Oto-rhino-laryngologistes						
Nb	8	8	22	4	42,0	2 920
Densité (p. 100000)	2,8	2,6	3,9	2,1	3,1	4,7
Pédiatres						
Nb	17	18	54	14	103,0	6 960
Densité (p. 100000)	6,0	6,0	9,5	7,5	7,7	11,2
Pneumologues						
Nb	10	8	25	5	48,0	2 755
Densité (p. 100000)	3,5	2,6	4,4	2,7	3,6	4,4
Psychiatres						
Nb	32	30	86	20	168	13 247
Densité (p. 100000)	11,3	9,9	15,2	10,7	12,6	21,3
Radiologues						
Nb	23	23	65	22	133	7 903
Densité (p. 100000)	8,1	7,6	11,5	11,8	9,9	12,7
Rhumatologues						
Nb	9	7	29	7	52	2 622
Densité (p. 100000)	3,2	2,3	5,1	3,8	3,9	4,2

Source : ADELI [2] au 01.01.2009, Exploitation ORSCA

Permanence des soins

Démographie médicale des secteurs – Ensemble des généralistes, hors urgentistes
(En nombre de médecins)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Nb de secteurs de garde	**12**	**12**	**24***	**15****	**63**

Source : Rapport régional de la permanence des soins en 2008, MRS Champagne-Ardenne

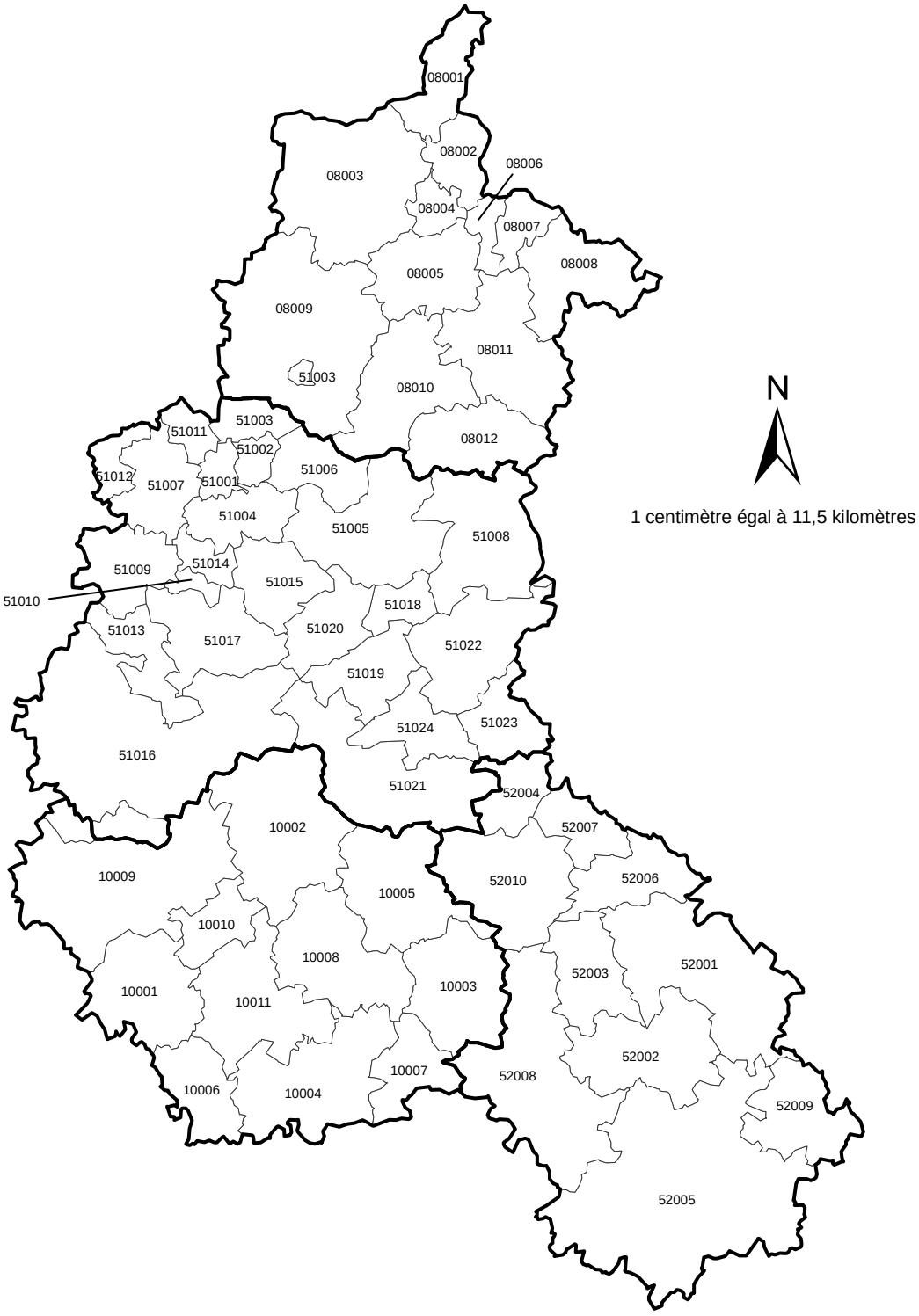
* 1 Secteur rattaché au département de l'Aisne non pris en compte
** 1 secteur non couvert, non comptabilisé ici

Participation des médecins généralistes libéraux à la permanence des soins en 2008

Avant minuit	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Avant minuit	84%	57%	37%	80%	57%
Après minuit	17%	9%	1%	3%	6%
Dimanches et jours fériés	75%	40%	41%	72%	52%

Source : Rapport régional de la permanence des soins en 2008, MRS Champagne-Ardenne

Sectorisation de la permanence des soins en Champagne-Ardenne



1 centimètre égal à 11,5 kilomètres

Source : Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne
Exploitation : ORS Champagne-Ardenne
Fond de carte : IGN

Correspondance entre les codes affichés sur la carte et le nom des secteurs

Ardennes

Code	Secteur
08001	Fumay
08002	Monthermé
08003	Rocroi
08004	Charleville
08005	Poix Terron
08006	Vrigne aux Bois
08007	Sedan
08008	Carignan
08009	Rethel
08010	Vouziers
08011	Le Chesne
08012	Grandpré

Aube

Code	Secteur
10001	Aix-en-Othe / Estissac
10002	Arcis / Mailly / Ramerupt / Charmont
10003	Bar Sur Aube
10004	Bar Sur Seine / Chaource / Les Riceys
10005	Brienne / Chavanges / Soulaines
10006	Ervy Le Chatel
10007	Essoyes / Mussy Sur Seine
10008	Lusigny / Vendeuvre / Piney
10009	Romilly / Mery
10010	Saint Lye
10011	Troyes / Bouilly / St Parres Les Vaudes

Haute-Marne

Code	Secteur
52001	Andelot / Saint-Blin / Doulaincourt / Bourmont / Breuvannes
52002	Chaumont / Nogent / Biesles
52003	Bologne / Froncles
52004	Saint-Dizier / Eclaron / Louvemont
52005	Rolampont / Garde Du Plateau De Langres / Fayl-Billot
52006	Joinville
52007	Curel / Eurville / Rachecourt
52008	Arc En Barrois / Chateauvillain / Maranville / Colombey
52009	Bourbonne Les Bains
52010	Doulevant Le Chateau / Wassy / Montier En Der

Marne

Code	Secteur
51001	Reims
51002	Witry Les Reims
51003	Bazancourt
51004	Rilly La Montagne
51005	Mourmelon Le Grand
51006	Pontfaverger Moronvilliers
51007	Jonchery Sur Vesle
51008	Sainte Menehould
51009	Dormans
51010	Epernay
51011	Cormicy
51012	Fismes
51013	Etoges
51014	Ay
51015	Jalons
51016	Sezanne
51017	Vertus
51018	Courtisols
51019	La Chaussee Sur Marne
51020	Chalons En Champagne
51021	Saint Remy En Bouzemont
51022	Givry En Argonne
51023	Sermaize Les Bains
51024	Vitry Le Francois

Réseaux de santé

Nombre de professionnels adhérents aux réseaux de santé

Nom du réseau	Nombre de médecins libéraux		Nombre de médecins hospitaliers		Nombre de professionnels de santé autres que médecins		Nombre de professionnels autre que professionnel de santé	
	Au 31.12.2008	Au 31.12.2009	Au 31.12.2008	Au 31.12.2009	Au 31.12.2008	Au 31.12.2009	Au 31.12.2008	Au 31.12.2009
Réseau de cancérologie de Champagne Ardenne ONCOCHA	251	282	174	162	0	36	0	3
Réseau(x) de santé addictions, précarité, diabète de Champagne Ardenne (ADDICA et CARéDIAB)	377	-	50	-	486	-	0	-
Réseau(x) de santé addictions précarité diabète	-	215	-	71	-	126	-	30
Réseau régional de gériatrie en Champagne-Ardenne RéGéCA	43	60	19	24	26	63	17	21
Réseau Champardennais d'Accompagnement et Soins Palliatifs RECAP	0	11	3	16	3	41	2	10
Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne	44	64	68	63	156	284	5	0
Réseau Gerontologie et Mémoire de l'Aube RéGéMa (RPM)	160	159	15	4	71	73	231	124
Réseau de soins gérontologiques GERONTIS	33	35	1	1	17	55	8	0

Source : Rapport d'activité FIQCS 2009 - Données au 31/12/2009

Nombre d'établissements adhérents aux réseaux de santé

Nom du réseau	Nombre d'établissements et services de santé		Nombre d'établissements et services sociaux		Nombre d'établissements et services médico-sociaux	
	Au 31.12.2008	Au 31.12.2009	Au 31.12.2008	Au 31.12.2009	Au 31.12.2008	Au 31.12.2009
Réseau de cancérologie de Champagne Ardenne ONCOCHA	30	30	0	0	0	0
Réseau(x) de santé addictions, précarité, diabète de Champagne Ardenne (ADDICA et CARéDIAB)	6		4		8	
Réseau(x) de santé addictions précarité diabète		14		2		4
Réseau régional de gériatrie en Champagne-Ardenne RéGéCA	20	33	9	17	37	57
Réseau Champardennais d'Accompagnement et Soins Palliatifs RECAP	5	17	0	4	4	6
Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne	21	24	11	0	7	3
Réseau Gerontologie et Mémoire de l'Aube RéGéMa (RPM)	12	11	20	5	23	33
Réseau de soins gérontologiques GERONTIS	1	1	1	1	1	1

Source : Rapport d'activité FIQCS 2009 - Données au 31/12/2009

Index

ADELI : Automatisation des listes.

FICQS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

MEP : Mode d’exercice particulier.

MG : Médecin généraliste.

MK : Masseur kinésithérapeute.

MRS : Mission régionale de santé.

ORSCA : Observatoire régional de la santé de Champagne-Ardenne.

Glossaire

[1] Densité de professionnels de santé :
Rapport entre le nombre de professionnels de santé et la population, la densité de professionnels de santé est exprimée en nombre de professionnels de santé pour 100 000 habitants.

[2] ADELI :
ADELI signifie Automatisation DEs LIstes. C'est un système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue. Il contient des informations (état civil – situation professionnelle – activités exercées). Un numéro ADELI est attribué à tous les praticiens salariés ou libéraux et leur sert de numéro de référence. Le numéro ADELI figure sur la Carte de professionnel de santé (CPS) pour des professionnels relevant du code de la santé publique.

Liste des figures

Offre de soins

Médecins généralistes p4
Masseurs-kinésithérapeutes p4
Chirurgiens-dentistes p4
Infirmiers p5
Pharmaciens p5
Distance d'accès au médecin généraliste le plus proche en Champagne-Ardenne (carte) p6
Distance d'accès au masseur-kinésithérapeute le plus proche en Champagne-Ardenne (carte) p7
Distance d'accès au dentiste le plus proche en Champagne-Ardenne (carte) p8
Distance d'accès à l'infirmier libéral le plus proche en Champagne-Ardenne (carte) p9
Effectifs et densités [1] pour les spécialités médicales p10

Permanence des soins

Démographie médicale des secteurs – Ensemble des généralistes, hors urgentistes p12
Participation des médecins généralistes libéraux à la permanence des soins en 2008 p12
Sectorisation de la permanence des soins en Champagne-Ardenne (carte) p13
Correspondance entre les codes affichés sur la carte et le nom des secteurs p14

Réseaux de santé

Nombre de professionnels adhérents aux réseaux de santé p16
Nombre d'établissements adhérents aux réseaux de santé p16

La santé dans la région Champagne-Ardenne

Indicateurs régionaux

Contribution au diagnostic du projet régional de santé

Fiche 10 - Offre de soins : Établissements de santé

Données arrêtées au 30/09/2010

Sommaire

Court séjour hospitalier 3
Soins de suite et de réadaptation 28
Soins intensifs et réanimation 33
Psychiatrie 35
Soins palliatifs 37
Éducation du patient 39
Index 42
Glossaire 43
Liste des figures 44

Court séjour hospitalier

Note venant compléter les informations figurant sur les cartes

Organisation des soins transfrontaliers France-Belgique
Une ZOAST (Zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers) du territoire Nord Ardennes et du sud Namurois offre à la population frontalière la possibilité de se rendre sans autorisation médicale préalable dans un établissement hospitalier situé de l'autre côté de la frontière et d'y recevoir des soins hospitaliers et/ou ambulatoire.

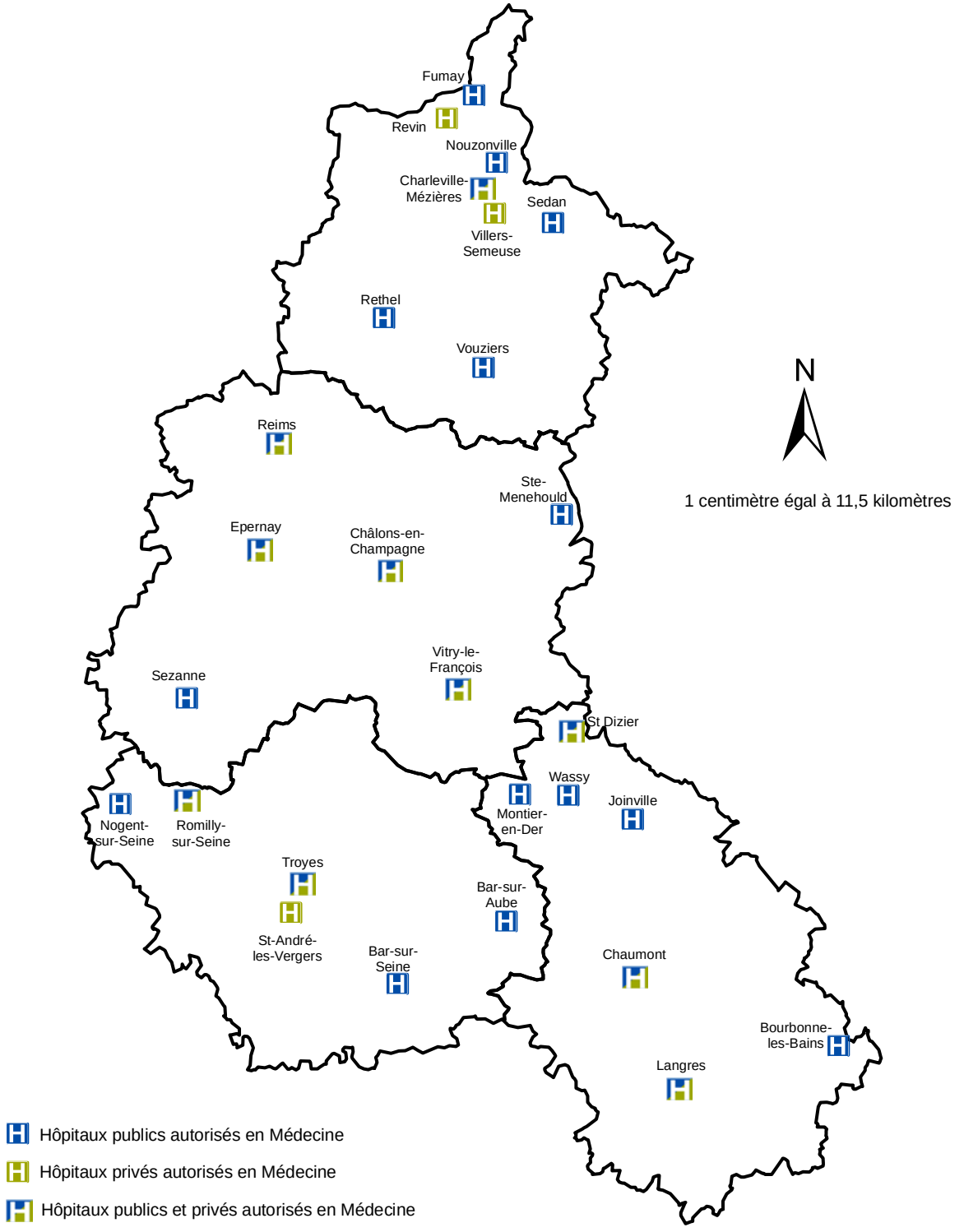
Données générales

Offre en court séjour hospitalier

Activité	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Médecine						
Hospitalisation complète (lits)	557	490	1 273	466	2 786	114 075
Hospitalisation de jour, nuit (places)	43	42	143	26	254	10 659
Hospitalisation à domicile (places)	27	30	55	-	112	8 787
Chirurgie						
Hospitalisation complète (lits)	327	395	1 146	303	2 171	85 859
Anesthésie, chir. Ambulatoire (places)	53	82	126	12	273	11 454
Gynécologie-Obstétrique						
Hospitalisation complète (lits)	94	103	237	76	510	21 394
Hospitalisation de jour (places)	6	2	-	2	10	1 007
Taux d'équipement pour 1 000 habitants						
Médecine	2,21	1,86	2,60	2,64	2,35	2,15
Chirurgie	1,34	1,58	2,25	1,69	1,83	1,57
Dont anesthésie, chir. ambulatoire	0,19	0,27	0,22	0,06	0,20	0,18
Gynécologie-Obstétrique	1,59	1,56	1,75	1,99	1,70	1,55

Source : SAE 2008, Estimations INSEE

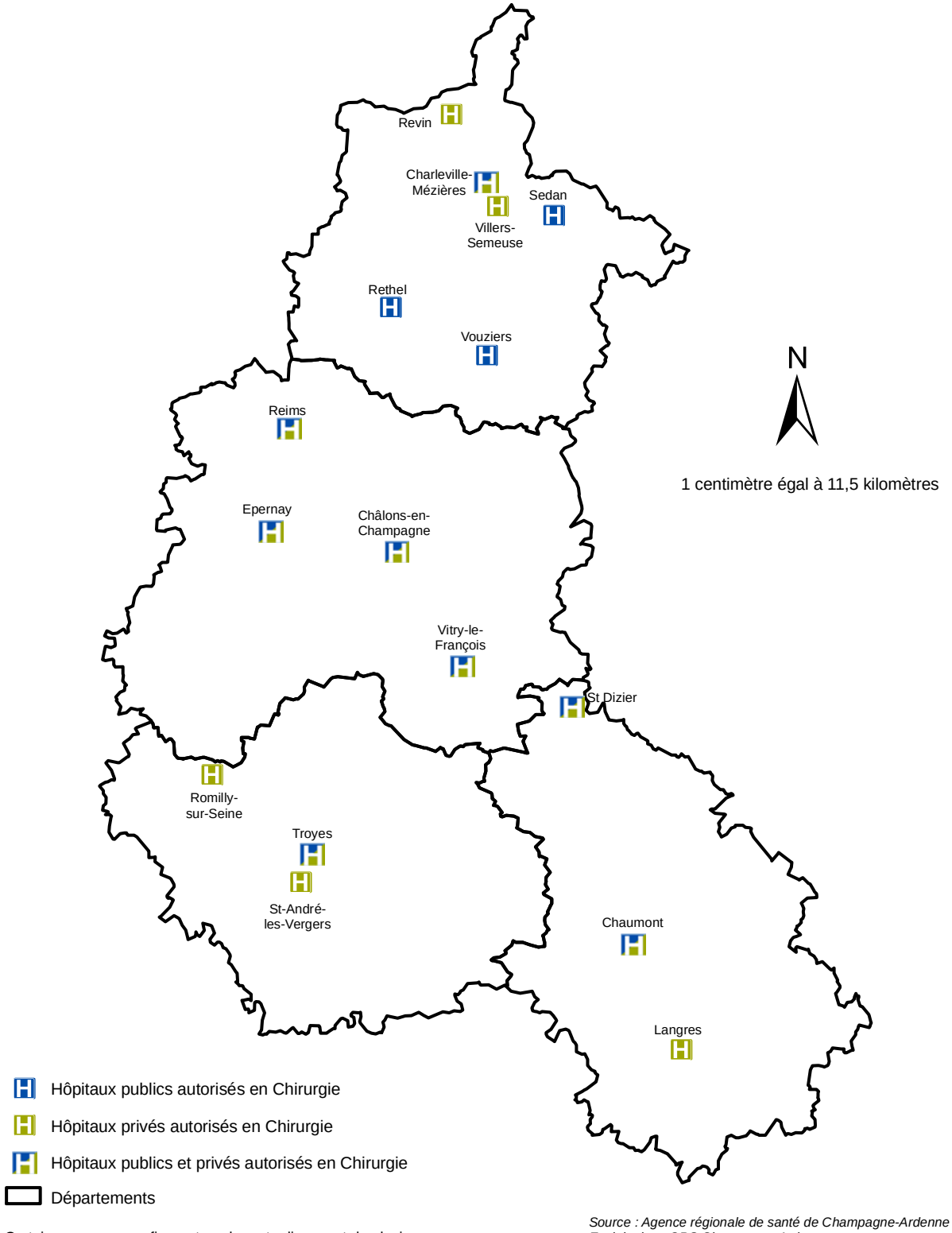
L'offre hospitalière en Médecine en Champagne-Ardenne



Source : Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne
Exploitation : ORS Champagne-Ardenne
Fond de carte : IGN

Certaines communes figurant sur la carte disposent de plusieurs établissements autorisés en Médecine (Charleville, Vouziers, Reims, Épernay, Châlons-en-Champagne, Vitry-le-François, Saint-Dizier, Romilly-sur-Seine, Troyes, Chaumont, Langres).

L'offre hospitalière en Chirurgie en Champagne-Ardenne



Certaines communes figurant sur la carte disposent de plusieurs établissements autorisés en Chirurgie (Charleville, Reims, Épernay, Châlons-en-Champagne, Vitry-le-François, Saint-Dizier, Troyes, Chaumont).

Source : Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne
Exploitation : ORS Champagne-Ardenne
Fond de carte : IGN

Entrées en hospitalisation complète

Activité	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro
Médecine	24 771	21 705	58 623	21 945	127 044	5 743 640
Chirurgie	14 014	19 332	60 876	14 053	108 275	4 409 957
Gynéco-Obstétrique	4 913	5 461	14 295	3 925	28 594	1 291 900
Total des entrées	43 698	46 498	133 794	39 923	263 913	11 445 497

Source : SAE 2008

Nb d'entrées p. 1 000 habitants	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro
Médecine	87,2	71,9	103,6	117,7	94,9	92,4
Chirurgie	49,3	64,0	107,6	75,4	80,9	71,0
Gynécologie-Obstétrique	78,2	81,3	105,4	99,9	93,7	89,4

Source : SAE 2008, Estimations INSEE

Répartition des séjours par activité de soins

Activité	Année	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Médecine	2008	61,9%	53,0%	55,1%	61,4%	56,7%
	2007	60,3%	50,3%	54,6%	60,8%	55,7%
Chirurgie	2008	28,8%	36,7%	37,3%	31,0%	34,9%
	2007	30,5%	39,5%	37,7%	31,6%	35,9%
Obstétrique	2008	9,3%	10,2%	7,6%	7,5%	8,3%
	2007	9,2%	10,2%	7,7%	7,6%	8,4%

Hors CMD 28 (séances) et séjours < 1j

Source : PMSI MCO 2007 et 2008

Venues en hospitalisation de jour, nuit, et en anesthésie ou chirurgie ambulatoire

Activité	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro
Médecine	3 526	8 214	20 472	2 197	34 409	1 993 726
Chirurgie	12 231	19 209	29 170	5 691	66 301	3 351 420
Gynécologie-Obstétrique	1 146	781	1 495	495	3 917	286 758
Total des venues	**16 903**	**28 204**	**51 137**	**8 383**	**104 627**	**5 631 904**
Nb de venues pour 1 000 habitants						
Médecine	12,4	27,2	36,2	11,8	25,7	32,1
Chirurgie	43,1	63,6	51,5	30,5	49,5	53,9
Gynécologie-Obstétrique	18,2	11,6	11,0	12,6	12,8	19,8

Source : SAE 2008, Estimations INSEE

Production et consommation de séjours en médecine et chirurgie

Production et consommation de séjours en médecine et chirurgie en Champagne-Ardenne
Définition des séjours produits en [1] et des séjours consommés en [2].

Production	Médecine		Chirurgie	
	2008	2007	2008	2007
Séjours > 2j	109 560	108 229	69 853	72 708
Séjours < 2j	104 583	102 036	57 801	53 651
Séances	114 200	113 586	-	-
Total	328 343	323 851	127 654	126 359

Source : PMSI MCO 2007 et 2008, Exploitation ORSCA

Consommation	Médecine		Chirurgie	
	2008	2007	2008	2007
Séjours > 2j	112 315	110 815	71 448	73 989
Séjours < 2j	106 093	104 462	58 206	54 214
Séances	107 235	107 148	-	-
Total	325 643	322 425	129 654	128 203

Source : PMSI MCO 2007 et 2008, Exploitation ORSCA

Production et consommation de séjours en médecine et chirurgie (Ardennes)

Production	Médecine		Chirurgie	
	2008	2007	2008	2007
Séjours > 2j	20 268	21 119	9 744	10 886
Séjours < 2j	18 903	19 379	8 621	8 053
Séances	16 921	15 344	-	-
Total	56 092	55 842	18 365	18 939

Source : PMSI MCO 2007 et 2008, Exploitation ORSCA

Consommation	Médecine		Chirurgie	
	2008	2007	2008	2007
Séjours > 2j	25 658	26 286	15 290	16 459
Séjours < 2j	24 808	24 442	11 505	10 811
Séances	24 005	22 783	-	-
Total	74 471	73 511	26 795	27 270

Source : PMSI MCO 2007 et 2008, Exploitation ORSCA

Production et consommation de séjours en médecine et chirurgie (Aube)

Production	Médecine		Chirurgie	
	2008	2007	2008	2007
Séjours > 2j	19 627	18 212	13 682	14 196
Séjours < 2j	20 300	20 548	13 484	12 318
Séances	24 187	26 039	-	-
Total	64 114	64 799	27 166	26 514

Source : PMSI MCO 2007 et 2008, Exploitation ORSCA

Consommation	Médecine		Chirurgie	
	2008	2007	2008	2007
Séjours > 2j	23 366	22 119	16 727	17 157
Séjours < 2j	23 683	23 988	14 476	13 386
Séances	29 390	30 286	-	-
Total	76 439	76 393	31 203	30 543

Source : PMSI MCO 2007 et 2008, Exploitation ORSCA

Production et consommation de séjours en médecine et chirurgie (Marne)

Production	Médecine		Chirurgie	
	2008	2007	2008	2007
Séjours > 2j	53 325	52 890	38 588	39 233
Séjours < 2j	54 412	51 541	28 266	27 302
Séances	65 370	65 206	-	-
Total	173 107	169 637	66 854	66 535

Source : PMSI MCO 2007 et 2008, Exploitation ORSCA

Consommation	Médecine		Chirurgie	
	2008	2007	2008	2007
Séjours > 2j	44 181	43 822	28 828	29 225
Séjours < 2j	43 528	42 181	23 519	22 586
Séances	39 831	42 181	-	-
Total	127 540	128 184	52 347	51 811

Source : PMSI MCO 2007 et 2008, Exploitation ORSCA

Production et consommation de séjours en médecine et chirurgie (Haute-Marne)

Production	Médecine		Chirurgie	
	2008	2007	2008	2007
Séjours > 2j	16 340	16 008	7 839	8 393
Séjours < 2j	10 968	10 568	7 430	5 978
Séances	7 722	6 997	-	-
Total	35 030	33 573	15 269	14 371

Source : PMSI MCO 2007 et 2008, Exploitation ORSCA

Consommation	Médecine		Chirurgie	
	2008	2007	2008	2007
Séjours > 2j	19 110	18 588	10 603	11 148
Séjours < 2j	14 074	13 851	8 706	7 431
Séances	14 009	11 898	-	-
Total	47 193	44 337	19 309	18 579

Source : PMSI MCO 2007 et 2008, Exploitation ORSCA

Autarcie, fuites, attractivité [3]

Séances (toutes les séances sont classées en Médecine)

Lieu d'hospitalisation

Lieu de domicile	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Hors région	Total
Ardennes	16 636	3	6 923	0	443	24 005
Aube	0	23 093	2 812	521	2 964	29 390
Marne	2	335	37 934	324	1 236	39 831
Haute-Marne	0	30	1 783	6 265	5 931	14 009
Hors région	283	726	15 918	612	-	17 539
Total	16 921	24 187	65 370	7 722	10 574	124 774

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
Taux d'autarcie	69,3%	78,6%	95,2%	44,7%
Taux de fuite	30,7%	21,4%	4,8%	55,3%
En région	28,9%	11,3%	1,7%	12,9%
Hors région	1,8%	10,1%	3,1%	42,3%
Taux d'attractivité	1,7%	4,5%	42,0%	18,9%
Depuis la région	0,0%	1,5%	17,6%	10,9%
Hors de la région	1,7%	3,0%	24,4%	7,9%

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

Séjours de moins de 2 jours en Médecine

Lieu d'hospitalisation

Lieu de domicile	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Hors région	Total
Ardennes	18 304	6	5 564	6	928	24 808
Aube	6	19 005	1 160	359	3 153	23 683
Marne	83	607	40 083	364	2 391	43 528
Haute-Marne	3	147	520	9 393	4 011	14 074
Hors région	507	535	7 085	846	-	8 973
Total	18 903	20 300	54 412	10 968	10 483	115 066

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
Taux d'autarcie	73,8%	80,2%	92,1%	66,7%
Taux de fuite	26,2%	19,8%	7,9%	33,3%
En région	22,5%	6,4%	2,4%	4,8%
Hors région	3,7%	13,3%	5,5%	28,5%
Taux d'attractivité	3,2%	6,4%	26,3%	14,4%
Depuis la région	0,5%	3,7%	13,3%	6,6%
Hors de la région	2,7%	2,6%	13,0%	7,7%

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

Séjours de moins de 2 jours en Chirurgie

	Lieu d'hospitalisation					
Lieu de domicile	**Ardennes**	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**	**Hors région**	**Total**
Ardennes	8 356	3	2 593	1	552	11 505
Aube	1	12 221	493	299	1 462	14 476
Marne	33	591	21 178	258	1 459	23 519
Haute-Marne	1	91	206	6 234	2 174	8 706
Hors région	230	578	3 796	638	-	5 242
Total	8 621	13 484	28 266	7 430	5 647	63 448

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

	Ardennes	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**
Taux d'autarcie	72,6%	84,4%	90,0%	71,6%
Taux de fuite	27,4%	15,6%	10,0%	28,4%
En région	22,6%	5,5%	3,8%	3,4%
Hors région	4,8%	10,1%	6,2%	25,0%
Taux d'attractivité	3,1%	9,4%	25,1%	16,1%
Depuis la région	0,4%	5,1%	11,6%	7,5%
Hors de la région	2,7%	4,3%	13,4%	8,6%

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

Séjours de moins de 2 jours en Obstétrique

	Lieu d'hospitalisation					
Lieu de domicile	**Ardennes**	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**	**Hors région**	**Total**
Ardennes	1 086	0	112	0	32	1 230
Aube	0	1 346	30	30	138	1 544
Marne	5	47	2 728	53	105	2 938
Haute-Marne	0	5	9	846	141	1 001
Hors région	32	44	207	87	-	370
Total	1 123	1 442	3 086	1 016	416	7 083

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

	Ardennes	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**
Taux d'autarcie	88,3%	87,2%	92,9%	84,5%
Taux de fuite	11,7%	12,8%	7,1%	15,5%
En région	9,1%	3,9%	3,6%	1,4%
Hors région	2,6%	8,9%	3,6%	14,1%
Taux d'attractivité	3,3%	6,7%	11,6%	16,7%
Depuis la région	0,4%	3,6%	4,9%	8,2%
Hors de la région	2,8%	3,1%	6,7%	8,6%

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

Séjours de plus de 2 jours en Médecine

	Lieu d'hospitalisation					
Lieu de domicile	**Ardennes**	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**	**Hors région**	**Total**
Ardennes	19 751	4	4 994	12	897	25 658
Aube	7	18 185	1 004	757	3 413	23 366
Marne	38	840	40 472	421	2 410	44 181
Haute-Marne	2	76	505	14 249	4 278	19 110
Hors région	470	522	6 350	901	7	8 250
Total	20 268	19 627	53 325	16 340	11 005	120 565

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

	Ardennes	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**
Taux d'autarcie	77,0%	77,8%	91,6%	74,6%
Taux de fuite	23,0%	22,2%	8,4%	25,4%
En région	19,5%	7,6%	2,9%	3,1%
Hors région	3,5%	14,6%	5,5%	22,4%
Taux d'attractivité	2,6%	7,3%	24,1%	12,8%
Depuis la région	0,2%	4,7%	12,2%	7,3%
Hors de la région	2,3%	2,7%	11,9%	5,5%

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

Séjours de plus de 2 jours en Chirurgie

	Lieu d'hospitalisation					
Lieu de domicile	**Ardennes**	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**	**Hors région**	**Total**
Ardennes	9 435	4	4 892	3	956	15 290
Aube	2	12 465	1 146	308	2 806	16 727
Marne	22	424	25 863	450	2 069	28 828
Haute-Marne	3	96	450	6 229	3 825	10 603
Hors région	282	693	6 237	849	4	8 065
Total	9 744	13 682	38 588	7 839	9 660	79 513

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

	Ardennes	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**
Taux d'autarcie	61,7%	74,5%	89,7%	58,7%
Taux de fuite	38,3%	25,5%	10,3%	41,3%
En région	32,0%	8,7%	3,1%	5,2%
Hors région	6,3%	16,8%	7,2%	36,1%
Taux d'attractivité	3,2%	8,9%	33,0%	20,5%
Depuis la région	0,3%	3,8%	16,8%	9,7%
Hors de la région	2,9%	5,1%	16,2%	10,8%

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

Séjours de plus de 2 jours en Obstétrique

	Lieu d'hospitalisation					
Lieu de domicile	**Ardennes**	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**	**Hors région**	**Total**
Ardennes	3 361	0	616	0	85	4 062
Aube	1	3 984	84	54	274	4 397
Marne	12	169	7 182	123	281	7 767
Haute-Marne	1	15	23	1 925	417	2 381
Hors région	108	129	768	164	-	1 169
Total	3 483	4 297	8 673	2 266	1 057	19 776

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

	Ardennes	**Aube**	**Marne**	**Haute-Marne**
Taux d'autarcie	82,7%	90,6%	92,5%	80,8%
Taux de fuite	17,3%	9,4%	7,5%	19,2%
En région	15,2%	3,2%	3,9%	1,6%
Hors région	2,1%	6,2%	3,6%	17,5%
Taux d'attractivité	3,5%	7,3%	17,2%	15,0%
Depuis la région	0,4%	4,3%	8,3%	7,8%
Hors de la région	3,1%	3,0%	8,9%	7,2%

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

Répartition des séjours entre les secteurs public et privé

Catégories de séjours	Activité	Secteur	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Ensemble	Médecine	Public	87,4%	82,1%	55,1%	69,1%	67,4%
		Privé	12,6%	17,9%	44,9%	30,9%	32,6%
	Chirurgie	Public	54,6%	24,7%	39,4%	30,8%	37,4%
		Privé	45,4%	75,3%	60,6%	69,2%	62,6%
Séj. > 2j.	Médecine	Public	96,1%	87,0%	70,4%	90,5%	81,1%
		Privé	3,9%	13,0%	29,6%	9,5%	18,9%
	Chirurgie	Public	63,2%	31,2%	44,0%	39,5%	43,7%
		Privé	36,8%	68,8%	56,0%	60,5%	56,3%
Séj. < 2j.	Médecine	Public	75,7%	56,4%	58,9%	70,5%	62,6%
		Privé	24,3%	43,7%	41,2%	29,5%	37,4%
	Chirurgie	Public	45,0%	18,1%	33,1%	21,6%	29,9%
		Privé	55,0%	81,9%	66,9%	78,4%	70,1%
Séances	Médecine	Public	90,2%	99,9%	39,4%	21,8%	58,6%
		Privé	9,8%	0,1%	60,6%	78,2%	41,5%

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

Répartition des séances par type

Activité	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	Champagne-Ardenne 2007
Hémodialyse	79,2%	41,9%	27,8%	29,4%	38,5%	37%
Chimiothérapie pour tumeur	16,6%	20,7%	34,8%	65,5%	31,2%	31%
Autres techniques d'irradiation externe	-	16,5%	16,4%	0,0%	12,9%	13%
Techniques complexes d'irradiation externe	-	12,9%	16,2%	0,0%	12,0%	13%
Transfusion	2,8%	5,4%	2,3%	5,1%	3,2%	3%
Préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle	-	0,2%	1,0%	-	0,6%	1%
Autres préparations à une irradiation externe	-	1,3%	0,5%	-	0,6%	1%
Entraînements à l'hémodialyse	1,3%	1,0%	-	-	0,4%	0,5%
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	-	-	0,6%	-	0,4%	0,4%
Curiethérapie	-	-	0,3%	-	0,2%	0,2%
Autres	<0,1%	-	<0,1%	-	<0,1%	<0,1%
Total	**100,0%**	**100,0%**	**99,9%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Source : PMSI MCO 2007 et 2008, Exploitation ORSCA

Séances de chimiothérapie réalisées dans les établissements de la région
(En nombre de patients)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
2009					
Nombre de patients	538	690	4 061	680	5 969
dont ambulatoire	479	606	3 694	635	5 414
% ambulatoire	89%	88%	91%	93%	91%
2008					
Nombre de patients	554	717	3 847	622	5 740
dont ambulatoire	472	638	3 470	593	5 173
% ambulatoire	85%	89%	90%	95%	90%
2007					
Nombre de patients	573	807	3 752	666	5 798
dont ambulatoire	493	732	3 355	615	5 195
% ambulatoire	86%	91%	89%	92%	90%
2006					
Nombre de patients	551	762	3 710	677	5 700
dont ambulatoire	485	684	3 352	612	5 133
% ambulatoire	88%	90%	90%	90%	90%

Source PMSI MCO, Exploitation ARS Champagne-Ardenne OSA /BC, Méthodologie Inca

Chirurgie et radiothérapie

Evolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire dans la région par gestes

	2008					2009					
Libellé geste marqueur	**Nb séjours en ambu.**	**Nb séjours en hospit. complète**	**Total**	**Nb séjours cible (85% de chir ambu)**	**% séjours de chir. ambu.**	**Nb séjours en ambu.**	**Nb séjours en hospit. complète**	**Total**	**Nb séjours cible (85% de chir ambu)**	**% séjours de chir. ambu.**	**Évolution 2009-2008**
Adénoïdectomies	1 377	45	1 422	1 209	**96,8%**	1 288	50	1 338	1 137	**96,3%**	-1%
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	1 704	1 638	3 342	2 841	**51,0%**	2 444	1 122	3 566	3 031	**68,5%**	34%
Chirurgie anale	77	203	280	238	**27,5%**	121	205	326	277	**37,1%**	35%
Chirurgie canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)	4 318	691	5 009	4 258	**86,2%**	4 571	593	5 164	4 389	**88,5%**	3%
Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	100	15	115	98	**87,0%**	82	13	95	81	**86,3%**	-1%
Chirurgie de la maladie de Dupuytren	153	105	258	219	**59,3%**	210	107	317	269	**66,2%**	12%
Chirurgie des bourses	267	506	773	657	**34,5%**	259	399	658	559	**39,4%**	14%
Chirurgie des hernies inguinales	176	1 874	2 050	1 743	**8,6%**	423	1 549	1 972	1 676	**21,5%**	150%
Chirurgie des varices	1 359	2 333	3 692	3 138	**36,8%**	2 030	1 499	3 529	3 000	**57,5%**	56%
Chirurgie du cristallin	7 275	3 278	10 553	8 970	**68,9%**	8 243	2 511	10 754	9 141	**76,7%**	11%
Chirurgie du sein/tumorectomie	83	218	301	256	**27,6%**	93	169	262	223	**35,5%**	29%
Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main)	442	94	536	456	**82,5%**	414	76	490	417	**84,5%**	2%
Chirurgie strabisme	7	39	46	39	**15,2%**	12	38	50	43	**24,0%**	58%
Chirurgie utérus, vulve, vagin et AMP	2 114	500	2 614	2 222	**80,9%**	2 258	435	2 693	2 289	**83,8%**	4%
Coelioscopie gynécologique	0	234	234	199	**0,0%**	6	179	185	157	**3,2%**	
Extraction dentaire	3 961	2 749	6 710	5 704	**59,0%**	4 992	1 713	6 705	5 699	**74,5%**	26%
Exérèses de kystes synoviaux	514	43	557	473	**92,3%**	544	43	587	499	**92,7%**	0%
Ensemble	**23 927**	**14 565**	**38 492**	**32 718**	**62,2%**	**27 990**	**10 701**	**38 691**	**32 887**	**72,3%**	16%

Source : PMSI MCO 2008 et 2009, ARS-OSA/BC

Evolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire dans la région par établissement

	2008					2009					
Établissement	**Nb de séjours en ambu.**	**Nb de séjours en hospit. complète**	**Total**	**Nb de séjours cible (85% de chir ambu)**	**% de séjours en ambu.**	**Nb de séjours en ambu.**	**Nb de séjours en hospit. complète**	**Total**	**Nb de séjours cible (85% de chir ambu)**	**% de séjours en ambu.**	**Évolution 2009-2008**
CH de Sedan	221	233	454	386	**48,7%**	325	156	481	409	**67,6%**	39%
Polyclinique du Parc	2 243	803	3 046	2 589	**73,6%**	2 503	545	3 048	2 591	**82,1%**	12%
Clinique du Dr Lhoste	153	535	688	585	**22,2%**	321	343	664	564	**48,3%**	117%
CH de Charleville Mézières	507	532	1 039	883	**48,8%**	581	435	1 016	864	**57,2%**	17%
Groupe hospitalier Sud-Ardennes	300	132	432	367	**69,4%**	260	96	356	303	**73,0%**	5%
CH de Troyes	655	476	1 131	961	**57,9%**	755	312	1 067	907	**70,8%**	22%
Polyclinique Pasteur	1 003	215	1 218	1 035	**82,3%**	981	193	1 174	998	**83,6%**	1%
Polyclinique Montier-la-Celle	732	869	1 601	1 361	**45,7%**	900	591	1 491	1 267	**60,4%**	32%
Polyclinique des Ursulines	2 953	938	3 891	3 307	**75,9%**	3 211	703	3 914	3 327	**82,0%**	8%
Clinique de Champagne	979	641	1 620	1 377	**60,4%**	1 190	528	1 718	1 460	**69,3%**	15%
GHAM	13	0	13	11	**100,0%**	14	1	15	13	**93,3%**	-7%
CHRU	1 536	1 012	2 548	2 166	**60,3%**	1 444	748	2 192	1 863	**65,9%**	9%
CH de Châlons-en-Champagne	528	298	826	702	**63,9%**	526	221	747	635	**70,4%**	10%
CH d'Epernay	149	111	260	221	**57,3%**	289	163	452	384	**63,9%**	12%
CH Vitry-le-Francois	111	85	196	167	**56,6%**	112	87	199	169	**56,3%**	-1%
Polyclinique de Courlancy	3 382	1 540	4 922	4 184	**68,7%**	3 992	1 309	5 301	4 506	**75,3%**	10%
Polyclinique Saint-André	2 209	1 671	3 880	3 298	**56,9%**	2 641	1 271	3 912	3 325	**67,5%**	19%
Polyclinique du Dr Jean Priollet	781	591	1 372	1 166	**56,9%**	878	377	1 255	1 067	**70,0%**	23%
Clinique Saint-Vincent	404	468	872	741	**46,3%**	736	249	985	837	**74,7%**	61%

	2008					2009					
Établissement	**Nb de séjours en ambu.**	**Nb de séjours en hospit. complète**	**Total**	**Nb de séjours cible (85% de chir ambu)**	**% de séjours en ambu.**	**Nb de séjours en ambu.**	**Nb de séjours en hospit. complète**	**Total**	**Nb de séjours cible (85% de chir ambu)**	**% de séjours en ambu.**	**Évolution 2009-2008**
Clinique de la renaissance	127	316	443	377	**28,7%**	252	225	477	405	**52,8%**	84%
Institut Jean Godinot	10	14	24	20	**41,7%**	9	8	17	14	**52,9%**	27%
Polyclinique des Bleuets	1 985	931	2 916	2 479	**68,1%**	1 975	804	2 779	2 362	**71,1%**	4%
CH de Chaumont	45	209	254	216	**17,7%**	89	200	289	246	**30,8%**	74%
CH de Langres	5	12	17	14	**29,4%**	6	5	11	9	**54,5%**	85%
CH de Saint-Dizier	188	155	343	292	**54,8%**	198	149	347	295	**57,1%**	4%
Clinique de la compassion	911	249	1 160	986	**78,5%**	1 126	115	1 241	1 055	**90,7%**	16%
Clinique Francois 1er	319	1 332	1 651	1 403	**19,3%**	959	731	1 690	1 437	**56,7%**	194%
Centre médico-chirurgical de Chaumont	1 478	197	1 675	1 424	**88,2%**	1 717	136	1 853	1 575	**92,7%**	5%
Ensemble	**23 927**	**14 565**	**38 492**	**32 718**	**62,2%**	**27 990**	**10 701**	**38 691**	**32 887**	**72,3%**	**16%**

Source : PMSI MCO 2008 et 2009 ARS-OSA/BC

Évolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire par département

	2008					2009					
Département	**Nb de séjours en ambu.**	**Nb de séjours en hospit. complète**	**Total**	**Nb de séjours cible (85% de chir ambu)**	**Taux de chirurgie ambu.**	**Nb de séjours en ambu.**	**Nb de séjours en hospit. complète**	**Total**	**Nb de séjours cible (85% de chir ambu)**	**Taux de chirurgie ambu.**	**Évolution 2009-2008**
Ardennes	3 424	2 235	5 659	4 810	60,5	3 990	1 575	5 565	4 730	71,7	18%
Aube*	6 335	3 139	9 474	8 053	66,9	7 051	2 328	9 379	7 972	75,2	12%
Marne*	13 230	7 037	18 259	15 520	72,5	14 863	5 462	18 316	15 569	81,1	12%
Haute-Marne	2 946	2 154	5 100	4 335	57,8	4 095	1 336	5 431	4 616	75,4	31%
Région	23 927	14 565	38 492	32 718	62,2	27 990	10 701	38 691	32 887	72,3	16%

** le GHAM (CH Romilly/HL Nogent/CH Sézanne) est inclus dans l'Aube et non dans la Marne : cela ne concerne que 13 séjours en 2008 et 15 en 2009*

Source : PMSI MCO 2008 et 2009 ARS-OSA/BC

Activité en chirurgie cancérologique dans les établissements de la région
(En nombre de séjours)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Sein					
2009	151	201	1100	143	1 595
2008	133	270	1093	138	1 634
2007	155	234	1079	161	1 629
2006	170	290	1091	178	1 729
Digestif					
2009	133	216	634	150	1 133
2008	161	227	640	130	1 158
2007	167	196	614	154	1 131
2006	158	217	621	147	1 143
Urologie					
2009	187	310	611	149	1 257
2008	128	200	655	87	1 070
2007	115	205	691	88	1 099
2006	102	230	686	127	1 145
Gynécologie					
2009	49	73	248	46	416
2008	55	61	198	50	364
2007	54	73	218	43	388
2006	41	66	222	45	374
ORL					
2009	21	58	465	31	575
2008	27	65	453	25	570
2007	22	53	469	26	570
2006	29	55	510	17	611
Thorax					
2009	9	40	363	7	419
2008	5	60	304	8	377
2007	8	49	284	20	361
2006	6	44	310	17	377

Source PMSI MCO, Exploitation ARS Champagne-Ardenne OSA /BC

Activité de radiothérapie en Champagne-Ardenne

	2008	2009
Nombre de patients pris en charge	4 132	4 289
Nombre de séances de radiothérapie	78 514	79 662

Source : ARS Champagne-Ardenne

Hospitalisation à domicile

Structures autorisées et installées

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Structures autorisées	4	2	5	2	12*
Dont Structures installées	3	2	4	1	9
Dont Installations à venir	1	0	1	1	3
Nb de places demandées dans le dossier d'autorisation	65	80	100	15	260
Places autorisées non installés	20	0	30	30	80

Source : ARS Champagne-Ardenne

* Une structure inter-départementale (Marne+Haute-Marne)
dont les capacités ont été réparties entre les deux départements (2x 15 places)

Activité des structures installées en 2008

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Nb. de journées de prise en charge	6 977	8 314	12 604	-	27 895	2 610 211

Source : SAE 2008

Médecine d'urgence

Passages aux urgences

Passages aux urgences	Année	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Urgences hors filière spécifique	2008	81 155	60 128	132 065	57 461	330 809	14 450 144
	2007	87 928	56 907	131 128	58 625	334 588	14 057 069
	2006	79 752	55 970	153 519	58 913	348 154	15 629 499
Urgences pédiatriques	2008	-	-	20 123	-	20 123	1 906 474
	2007	9 777	-	20 200	-	29 977	1 824 327
Nb de passages p. 1000 hab.	2008	285,8	199,1	268,9	308,1	262,2	263,3
% de passages donnant lieu à hospit. Complète *	2008	21,6%	32,6%	20,4%	22,80%	22,6%	23,1%

* calculé sur le mois d'octobre

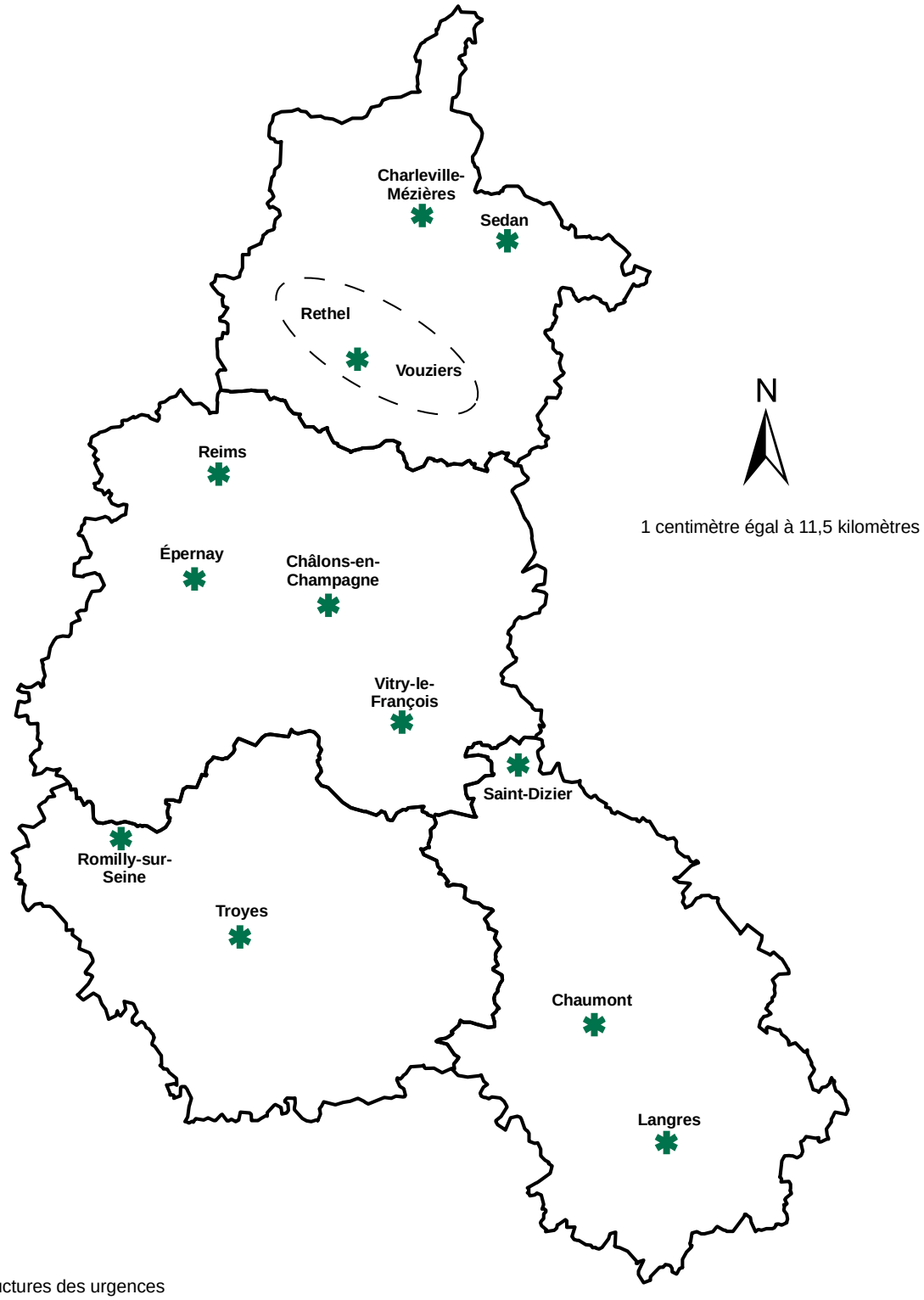
Source : SAE 2008, INSEE

Hospitalisations en provenance des urgences

Année	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
2008	22 615	15 382	33 517	8 586	80 100
2007	22 541	15 170	30 815	7 923	76 449

Source : PMSI MCO 2007 et 2008, Exploitation ORSCA

Communes d'implantation des structures des urgences



* La maternité de Rethel est amenée à devenir un centre périnatal de proximité d'ici à la fin de l'année 2010.

Source : Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne
Exploitation : ORS Champagne-Ardenne
Fond de carte : IGN

SAMU, régulation

Nombre d'affaires traitées

Année	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
2008	22 615	15 382	33 517	8 586	80 100
2007	22 541	15 170	30 815	7 923	76 449

Source : PMSI MCO 2007 et 2008, Exploitation ORSCA

Effectifs de médecins régulateurs

Année	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro
2008	-	16 (9,85)	13 (10,25)	-	29 (20,10)	572 (348,6)
2007	5 (4,9)	15 (12,9)	66 (25,8)	5 (1,1)	91 (44,7)	862 (516,8)

Source : SAE 2008, INSEE

Les ETP figurent entre parenthèses

Évolution du nombre de patients pris en charge par type de sortie [4] par ETS et territoire

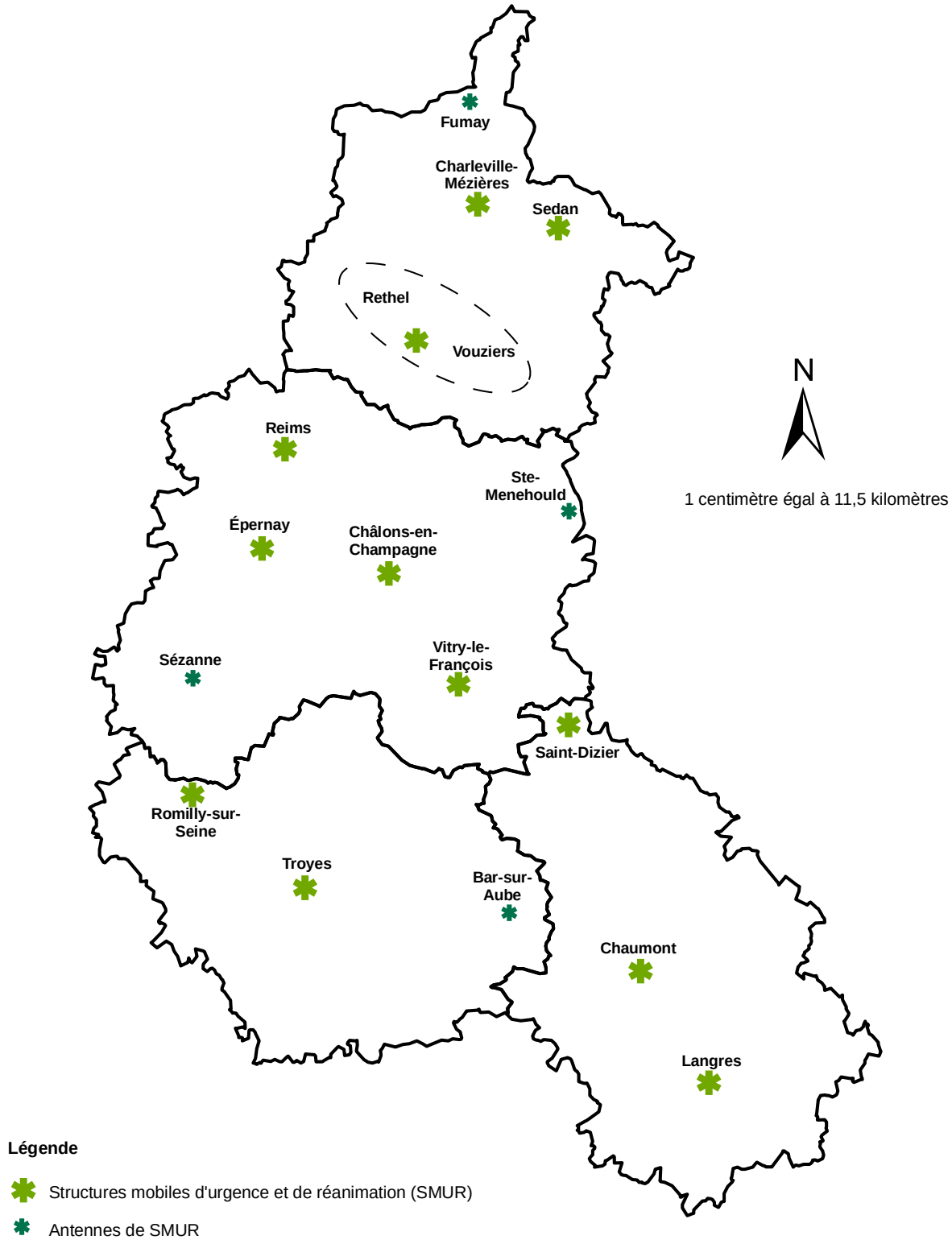
Nom de l'établissement	2008			2007		
	Nb de sorties primaires	Nb de sorties secondaires	Patients transportés	Nb de sorties primaires	Nb de sorties secondaires	Patients transportés
CH de Sedan	769	1	666	734	-	625
CH de Rethel	463	3	380	464	2	377
CH de Vouziers	298	12	216	324	13	265
CH de Charleville	1 644	749	974	1 655	757	1 032
Total Ardennes	**3 174**	**765**	**2 236**	**3 177**	**772**	**2 299**
CH de Troyes	2 089	398	847	2 073	385	805
CH de Romilly-sur-Seine	494	4	421	419	5	207
Total Aube	**2 583**	**402**	**1 268**	**2 492**	**390**	**1 012**
CH de Châlons-en-Champagne	1 060	44	666	929	60	553
CH d'Épernay	1 155	22	563	1 089	9	538
CH de Vitry-le-François	401	25	335	389	7	301
CHR de Reims	2 016	1 029	1 455	1 851	1 039	1 325
Total Marne	**4 632**	**1 120**	**3 019**	**4 258**	**1 115**	**2 717**
CH de Chaumont	1 430	565	821	1 482	452	1 027
CH de Langres	649	6	378	609	10	357
CH de Saint-Dizier	896	-	425	949	-	489
Total Haute-Marne	**2 975**	**571**	**1 624**	**3 040**	**462**	**1 873**
Total Champagne-Ardenne	**13 364**	**2 858**	**8 147**	**12 967**	**2 739**	**7 901**

Source : SAE 2008, Exploitation ORSCA

Note relative à l'organisation transfrontalière des SMUR

Une convention d'aide médicale urgente permet au centre 15 ardennais et au centre 100 belge de se concerter afin d'envoyer, en seconde intention, un SMUR du territoire voisin lorsque celui-ci peut intervenir plus rapidement auprès du patient que le SMUR du territoire national.

Communes d'implantation des SMUR



Source : Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne
Exploitation : ORS Champagne-Ardenne
Fond de carte : IGN

Imagerie et radiologie

Équipement en matériel d'imagerie et de radiologie

Type d'équipement	Ardennes		Aube		Marne		Haute-Marne		Champagne-Ardenne		France métro.	
	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007
Scanner	3	2	4	3	9	9	4	4	20	18	689	635
IRM	2	2	3	1	6	4	2	2	13	9	383	350
Caméras à scintillation	2	2	2	2	3	3	1	1	8	8	333	314
Tomographe à émission / caméra à positons	-	-	-	-	1	1	-	-	1	1	67	59
Radiologie non numérisée	2	1	3	3	13	20	3	3	21	27	1 035	1 244
Radiologie numérisée	17	19	7	6	33	25	11	11	68	61	2 295	2 130
Radiologie vasculaire (sans coronarographie)	1	1	1	1	2	2	-	-	4	4	250	249

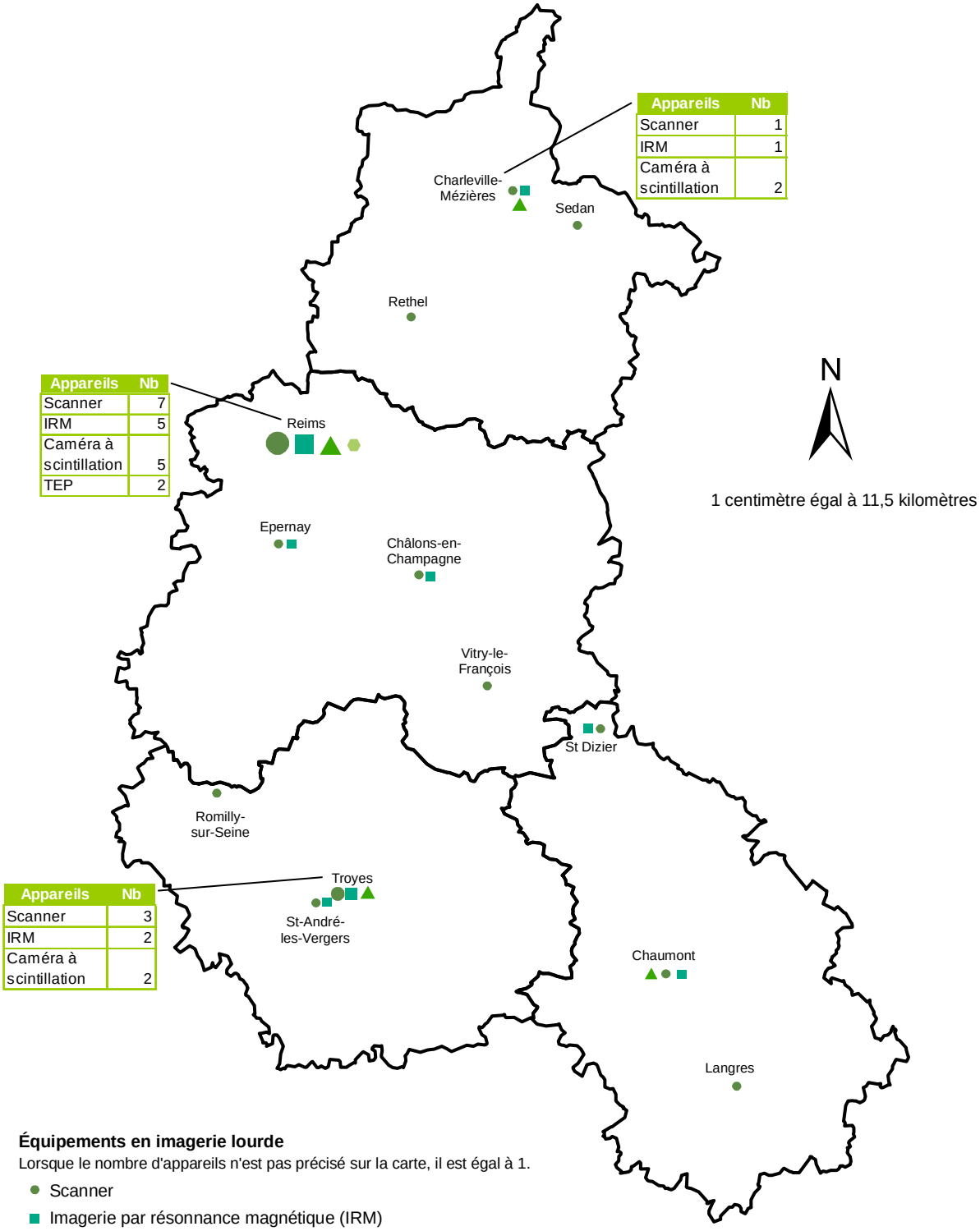
Source : SAE 2008, Exploitation ORSCA

Taux d'équipement en matériel d'imagerie et de radiologie

Taux d'équipement en 2008 (p.100 000 hab.)	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Scanner	1,06	1,32	1,59	2,14	1,49	1,11
IRM	0,70	0,99	1,06	1,07	0,97	0,62
Appareils de radiologie	7,04	3,64	8,48	7,51	6,95	5,76

Source : SAE 2008, Exploitation ORSCA

Équipement en matériel d'imagerie lourd en Champagne-Ardenne



Équipements en imagerie lourde

Lorsque le nombre d'appareils n'est pas précisé sur la carte, il est égal à 1.

- Scanner
- Imagerie par résonnance magnétique (IRM)
- Caméra à scintillation
- Tomographe par émission de positons

Départements

Source : SAE 2009 (Équipements installés au 31/12/2009)
Exploitation : ORS Champagne-Ardenne
Fond de carte : IGN

Utilisation du matériel d'imagerie et de radiologie

Activité	Ardennes		Aube		Marne		Haute-Marne		Champagne-Ardenne		France métro.	
En nb. d'examens	**2008**	**2007**	**2008**	**2007**	**2008**	**2007**	**2008**	**2007**	**2008**	**2007**	**2008**	**2007**
Scanner	18 521	14 388	14 535	16 097	54 956	52 791	7 889	9 100	95 901	92 376	3 317 073	3 015 278
IRM	3 018	3 197	6 382	4 556	9 798	64 573	2 599	2 259	21 797	74 585	643 479	562 108
Caméras à scintillation	4 204	4 542	5 965	4 385	8 612	8 008	2 355	2 895	21 136	19 830	267 704	273 944
Tomographe à émission / caméra à positons	7	11	-	-	2 689	763	-	-	2 696	774	41 320	31 505
Radiologie non numérisée	156	52	11 975	10 767	24 578	27 282	2 798	3 278	39 507	41 379	2 548 356	3 195 450
Radiologie numérisée	113 870	95 584	51 491	100 574	182 935	171 305	79 299	79 991	427 595	447 454	11 723 529	10 248 603
Radiologie vasculaire (sans coronarographie)	34	59	56	112	1 439	1 290	-	-	1 529	1 461	106 574	102 461

Source : SAE 2008, Exploitation ORSCA

Activité réalisée dans les établissements privés

En nb. d'examens	Ardennes		Aube		Marne		Haute-Marne		Champagne-Ardenne	
	2008	**2007**	**2008**	**2007**	**2008**	**2007**	**2008**	**2007**	**2008**	**2007**
Imagerie lourde	-	-	2 165	-	28 097	25 551	491	768	30 753	26 319
En %	-	-	8,1	-	36,9	20,3	3,8	5,4	21,7	14,0
Radiologie	-	-	-	-	37 975	24 762	4 048	3 912	42 023	28 674
En %	-	-	-	-	18,2	12,4	4,9	4,7	9,0	5,8

Source : SAE 2008, Exploitation ORSCA

Insuffisance rénale chronique

Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale

Le nombre de générateurs ou d'appareils est donné au 31/12/2009

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Hémodialyse en centre						
Nb de générateurs ou d'appareils	19	19	43*	20	101	5 752
Nb de séances de traitement dans l'année	13 355	11 280	21 340	14 497	60 472	3 065 629
Appareils p. 100 000 habitants	6,7	6,3	8,0	10,7	7,5	9,4
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée						
Nb de générateurs ou d'appareils	10	12	28	-	50	2 001
Nb de séances de traitement dans l'année	1 254	244	12 703	-	14 201	540 989
Appareils p. 100 000 habitants	3,5	4,0	4,9	-	3,7	3,2
Entraînement à l'hémodialyse						
Nb de générateurs ou d'appareils	2	-	2	-	4	408
Nb de séances de traitement dans l'année	255	192	800	4	1 251	78 287
Autodialyse						
Nb de générateurs ou d'appareils	19	39	57	21	136	5 292
Nb de séances de traitement dans l'année	3 276	6 592	9 406	3 777	23 051	1 166 504
Appareils p. 100 000 habitants	6,7	12,9	10,1	11,3	10,2	8,5

Source : SAE 2009

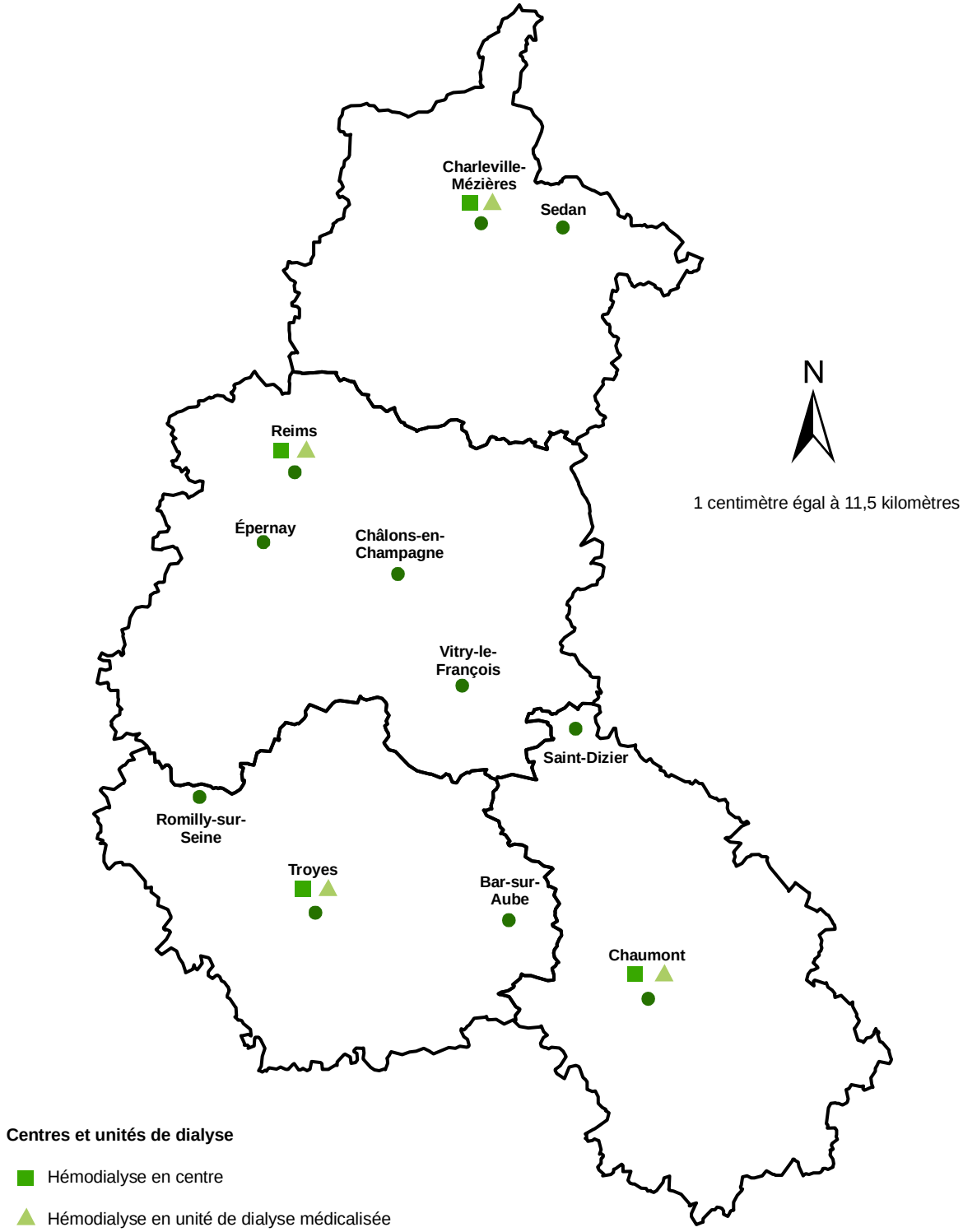
* 2 appareils spécifiques pour les enfants supplémentaires

Activité de l'Association régionale pour la promotion de la dialyse à domicile (ARPDD) de Champagne-Ardenne

Nombre de séances	2008	2009
Unité de dialyse médicalisée	12 913	14 201
Unité d'autodialyse assistée	24 353	23 051
Hémodialyse à domicile	614	627
Nombre de patients	**245**	**268**
Dialyse péritonéale continue ambulatoire	6 734	6 263
Dialyse péritonéale automatisée	4 681	4 643
Nombre de patients	**78**	**63**

Source : Association régionale pour la promotion de la dialyse à domicile

Traitement de l'insuffisance rénale chronique en Champagne-Ardenne



L'ARPDD de Reims dispose d'une autorisation dans chaque département pour de la dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale.

Source : Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne
Septembre 2010
Exploitation : ORS Champagne-Ardenne
Fond de carte : IGN

Soins de suite et de réadaptation

Offre et activité en SSR

Offre en SSR

Hospitalisation complète (lits)	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Réadaptation fonctionnelle	97	118	103	84	402	29 836
En %	32%	39%	20%	36%	30%	31%
Autres soins de suite	202	183	424	150	959	65 917
En %	68%	61%	80%	64%	70%	69%
Total SSR	299	301	527	234	1 361	95 753
Hospitalisation de jour (lits et places)						
Réadaptation fonctionnelle	20	11	41	12	84	7 952
Soins de suite	-	-	-	-	-	2 024

Source : SAE 2008, Exploitation ORSCA

Taux d'équipement (p.1 000 hab.)	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Réadaptation fonctionnelle	0,41	0,43	0,25	0,51	0,36	0,61
Soins de suite	0,71	0,61	0,75	0,80	0,72	1,06
Global (lits et places)	1,12	1,03	1,00	1,32	1,08	1,67

Source : SAE 2008, Estimations INSEE, Exploitation ORSCA

Type d'activité en SSR (En % du nombre de journées)

Type d'activité	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Hospitalisation complète ou de semaine en soins de suite médicalisés	56,8%	89,5%	84,6%	92,7%	80,0%
Hospitalisation de jour en soins de suite médicalisés	0,0%	4,5%	0,1%	3,9%	1,6%
Hospitalisation complète ou de semaine en rééducation fonctionnelle	25,4%	5,4%	11,4%	3,4%	12,3%
Hospitalisation de jour en rééducation fonctionnelle	9,9%	0,6%	3,9%	0,0%	4,1%
Traitements et cures ambulatoires (séances) en rééducation fonctionnelle	7,9%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

PMSI SSR 2007, Exploitation ORSCA

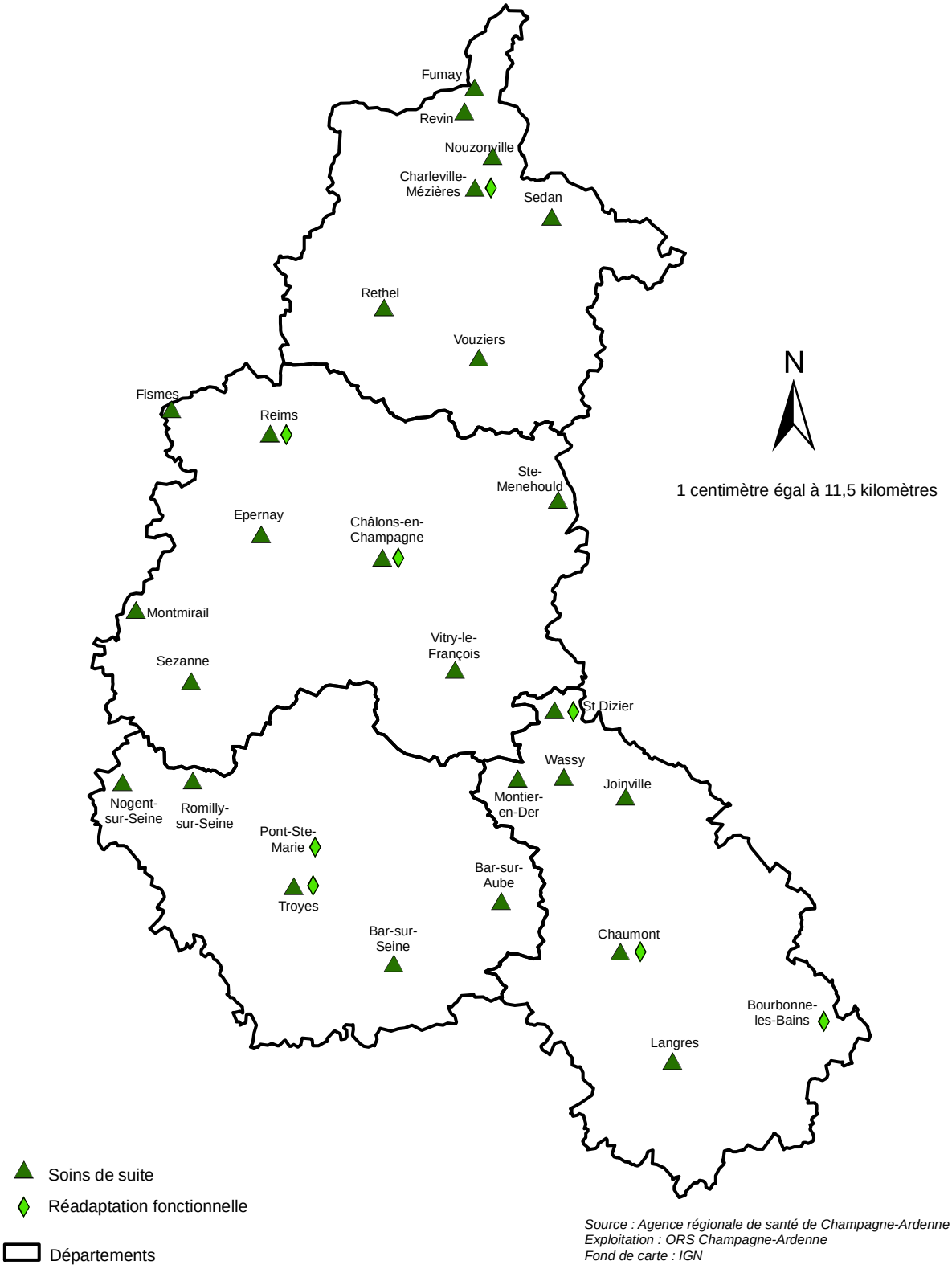
Répartition des séjours entre les différents modes d'entrée en SSR

(Décompte effectué sur le premier relevé hebdomadaire anonyme uniquement)

Mode d'entrée	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Par mutation depuis une unité de soins	45,2%	22,1%	51,1%	28,9%	38,7%
Par transfert depuis une unité de soins	41,6%	61,8%	30,3%	42,0%	41,6%
Du domicile	13,2%	16,1%	18,6%	29,1%	19,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

PMSI SSR 2007, Exploitation ORSCA

Offre en soins de suite et réadaptation fonctionnelle en Champagne-Ardenne



Source : Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne
Exploitation : ORS Champagne-Ardenne
Fond de carte : IGN

Cette carte rend compte des communes dans lequelles est implanté au moins un établissement.
Les communes de Charleville-Mézières, Chaumont, Langres et Reims disposent de plusieurs établissements de soins de suite.
La commune de Reims dispose de 2 établissements de réadaptation fonctionnelle.

Les implantations sont susceptibles d'évoluer en fonction des résultats de la mise en œuvre du SROS (autorisations d'activité de soins délivrées en septembre 2010).

Séjours dont le mode de sortie est ''Transfert ou mutation vers le SSR''

Catégories majeures de diagnostic des séjours en Médecine

Catégorie majeure de diagnostic	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
CMD 05 affections de l'appareil circulatoire	11,7%	11,6%	18,1%	15,5%	15,1%
CMD 01 affections du système nerveux	8,3%	10,0%	8,3%	10,2%	8,9%
CMD 04 affections de l'appareil respiratoire	7,9%	5,6%	6,3%	8,6%	6,9%
CMD 23 facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de	5,1%	9,7%	4,2%	6,3%	5,7%
CMD 19 maladies et troubles mentaux	3,7%	4,2%	6,6%	3,1%	5,0%
CMD 08 affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	3,1%	3,9%	4,1%	4,3%	3,9%
CMD 07 affections du système hépatobiliaire et du pancréas	2,7%	5,5%	2,9%	2,9%	3,3%
CMD 06 affections du tube digestif	2,2%	2,8%	2,3%	3,8%	2,6%
CMD 11 affections du rein et des voies urinaires	1,7%	2,2%	1,9%	3,3%	2,2%
CM 24 séjours de moins de 2 jours	45,5%	30,8%	31,1%	30,0%	34,0%
Part des 10 premières CMD	**92,0%**	**86,4%**	**85,8%**	**87,9%**	**87,6%**

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

Catégories majeures de diagnostic des séjours en Chirurgie

Catégorie majeure de diagnostic	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
CMD 08 affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	65,7%	75,1%	55,3%	75,1%	63,9%
CMD 05 affections de l'appareil circulatoire	3,3%	4,4%	15,9%	5,8%	10,5%
CMD 06 affections du tube digestif	8,7%	6,4%	6,1%	7,1%	6,6%
CMD 01 affections du système nerveux	2,2%	2,1%	8,0%	0,8%	5,0%
CMD 09 affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	4,3%	1,8%	2,0%	2,5%	2,3%
CMD 11 affections du rein et des voies urinaires	2,0%	1,6%	2,3%	2,1%	2,1%
CMD 07 affections du système hépatobiliaire et du pancréas	3,2%	1,7%	0,7%	1,9%	1,4%
CMD 04 affections de l'appareil respiratoire	0,2%	0,5%	1,7%	0,1%	1,1%
CMD 21 traumatismes, allergies et empoisonnements	1,2%	0,9%	0,9%	1,3%	1,0%
CM 24 séjours de moins de 2 jours	5,5%	2,8%	2,2%	0,9%	2,4%
Part des 10 premières CMD	**96,3%**	**97,1%**	**95,0%**	**97,7%**	**96,1%**

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

Part des séjours de médecine ou de chirurgie avec mode de sortie « transfert ou mutation SSR » [5]

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Médecine	6,0%	4,3%	3,9%	7,3%	4,7%
Chirurgie	3,3%	4,9%	4,7%	6,5%	4,8%

Source : PMSI MCO 2008, Exploitation ORSCA

Flux de séjours en SSR

Croisement entre lieu de séjour et lieu d'hospitalisation

Résidence \ Hospitalisation	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Hors région	Ensemble Total
Ardennes	**22 317**	0	1 247	0	2 059	25 623
Aube	50	**14 030**	131	254	4 544	19 009
Marne	432	532	**25 820**	1 066	5 679	33 529
Haute-Marne	44	74	57	**11 088**	4 358	15 621
Hors région	759	1 044	1 774	1 435	-	5 012
Total	23 602	15 680	29 029	13 843	16 640	98 794

Source : PMSI SSR 2007, Exploitation ORSCA

Taux d'autarcie, de fuite et d'attractivité en SSR

	Autarcie	Attractivité	Fuite
Ardennes	94,6%	5,4%	12,9%
Aube	89,5%	10,5%	26,2%
Marne	88,9%	11,1%	23,0%
Haute-Marne	80,1%	19,9%	29,0%
Région	93,9%	6,1%	17,7%

Source : PMSI SSR 2007, Exploitation ORSCA

Soins intensifs et réanimation

Offre et activité en 2008

Activité	2008	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Réanimation	Nombre de lits	12	12	48	14	86	4 503
	Nombre de journées réalisées	4 180	3 598	15 150	4 866	27 794	1 401 055
	Nombre d'admissions	375	542	1 738	633	3 288	199 564
	Nb. lits p. 100 000 habitants	4,2	4,0	8,5	7,5	6,4	7,2
Soins intensifs spécialisés	Nombre de lits	23	14	30	18	85	3 462
	Nombre de journées réalisées	5 776	4 046	8 816	5 371	24 009	1 051 705
	Nombre d'admissions	1 396	1 460	2 372	1 634	6 862	283 052
	Nb. lits p. 100 000 habitants	8,1	4,6	5,3	9,7	6,4	5,6
Surveillance continue	Nombre de lits	8	14	91	17	130	4 592
	Nombre de journées réalisées	1 885	4 668	23 221	4 465	34 239	1 231 751
	Nombre d'admissions	325	750	7 221	1 724	10 020	311 197
	Nb. lits p. 100 000 habitants	2,8	4,6	16,1	9,1	9,7	7,4

Source : SAE 2008, Estimations INSEE, Exploitation ORSCA

Offre et activité en Champagne-Ardenne en 2004 et 2006

Activité	2006	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Réanimation	Nombre de lits	12	12	63	20	107	5 436
	Nombre de journées réalisées	3 796	3 489	19 072	5 908	32 265	1 672 308
	Nombre d'admissions	464	627	2 422	1 301	4 814	250 269
	Nb. lits p. 100 000 habitants	4,2	4,0	11,1	10,7	8,0	8,9
Soins intensifs spécialisés	Nombre de lits	28	14	48	12	102	3 041
	Nombre de journées réalisées	6 158	3 769	15 217	3 138	28 282	905 024
	Nombre d'admissions	1 499	1 370	3 793	1 039	7 701	255 422
	Nb. lits p. 100 000 habitants	9,8	4,7	8,5	6,4	7,6	5,0
Surveillance continue	Nombre de lits	-	12	67	16	95	3 188
	Nombre de journées réalisées	-	4 634	17 933	5 494	28 061	878 980
	Nombre d'admissions	-	814	5 596	1 995	8 405	202 785
	Nb. lits p. 100 000 habitants	-	4,0	11,8	8,5	7,1	5,2

Source : SAE 2006, Estimations INSEE, Exploitation ORSCA

Activité	2004	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Réanimation	Nombre de lits	12	12	63	20	107	5 534
	Nombre de journées réalisées	3 735	3 685	19 516	5 381	32 317	1 659 279
	Nombre d'admissions	465	548	2 843	1 022	4 878	259 050
	Nb. lits p. 100 000 habitants	4,2	4,0	11,1	10,5	8,0	9,1
Soins intensifs spécialisés	Nombre de lits	28	14	67	12	121	2 825
	Nombre de journées réalisées	6 484	3 683	18 588	3 272	32 027	837 929
	Nombre d'admissions	1 501	1 181	4 853	866	8 401	236 052
	Nb. lits p. 100 000 habitants	9,8	4,7	11,8	6,3	9,0	4,7
Surveillance continue	Nombre de lits	-	5	53	16	74	2 627
	Nombre de journées réalisées	-	1 826	12 279	5 136	19 241	757 724
	Nombre d'admissions	-	503	3 921	1 856	6 280	168 766
	Nb. lits p. 100 000 habitants	-	1,7	9,4	8,4	5,5	4,3

Source : SAE 2004, Estimations INSEE, Exploitation ORSCA

Psychiatrie

Offre et taux d'équipements en psychiatrie

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Hospitalisation complète (lits)						
Psychiatrie infanto-juvénile	4	-	12	5	21	2 070
Psychiatrie générale	256	202	411	164	1 033	55 730
Hospitalisation de jour, nuit (places)						
Psychiatrie infanto-juvénile	45	36	58	71	210	12 821
Psychiatrie générale	73	91	61	88	313	18 375
Accueil familial thérapeutique (places)						
Psychiatrie infanto-juvénile	-	-	5	4	9	816
Psychiatrie générale	5	12	4	5	26	2 815

Source : SAE 2008, Exploitation ORSCA

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Taux d'équipement en psychiatrie générale						
Hospit. Complète	1,15	0,85	0,91	1,09	0,97	1,14
Equipement global (lit et places) (‰ hab. de plus de 16 ans)	1,50	1,28	1,06	1,71	1,29	1,57
Taux d'équipement en psychiatrie juvénile						
Hospit. Complète	0,06	0,00	0,10	0,14	0,08	0,16
Equipement global (lit et places) (‰ hab. de moins de 16 ans)	0,79	0,58	0,64	2,16	0,86	1,22

Source : SAE 2008, Estimations INSEE, Exploitation ORSCA

Files actives et personnes présentes en hospitalisation à temps plein depuis plus d'un an en psychiatrie générale, infanto-juvénile et en milieu pénitentiaire

Activité	2009	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
Psychiatrie générale	File active totale	7 021	6 521	14 815	4 900
	File active exclusivement ambulatoire	3 921	4 506	11 645	3 875
	File active hospitalisée à temps plein dans l'année	1 572	1 733	1 935	915
	Personnes présentes en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an	110	148	135	10
Psychiatrie infanto-juvénile	File active totale	1 304	2 551	4 969	2 346
	File active exclusivement ambulatoire	832	1 735	4 583	2 127
	File active hospitalisée à temps plein dans l'année	8	-	74	314
	Personnes présentes en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an	0	-	0	0
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	File active totale	0	762	1 160	171
	File active exclusivement ambulatoire	54	762	1 005	171
	File active hospitalisée à temps plein dans l'année	0	-	-	-
	Personnes présentes en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an	0	-	-	-

Source : SAE 2009, Exploitation ORSCA

Soins palliatifs

Implantation des unités fixes de soins palliatifs (août 2010)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Unités installées	0	2	1	0	3
Nb de lits	-	17	24	-	41

Source : ARS Champagne-Ardenne

Implantation des équipes mobiles de soins palliatifs (août 2010)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Equipes mobiles installées	1	1	4	2	8
Nb. de nouveaux patients en 2008	441	654	1037	362	2494

Source : ARS Champagne-Ardenne

Implantation des lits identifiés en soins palliatifs (août 2010)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Nombre d'implantations	4	3	9	2	18
Nb de lits	24	20	80	11	135

Source : ARS Champagne-Ardenne

Éducation du patient

Localisation des Unités thérapeutiques d'éducation du patient (UTEP) et maladies prises en charge en 2009

Département	Ardennes	Aube		Marne			Haute-Marne
Etablissement	CH de Charleville-Mézières	CH de Romilly-sur-Seine	CH de Troyes	CH de Châlons-en-Champagne	CH d'Epernay	CHU Reims	CH de St Dizier
Diabète type 1 et 2	x	x	x	x		x	x
Diabète chez l'enfant						x	
Obésité	x			x	x	x	x
Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive	x		x	x			
Asthme (adultes et enfants)	x					x	
Maladies cardio-vasculaires	x	x			x		
Insuffisance rénale chronique			x			x	

Source : ARS (ARH), SROS Champagne-Ardenne, volet éducation du patient, tableau de bord de suivi des activités des UTEP, 2009, Exploitation ORSCA

Les patients pris en charge en UTEP : évolution de l'activité toutes maladies confondues

Département	Ardennes	Aube		Marne			Champagne-Ardenne
Etablissement	CH de Charleville-Mézières	CH de Romilly-sur-Seine	CH de Troyes	CH de Châlons-en-Champagne	CH d'Epernay	CHU Reims	Ensemble des établissements
2005	97	77	15	66	0	529	784
2006	232	113	4	88	0	529	966
2007	307	121	20	88	0	574	1 110
2008	180	87	69	68	61	503	968
2009	176	141	41	122	48	599	1 127
Variation 2005-2009	0,81 %	0,83 %	1,73 %	0,85 %	-	0,13 %	0,44 %

Source : ARS (ARH), SROS Champagne-Ardenne, volet éducation du patient, tableau de bord de suivi des activités des UTEP, 2009, Exploitation ORSCA

Les patients pris en charge en UTEP : évolution du nombre de patients pris en charge par maladie dans l'ensemble des établissements de la région

	Diabète type 1 et 2	Obésité	Asthme (adultes et enfants)	MCV*	IRC**	BPCO***	Ensemble des maladies prises en charge
2005	267	95	341	65	0	16	784
2006	353	170	353	72	0	18	966
2007	384	289	294	108	0	35	1 110
2008	179	316	344	84	0	45	968
2009	251	307	321	115	85	48	1 127
Variation 2005-2009	-0,06 %	2,23 %	-0,06 %	0,77 %	-	2,00 %	0,44 %

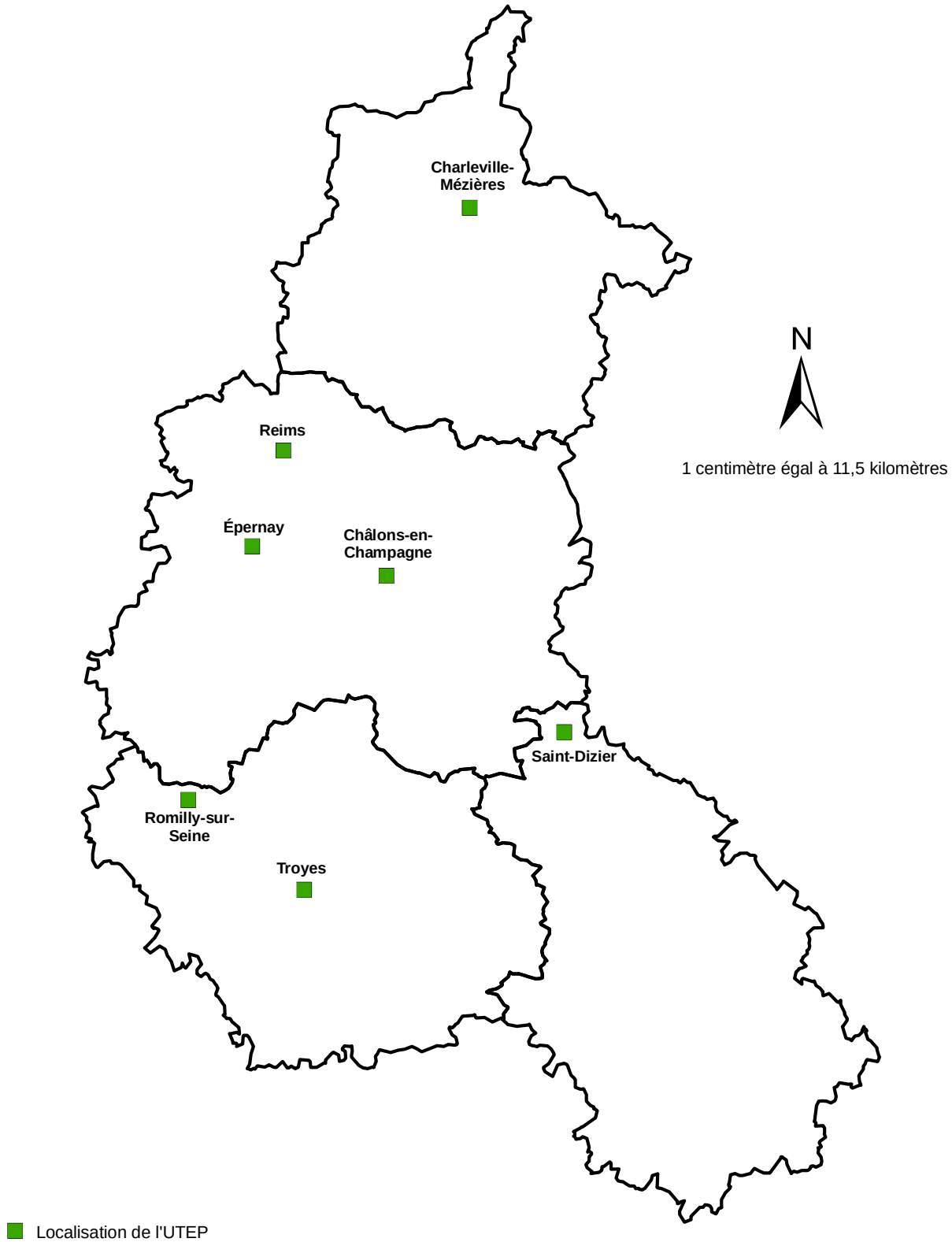
Source : ARS (ARH), SROS Champagne-Ardenne, volet éducation du patient, tableau de bord de suivi des activités des UTEP, 2009, Exploitation ORSCA

*BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

**IRC : Insuffisance rénale chronique

***MCV : Maladies cardio-vasculaires

Localisation des Unités thérapeutiques d'éducation des patient (UTEP) en Champagne-Ardenne



Source : Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne
Septembre 2010
Exploitation : ORS Champagne-Ardenne
Fond de carte : IGN

Index

AMP : Assistance médicale à la procréation.

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation.

ARS : Agence régionale de santé.

CMD : Catégorie majeure de diagnostic.

CH : Centre hospitalier.

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire.

CHU : Centre hospitalier universitaire.

CSS : Code de la sécurité sociale.

ETP : Équivalent temps plein.

ETS : Établissement de soins.

GHAM : Groupement hospitalier Aube-Marne.

INCA : Institut national du cancer.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRM : Imagerie par résonance magnétique.

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique.

MS : Membres supérieurs.

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire.

SSR : Soins de suite et de réadaptation.

ORL : Oto-rhino-laryngologie.

ORSCA : Observatoire régional de la santé de Champagne-Ardenne.

OSA : Observation, statistiques, analyses.

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information.

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé.

SAMU : Service d'aide médicale urgente.

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation.

UTEP : Unité thérapeutique d'éducation du patient.

ZOAST : Zone organisée d'accès aux soins tranfrontaliers

Glossaire

[1] Séjours produits :
Ce sont tous les séjours produits par les établissements de la région, à destination de patients résidant dans et hors de la région (concerne tous les séjours en Champagne-Ardenne).

[2] Séjours consommés :
Ce sont tous les séjours consommés par des patients résidant dans la région, hospitalisés dans et en dehors de la région (concerne tous les séjours des Champardennais).

[3] Autarcie, fuites, attractivité :
Séjours et séances ventilés selon le lieu de domicile du patient et la localisation de l'établissement de soins

Autarcie :
Ce sont des séjours consommés dans le territoire par les habitants de ce territoire (en d'autres termes consommés et produits dans un même territoire).

Fuites :
Les fuites font référence à la consommation des habitants du territoire. Il s'agit de séjours consommés par ces habitants dans des établissements situés en dehors du territoire.

Attractivité :
L'attractivité fait référence à la production des établissements. Il s'agit de séjours PMSI produits par les établissements d'un territoire pour les habitants d'un autre territoire.

[4] Sortie :
Intervention médicalisée d'une unité mobile hospitalière ayant pour but d'apporter des soins aux blessés, aux malades ou aux parturientes.

Sortie primaire :
Transport médicalisé effectué par un Smur du lieu de la détresse vers un établissement de soins.

Sortie secondaire :
Transport médicalisé effectué par un Smur d'un établissement de soins à un autre.

[5] Transfert ou mutation SSR :
Transfert normal :
Hospitalisé à part entière, le malade sort pour une hospitalisation à part entière (à distinguer de la sortie après prestation réalisée pour le compte d'un autre établissement), dans :
- une autre entité juridique pour les établissements publics et privés visés aux alinéas a, b et c de l'article L162-22-6 du CSS ;
- une autre entité juridique ou un autre établissement de la même entité juridique pour les établissements privés visés aux alinéas d et e du même article.

Mutation :
Le malade sort vers une autre unité médicale :
- de la même entité juridique pour les établissements publics et privés visés aux alinéas a, b et c de l'article L162-22-6 du CSS ;
- du même établissement pour les établissements privés visés aux alinéas d et e du même article.

Liste des figures

Court séjour hospitalier

Données générales
Offre en court séjour hospitalier p4
L'offre hospitalière en Médecine en Champagne-Ardenne (carte) p5
L'offre hospitalière en Chirurgie en Champagne-Ardenne (carte) p6
Entrées en hospitalisation complète p7
Répartition des séjours par activité de soins p7
Venues en hospitalisation de jour, nuit, et en anesthésie ou chirurgie ambulatoire p7
Production et consommation de séjours en médecine et chirurgie
Production et consommation de séjours en médecine et chirurgie en Champagne-Ardenne p8
Production et consommation de séjours en médecine et chirurgie (Ardennes) p9
Production et consommation de séjours en médecine et chirurgie (Aube) p9
Production et consommation de séjours en médecine et chirurgie (Marne) p9
Production et consommation de séjours en médecine et chirurgie (Haute-Marne) p9
Autarcie, fuites, attractivité
Séances (toutes les séances sont classées en Médecine) p10
Séjours de moins de 2 jours en Médecine p10
Séjours de moins de 2 jours en Chirurgie p11
Séjours de moins de 2 jours en Obstétrique p11
Séjours de plus de 2 jours en Médecine p12
Séjours de plus de 2 jours en Chirurgie p12
Séjours de plus de 2 jours en Obstétrique p12
Répartition des séjours entre les secteurs public et privé p13
Répartition des séances par type p13
Séances de chimiothérapie réalisées dans les établissements de la région p14
Chirurgie et radiothérapie
Evolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire dans la région par gestes p15
Evolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire dans la région par établissement p16
Évolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire par département p17
Activité en chirurgie cancérologique dans les établissements de la région p18
Activité de radiothérapie en Champagne-Ardenne p18
Hospitalisation à domicile
Structures autorisées et installées p19
Activité des structures installées en 2008 p19
Médecine d'urgence
Passages aux urgences p19
Hospitalisations en provenance des urgences p19
Communes d'implantation des structures des urgences (carte) p20
SAMU, régulation
Nombre d'affaires traitées p21
Effectifs de médecins régulateurs p21
Évolution du nombre de patients pris en charge par type de sortie par ETS et territoire p21
Communes d'implantation des SMUR (carte) p22
Imagerie et radiologie
Équipement en matériel d'imagerie et de radiologie p23
Taux d'équipement en matériel d'imagerie et de radiologie p23
Équipement en matériel d'imagerie lourd en Champagne-Ardenne (carte) p24
Utilisation du matériel d'imagerie et de radiologie p25
Activité réalisée dans les établissements privés p25
Insuffisance rénale chronique
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale p26
Activité de l'Association régionale pour la promotion de la dialyse à domicile (ARPDD) de Champagne-Ardenne p26
Traitement de l'insuffisance rénale chronique en Champagne-Ardenne (carte) p27

Soins de suite et de réadaptation

Offre et activité en SSR

Offre en SSR p29
Type d'activité en SSR (En % du nombre de journées) p29
Répartition des séjours entre les différents modes d'entrée en SSR p29
Offre en soins de suite et réadaptation fonctionnelle en Champagne-Ardenne (Carte) p30

Séjour dont le mode de sortie est « transfert ou mutation SSR » [5]

Catégories majeures de diagnostic des séjours en Médecine p31
Catégories majeures de diagnostic des séjours en Chirurgie p31
Part des séjours de médecine ou de chirurgie avec des modes de sortie « transfert ou mutation SSR » p32

Flux de séjours en SSR

Croisement entre lieu de séjour et lieu d'hospitalisation p32
Taux d'autarcie, de fuite et d'attractivité en SSR p32

Soins intensifs et réanimation

Offre et activité en 2008 p34
Offre et activité en Champagne-Ardenne en 2004 et 2006 p34

Psychiatrie

Offre et taux d'équipements en psychiatrie p36
Files actives et personnes présentes en hospitalisation à temps plein depuis plus d'un an en psychiatrie générale, infanto-juvénile et en milieu pénitentiaire p36

Soins palliatifs

Implantation des unités fixes de soins palliatifs (août 2010) p38
Implantation des équipes mobiles de soins palliatifs (août 2010) p38
Implantation des lits identifiés en soins palliatifs (août 2010) p38

Éducation du patient

Localisation des Unités thérapeutiques d'éducation du patient (UTEP) et maladies prises en charge en 2009 p40
Les patients pris en charge en UTEP : évolution de l'activité toutes maladies confondues p40
Les patients pris en charge en UTEP : évolution du nombre de patients pris en charge par maladie dans l'ensemble des établissements de la région p40
Localisation des Unités thérapeutiques d'éducation du patient (UTEP) en Champagne-Ardenne (carte) p41

La santé dans la région Champagne-Ardenne

Indicateurs régionaux

Contribution au diagnostic du projet régional de santé

Fiche 11 – Santé - Environnement

Données arrêtées au 30/09/2010

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ORS Champagne-Ardenne

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

Sommaire

Habitat 3

Environnement et pollution 6

Maladies 13

Santé au travail 21

Sécurité routière 23

Index 27

Glossaire 28

Liste des figures 32

Habitat

Ancienneté des habitations
(Résidences principales uniquement)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Proportion d'habitations construites avant 1949	42,1%	34,2%	28,7%	41,0%	34,5%	30,8%

Source : INSEE, Recensement de la population 2007

Proportion de logements individuels
(Résidences principales uniquement)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
Proportion de logements individuels	69,6%	65,1%	55,4%	73,1%	63,0%	56,0%

Source : INSEE, Recensement de la population 2007

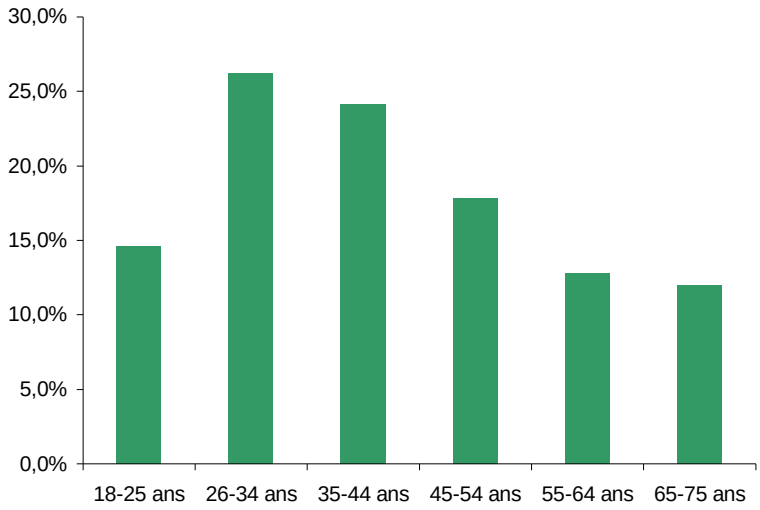
Données sur l'habitat potentiellement indigne : voir fiche n°2 – Données sociales

Éléments perçus comme contribuant à la pollution de l'habitat
Question posée : Parmi les éléments suivants, quels sont ceux qui, selon vous, contribuent à la pollution de l'air dans les logements ? Le tableau donne le % de réponses « Oui ».

	Champagne-Ardenne	France
Fumée de tabac	97,2%	97,6%
Produits d'entretien, de bricolage, aérosols	92,4%	93,8%
Moisissures	86,5%	85,5%
Air extérieur	78,1%	77,9%
Acariens	72,0%	73,2%
Murs, sols et plafonds	57,3%	57,0%
Produits cosmétiques	55,5%	53,2%
Animaux domestiques	52,2%	52,0%
Mobilier	30,7%	31,5%

Source : Baromètre Santé Environnement 2007, INPES, ORS Champagne-Ardenne.
Exploitation ORS Champagne-Ardenne

Personnes déclarant avoir déjà ressenti les effets de la pollution de l'air intérieur sur leur santé ou celle de leur entourage en Champagne-Ardenne



Source : Baromètre Santé Environnement 2007, INPES, ORS Champagne-Ardenne. Exploitation ORSCA

Environnement et pollution

Qualité de l'air

Moyennes annuelles relevées par les dispositifs de mesure d'ATMO Champagne-Ardenne

Pour les polluants le plus fréquemment mesurés par les différentes stations
Définitions des polluants en [1]

Moyennes 2009 (en µg/m^3)	Ardennes	Aube			Marne							Haute-Marne
		Agglomération de Troyes			Agglomération de Reims					Agglo. de Châlons		
	Revin	La Tour	Sainte-Savine	Saint-Parres	Bétheny	Couraux	Jean d'Aulan	Mairie	Tinqueux	Châlons	St Memmie	Saint-Dizier
Dioxyde d'azote (NO_2)	-	21	19	-	21	23	20	30	21	20	19	15
Ozone (O_3)	56	45	46	45	44	-	46	40	44	42	42	51
Dioxyde de soufre (SO_2)	-	0	-	-	-	1	1	0	1	1	-	1
Poussières fines (PM10)	23	24	24	-	-	-	-	-	24	24	-	0,10 ng/m^3

Source : ATMO Champagne-Ardenne, Rapport d'activité 2009

Moyennes 2008 (en µg/m^3)	Ardennes	Aube			Marne							Haute-Marne
		Agglomération de Troyes			Agglomération de Reims					Agglo. de Châlons		
	Revin	La Tour	Sainte-Savine	Saint-Parres	Bétheny	Couraux	Murigny	Mairie	Tinqueux	Châlons	St Memmie	Saint-Dizier
Dioxyde d'azote (NO_2)	-	22	18	-	21	23	21	32	21	19	18	15
Ozone (O_3)	56	43	44	45	44	-	41	39	46	41	41	51
Dioxyde de soufre (SO_2)	-	1	-	-	-	2	1	1	1	1	-	1
Poussières fines (PM10)	-	23	23	-	-	-	22	-	24	26	-	21

Source : ATMO Champagne-Ardenne, Rapport d'activité 2008

Moyennes annuelles de référence :

En µg/m^3	Objectifs de qualité	Valeur limite
Dioxyde d'azote (NO_2)	40	42
Dioxyde de soufre (SO_2)	50	-
Poussières fines (PM10)	30	40

Source : ATMO Champagne-Ardenne, Rapport d'activité 2009

Qualité de l'eau

Qualité bactériologique sur la période 2003-2005

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
Répartition des UDI [2]				
Bonne qualité	72,0%	95,0%	85,0%	56,0%
Qualité moyenne	23,0%	5,0%	12,0%	27,0%
Qualité médiocre	4,0%	0,0%	2,0%	13,0%
Mauvaise qualité	1,0%	0,0%	1,0%	4,0%
Répartition de la population				
Bonne qualité	92,0%	99,0%	97,0%	82,0%
Qualité moyenne	7,0%	1,0%	3,0%	12,0%
Qualité médiocre	1,0%	0,0%	0,0%	5,0%
Mauvaise qualité	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%

Source : Bilan triennal de la qualité de l'eau distribuée en 2006

Qualité bactériologique sur la période 2000-2002

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
Répartition des communes				
Bonne qualité	65,0%	87,0%	85,0%	21,0%
Qualité moyenne	21,0%	13,0%	12,0%	29,0%
Qualité médiocre	10,0%	0,0%	3,0%	31,0%
Mauvaise qualité	3,0%	0,0%	0,3%	19,0%
Pas d'analyse	1,0%	-	-	-
Répartition de la population				
Bonne qualité	87,0%	97,0%	95,0%	56,0%
Qualité moyenne	10,0%	3,0%	4,0%	26,0%
Qualité médiocre	2,0%	0,0%	1,0%	12,0%
Mauvaise qualité	1,0%	0,0%	0,0%	6,0%

Source : Bilan triennal de la qualité de l'eau potable en 2003

Références :

Pourcentage d'analyses non-conformes par niveau de qualité :

Bonne qualité : (0-10 %)
Qualité moyenne : (10-25 %)
Qualité médiocre : (25-50 %)
Mauvaise qualité : (> 50 %)

Teneur en nitrates

Teneur en nitrates sur la période 2003-2005

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
Répartition des UDI				
Bonne qualité	74,0%	46,0%	42,0%	71,0%
Qualité moyenne	25,0%	50,0%	52,0%	27,0%
Mauvaise qualité	1,0%	4,0%	6,0%	2,0%
Répartition de la population				
Bonne qualité	84,0%	70,0%	37,0%	87,0%
Qualité moyenne	15,0%	28,0%	61,0%	12,0%
Mauvaise qualité	1,0%	2,0%	2,0%	1,0%

Source : Bilan triennal de la qualité de l'eau distribuée en 2006

Teneur en nitrates sur la période 2000-2002

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
Répartition des communes				
Bonne qualité	64,0%	47,0%	39,0%	81,0%
Qualité moyenne	33,0%	49,0%	54,0%	19,0%
Mauvaise qualité	2,0%	4,0%	7,0%	0,0%
Pas d'analyse	1,0%	-	-	-
Répartition de la population				
Bonne qualité	82,0%	73,0%	35,0%	90,0%
Qualité moyenne	18,0%	25,0%	63,0%	10,0%
Mauvaise qualité	0,0%	2,0%	2,0%	0,0%

Source : Bilan triennal de la qualité de l'eau potable en 2003

Références :

Teneur en nitrates par niveau de qualité

Bonne qualité : (0-25 mg/L)
Qualité moyenne : (25-50 mg/L)
Mauvaise qualité : (> 50 mg/L)

Teneur en pesticides

Teneur en pesticides sur la période 2003-2005

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
Répartition des UDI				
Eau conforme	81,0%	80,0%	72,0%	55,0%
Eau non conforme	19,0%	20,0%	25,0%	5,0%
Pas d'analyse	-	-	3,0%	40,0%
Répartition de la population				
Eau conforme	71,0%	82,0%	90,0%	68,0%
Eau non conforme	29,0%	18,0%	10,0%	20,0%
Pas d'analyse	-	-	-	12,0%

Source : Bilan triennal de la qualité de l'eau distribuée en 2006

Références :

Teneur en pesticides par niveau de qualité

Eau conforme : au maximum une substance > 0,1 µg/L et somme < 0,5µg/L

Teneur en pesticides sur la période 1997-2002

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
Répartition des communes				
Bonne qualité	77,0%	59,0%	66,0%	30,0%
Qualité moyenne	19,0%	31,0%	21,0%	4,0%
Mauvaise qualité	3,0%	2,0%	12,0%	0,0%
Pas d'analyse	1,0%	8,0%	1,0%	66,0%
Répartition de la population				
Bonne qualité	72,0%	77,0%	48,0%	51,0%
Qualité moyenne	27,0%	19,0%	46,0%	17,0%
Mauvaise qualité	1,0%	1,0%	6,0%	0,0%
Pas d'analyse	-	3,0%	-	32,0%

Source : Bilan triennal de la qualité de l'eau potable en 2003

Références :

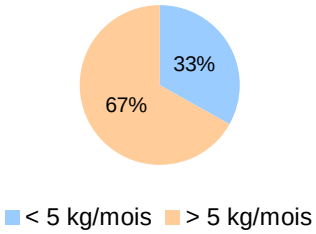
Teneur en pesticides par niveau de qualité

Bonne qualité : Toutes substances < 0,1µg/L
Qualité moyenne : Au moins une substance > 0,1µg/L et somme < 0,5µ/L
Mauvaise qualité : Au moins une substance > 0,1µg/L et somme > 0,5µ/L

Production de déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI)

Dans les maisons de retraite : 71 % d'établissements producteurs

Les deux tiers des maisons de retraites de la région produisent plus de 5 kg de DASRI par mois :



Source : ARS Champagne-Ardenne - Enquête 2006

Dans les pharmacies :

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
% d'officines produisant des DASRI	34,0%	34,8%	35,7%	53,2%	37,7%

Source : ARS Champagne-Ardenne - Enquête 2006

Par les professionnels de santé :

Dentistes	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Nb de répondants concernés	113	136	303	75	627
Production < 5kg (en %)	67%	80%	59%	80%	68%
Production > 5kg (en %)	23%	17%	40%	19%	29%

Source : DRDASS et DDASS de Champagne-Ardenne, enquête 2005

Les % manquants pour arriver à un total de 100 sont des non réponses

Infirmiers libéraux	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Nb de répondants concernés	186	121	241	91	639
Production < 5kg (en %)	76%	75%	80%	85%	79%
Production > 5kg (en %)	20%	21%	17%	4%	17%

Source : DRDASS et DDASS de Champagne-Ardenne, enquête 2005

Les % manquants pour arriver à un total de 100 sont des non réponses

Médecins	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Nb de répondants concernés	277	281	617	204	1379
Production < 5kg (en %)	87%	89%	86%	84%	87%
Production > 5kg (en %)	10%	9%	13%	5%	10%

Source : DRDASS et DDASS de Champagne-Ardenne, enquête 2005

Les % manquants pour arriver à un total de 100 sont des non réponses

Pédicures-Podologues	Champagne-Ardenne
Nb de répondants concernés	139
Production < 5kg (en %)	95%
Production > 5kg (en %)	4%

Vétérinaires	Champagne-Ardenne
Nb de répondants concernés	168
Production < 5kg (en %)	64%
Production > 5kg (en %)	35%

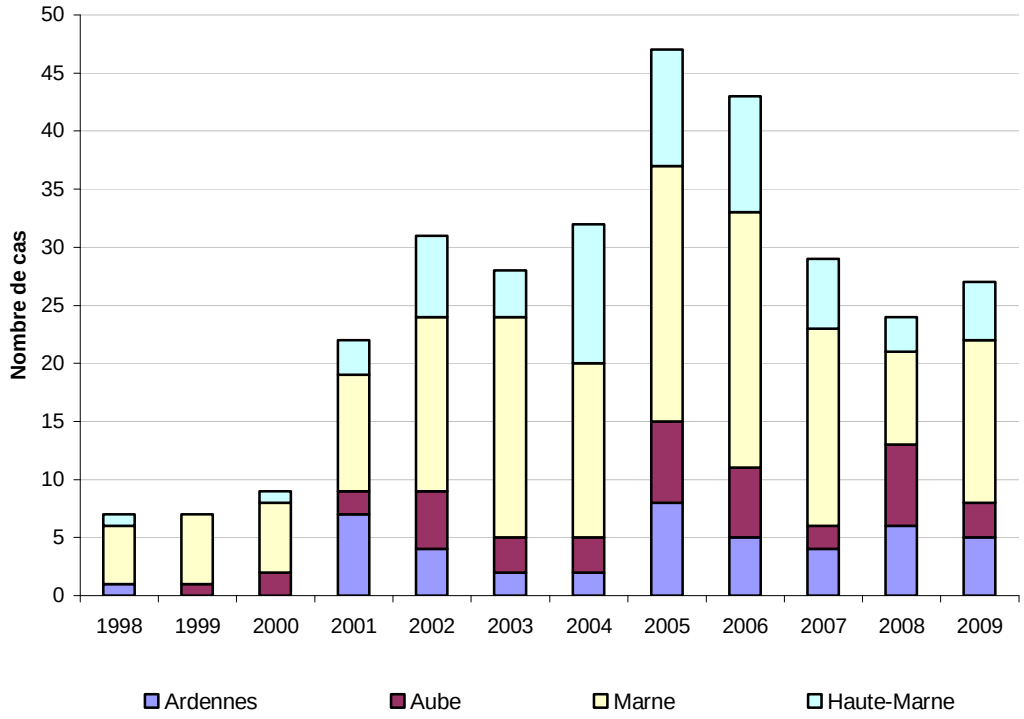
Source : DRDASS et DDASS de Champagne-Ardenne, enquête 2005

Les % manquants pour arriver à un total de 100 sont des non réponses

Maladies

Légionellose [3]

Évolution du nombre de cas de légionellose par département entre 1998 et 2009



Source : INVS, données de déclaration obligatoire, site internet, août 2010

Taux d'incidence de la légionellose (pour 100 000 habitants)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
2007	1,40	0,66	3,00	3,20	2,17	2,26
1999	0,00	0,34	1,06	0,00	0,52	0,73
Moyenne 1999-2007	1,23	1,18	2,59	3,02	2,05	1,76

Source : INVS, données de déclaration obligatoire, site internet, août 2010; Insee, Recensements de population 1999 et 2007. Exploitation ORS Champagne-Ardenne.

Les taux d'incidence pouvant varier fortement selon les années, il est préférable d'utiliser le taux moyen sur la période 1999-2007 pour les comparaisons.

Information, perceptions et comportements des Champardennais vis-à-vis des légionelles		
Sentiment d'information des Champardennais sur les légionelles et leurs effets sur la santé		
Plutôt bien informés	55,2%	
Plutôt mal informés	35,0%	
Jamais entendu parlé	9,8%	
Groupes de population considérés comme les plus vulnérables (parmi les personnes s'estimant bien informées)		
Personnes âgées	54,9%	
Personnes hospitalisées	37,5%	
Nourrissons, enfants	33,7%	
Modes de transmission (parmi les personnes s'estimant bien informées)		
En prenant des douches	55,2%	
En buvant de l'eau	51,1%	
En mangeant	48,5%	
En respirant	42,7%	
Mesures permettant de prévenir le développement des légionelles dans son logement (parmi les personnes s'estimant bien informées et déclarant connaître les moyens de prévention)		
Entretenir et désinfecter les canalisations et les tuyauteries	87,2%	
Faire couler de l'eau régulièrement	70,5%	
Détartrer les pommeaux de douche et les robinets	70,1%	
Eviter la climatisation à domicile	63,0%	
Proportions de personnes pensant courir un risque plutôt élevé d'attraper la légionellose au cours de leur vie		
Champagne-Ardenne	10,7%	(Différence non significative par
France	11,2%	rapport à la France)
Proportions de personnes déclarant savoir comment prévenir le développement des légionelles dans leur logement		
Champagne-Ardenne	27,4%	(Différence non significative par
France	29,1%	rapport à la France)

Source : Baromètre Santé Environnement 2007, INPES, ORS Champagne-Ardenne. Exploitation ORS Champagne-Ardenne.

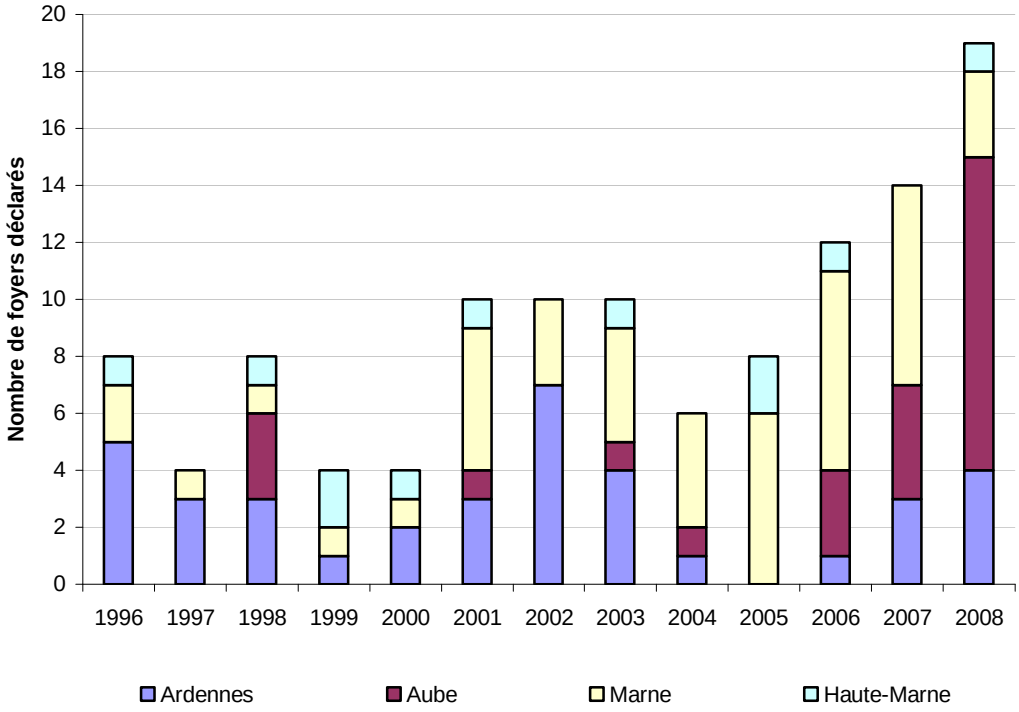
TIAC (toxi-infections alimentaires collectives) [4] et listériose [5]

Nombre de foyers de TIAC déclarés, 1996-2008

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
2008	4	11	3	1	19
2007	3	4	7	0	14
2006	1	3	7	1	12
2005	0	0	6	2	8
2004	1	1	4	0	6
2003	4	1	4	1	10
2002	7	0	3	0	10
2001	3	1	5	1	10
2000	2	0	1	1	4
1999	1	0	1	2	4
1998	3	3	1	1	8
1997	3	0	1	0	4
1996	5	0	2	1	8
Total	37	24	45	11	117

Source : INVS, données de déclaration obligatoire, site internet, août 2010.

Nombre de foyers de TIAC déclarés entre 1996 et 2008



Source : INVS, données de déclaration obligatoire, site internet, août 2010

Taux d'incidence des TIAC (pour 100 000 habitants)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
2007	1,05	1,33	1,24	0,00	1,05
1999	0,34	0,00	0,18	1,03	0,30
Moyenne 1999-2007	0,86	0,37	0,75	0,47	0,65

Source : INVS, données de déclaration obligatoire, site internet, août 2010; Insee, Recensements de population 1999 et 2007. Exploitation ORS Champagne-Ardenne.

Les taux d'incidence pouvant varier fortement selon les années, il est préférable d'utiliser le taux moyen sur la période 1999-2007 pour les comparaisons.

Nombre annuel de cas de listériose par département de domicile de 1999 à 2008

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métropolitaine
2008	2	2	1	2	7	268
2007	1	2	1	0	4	311
2006	1	1	4	0	6	277
2005	1	1	1	0	3	213
2004	0	2	1	1	4	232
2003	0	2	0	0	2	199
2002	2	0	1	0	3	212
2001	0	1	0	1	2	178
2000	0	1	3	0	4	257
1999	0	4	2	0	6	260

Source : INVS, données de déclaration obligatoire, site internet, août 2010.

Taux d'incidence de la listériose (pour 100 000 habitants)

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métro.
2007	0,35	0,66	0,18	0,00	0,30	0,50
1999	0,00	1,37	0,35	0,00	0,45	0,44
Moyenne 1999-2007	0,20	0,52	0,25	0,12	0,28	0,38

Source : INVS, données de déclaration obligatoire, site internet, août 2010; Insee, Recensements de population 1999 et 2007. Exploitation ORS Champagne-Ardenne.

Saturnisme [6]

Taux moyen annuel d'enfants mineurs dépistés pour le saturnisme en 1995-2006
(Nombre d'enfants primodépistés pour 100 000 enfants de moins de 18 ans)

Champagne-Ardenne	10,4
France entière	39,1

Source : INVS, système national de surveillance du saturnisme infantile (avril 2008); Insee, Recensement de population 1999. Exploitation

Nombre d'enfants primo-dépistés pour le saturnisme en 1995-2006 et nombre de cas de saturnisme parmi ces enfants

	Primodépistés	Cas de saturnisme	Pourcentage des cas de saturnisme parmi les primodépistés
Champagne-Ardenne	374	29	7,8%
France entière	62 311	5 921	9,5%

Source : INVS, système national de surveillance du saturnisme infantile (avril 2008); Insee, Recensement de population 1999. Exploitation FNORS, ORSCA

Intoxication au monoxyde de carbone [7]

Répartition des affaires par département et circonstances de survenue et nombre de personnes impliquées
Surveillance CO; Champagne-Ardenne 2008

		Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	
		Nb de cas	Nb de cas	Nb de cas	Nb de cas	Nb de cas	Nb de personnes impliquées
Habitat	Nb	9	5	16	4	34	86
	%	82%	100%	89%	100%	90%	61%
Travail	Nb	0	0	2	0	2	2
	%	0%	0%	11%	0%	5%	1%
ERP	Nb	2	0	0	0	2	53
	%	18%	0%	0%	0%	5%	38%
Toutes affaires	Nb	11	5	18	4	38	141
	%	29%	13%	47%	11%	100%	100%

ERP = Etablissement recevant du public

Source : INVS, Bulletin de veille sanitaire Cire-Est (n°2, janvier 2010).

Taux de personnes intoxiquées par département

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Nombre de cas certains	43	15	26	7	91
Taux (p. 100 000 habitants)	15,1	5	4,6	3,8	6,8

Source : INVS, Bulletin de veille sanitaire Cire-Est (n°2, janvier 2010)

Part de malades traités en caisson hyperbare : 13 %

Taux de personnes hospitalisées pour intoxication au monoxyde de carbone (pour 100 000 habitants)

En 2005	Taux
Champagne-Ardenne	5,5
France métropolitaine	6,2

Source : PMSI MCO 2005, Atih, exploitation Fnors.

Perceptions et comportements des Champardennais vis-à-vis du monoxyde de carbone

Sources combustibles de chauffage principal selon le lieu de résidence		
	Espace rural	*Espace urbain*
Gaz	*25,1%*	*51,8%*
Mazout, Fioul	*29,1%*	*17,4%*
Bois	*27,2%*	*10,0%*
Perception des risques liés au monoxyde de carbone pour la santé		
Risque très élevé	*46,5%*	
Risque plutôt élevé	*42,1%*	
Risque plutôt faible	*9,7%*	
Risque quasi-nul	*1,6%*	

Source : Baromètre Santé Environnement 2007, INPES, ORS Champagne-Ardenne. Exploitation ORS Champagne-Ardenne.

Pathologies respiratoires, asthme, allergies

Taux d'enfants hospitalisés pour asthme et pour insuffisance respiratoire en 2004-2005
(pour 10 000 enfants de 1 à 14 ans)

	Asthme	Insuffisance respiratoire
Champagne-Ardenne	19	0,40
France métropolitaine	18,8	1,7

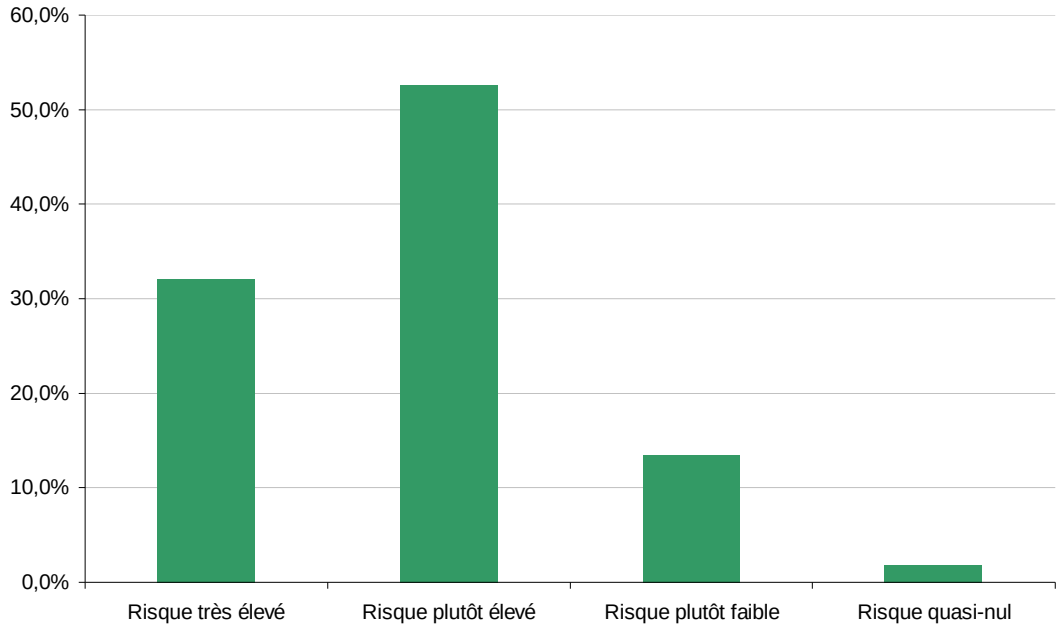
Source : PMSI MCO 2005, Atih, exploitation Fnors

Taux moyen d'allergies respiratoires indemnisées, avec incapacité permanente ou partielle
(pour 100 000 salariés du régime général en 2003-2005)

	Taux
Champagne-Ardenne	1,2
France métropolitaine	1,8

Source : Cnamts, exploitation Fnors

Perceptions des Champardennais du risque lié à l'air extérieur pour la santé



Source : Baromètre Santé Environnement 2007, INPES, ORS Champagne-Ardenne. Exploitation ORSCA

Traumatismes sonores

Moyenne des taux d'incapacité permanente partielle attribués pour les atteintes auditives professionnelles dans le régime général en 2003-2005

	Taux
Champagne-Ardenne	29,0
France métropolitaine	25,8

Source : Cnamts, exploitation Fnors

Perceptions et comportements des Champardennais vis-à-vis du bruit

Proportions de personnes déclarant être génées par le bruit à domicile	
En permanence	2,7%
Souvent	12,2%
Rarement	43,6%
Jamais	41,5%
Part des personnes estimant que le bruit présente un risque pour la santé	
Risque élevé ou très élevé	69,8%
Fréquence d'utilisation d'un baladeur chez les jeunes de 18 à 25 ans	
Plusieurs fois par semaine	36,8%
Une fois par semaine	13,7%
Moins souvent	16,2%
Jamais	33,3%

Source : Baromètre Santé Environnement 2007, INPES, ORS Champagne-Ardenne, Exploitation ORSCA

Leptospirose [8]

Nombre annuel de cas de leptospirose de 2007 à 2009

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
2009	6	10	4	0	20
2008	7	3	1	3	14
2007	8	2	9	0	19

Source : Institut Pasteur Paris

Santé au travail

Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2005-2007

	Hors agriculture	En agriculture	Total
Ardennes	9 007	530	9 537
Aube	8 971	926	9 897
Marne	20 012	2 805	22 817
Haute-Marne	7 083	573	7 656
Champagne-Ardenne	45 073	4 834	49 907

Source : CRAM 2005-2007, exploitation Direccte Champagne-Ardenne

Maladies professionnelles en 2007

	Nombre
Régime général	1 383
Régime agricole	131
Total Champagne-Ardenne	1 514

Source : CRAM 2005-2007, exploitation Direccte Champagne-Ardenne.

Secteurs recensant un taux de fréquence très élevé de maladies professionnelles

Secteurs	**Taux (pour 1 000 ETP)**
Lait-fromage	27,0
Travaux de fonderie	22,0
Première transformation des métaux ferreux	14,5
Fabrication de produits et articles divers en bois	11,5
Plâtrerie	10,5
Travaux forestiers	6,5
Culture et élevage	5,0

Source : CRAM 2005-2007, exploitation Direccte Champagne-Ardenne.

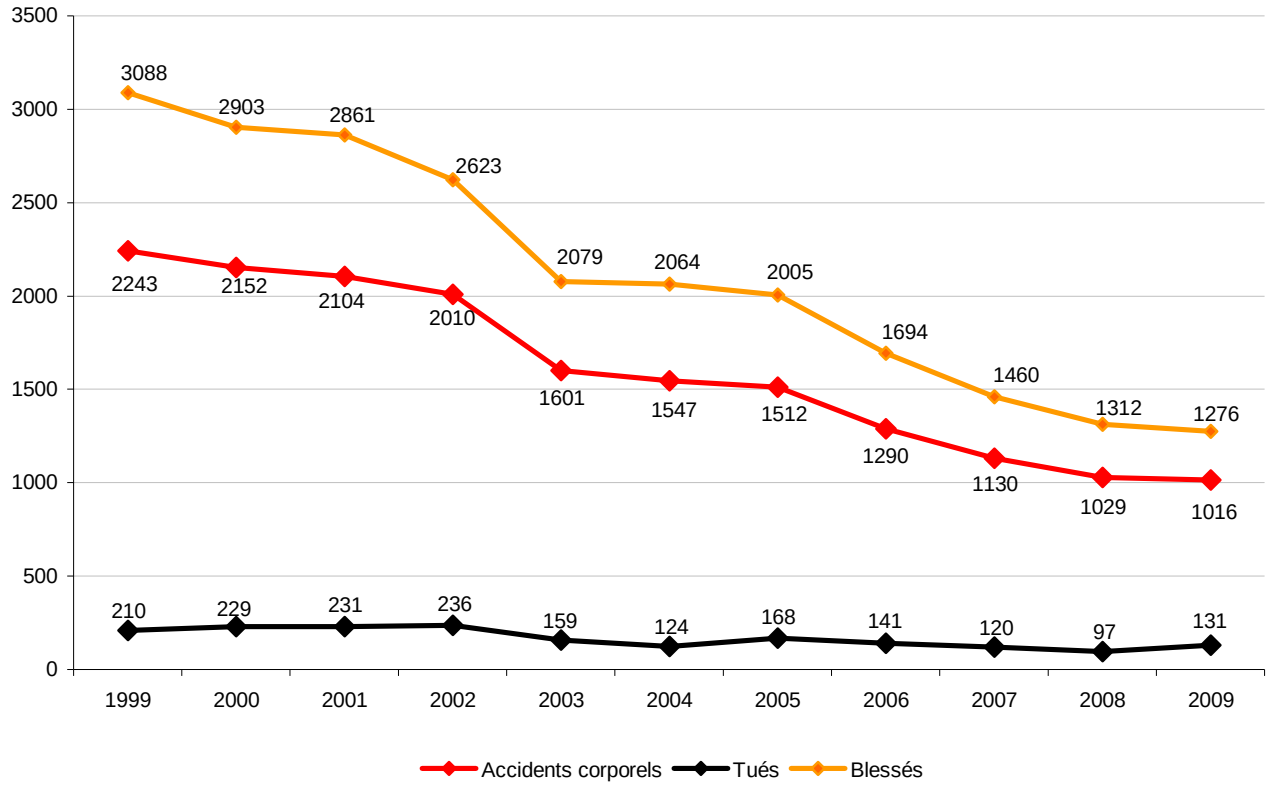
Ressenti des médecins sur les causes d'inaptitude au travail
Source : Direccte Champagne-Ardenne.

1 – Lombalgies, lombosciatiques (problèmes rachidiens)
2 – Autres TMS
3 – Causes psychosociales liées au travail

Les ouvriers sont les principales victimes de TMS tandis que les employés sont les plus exposés aux troubles psychosociaux liés au travail

Sécurité routière

Évolution du nombre d'accidents corporels et de victimes depuis 1999 en Champagne-Ardenne



DREAL Champagne-Ardenne - Observatoire régional de la sécurité routière (Données 2009 provisoires)

Victimes d'accidents corporels selon l'âge

	% de la pop.	Tués	Blessés hospitalisés	Blessés légers	Total victimes		Évolution 2008/2007	
					Nombre	%	Nombre	%
0-14 ans	18,2	3	61	48	112	7,95	-24	-17,65
15-29 ans	19,11	35	317	241	593	42,12	-59	-9,05
30-44 ans	20,46	20	144	126	290	20,6	-37	-11,31
45-59 ans	20,87	19	117	87	223	15,84	-9	-3,88
60-74 ans	12,95	7	61	34	102	7,24	-26	-20,31
75 ans et +	8,4	13	51	24	88	6,25	-15	-14,56
Total	**100**	**97**	**751***	**560**	**1408**	**100**	**-170**	**-10,77**

DREAL Champagne-Ardenne - Observatoire régional de la sécurité routière

* 1 blessé hospitalisé dont l'âge n'était pas connu

Victimes d'accidents corporels par type d'usager

	Tués	Blessés hospitalisés	Blessés légers	Total des victimes	Évolution 2008/2007 Différence	%
Piétons	4	91	57	152	-5	-3,2
Bicyclettes	4	33	26	63	-12	-16,0
<50cm3	5	120	88	213	-54	-20,2
>=50cm3 et <= 125 cm3	2	35	10	47	-9	-16,1
>125cm3	11	72	35	118	7	6,3
VL	60	356	308	724	-96	-11,7
VU	6	15	15	36	-8	-18,2
PL	4	16	13	33	6	22,2
Autres	1	14	8	23	-	-
Total	**97**	**752**	**560**	**1409**	**-171**	**-10,82**

DREAL Champagne-Ardenne - Observatoire régional de la sécurité routière

Répartition des accidents et tués par type de réseaux

	Accidents 2008	Accidents 2007	Évolution	Tués 2008	Tués 2007	Évolution
Autoroutes						
Champagne-Ardenne	44	51	-13,7%	2	9	-77,8%
France métropolitaine	4 228	5 337	-20,8%	234	273	-14,3%
RN + RD						
Champagne-Ardenne	680	713	-4,6%	86	97	-11,3%
France métropolitaine	27 583	30 434	-9,4%	3 144	3 407	-7,7%
VC + autres						
Champagne-Ardenne	375	440	-14,8%	9	14	-35,7%
France métropolitaine	42 676	45 501	-6,2%	897	940	-4,6%
Total						
Champagne-Ardenne	1 029	1 130	8,9%	97	120	-19,2%
France métropolitaine	74 487	81 272	-8,4%	4275	4 620	-7,5%

DREAL Champagne-Ardenne - Observatoire régional de la sécurité routière

Accidents selon le nombre de véhicules impliqués

	Champagne-Ardenne					France métro.	
	Accidents	Tués	Blessés	% accidents	% tués	% accident	% tués
Un véhicule seul							
- avec piéton(s)	146	4	153	14,2%	4,1%	16,6%	12,0%
- sans piéton	336	41	402	32,7%	42,3%	20,8%	36,9%
Total	**482**	**45**	**555**	**46,8%**	**46,4%**		
Deux véhicules							
- collision frontale	128	25	187	12,4%	25,8%	9,7%	22,6%
- collision par le côté	232	11	313	9,3%	6,2%	30,3%	14,5%
- collision par l'arrière	96	6	114	22,6%	11,3%	10,9%	4,7%
- autres collisions	30	2	31	2,9%	2,1%		
Total	**486**	**44**	**645**	**47,2%**	**45,4%**		
Trois véhicules et +							
- collision en chaîne	17	3	4	1,7%	3,1%	2,8%	1,2%
- collisions multiples	39	5	32	3,8%	5,2%	3,1%	6,1%
- autres collisions	5	0	2	0,5%	0,0%		
Total	**61**	**8**	**112**	**5,9%**	**8,3%**		

DREAL Champagne-Ardenne - Observatoire régional de la sécurité routière

Accidentologie par département en 2008

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
Accidents corporels	167	228	384	250
Tués	21	17	33	26
Blessés	205	291	494	322

DREAL Champagne-Ardenne - Observatoire régional de la sécurité routière

Contrôles d'alcoolémie positifs en 2008

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne
Nombre de contrôles	58 630	62 259	122 949	77 617	321 455
Contrôles positifs	1 749	1 786	4 928	1 222	9 685
% de contrôles positifs	3,0%	2,9%	4,0%	1,6%	3,0%

Source : Observatoire de la sécurité routière, DREAL Champagne-Ardenne

Délinquance en lien avec les stupéfiants en 2008

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	France métropolitaine
Total des infractions	12 109	14 420	34 651	9 081	70 261	3 558 329
Variation 2007-2008	*5,39%*	*-2,26%*	*3,94%*	*1,05%*	*2,47%*	*-0,86%*
Dont infractions à la législation sur les stupéfiants	897	585	1 916	675	4 073	177 964
Variation 2007-2008	*-5,48%*	*-12,43%*	*28,25%*	*33,14%*	*12,58%*	*13,35%*
dont trafic ou revente sans usage	42	15	46	21	124	6 128
dont usage - revente	99	121	261	113	594	18 707
dont consommation	629	408	1 591	450	3 078	139 483

Source : Criminalité et délinquance constatées en France, année 2008, données locales.
Circonscriptions de Sécurité Publique et compagnies de Gendarmerie. Direction centrale de la police judiciaire

Index

ARS : Agence régionale de santé.

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie (devenue, depuis le 1er juillet 2010, CARSAT : caisse d'assurance retraite et de la santé au travail).

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

DRDASS : Direction régionale et départementale des affaires sanitaires et sociales.

DREAL : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement.

FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé.

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

InVS : Institut de veille sanitaire.

ORSCA : Observatoire régional de la santé de Champagne-Ardenne.

PL : Poids lourds tout tonnage, tracteurs avec ou sans remorque.

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information.

RN : Route nationale.

RD : Route départementale.

TMS : Troubles musculo-squelettiques.

UDI : Unité de distribution.

VC : Voirie communale.

VL : Véhicules légers seuls ou avec attelage, voiturettes et quad carrossés.

VU : Véhicules utilitaires avec ou sans attelage.

Glossaire

[1] Polluants :
Dioxyde d'azote (NO_2) :
Le NO_2 est un gaz irritant pour les bronches. Chez les asthmatiques, il augmente la fréquence et la gravité des crises. Chez l'enfant, il favorise les infections pulmonaires.
Les NO_X participent aux phénomènes des pluies acides, à la formation de l'ozone troposphérique, dont ils sont l'un des précurseurs, et à l'atteinte de la couche d'ozone stratosphérique comme à l'effet de serre.

Ozone (O_3) :
Dans la stratosphère (entre 10 et 60 km d'altitude), l'ozone O_3 constitue un filtre naturel qui protège la vie sur terre de l'action néfaste des ultraviolets "durs". Le "trou dans la couche d'ozone" est une disparition partielle de ce filtre, liée à l'effet "destructeur d'ozone" de certains polluants émis dans la troposphère et qui migrent lentement dans la stratosphère.
L'O_3 est un gaz agressif qui pénètre facilement jusqu'aux voies respiratoires les plus fines. Il provoque toux, altération pulmonaire ainsi que des irritations oculaires. Ses effets sont très variables selon les individus.
L'O_3 a un effet néfaste sur la végétation (sur le rendement des cultures par exemple) et sur certains matériaux (caoutchouc...). Il contribue également à l'effet de serre.

Dioxyde de soufre (SO_2) :
Le SO_2 est un irritant des muqueuses, de la peau, et des voies respiratoires supérieures (toux, gène respiratoire). Il agit en synergie avec d'autres substances, notamment avec les fines particules.
Le SO_2 se transforme en acide sulfurique au contact de l'humidité de l'air et participe au phénomène des pluies acides.

Poussières fines (PM10) ou particules en suspension :
Selon leur taille (granulométrie), les particules pénètrent plus ou moins profondément dans l'arbre pulmonaire. Les particules les plus fines peuvent, à des concentrations relativement basses, irriter les voies respiratoires inférieures et altérer la fonction respiratoire dans son ensemble. Certaines particules ont des propriétés mutagènes et cancérigènes.
Les effets de salissure des bâtiments et des monuments sont les atteintes à l'environnement les plus évidentes.

[2] UDI (Unité de distribution) :
Elle est définie comme étant un réseau de distribution dans lesquelles la qualité de l'eau est réputée homogène. Elle est gérée par un seul exploitant, possédée par un même propriétaire et appartient à une même unité administrative.

[3] Légionellose :
La légionellose est une infection pulmonaire causée par une bactérie nommée Legionella.
Cette bactérie fût découverte à la suite d'une épidémie de pneumonie affectant plusieurs participants d'un congrès d'anciens combattants de la légion américaine réunis dans un hôtel à Philadelphie en 1976 et fût en conséquence dénommée Legionella.
La bactérie Legionella est présente dans le milieu naturel et peut proliférer dans les sites hydriques artificiels lorsque les conditions de son développement sont réunies, particulièrement entre 25 et 45° C : réseaux d'eau chaude, tours aéroréfrigérantes, autres installations (bains à remous, balnéothérapies, humidificateurs, fontaines décoratives, aérosols…)
La contamination se fait par voie respiratoire, par inhalation d'eau contaminée diffusée en aérosol. Aucune transmission interhumaine n'a été à ce jour démontrée.
La période d'incubation est généralement de 2 à 10 jours.
La légionellose affecte essentiellement les adultes et touche plus particulièrement les personnes présentant des facteurs favorisants : âge avancé, tabagisme, maladies respiratoires chroniques, diabète, maladies immunodépressives, traitements immunosuppresseurs, alcoolisme.
La légionellose se traduit par un état grippal fébrile et une toux initialement non productive. Certains patients peuvent présenter des douleurs musculaires, une anorexie et quelquefois des troubles digestifs (diarrhées) et/ou un état confusionnel. L'état grippal s'aggrave rapidement et fait place à une pneumopathie sévère nécessitant une hospitalisation. La maladie est mortelle dans environ 10 % des cas.

Le diagnostic clinique doit être confirmé par un des examens biologiques suivants : isolement de la bactérie dans un prélèvement bronchique, présence d'antigène soluble dans les urines, augmentation des titres d'anticorps par 4 entre deux prélèvements successifs, immunofluorescence directe positive.
Dans la majorité des cas, sous traitement antibiotique adapté (macrolides ou fluoroquinolones), l'évolution est favorable. Le traitement est d'autant plus efficace s'il est mis en œuvre rapidement.
En France, 1206 cas ont été enregistrés en 2009 correspondant à une incidence de 1,9 cas pour 100 000 habitants.

[4] TIAC (toxi-infections alimentaires collectives) :
Les toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) se définissent par l'apparition d'au moins 2 cas similaires d'une symptomatologie en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.
En France, la surveillance :
- est assurée par la déclaration obligatoire (DO) depuis 1987 ;
- est complétée par les données provenant du Centre national de référence (CNR) des salmonelles.
La surveillance des Tiac contribue à la mise en place et l'évaluation de mesures visant à prévenir ces évènements et contribue ainsi à la sécurité alimentaire.
On distingue les foyers de Tiac :
- confirmés : lorsque l'agent est isolé dans un prélèvement d'origine humaine (sang/selles) ou dans des restes alimentaires ou des repas témoins ;
- suspectés : lorsque l'agent pathogène n'a pas été confirmé; il est alors suspecté à l'aide d'un algorithme d'orientation étiologique prenant en compte les signes cliniques, la durée médiane d'incubation et le type d'aliments consommés ;
- d'étiologie inconnue lorsque l'agent pathogène n'a été ni confirmé ni suspecté à l'aide de l'algorithme.
Les buts de la surveillance des Tiac à travers la déclaration obligatoire sont :
- d'identifier précocement l'aliment à l'origine de la Tiac et, le cas échéant retirer de la distribution l'aliment incriminé ;
- de corriger les erreurs de préparation dans les établissements de restauration collective et en milieu familial ;
- de réduire la contamination des matières premières (mesures de prévention dans les élevages, abattage des troupeaux de poules pondeuses contaminées, etc.).
Bien que ne nécessitant pas le recueil de données individuelles indirectement nominatives, des données agrégées concernant les malades et la maladie sont nécessaires.

[5] Listériose :
La listériose est une infection rare mais grave causée par la bactérie : Listeria monocytogenes.
Elle touche préférentiellement les sujets dont le système immunitaire est altéré ou immature : les immunodéprimés (en particulier les personnes atteintes de cancer, de maladies hépatiques ; les transplantés et les sujets sous hémodialyse), les femmes enceintes et les nouveau-nés, et les personnes âgées.
Le nombre de listériose diagnostiqués par an en France se situe autour de 200 à 300 cas, soit une incidence annuelle de 3 à 4 cas / 1 000 000 habitants.
La listériose se transmet essentiellement par ingestion d'aliments contaminés. Elle peut exceptionnellement se transmettre par contact auprès d'un animal infecté ou par transmission nosocomiale. Il existe une transmission de la mère au fœtus ou au nouveau-né qui se fait soit, par passage de la bactérie du sang de la mère au placenta, soit lors du passage dans la filière génitale au moment de l'accouchement.
Les symptômes sont peu spécifiques. Ils sont soit d'ordre neurologique (méningite : fort maux de tête, fièvre élevée, nausées et vomissements; méningo-encéphalite : méningite avec des signes d'atteinte du tronc cérébral : paralysie faciale périphérique, paralysie oculomotrice, etc.), soit limités à une fièvre isolée due au passage des bactéries dans le sang (bactériémie).
Chez la femme enceinte, la listériose ressemble à une grippe (fièvre accompagnée ou non de courbature et de maux de tête). Pendant le premier semestre de la grossesse, la listériose peut provoquer des avortements spontanés. Entre le 6ème et le 8ème mois de grossesse, le nouveau-né peut naître prématurément et parfois est mort-né.
Chez le nouveau-né, l'infection se manifeste par une septicémie.
Un traitement antibiotique adapté permet de guérir l'infection. Les décès sont fréquents (20 à 30%) et surviennent le plus souvent chez des malades fragilisés par une pathologie associée (cancer, affection du foie) ou très âgés. Chez les sujets jeunes sans pathologie associée, le pronostic est bon. Il existe exceptionnellement des séquelles qui sont neurologiques.

[6] Saturnisme :
Le plomb n'a aucun rôle physiologique connu chez l'homme, sa présence dans l'organisme témoigne donc toujours d'une contamination. Le plomb incorporé par voie digestive, respiratoire ou sanguine (mère-foetus) se distribue dans le sang, les tissus mous et surtout le squelette (94 %), dans lequel il s'accumule progressivement et reste stocké très longtemps (demi-vie >10 ans).
La plombémie (taux de plomb dans le sang) mesurée sur sang veineux est l'indicateur retenu pour évaluer l'imprégnation par le plomb. En fait, la plombémie reflète un état ponctuel d'équilibre entre un processus de contamination éventuellement en cours, le stockage ou le déstockage du plomb osseux, et l'élimination (excrétion, phanères, sueur).
Après arrêt d'un processus d'intoxication, la plombémie diminue avec une demi-vie de 20 à 30 jours jusqu'à un nouvel équilibre dont le niveau est fonction du stock osseux.
La plombémie s'exprime en µg/L ou en µmol/L (1,0 µg/L = 0,004826 µmol/L et 1,0 µmol/L = 207,2 µg/L).
Le cas de saturnisme chez l'enfant a été défini à partir de cet indicateur : un cas est une personne de moins de 18 ans dont la plombémie dépasse le seuil de 100 µg/L.

[7] Intoxication au monoxyde de carbone :
Le monoxyde de carbone (CO) est la première cause de mortalité par intoxication aiguë en France. Ce gaz incolore et inodore tue encore chaque année dans notre pays plus de 300 personnes (intoxications accidentelles domestiques, professionnelles, émanations d'incendie, de véhicules à moteur, suicides). La moitié de ces décès (environ 150 décès annuels) sont consécutifs à des intoxications accidentelles survenues dans l'habitat.
Le monoxyde de carbone (CO) est à l'origine de plusieurs milliers d'intoxications aiguës par an, qui nécessitent des soins immédiats hospitaliers avec oxygénothérapie. Des troubles neurologiques peuvent apparaître immédiatement après l'intoxication ou après un intervalle libre variant de quelques jours à 3 à 4 semaines (syndrome post intervallaire). Ces accidents peuvent laisser des séquelles à vie, de type neurologiques (syndrome parkinsonien, surdité de perception, polynévrites, troubles du comportement) et cardiaques (troubles de la repolarisation, infarctus du myocarde). De rares études longitudinales de victimes d'intoxications au CO ont estimé la fréquence de ces séquelles (prévalence de 1 à 4 % d'effets secondaires graves dans les séries les plus récentes ; manifestations mineures atteignant 4 à 40 % des patients intoxiqués selon les études), mais ces chiffres demandent à être confirmés et affinés.
Les signes cliniques inauguraux d'une intoxication au CO sont polymorphes et aspécifiques allant de formes pauci symptomatiques à type de céphalées, nausées, malaises à des formes neurologiques et cardio-vasculaires graves. Ceci explique qu'en l'absence de contexte environnemental évocateur ou de dépistage systématique, le diagnostic est difficile, et que de nombreuses intoxications au CO restent méconnues. Ainsi, une enquête de SOS médecins réalisée dans 30 villes de France durant l'hiver 1993-1994 a montré que malgré la présence d'au moins deux symptômes évocateurs d'intoxication au CO, un patient intoxiqué sur 2 n'est pas diagnostiqué si le médecin n'est pas équipé lors des consultations à domicile d'un dispositif de détection systématique de CO dans l'air ambiant (carboxymètre). Or la diffusion de ces appareils auprès des urgentistes et autres intervenants à domicile n'est pas encore généralisée en France.
Compte tenu des effets physiopathologiques du CO sur l'organisme humain, le traitement médical proposé est l'administration précoce d'oxygène à 100 % : oxygénothérapie normobare ou hyperbare.
En 1994, sur la base d'une analyse bibliographique et de jugements d'experts, la conférence européenne de consensus sur la médecine hyperbare a défini les situations d'intoxications au CO pour lesquelles un traitement par oxygénothérapie hyperbare devait être prescrit (femmes enceintes/Intoxications sévères définies par une perte de connaissance initiale ou une atteinte neurologique patente (coma, syndrome pyramidal) ou encore une atteinte cardiaque clinique ou électrique). Les recommandations issues de cette conférence correspondent aux critères retenus dans les pays nord-américains. Néanmoins, la prise en charge médicale des victimes, et notamment le recours à l'oxygénothérapie hyperbare n'est pas encore standardisé en France : des disparités locales importantes de prise en charge existent sur le territoire, fonction notamment de la proximité de caissons hyperbares.
La prise en charge d'un patient intoxiqué au CO ne se limite pas au traitement médical. Tout doit être mis en œuvre dans les meilleurs délais pour déterminer la cause de l'accident, neutraliser la source de pollution, et la traiter. L'objectif fondamental est de prévenir des intoxications secondaires dans l'entourage de la victime et d'éviter les récidives après retour à domicile. Le rôle des pouvoirs publics est essentiel et la notion d'alerte prend ici tout son sens ; elle doit être déclenchée pour toute intoxication oxycarbonée, à défaut, et dans l'attente, d'un dispositif permettant le repérage des situations à risque et la gestion de ce risque avant que ne surviennent les premières manifestations d'intoxication.

Actuellement, ces objectifs ne sont pas atteints. Le taux de récidive est mal connu en France, mais les informations parcellaires dont on dispose révèlent des chiffres préoccupants (jusqu'à 30% de récidive parmi les patients traités en caisson hyperbare).
Le CO se forme par combustion incomplète des combustibles organiques : bois, butane, charbon, essence, fuel, gaz naturel, pétrole, propane. Il se diffuse très vite dans l'environnement et agit comme un gaz asphyxiant, absorbé rapidement par l'organisme. La plupart du temps, les accidents résultent de la mauvaise évacuation des fumées (conduit obstrué), de défaut de ventilation des locaux, d'un défaut d'entretien des appareils de chauffage et de production d'eau chaude ou de leur mauvaise utilisation (ex appareils de chauffage d'appoint utilisés en continu, groupes électrogènes…).
Le risque d'intoxication est accentué par les conditions sociales (habitat vétuste, défaut d'entretien des appareils, chauffage d'appoint), par les phénomènes météorologiques (froid intense, brouillard) et les habitudes locales.

[8] Leptospirose :
La leptospirose est une zoonose largement répandue dans le monde, due à la bactérie Leptospira interrogans. Ses principaux réservoirs sont les rongeurs, en particulier les rats, qui excrètent la bactérie dans les urines. Les leptospires se maintiennent assez facilement dans le milieu extérieur (eau douce, sols boueux), ce qui favorise la contamination. La maladie chez l'homme bien que souvent bénigne peut cependant être sévère, pouvant conduire à l'insuffisance rénale, voire à la mort dans 5 à 20% des cas.

Liste des figures

Habitat

Ancienneté des habitations p4
Proportion de logements individuels p4
Éléments perçus comme contribuant à la pollution de l'habitat p4
Personnes déclarant avoir déjà ressenti les effets de la pollution de l'air intérieur sur leur santé ou celle de leur entourage en Champagne-Ardenne p5

Environnement et pollution

Qualité de l'air

Moyennes annuelles relevées par les dispositifs de mesure d'ATMO Champagne-Ardenne p7
Moyennes annuelles de référence p7

Qualité de l'eau

Qualité bactériologique sur la période 2003-2005 p8
Qualité bactériologique sur la période 2000-2002 p8

Teneur en nitrates

Teneur en nitrates sur la période 2003-2005 p9
Teneur en nitrates sur la période 2000-2002 p9

Teneur en pesticides

Teneur en pesticides sur la période 2003-2005 p10
Teneur en pesticides sur la période 1997-2002 p10

Production de déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI)

Dans les maisons de retraite p11
Dans les pharmacies p11
Par les professionnels de santé p11

Maladies

Légionellose

Évolution du nombre de cas de légionellose par département entre 1998 et 2009 p14
Taux d'incidence de la légionellose (pour 100 000 habitants) p14
Information, perceptions et comportements des Champardennais vis-à-vis des légionelles p15

TIAC (toxi-infections alimentaires collectives) et listériose

Nombre de foyers de TIAC déclarés, 1996-2008 p15
Nombre de foyers de TIAC déclarés entre 1996 et 2008 p16
Taux d'incidence des TIAC (pour 100 000 habitants) p16
Nombre annuel de cas de listériose par département de domicile de 1999 à 2008 p16
Taux d'incidence de la listériose (pour 100 000 habitants) p17

Saturnisme

Taux moyen annuel d'enfants mineurs dépistés pour le saturnisme en 1995-2006 p17
Nombre d'enfants primo-dépistés pour le saturnisme en 1995-2006 et nombre de cas de saturnisme parmi ces enfants p17

Intoxication au monoxyde de carbone

Répartition des affaires par département et circonstances de survenue et nombre de personnes impliquées p17
Taux de personnes intoxiquées par département p18
Taux de personnes hospitalisées pour intoxication au monoxyde de carbone (pour 100 000 habitants) p18
Perceptions et comportements des Champardennais vis-à-vis du monoxyde de carbone p18

Pathologies respiratoires, asthme, allergies

Taux d'enfants hospitalisés pour asthme et pour insuffisance respiratoire en 2004-2005 p18
Taux moyen d'allergies respiratoires indemnisées, avec incapacité permanente ou partielle p18
Perceptions des Champardennais du risque lié à l'air extérieur pour la santé p19

Traumatismes sonores

Perceptions et comportements des Champardennais vis-à-vis du bruit p19
Moyenne des taux d'incapacité permanente partielle attribués pour les atteintes auditives professionnelles dans le régime général en 2003-2005 p19

Leptospirose

Nombre annuel de cas de leptospirose de 2007 à 2009 p20

Santé au travail

Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2005-2007 p22
Maladies professionnelles en 2007 p22
Secteurs recensant un taux de fréquence très élevé de maladies professionnelles p22
Ressenti des médecins sur les causes d'inaptitude au travail p22

Sécurité routière

Évolution du nombre d’accidents corporels et de victimes depuis 1999 en Champagne-Ardenne p24
Victimes d’accidents corporels selon l’âge p24
Victimes d’accidents corporels par type d’usager p25
Répartition des accidents et tués par type de réseaux p25
Accidents selon le nombre de véhicules impliqués p25
Accidentologie par département en 2008 p26
Contrôles d’alcoolémie positifs en 2008 p26
Délinquance en lien avec les stupéfiants en 2008 p26