

Bilan de santé Marseille 2012

Fiches thématiques

■ Enfants (cliquer sur le titre pour accéder à la fiche)

- Lutter précocement contre les troubles du développement langagier et psychomoteur des jeunes enfants
- Favoriser une meilleure hygiène buccodentaire chez les enfants et adolescents de moins de 18 ans
- Améliorer la nutrition et l'activité physique pour lutter contre les problèmes de poids dès le plus jeune âge

■ Jeunes (cliquer sur le titre pour accéder à la fiche)

- Renforcer la prévention des accidents de la circulation et de la vie courante chez les jeunes
- Améliorer la prévention de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis chez les jeunes
- Améliorer la prévention et la prise en charge des troubles du sommeil chez les jeunes (adolescents et jeunes adultes)
- Prévenir les situations de violence subie ou agie dans différentes catégories de population pour éviter les conséquences sanitaires et sociales immédiates et à long terme
- Favoriser le repérage et la prise en charge des troubles psychiatriques et renforcer la prévention du suicide chez les jeunes
- Favoriser l'accès et le bon usage de la contraception d'urgence pour prévenir les grossesses non désirées chez les jeunes

■ Personnes âgées (cliquer sur le titre pour accéder à la fiche)

- Rompre l'isolement des personnes âgées silencieuses pour prévenir des dégradations de leur état de santé
- Améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes et le soutien à leurs aidants proches
- Améliorer le repérage et la prise en charge des troubles psychiatriques et de la suicidalité chez les personnes âgées

■ Thématiques transversales (cliquer sur le titre pour accéder à la fiche)

- Favoriser l'accès aux droits et aux soins pour les migrants à Marseille notamment les nouveaux arrivants
- Promouvoir des conditions d'habitat et un environnement de résidence plus favorables à la santé sur le territoire de Marseille
- Réduire les inégalités dans le dépistage et le suivi des personnes atteintes de diabète
- Favoriser l'accès à la prévention pour les personnes avec un handicap
- Favoriser l'accessibilité des lieux de soins aux personnes avec des incapacités (quelles que soient leurs causes)
- Promouvoir la prévention et le dépistage des cancers chez les femmes et chez les hommes

Lutter précocement contre les troubles du développement langagier et psychomoteur des jeunes enfants

Définition du problème

- En France, la prévalence des troubles d'apprentissage est mal documentée et il manque d'outils standardisés pour les évaluer (en particulier pour les troubles psychomoteurs)
 - Ces troubles toucheraient 10 à 20% des enfants selon les modalités d'évaluation et les définitions employées
- Pourtant les troubles d'apprentissage peuvent être améliorés par des mesures préventives ou rééducatives appropriées mises en place dès le plus jeune âge
- Afin de limiter la survenue de troubles d'apprentissage ultérieurs souvent responsables d'échec scolaire et d'une insertion sociale difficile
- Lorsque les troubles du langage et/ou psychomoteurs ont été dépistés puis diagnostiqués, il se pose le problème de la prise en charge des enfants

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données épidémiologiques

– Prévalence des troubles

- La prévalence des troubles d'apprentissage qu'ils soient secondaires à une pathologie (l'épilepsie par exemple) ou spécifiques toucheraient 10 à 20% des enfants (Cuvellier, 2004)
- En 2009-2010, dans les Bouches-du-Rhône : 13,5% des enfants de 3,5 à moins de 4 ans (8% dans la région) et 10,2% des enfants de 4-4,5 ans (8,5% dans la région) étaient à orienter pour un trouble du langage et/ou un trouble psychomoteur^a (ORS Paca, 2012)
- Stabilisation des problèmes de langage et des problèmes psychomoteurs depuis 2003 chez les enfants âgés de 3,5-4,5 ans de la région Paca (Ors Paca, 2012)

– Prise en charge

- En 2009, dans le Vaucluse : 36,4% des enfants dépistés avec un trouble du langage et 34,5% de ceux dépistés avec un trouble psychomoteur n'ont pas eu de prise en charge (Peyronnet, 2011)
 - Les causes : manque d'adhésion des parents dans 71% des cas pour le langage et dans 63% des cas pour le psychomoteur
- En 2005, à Marseille : le suivi de 180 enfants a montré que parmi les enfants de 3,5-4,5 orientés vers un spécialiste pour un trouble du langage et/ou psychomoteur, 40 % ont été pris en charge par un spécialiste (ORS Paca, 2007)

^a Selon l'outil de dépistage « Eval mater » (Mancini, 2008)

Qualification du problème en termes de gravité

■ A court terme

- Problème d'estime de soi, inhibition, développement de réaction psychosomatique (maux de tête, maux de ventre), troubles comportementaux ou émotionnels en particulier des troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité
- Retards scolaires

■ A long terme

- Les troubles d'apprentissage sont responsables d'échecs scolaires parfois irrémédiables, responsables d'une insertion sociale et professionnelle difficiles
- Près de huit jeunes sur dix en difficulté de lecture n'ont pas dépassé le collège ou suivent (ou ont suivi) un enseignement professionnel court, contre moins de quatre sur dix pour l'ensemble des jeunes participant à la journée d'appel pour la défense (Inserm, 2007)
- Difficultés d'expertise en lecture, déficits intellectuels (Silva, 1983)
- Répercussion sur la santé et sur la société (Grantham-McGregor, 2007)

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités sociales

- Les troubles et les difficultés de maîtrise du langage sont plus fréquents pour les enfants scolarisés dans les grandes sections de maternelle en ZUS (Basset, 2008)
- Le fait d'être issu d'un milieu social peu favorisé multiplie par deux la probabilité d'avoir des difficultés en lecture, comme en mathématiques (Inserm, 2007)

■ Inégalités de genre

- Les problèmes de lecture sont de 1,5 à 3 fois plus fréquents chez les garçons que chez les filles (Inserm, 2007)

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités territoriales de prise en charge

- Très peu d'enfants des zones d'éducation prioritaire et urbaines sensibles bénéficiaient d'une prise en charge orthophonique au CE1 (3% contre 13% chez les autres enfants), alors que les retards en lecture étaient plus fréquents dans ces zones (Watier, 2006)
- En 2011, l'offre de prise en charge est inégalement répartie :
 - la densité d'orthophonistes libéraux varie de 14 à 24 spécialistes pour 100 000 habitants dans les 2^e, 3^e et 15^e à plus de 50 spécialistes dans le 1^e, 4^e, 6^e, 8^e et 12^e arrondissements de Marseille
 - la densité de pédiatres libéraux était nulle dans le 16^e ; elle était supérieure à 10 spécialistes pour 100 000 habitants dans les 1^e, 6^e et 8^e et était comprise entre 1 et 10 pédiatres dans les autres arrondissements

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Besoin d'orthophonistes
- Difficultés liées au coût des soins en orthophonie et à l'accessibilité dans certains quartiers

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Population vulnérable

- Populations étrangères
 - En 2008, plus d'une personne sur 10 qui résident dans les 1^e, 2^e, 3^e, 14^e et 15^e est de nationalité étrangère (12,3-20%)
- Enfants nés grands prématurés

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Au niveau individuel (parents)

– Troubles du langage

- A déficit phonologique de même importance, un faible niveau socioéconomique serait un facteur aggravant de l'apprentissage de la lecture : les enfants issus d'un milieu social peu favorisé auraient des difficultés pour mettre en œuvre des stratégies compensatoires telles que l'acquisition de nouveaux mots (Inserm, 2007)
- Facteurs économiques : moindre accès des familles des milieux défavorisés à une diversité d'outils d'apprentissage (livres, jeux d'éveil, activités sportives...)

– Prise en charge

- La situation économique de la famille peut conduire certaines populations socialement défavorisées à renoncer à certains soins à cause du coût des consultations chez les spécialistes (orthophonistes, psychomotriciens, psychologues...)

■ Liés à l'environnement de résidence

– Prise en charge

- Le manque de spécialistes dans certains quartiers et/ou les délais d'attente pour des rendez-vous pourraient expliquer certaines inégalités

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités dans le suivi des enfants dépistés*

■ Au niveau des communautés

- Avoir un axe petite enfance dans les projets locaux de santé, en s'appuyant sur les commissions de coordination avec les collectivités territoriales, comme par exemple dans le volet santé des Cucs ainsi que dans les ASV (Basset, 2008)
- Instaurer un mécanisme inter-institutions pour garantir la cohérence des politiques de développement du jeune enfant afin que l'ensemble des institutions appliquent une approche globale (Marmot, 2008)
- Faire en sorte que tous les enfants, toutes les mères et toutes les personnes qui s'occupent d'enfants bénéficient d'un ensemble complet de programmes et de services de développement du jeune enfant de bonne qualité (Marmot, 2008)
- Favoriser la coordination avec les CAF, les PMI et la santé scolaire, afin d'éviter que des enfants en situation de vulnérabilité sociale ne bénéficient pas du suivi médical et social de droit commun mis en place pour les 0-6 ans (Basset, 2008)
- Développer les échanges entre les professionnels et les institutions intervenantes : PMI, ASE, Éducation nationale, libéraux, CMP, CAMPS... (Basset, 2008)

■ Au niveau des professionnels de santé

- Disposer d'une cartographie des structures, associations, dispositifs existant sur la ville

* L'une des mesures qui offrent les meilleures chances de réduire les inégalités de santé en l'espace d'une génération est d'investir dans les premières années de l'existence (Marmot, 2008)

Références

- Basset B. Agence régionale de santé – Les inégalités sociales de santé. Inpes, 2008
- Cuvellier JC, Pandit F, Casalis S, et al. Analyse d'une population de 100 enfants adressés pour troubles d'apprentissage scolaire. Arch Pediatr 2004;11:201–6.
- Grantham-McGregor SM et al. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. Lancet, 369:60-70
- Inserm. Dyslexie Dysorthographe Dyscalculie. Bilan des données scientifiques. Expertise collective. 2007
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S and al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet; 2008; 372; 1661-1669
- Ors Paca. Bilan de santé dans les écoles maternelles de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. 2012 (<http://www.sirsepaca.org>)
- ORS Paca. Bilan de santé en écoles maternelles : étude de cohorte. 2007
- Peyronnet S, Garnier MO. Dépistage des troubles sensoriels et du développement en école maternelle par le service de protection maternelle et infantile dans le département du Vaucluse : résultats, orientations, limites. Archives de Pédiatrie 2011;18:1148-1153
- Silva PA, McGee R, Williams SM. Developmental language delay from three to seven years and its significance for low intelligence and reading difficulties at age seven. Dev Med Child Neurol 1983;25:783–93.
- Watier L, Dellatolas G, Chevrie-Muller C. Difficultés de langage et de comportement à 3 ans et demi et retard en lecture au CE1 : une étude longitudinale sur 693 enfants. Resp. 2006, 54 : 327-339

Favoriser une meilleure hygiène buccodentaire
chez les enfants et adolescents
de moins de 18 ans

Définition du problème

- Une mauvaise hygiène a des conséquences majeures sur la santé globale et sur la qualité de vie des personnes, certaines irréversibles : caries, maladies des gencives, halitose mais aussi risque de maladies cardio-vasculaires, cancers, diabète (Association Française Dentaire)
- Une « bonne » hygiène buccodentaire est définie par 4 paramètres principaux (Association Française Dentaire) :
 - Visites régulières de contrôle (tous les 6 mois)
 - Alimentation régulière, équilibrée et variée, éviter le grignotage
 - Brossage 2 à 3 fois par jour avec la bonne méthode et le bon matériel
 - Apport de fluor adapté et personnalisé
- Au sein de la population générale en France, les problèmes buccodentaires ont diminué ces 20 dernières années grâce aux nombreuses actions développées sur ce thème
- MAIS ce problème reste constant chez les populations défavorisées. Il est donc considéré comme un véritable marqueur d'inégalités pour lesquelles les moyens financiers et le niveau d'éducation sont déterminants

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données en région Paca

- Indice carieux* des enfants de 3.5 à 4.5 ans en 2010 (1) :
 - Paca : 0.16
 - Bouches du Rhône : 0.23
- En 2011, la région Paca a enregistré un taux de participation au programme M'T dents inférieur à la moyenne nationale (27.1% - moyenne nationale : 32,7%) (2)

*L'indice carieux CAO correspond à la moyenne du nombre total de dents cariées (C), absentes pour cause de carie (A) et obturées définitivement (O) chez les enfants, rapportée au nombre d'enfants examinés)

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données à Marseille

- La part d'assurés ayant eu au moins un remboursement de bilan ou consultation de chirurgien dentiste libéral a augmenté entre 2007 et 2008 à Marseille pour les enfants de 6 ans* (3) :

	6 ans*	9 ans	12 ans	15 ans	18 ans
2007	27%	29.1%	24.9%	ND	ND
2008	34.2%	29.6%	26.9%	23.1%	26.2%

*Augmentation qui s'explique par le ciblage des enfants de 6 ans dans le programme M'T dents. 6 ans est considéré comme un âge clé pour la prévention dentaire car c'est une population considérée comme « à risques sous estimés » (2)

- La part d'assurés ayant eu au moins un recours au chirurgien dentiste libéral a augmenté entre 2008 et 2009 à Marseille pour les enfants de 6 et 9 ans (2) :

	6 ans	9 ans	12 ans	15 ans	18 ans
2008	37.5%	47.6%	51.9%	47.2%	35%
2009	41.1%	50.2%	51.6%	47.6%	35%

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données au niveau national (4)

- Amélioration significative de la santé bucco-dentaire des enfants depuis 25 ans :
 - La proportion d'enfants de 12 ans indemnes de carie est passée de 12% en 1987 à 56% en 2012 ; celle des enfants de 6 ans est de 64% ;
 - L'indice carieux chez les enfants de 12 ans est passé de 4.20 en 1987 à 1.23 en 2006
- Mais des besoins de soins qui restent importants :
 - En 2011, 30% des enfants de 6 ans et 22% des enfants de 12 ans présentent au moins une dent cariée non traitée
 - En 2006, 1/3 des enfants de 6 ans et 45% des enfants de 12 ans étaient atteints de caries (5)

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

– Chez les 0-12 ans :

- Problème jugé ancien par les acteurs locaux
- Réduction réelle des problèmes buccodentaires et évolution positive des comportements dans la population générale grâce aux nombreuses actions développées à Marseille
- Mais un problème persistant

Qualification du problème en termes de gravité

■ Conséquences d'une mauvaise hygiène buccodentaire (6, 7) :

- A court et moyen terme :

- Gingivites et autres maladies parodontales pré pubertaires et juvéniles (inflammation des tissus de soutien de la dent : gencive et os), liées à la présence de plaque dentaire qui entraînent saignements des gencives, déchaussement, destruction des dents ;
- Caries et autres affections buccodentaires qui entraînent altération des fonctions de mastication, de phonation et fortes douleurs
- Halitose (mauvaise haleine)

- A long terme (à l'âge adulte) :

- Risque d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral liés au saignement des gencives qui favoriserait l'arrivée des bactéries aux vaisseaux sanguins (7)
- Athérosclérose lié au saignement des gencives (8)
- Favoriserait les cancers des voies aérodigestives supérieures
- Augmenterait le risque de décès par cancer lié aux niveaux élevés de plaque dentaire (9)

Qualification du problème en termes de gravité

■ Conséquences des affections buccodentaires non traitées (6, 4) :

- A long terme (à l'âge adulte) :

- Maladies cardio-vasculaires
- Complications infectieuses (les personnes immunodéprimées, en chimiothérapies, diabétiques, handicapées sont plus exposées)
- Diabète, obésité
- Accouchement prématuré, hypertension pendant la grossesse
- Maladies broncho pulmonaires, pneumopathies chroniques,
- Rhumatisme inflammatoire chronique
- Dégradation de la qualité de vie et de la relation avec autrui (perte du plaisir de manger, crainte de parler, de sourire, d'embrasser)
- Dégradation de l'image de soi (dents très abîmées)
- Obstacle à une bonne insertion sociale

Qualification du problème en termes de gravité

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Chez les 0-12 ans :

-Problèmes buccodentaires jugés graves en termes de conséquences sur la santé globale de la personne : estime et image de soi, santé psychique, qualité de vie, alimentation, pathologies infectieuses, développement physique (des mâchoires notamment)

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités sociales

- **Les habitudes favorables à la santé buccodentaire, les comportements de prévention** (brossage, alimentation variée etc.) sont plus répandues dans la population qui bénéficie d'un meilleur niveau d'éducation et de revenus (6)
- **Le recours aux examens buccodentaires de prévention, au bilan ou à la consultation de chirurgien dentiste libéral** est moins fréquent :
 - chez les enfants dont les parents sont bénéficiaires de la CMU C à Marseille en 2008 (10, 6)

	6 ans	9 ans	12 ans	15 ans	18 ans
CMU C	32.2%	26%	22.6%	20.4%	21.2%
Non CMU C	35.2%	31%	28.6%	24.2%	20.3%

- chez les enfants issus de familles avec un niveau d'éducation et de revenu élevé

Qualifications en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités sociales

- Les affections buccodentaires sont moins fréquentes (6, 10)
 - chez les enfants de cadres que chez les enfants d'ouvriers, d'agriculteurs et d'inactifs
 - chez les enfants scolarisés en milieu urbain hors ZEP que chez ceux scolarisés en ZEP
 - Chez les enfants issus de familles avec un niveau d'éducation et/ou un revenu élevé
- L'indice carieux à 12 ans en France en 2006 était moins élevé chez les enfants de cadres supérieur et issus de zone urbaine (5, 6) :
 - 1.55 chez les enfants d'ouvriers et 0.90 chez les enfants de cadre supérieurs
 - 1.59 en zone rurale et 1.16 dans les petites agglomérations
- Le recours aux soins buccodentaires est fortement lié au niveau de revenu, d'éducation et à la couverture complémentaire : les cadres consultent plus fréquemment un chirurgien dentiste que les catégories sociales peu qualifiées (6)

Qualifications en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités d'âge et de genre

- En Paca, en 2007, le taux de recours aux examens bucco dentaires était plus important chez les plus jeunes enfants : 35% des enfants de 6 ans contre 21% des jeunes de 18 ans (10)
- En 2008, à Marseille, le remboursement de bilans ou consultations de chirurgiens dentistes était plus fréquent chez les filles à partir de l'âge de 15 ans (3) :

	6 ans	9 ans	12 ans	15 ans	18 ans
Filles	35.5%	29%	26%	25%	30.3%
Garçons	33%	30%	27%	21%	22.7%

Qualifications en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités territoriales (3)

- Offre en chirurgiens dentistes libéraux à Marseille en 2011 : 87 professionnels pour 100 000 personnes (Paca : 93 /100 000 habitants) (4)
- En 2008, de fortes disparités entre les quartiers nord et les quartiers sud de la ville ont été observées :
 - sur toutes les tranches d'âge, le remboursement de bilan ou consultation de chirurgien dentiste est plus fréquent dans les quartiers sud de la ville
 - Les densités de chirurgiens dentistes libéraux sont en deçà de la moyenne marseillaise dans les 4 arrondissements du nord de la ville : 16ème : 74.5 dentistes /100 000 habitants, 15ème : 45,9, 14ème : 58.9, 13ème : 59.5, 3ème : 54.9
 - > Arrondissements avec une densité supérieure : bande littorale (8ème, 2ème excepté le 7ème) et au centre de la ville (6ème, 1er et 4^{ème})
 - Le recours aux chirurgiens dentistes libéraux est aussi plus fréquent dans les arrondissements du sud de Marseille pour les enfants de 6 ans, 9 ans, 12 ans. Ces disparités sont moins marquées pour les jeunes de 15 et 18 ans

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Populations vulnérables (6)

- Au sein de la population générale, les enfants sont considérés comme un groupe à risque
- Parmi les enfants, ceux considérés plus à risque sont :
 - ceux en situation de handicap : difficultés d'acquisition des habitudes d'hygiène, difficulté de réalisation des soins aboutissant à des édentations précoces
 - ceux issus de milieux socio-économiquement défavorisés
 - ceux issus de familles migrantes

Qualification du problème en termes d'inégalités

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Différences manifestes entre la population générale et les groupes défavorisés
 - Comportements de prévention : les pratiques de prévention et d'hygiène buccodentaire sont moins régulières chez les populations défavorisées (brossage de dents par ex)
 - Affections buccodentaires : les enfants et les jeunes issus de milieux défavorisés sont plus touchés
 - Prise en charge et suivi buccodentaire des enfants : moins réguliers dans les milieux défavorisés
- Les enfants et les jeunes issus des quartiers centre ville, nord, au sud du quartier du Rouet, dans le 8ème, à La Cayolle, dans les territoires CUCS en particulier
- Un problème persistant et encore d'une grande ampleur chez les populations défavorisées, tandis qu'il diminue au sein de la population globale. Le fossé se creuse entre la population du « tout venant » et les populations en situation de précarité. Les problèmes buccodentaires sont de vrais marqueurs d'inégalités sociales.

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Individuels (enfants, parents) (6)

- Les habitudes favorables à la santé buccodentaire chez un enfant sont fortement liées aux comportements, connaissances, perceptions et représentations de la santé (dont buccodentaire) chez les adultes en charge de son éducation (parents ou autres éducateurs)
- La santé buccodentaire de l'enfant est donc dépendante de facteurs individuels chez l'adulte :
 - Le degré d'attention apporté au corps, l'estime de soi
 - Le niveau d'information en matière de santé buccodentaire favorise plus ou moins les pratiques et comportements de prévention
 - La peur des soins réputés douloureux, freine plus ou moins le recours aux soins buccodentaires

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Individuels (enfants, parents)

- Les moyens financiers déterminent largement la régularité du suivi et du recours aux soins buccodentaire de la population et donc des consultations (non gratuites) chez le dentiste :
 - En France, en 2010, en population générale, plus de la moitié des renoncements aux soins concernaient les soins buccodentaires (faute d'argent mais aussi de temps) (11)
 - Le taux de renoncement aux soins buccodentaires est significativement plus élevé parmi les ménages disposant de faibles revenus ou d'une faible couverture complémentaire (6)
 - Le renoncement aux soins chez les jeunes est 2 fois plus important dans les catégories sociales défavorisées (6)
 - L'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins (12)

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Liés à l'offre

- Contexte français : faible prise en charge par l'Assurance maladie des traitements buccodentaires coûteux avec dépassement (6)
 - Limites du système de protection sociale français : les prix pratiqués par les dentistes libéraux qui peuvent fixer librement leurs honoraires jouent sur l'accessibilité aux soins des populations défavorisées (12)
 - En France, en 2007, l'offre de soins dentaires est majoritairement libérale (91% en France en 2007) ; le secteur public ou assimilé est constitué par les services hospitaliers, les centres de santé municipaux ou mutualistes (consultations avec dépassement majoritaires) : incidence sur l'accès aux soins pour les populations défavorisées (13)
- > Cependant pour les ménages les plus pauvres, l'impact bénéfique de la couverture complémentaire en termes d'accès aux soins est confirmé et plus le niveau de garantie est important, plus l'accessibilité aux soins dentaires s'accroît (14)

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Les comportements et la connaissance des parents ont une forte incidence sur la santé buccodentaire des enfants :
 - Information, éducation, sensibilisation et considération insuffisantes apportée à la prévention des problèmes buccodentaires, méconnaissance des gestes favorables à l'hygiène buccodentaire (se laver les dents et ne pas boire de coca-cola le soir avant de se coucher par exemple)
 - Difficultés pour les parents de prendre un RDV chez le dentiste , de le respecter, de patienter avant d'avoir un RDV (parfois délais très longs).
- Précarité, difficultés économiques : frein important pour l'accès aux soins buccodentaires. Les familles défavorisées montrent un recours aux soins moins fréquent
- Recours à la prévention
 - Participation au programme M'tdents encore trop faible du côté du public
 - Faible recours au dépistage bucco-dentaire à partir de 6 ans malgré le programme M'tdents

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

– L'offre

- Les nombreuses actions traitant de cette problématique à Marseille ne semblent pas atteindre les populations plus fragiles
- La transmission des informations de prévention ne se fait pas suffisamment entre les professionnels et les pairs (parents)
- Insuffisance de l'offre de soins/dépistage à Marseille
- Formation des praticiens libéraux : parfois démunis, ne savent pas « quoi faire » face à l'état buccodentaire des enfants
- Mobilisation des libéraux pour le programme M'T dents insuffisante. Le message de la sécurité sociale transmis aux praticiens manque de clarté.
- Refus de prise en charge des populations bénéficiaires de la CMU C plus fréquent chez les dentistes que chez les médecins généralistes.

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités de santé

■ Au niveau individuel (enfants, parents) (6)

- Cibler les actions d'éducation pour la santé en direction des enfants de moyenne section en ZEP
- Visant à leur faire acquérir une bonne hygiène dentaire (brossage biquotidien, dentifrice bi fluoré) et une meilleure hygiène alimentaire (éviter grignotage, excès de confiserie et de boissons sucrés)
- Travailler avec les parents en plus d'axer les actions vers l'enfant essentiellement (même si c'est positif car cela le rend actif) : rôle de relais (15)
- C'est lors de la petite enfance que sont acquises les habitudes en matière d'hygiène buccodentaire et alimentaire
- Les actions visant à faire acquérir ces pratiques doivent s'appuyer sur les mères de familles qui sont de précieuses alliées

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités de santé

■ Au niveau des professionnels de santé (6)

- Améliorer la coopération active pluridisciplinaire (dentistes, MG, paramédicaux etc.)
- Renforcer la connaissance buccodentaire des professionnels de 1^{er} recours (notamment pédiatres, puéricultrices, services de santé universitaire)
- Intégrer les chirurgiens dentistes dans les équipes médicales des structures de la petite enfance (PMI, crèche etc.) ou des structures médico-sociales (IME, EHPAD, IMPro)
- Privilégier les lieux comme PMI, crèches, milieu scolaire pour intégrer la promotion de la santé buccodentaire :
 - former les professionnels, relais efficace de prévention buccodentaire grâce à leur contact permanent avec l'enfant et leur relation régulière avec les parents*
 - milieu scolaire : favorable à la mise en place d'actions d'éducation pour la santé ou de dépistage, brassage de tous les milieux socio économiques, réception des messages par tous

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités de santé

■ Au niveau du dispositif M'T dents (6)

- Améliorer le recours au dispositif en particulier des populations défavorisées : examen buccodentaire de prévention systématique à 6, 9, 12, 15 et 18 ans (Assurance Maladie) pris en charge à 100% ainsi que les soins nécessaires
- Renforcer les séances d'information et d'éducation à la santé buccodentaire en CP et en sixième
- Relance et information des familles n'utilisant pas le dispositif
-

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités de santé

■ Perceptions des acteurs de Marseille (entretiens collectifs)

- La priorité est d'agir sur la sensibilisation et l'information des parents avant d'agir sur le soin
- Les dispositifs mis en place par l'Union Française pour la Santé Buccodentaire ne suffisent pas : il faut d'abord cibler le comportement familial et donc l'éducation des parents. Encore beaucoup trop d'informations restent au niveau des professionnels
- Il faut des actions ciblées : les interventions et actions de proximité sont à privilégier.
- La Ville peut intervenir et notamment au niveau des écoles (tatas).

Références

- (1) Eval mater
- (2) Ameli.fr
- (3) ORS Paca, Bilan de Santé Marseille 2012
- (4) Santé de l'homme
- (5) Enquête UFSBD 2006 chez les enfants de 6 à 12 ans
- (6) BASSET B. Agences Régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Saint Denis. Inpes. 2009
- (7) Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement, étude d'Howard Jenkinson, Université de Bristol, 2008
- (8) Pr Greg Seymour, de l'Université de Otago Dunedin (Nouvelle-Zélande) 2008
- (9) The association of dental plaque with cancer mortality in Sweden. A longitudinal study - <http://bmjopen.bmj.com/content/2/3/e001083.abstract>
- (10) Rapport inégalités ORS
- (11) rapport IRDES juin 2010, enquête sur la santé et la protection sociale 2008)
- (12) Le renoncement aux soins pour des raisons financières : une approche économétrique
- (13) <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/6pdents.pdf>
- (14) <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes100.pdf>
- (15) étude qualitative sur l'impact des actions de prévention bucco dentaire, CG Val de marne

Améliorer la nutrition et l'activité physique
pour lutter contre les problèmes de poids dès
le plus jeune âge

Définition du problème

- La pratique d'une activité physique régulière et adaptée et l'adoption d'une alimentation équilibrée sont impliqués dans la prévention d'un grand nombre de maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, obésité, cancers...)
- A cet égard, une politique nutritionnelle est mise en œuvre depuis plusieurs années dans le cadre du plan national nutrition santé (PNNS) et au niveau local, la ville de Marseille fait partie des villes actives PNNS
- Agir de manière positive dans le sens du développement de comportements favorables à un meilleur équilibre nutritionnel exige que l'on veille à pallier les effets des inégalités sociales de santé dans ce domaine

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données épidémiologiques

- En 2005-2006, en Paca, 12,5 % des enfants de 5-6 ans en surcharge pondérale -- surpoids ou obésité^a-- (12,1 % en France entière) et 2,5 % obèses (3,1 % en France) (Drees, 2010)
 - Baisse de la surcharge pondérale et de l'obésité entre 2000 et 2006 dans cette population, dans toutes les régions de France notamment en Paca (Drees, 2010), mais creusement des inégalités :
 - Baisse en ZEP plus faible que hors ZEP, aussi bien pour l'obésité (-9% contre-24%) que pour le surpoids (-8% contre -17%) (Drees, 2010)
- En 2009-2010, dans les Bouches-du-Rhône, chez les 3,5-4,5 ans : 10,1% des garçons et 12,8% des filles en surcharge pondérale – surpoids ou obésité^a- (8,1% et 12,4% en région Paca) ;
 - Stabilisation des problèmes de poids depuis 2003 chez les enfants âgés de 3,5-4,5 ans de la région Paca (Ors Paca, Eval Mater, 2012)
- Insuffisance pondérale^b : 9,5% des garçons et 7,8% des filles de 3,5-4,5 ans des Bouches-du-Rhône

^a Calculés à partir de l'Indice de masse corporelle (IMC). Les seuils utilisés sont les seuils internationaux calculés par âge et sexe, définis par l'International Obesity Task Force (IOTF) (Cole et coll., 2000) ^b Calculés à partir de l'Indice de masse corporelle (IMC). Les seuils utilisés sont ceux issus des références françaises calculées par âge et sexe, présentées sous forme de courbes de centiles (3ème, 10ème, 25ème, 50ème, 75ème, 90ème et 97ème) (Rolland-Cachera et coll., 1991)

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

- Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)
 - Problème qui apparaît de plus en plus tôt, dès la crèche
 - Problème qui ne régresse pas depuis 10 ans

Qualification du problème en termes de gravité

■ A court terme

- Fatigue, maux de dos chronique, des complications de grossesse ainsi que des problèmes psychologiques divers, comme, la dépression ou des problèmes d'estime de soi (Dessureault, 2010)
- Anémie ou carences en nutriments

■ A long terme

- Augmentation des risques de maladies cardiovasculaires, de diabète de type 2, de cancers divers, d'accidents cérébro-vasculaires, de cholestérol anormal, de triglycérides élevés, d'hypertension, d'apnée du sommeil, de reflux gastro-oesophagien et d'anomalie des vaisseaux coronaires par leur encrassement par dépôts de cholestérol (Dessureault, 2010)
- Risque accru d'obésité à l'âge adulte. Plus de la moitié des enfants de 6 ans et moins, et de 70 à 80 % des jeunes de plus de 10 ans qui sont obèses le resteront à l'âge adulte, alors que 10 % seulement des enfants du même âge et de poids normal le deviennent (Tounian, 2007)

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Souffrance psychique observée chez les adolescents

Qualifications en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités sociales

- Dans toutes les tranches d'âge, la fréquence de l'obésité est multipliée par plus de deux entre les 20% de personnes ayant les revenus les plus faibles et les 20% disposant des revenus les plus élevés, toutes choses étant égales par ailleurs, soulignant qu'il ne s'agit pas d'un effet de seuil, mais bien d'un gradient (HCSP, 2009)
- En 2005-2006, en région Paca : moindre risque d'obésité chez les enfants de 3,5-4,5 ans dont les pères appartiennent à la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures que ceux des autres catégories sociales (ouvriers, professions intermédiaires et agriculteurs exploitants-artisans-commerçants-chefs d'entreprise) (Verger, 2007)

■ Inégalités de genre

- Entre 3,5-4,5 ans et entre 5-6 ans, les filles étaient plus fréquemment en excès pondéral que les garçons (Ors Paca, 2012 ; Drees, 2010 ; Verger, 2007)

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités territoriales

- Augmentation du risque d'obésité dans les écoles appartenant aux communes les plus précaires (Verger, 2007)
- La densité des établissements de restauration de type rapide (fast food, vente de crème glacée dans des chariots...) est plus élevée dans les arrondissements du centre de Marseille que sur le reste de la ville (149 établissements par km² dans le 1^{er} contre 0,9 dans le 9^e)

■ Population vulnérable

- Nourrissons
- Femmes enceintes et mères des enfants issus des quartiers précaires

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Problème qui touche particulièrement les enfants des milieux défavorisés, les jeunes en situation de handicap, les jeunes des structures d'hébergement et ceux en formation

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Individuels (enfants et parents)

- La situation économique de la famille peut conduire certaines populations socialement défavorisées à renoncer ou à limiter l'achat de produits alimentaires comme les fruits, les légumes, le poisson ou la viande (Inpes, 2011)
- Des différences concernant les connaissances nutritionnelles et de certains repères du PNNS peuvent participer à ces inégalités (Inpes, 2011)
- Les facteurs culturels de la famille constituent des éléments favorisant les différences sociales à l'égard de la surcharge pondérale ; dans les milieux les plus modestes, l'alimentation est moins souvent considérée comme un facteur associé à la santé (Inpes, 2011)
- Le manque d'activité physique et des mauvaises habitudes alimentaires peuvent participer à ces inégalités (BEH, 2011)

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Liés à l'environnement de résidence

- Offre du quartier de résidence : la disponibilité et le prix des différents aliments, l'accès à une restauration de type fast-food, la restauration collective, l'industrie agro-alimentaire, la possibilité d'exercer un minimum d'activité physique dans différentes zones sont à cet égard aussi importantes à creuser que l'éducation nutritionnelle individuelle (BEH, 2011)

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Problème lié aux représentations sociales et culturelles du poids (le surpoids n'est pas toujours perçu comme un problème de santé dans certaines populations d'origine étrangère ; le calcul de l'IMC n'est pas toujours compris)
- Problème lié à l'éducation à l'alimentation au sein des familles
- Problème lié à l'offre alimentaire dans les établissements scolaires et médico-sociaux
- Problème des structures de formation qui ne disposent pas de cantine

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités*

■ Au niveau individuel (Basset, 2008)

- Agir de façon précoce, en ciblant, outre les connaissances et habitudes de vie des enfants, les conditions dans lesquelles ils se développent dès le plus jeune âge
- Encourager le recours à l'allaitement
- Agir en faveur des populations migrantes qui sont confrontés au phénomène de « transition alimentaire » en les poussant à cuisiner certains aliments (participation à des ateliers culinaires, exemple d'une intervention à Poitiers) (Inpes, 2011)
- Améliorer les connaissances et la diffusion d'information nutritionnelle
- Renforcer les compétences individuelles à l'école, à la crèche, dans les PMI, les collectivités

■ Au niveau des communautés

- Favoriser la participation des populations à tous les stades des actions, favoriser l'accessibilité/réalisation matérielle

* L'une des mesures qui offrent les meilleures chances de réduire les inégalités de santé en l'espace d'une génération est d'investir dans les premières années de l'existence (Marmot, 2008)

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités

■ Au niveau de l'environnement de résidence

- Améliorer l'accessibilité (en terme d'accès mais aussi de coût) des fruits et des légumes notamment pour les enfants de milieux défavorisés, en multipliant, par exemple, les marchés dans les quartiers
- Réaliser un inventaire, au niveau des villes, des lieux/équipements sécurisés permettant de faire de l'activité physique (parcs, parcours santé, lieux de marche...)
- Réaliser et diffuser des cartes/plans indiquant les parcours piétonniers et cyclables, ainsi que des cartes de temps de parcours de déplacements à pied entre différents quartiers et équipements (arcs, pistes cyclables, stades...)

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités

■ Préconisation des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Apprendre aux parents à faire les achats et à se procurer des produits sains et peu coûteux (rôle important des conseillères en économie sociale et familiale)
- Besoin de former les éducateurs des établissements médico-sociaux : travailler sur les modalités d'encadrement, sur la représentation du handicap et de l'alimentation
- Améliorer la lisibilité de l'offre de prise en charge des problèmes de poids pour des enfants issus de familles précaires, pour des enfants en situation de handicap
- Améliorer l'offre alimentaire dans les quartiers défavorisés (quartiers Nord) avec la multiplication des marchés
- Augmenter le nombre d'espaces verts dans les quartiers et rendre plus accessible l'activité sportive aux enfants en situation de handicap

Références

- Basset B. Agence régionale de santé – Les inégalités sociales de santé. Inpes, 2008
- BEH. Inégalités sociales de santé. 2011;8-9
- Drees. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Etudes et résultats, 2010;737
- Dessurault J. Les déterminants de l'obésité et du surpoids chez les jeunes du Canada. 2010 ([http://www.economie.uqam.ca/pages/docs/Dessureault Jules m%C3%A9moire.pdf](http://www.economie.uqam.ca/pages/docs/Dessureault_Jules_m%C3%A9moire.pdf))
- HCSP. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. 2009
- Inpes. Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention. La santé de l'homme. 2011;414
- Ors Paca. Bilan de santé dans les écoles maternelles de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. 2012 (<http://www.sirsepacaca.org>)
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S and al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet; 2008; 372; 1661-1669
- Tounian P. L'obésité de l'enfant. Paris : John Libbey, 2007
- Verger P, Saliba B, Guagliardo V, Bouhnik A-D, Eichenbaum-Voline S et le groupe EVALMATER. Caractéristiques sociales individuelles, contexte résidentiel et prévalence des problèmes de poids dans la petite enfance : une analyse multiniveau. RESP. 2007;55,347–356

Renforcer la prévention des accidents de la circulation et de la vie courante chez les jeunes

Définition du problème

- Les accidents peuvent être classés en plusieurs catégories
 - Accidents de la circulation : ils surviennent sur une voie publique, y compris durant les trajets domicile/travail ou les trajets scolaires. Les conducteurs, les passagers de véhicules, comme les piétons, cyclistes et autres utilisateurs de la voie publique, peuvent être concernés par ce type d'accidents
 - Accidents de la vie courante (AcVC) : ils sont définis comme des traumatismes non intentionnels, qui ne sont ni des accidents de la circulation ni des accidents du travail. Les AcVC comprennent les accidents domestiques, de sport, scolaires et de loisirs
 - Accidents du travail : ils sont définis par le Code de la Sécurité sociale, art. L. 411-1 (non traité dans ce document)
- En France
 - En 2008, les accidents de la circulation constituent la première cause de décès chez les jeunes de 15-24 ans (Drees, 2011)
 - En 2004, les AcVC constituent la première cause de décès chez les enfants de moins de 15 ans (Machard, 2008)
 - Faible perception du risque lié aux AcVC : en France, les accidents domestiques n'arrivent qu'en 8^{ème} place dans les craintes de risque pour la santé chez les 12-75 ans alors que les accidents de la circulation, pourtant moins nombreux, occupent la première place (Inpes, 2005)

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données épidémiologiques : accidents de la circulation

- En France, plus du tiers des victimes concernées par les séquelles majeures suite à un accident de la circulation sont âgés de 15 à 24 ans (Gadegbeku , 2010)
- A Marseille, sur la période 2008-2010
 - Les jeunes de 18-24 ans représentent 10,6% de la population (9% en France) mais plus de 27% des tués de la route (23% en France)
 - Le risque d'être blessé ou de mourir suite à un accident de la route est 4 fois plus élevé chez les jeunes de 18-24 ans que pour l'ensemble de la population
 - Parmi les piétons victimes (blessés ou tués) d'un accident de la route, 17,2% étaient âgés de moins de 13 ans
 - Parmi les usagers de deux roues motorisés victimes (blessés ou tués) d'un accident de la route, 43,9% étaient âgés de 14 à 25 ans
- A Marseille (comme en France), baisse de la mortalité par accidents de la circulation chez les 15-34 ans entre les périodes 2000-2004 et 2005-2009
 - Mais l'incidence des traumatismes d'usagers de deux roues motorisés n'a pas baissé en France, du fait :
 - de l'augmentation du parc de deux roues motorisés (à partir de 50cm³) : entre 1970 et 2010, multiplication du parc des roues par 6,7 (2,6 pour le parc des voitures) (ONISR)
 - de la diminution du port du casque chez les victimes (Gadegbeku , 2010)

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données épidémiologiques : accidents de la vie courante

- En France, les 5-14 ans sont principalement victimes de noyades et d'intoxications, les 15-24 ans d'accidents divers (chocs, accidents causés par des machines, des projectiles d'armes à feu, le courant électrique, etc.)
- Les moins de 15 ans représentent près de la moitié des victimes d'accidents de la vie courante ayant consulté dans les services d'Urgences (InVS, 2008)
- En France, près de 10% des garçons et plus de 6% des filles âgés de 15 à 24 ans déclarent avoir eu un accident de la vie courante au cours de l'année (Beck, 2005)
 - Chez les garçons, 68% des accidents de la vie courante concernent un accident de sport et loisirs
 - Chez les filles, 42% des accidents de la vie courante concernent des accidents domestiques
- A Marseille, sur la période 2005-2009 :
 - Les décès par AcVC représentent environ 9% de l'ensemble des décès chez les moins de 15 ans
 - Chez les moins de 15 ans, 6 décès en moyenne chaque année par AcVC soit un taux de 3,4/100 000 (2,3/100 000 en France sur la période 2004-2008) ; il existe une surmortalité significative à Marseille par rapport à la France

Qualification du problème en termes de gravité

(Gadegbeku , 2006 et Yacoubovitch 1995)

■ A court terme

- Perte de la mémoire, malaises, maux de tête, brulures, lésions neurologiques, thoraciques, orthopédiques, rachidiennes...
- Hospitalisations
- Etat de stress post-traumatique sous forme aiguë
- Absences scolaires ou absences du travail

■ A long terme

- Etat de stress post-traumatique, anxiété, troubles du sommeil
- Handicaps liés à une paralysie, une amputation, des fractures complexes, un œdème cérébral sévère, un écrasement des membres...
- Cicatrices inesthétiques
- Déficiences visuelles
- Séquelles cognitives et comportementales
- Décès

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités sociales

— Accidents de la circulation

- Peu de données en France à notre connaissance, il existe des difficultés méthodologiques pour mesurer les inégalités sociales du fait de données peu adaptées (problématique de croisement de fichiers, description imprécise des inégalités sociales)
- En Angleterre, les enfants dont les parents appartiennent à la catégorie sociale la plus défavorisée ont 20 fois plus d'accidents de la circulation que ceux dont le père appartient à la catégorie sociale la plus favorisée (Edwards, 2006)
- En France, l'usage du deux roues motorisé est plus faible dans les ménages dont le revenu par unité de consommation est faible (Licaj, 2011)

— Accidents de la vie courante

- Les jeunes dont le chef de famille est cadre ou exerce une profession libérale déclarent deux fois plus d'accidents de sport et loisirs que lorsque le chef de famille est ouvrier (InVS, 2008)
- Le risque d'AcVC avec hospitalisation est plus élevé chez les adultes d'un niveau social modeste (InVS, 2008)

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités de genre

– Accidents de la circulation

- Le risque d'avoir un handicap léger ou lourd ou de décéder suite à un accident de la route concernent plus souvent les hommes que les femmes (Gadegbeku, 2010)
- Les garçons sont plus exposés au risque d'accident de la circulation que les filles car ils utilisent plus souvent les deux roues motorisées et ils passent significativement plus le permis de conduire que les filles (Licaj, 2011)

– Accidents de la vie courante

- En terme d'effectif, les accidents de la vie courante chez les moins de 20 ans concernent plus souvent des garçons (57,4%) que les filles

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités territoriales

– Accidents de la circulation

- A Marseille, sur la période 2008-2010, parmi les victimes de deux roues motorisées, les parts concernant les 14-25 ans les plus élevées sont observées dans les 13^e, 14^e, 15^e et 11^e arrondissements (plus de 47% des victimes)
- Parmi les usagers de deux roues motorisés victimes (blessés ou tués) d'un accident de la route, 43,9% étaient âgés de 14 à 25 ans
- En France, incidence d'accident corporel plus important dans les communes défavorisées avec ZUS que dans les autres communes :
 - C'est l'inverse pour les deux roues motorisées à priori attribuable à un moindre usage de ce mode dans les communes défavorisées (Licaj, 2011)
 - C'est pour les accidents de piétons (les moins fréquents) que les différences sont les plus nettes (4,1 plus fréquents dans des quartiers pauvres que dans les quartiers riches (Licaj, 2011 et Edwards, 2008)
 - Sur-risque significatif d'accident de voiture et de vélos chez les garçons dans des communes avec ZUS ou habitant dans des Iris défavorisés (Licaj, 2011)

– Accidents de la vie courante

- Surmortalité par accidents de la vie courante chez les 0-14 ans dans les Bouches-du-Rhône par rapport à la France

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Au niveau individuels (parents, jeunes)

- Les différences d'usage de mode de transport entre garçons et filles liés à des comportements à risque plus fréquent chez les garçons
- Les différences dans les pratiques de certains sports entre garçons et filles ont un lien sur les accidents de la vie courante
- Le milieu social de l'adolescent influence son risque routier global
- Les utilisateurs de deux roues à moteur ont plus souvent des comportements à risque de santé (consommation d'alcool, de tabac et de cannabis) et les comportements à risque sont plus fréquents dans les milieux défavorisés et avec un niveau d'éducation moins élevé, moins sensibles aux démarches de prévention (absence de casque ou de ceinture de sécurité)
- Le niveau économique de la famille ou de l'adolescent a un impact sur le mode de transport : moindre usage de la voiture et des transports en commun mais plus de marche
- Le niveau économique de la famille a un impact sur le choix des activités sportives

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Liés à l'environnement de résidence

- Les caractéristiques physiques de l'environnement ont une importance : volume du trafic routier, présence de voies larges, absence de ralentisseur
- La qualité de l'habitat et la qualité de l'air intérieur ont une importance sur les accidents de la vie courante

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités

■ Au niveau individuel

- Améliorer la coordination des messages d'information réalisés par les comités d'éducation de la santé, la direction de la sécurité routière et la mission intergouvernementale de lutte contre la drogue et les toxicomanies
- Mener des actions de sensibilisation au danger du téléphone en voiture pour les nouveaux conducteurs (Inserm, 2011)
- Impliquer les filles dans les messages de prévention --qui sont en général plus prudentes – pour modérer les ardeurs de vitesse des garçons (Inserm, 2011)
- Sensibiliser les jeunes à la notion de risques de blessures et/ou de traumatismes à scooter
- Éduquer les enfants et les jeunes aux risques de la vie courante dans les centres de loisirs associatifs ou municipaux
- Informer les consommateurs à la fois sur l'origine et les risques liés à la présence des polluants domestiques

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités

■ Au niveau des communautés (Basset, 2008)

- Veiller à permettre l'accès aux populations précaires aux informations et mesures de prévention des accidents domestiques, notamment en développant des actions locales telles que des visites effectuées au domicile des jeunes parents, lorsqu'ils le souhaitent, en organisant des réunions de prévention au sein des établissements scolaires, des maisons de la petite enfance, dans les centres de loisirs associatifs ou municipaux
- Mobiliser des médiateurs en santé et les associations de quartier pour informer et évaluer les risques d'AcVC
- Mobiliser les moyens d'investigation qui permettent d'identifier et d'agir sur les conditions de vie insalubres ou les logements inadaptés
- Promouvoir des réunions de formation et d'information sur les AcVC dans les classes maternelles avec des parents et des professionnels, sur la base du volontariat et de l'incitation

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités

■ Au niveau de l'environnement de résidence

- Soutenir les opérations de rénovation urbaine en tenant compte de la prévention des risques d'accident
- Etudier les liens entre la santé et les caractéristiques physiques de l'environnement de résidence.
 - Utiliser les données d'accidentologie locale dont dispose le Service Prévention de la Délinquance de la DGUP de la Ville de Marseille (données issues des Bulletins d'analyse des accidents corporels géolocalisés et gérés dans le logiciel Concerto)

Références

- Basset B. Agence régionale de santé – Les inégalités sociales de santé. Inpes, 2008
- Barry, Y., Lasbeur, L., Thélot, B., 2011 : Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2008. Bull Epidémiol Hebd. 2011 ;29-30 ; 328-32
- Beck, F Guilbert P Gautier A. Baromètre santé 2005. Inpes.
- Drees. L'état de santé de la population en France. 2011.
- Edwards, P., Roberts, I., Green, J. and Lutchmun, S., 2006. "Deaths from injury in children and employment status in family: analysis of trends in class specific death rates." Bmj 333(7559): 119
- Gadegbeku B, Chiron M, Ndiaye A, Laumon B. Victimes d'accidents de la circulation : quelles évolutions ? Registre du Rhône, France, 1996-2008. 47; Bull Epidémiol Hebd. 2010;(47):477-484
- InVS . Les accidents de la vie courante en France métropolitaine – Enquête santé et protection sociale 2004 – 2008 47p
- InVS. Enquête Permanente sur les accidents de la vie courante. Résultats 2009. 2010
- Inserm. Téléphone et sécurité routière. Expertise collective. 2011
- Licaj, I. Inégalités sociales et territoriales de mobilité et d'accidents corporels de la route chez les jeunes. 2011
- Machard L, de Saint Pulgent N, Briat E, Cerqueira J, Goualc'h G. Livre blanc « Prévenir les accidents de la vie courante » 2008
- Yacoubovitch I, Lelong N, Gosquer M, Turs P. Etude épidémiologiques des séquelles d'accidents à l'adolescence Arch Pediatr 1995 (2) 532-538

Améliorer la prévention de la
consommation de tabac, d'alcool
et de cannabis chez les jeunes

Définition du problème

- L'étape d'expérimentation d'un produit et sa précocité sont déterminantes dans les conduites d'usage futures de l'individu ; elles sont aussi fortement déterminées par des facteurs psychologiques, sociaux et familiaux
- Chez les 11-15 ans, les produits psychoactifs les plus fréquemment expérimentés sont par ordre décroissant 1) l'alcool, 2) le tabac, 3) le cannabis et 4) les autres drogues (enquête HBSC 2008, OMS)
- La prévention, l'information et la sensibilisation du public sur l'usage des 3 produits les + expérimentés de manière précoce au cours de la période où les 1ers usages sont les plus probables/fréquents (adolescence) est essentielle

Définition des termes utilisés

- **Usage ponctuel excessif d'alcool** : au moins 6 verres lors d'une même occasion
- **Usage régulier d'alcool** : pour les femmes en dehors de la grossesse : + de 2 verres standard par jour ; pour les hommes : + de 3 verres standard par jour (aucun jour sans boisson alcoolisée au cours d'une semaine)
- **Dépendance** : incapacité à réduire/arrêter sa consommation malgré les dommages sanitaires et sociaux (difficultés d'ordre physique, relationnel, social, professionnel, sanitaire, judiciaire)
- **Abus d'alcool** : + de 5 verres par jour
- **Binge Drinking** : alcoolisation excessive ponctuelle à des fins de « défonce »
- **Usage régulier de cannabis** : 10 fois et + sur les 30 derniers jours
- **Syndrome amotivationnel** : désintérêt pour les activités habituelles, fatigue physique et intellectuelle, difficultés de concentration et de mémorisation, humeur dépressive
- **ICM** : Indice Comparatif de Mortalité (base Paca)

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données générales sur les conduites addictives en France en 2009

- Chez les jeunes de 17 ans, tendances 2000-2008 (ESCAPAD, OFDT, 2008)
 - Age moyen de l'expérimentation en 2008 :
 - pour les garçons : 14,9 ans pour l'ivresse, 13,4 ans pour le tabac, 15,1 ans pour le cannabis
 - pour les filles : 15,1 ans pour l'ivresse, 13,7 ans pour le tabac, 15,3 ans pour le cannabis
 - Passage au tabagisme quotidien + précoce (14,5 ans en 2000 à 14,3 en 2008)
 - Baisse de l'usage régulier d'alcool (11% à 9%), de tabac (41% à 29%) et cannabis (10% à 7%)
 - Mais hausse des ivresses (6,4% à 8,6%) et de l'expérimentation de la cocaïne (1% à 3,2%)
- En population générale (1)
 - L'usage de tabac, alcool et autres substances représentent 30% de la mortalité prématurée et évitable en France, 100 000 décès évitables par accidents et maladies, dont près de 40 000 cancers (poumons et VAD : 1^{ère} cause de mortalité chez les hommes)
 - Interpellations pour usage de cannabis à la hausse depuis 20 ans ; les régions les + concernées ne varient pas : 1) Île-de-France, 2) PACA, 3) Rhône-Alpes 4) Nord-Pas-de-Calais (7)

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données sur la consommation de tabac en 2010 (5)

- En France, en 2010 :
 - 1/3 des collégiens avait expérimenté le tabac (11-15 ans)
 - A 15 ans, près de 19 % reconnaissent fumer régulièrement
 - L'usage quotidien concerne surtout les élèves de quatrième (8 %) et de troisième (16 %)

■ Données sur la consommation d'alcool en 2010

- En Paca, usage ponctuel excessif (40%) et les ivresses (16%) + fréquentes chez les 15 - 25 ans (4)
- A Marseille :
 - Phénomènes du binge-drinking et polyconsommation répandus chez les plus jeunes (3)
 - En 2010, hausse des ivresses et des usages à risque chez les femmes 18-35 ans (3)
 - Surmortalité par rapport à Paca chez les adultes : par cirrhose alcoolique (2004-2008) : ICM : 106 (hommes : 110, femmes : 101) & par abus d'alcool (2004-2008) : ICM : 106 (hommes : 115 ; femmes : 78,5) (2)

■ Données sur la consommation de cannabis en 2010

- En Paca, l'usage régulier est le + fréquent chez les 15-25 ans (6 %) (4)
- A Marseille (3) :
 - 1er usage de + en + précoces (12-13 ans), usage quotidien de + en + tôt (16-20 ans), polyconsommation
 - Hausse de l'orientation des jeunes vers le soin (25% en 2009, 40% en 2010)
 - Réseau de vente commun cannabis et cocaïne, hausse des interpellations

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

– Chez les 13 - 25 ans

- Banalisation de l'alcool et du cannabis
- Consommation massive d'alcool
- Consommation fréquente de cannabis
- Etat dentaire désastreux chez les fumeurs de cannabis

Qualification du problème en termes de gravité

■ Conséquences de l'usage ponctuel excessif d'alcool (6) :

- Diminution de la vigilance : risque accru d'accidents de la route
- Conséquences sociales: perte de contrôle de soi (comportements violents, suicide, homicide), exposition à des agressions, absentéisme, diminution des performances, infraction à la loi

■ Conséquences de l'usage régulier d'alcool (6) :

- Dépendance
- Conséquences sociales :
 - Peu d'enquête permettent de quantifier l'association entre problèmes d'alcool et dommages sociaux (Inserm, Alcool, effets sur la santé, expertise collective)
 - en cas d'abus et/ou de dépendance et selon leur durée (en nbre d'années), impact sur le niveau de revenu, le type d'emploi (postes d'exécutants, en plein air, conséquences de l'absentéisme), les études (qualité, durée, niveau), choix du conjoint et des amis (Inserm, Alcool, dommages sociaux et dépendances, expertise collective)
- Cancers (bouche, gorge, œsophage), maladies du foie, pancréas, cardiovasculaires, du système nerveux, hypertension artérielle, troubles psychiques (anxiété, dépression etc.)

Qualification du problème en termes de gravité

■ Conséquences de l'usage aigu de cannabis (7, 8, 9, 10)

- Euphorie/somnolence, hausse du temps de réaction, troubles de la coordination motrice : **accidents de la route**
- Diminue les capacités de mémorisation
- Réactions anxieuses
- Personnes pré disposées : bouffée délirante aigüe (ou psychose cannabique) : hallucinations, idées délirantes

■ Conséquences de l'usage régulier de cannabis (7, 8, 9, 10)

- Révélation ou aggravation de troubles psychiatriques chez les sujets prédisposés : troubles dépressifs et anxieux, schizophrénie (si usage intensif de cannabis à l'adolescence même si cet usage n'est pas un facteur causal, ni nécessaire, ni suffisant) (Inpes, Repérage précoce de l'usage nocif de cannabis)
- Syndrome amotivationnel
- Maladies respiratoires chroniques
- Cancers : poumons, voies aéro digestives supérieures, vessie, prostate, col utérin (+ rare)

Qualification du problème en termes de gravité

■ Conséquences de l'usage quotidien de tabac (11)

- Dépendance
- Risques de cancers pour le fumeur et son entourage : poumon & cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins, cavités nasales, sinus, œsophage, estomac, foie, leucémie myéloïde, colon, rectum
- Maladies cardio vasculaires : infarctus du myocarde, hypertension artérielle, artérite des membres inférieurs, thrombose veineuse (obstruction des veines par un caillot sanguin)
- Maladies de l'appareil respiratoire : bronchite chronique et asthme
- Troubles cérébraux (AVC) et manifestations allergiques (+ rares)
- Les femmes fumeuses s'exposent à des risques supplémentaires (4) :
 - Cancer du col de l'utérus, ovaire et sein
 - Association pilule et tabac augmente le risque cardiovasculaire et la survenue d'un AVC,
 - Conséquences sur le bon déroulement de la grossesse et sur le nourrisson (fausse couche, accouchement prématuré, grossesse extra utérine, problèmes respiratoires et mort subite pour l'enfant)

Qualifications en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités sociales (12)

- Les enfants dont les parents sont séparés et/ou qui ne vivent pas au domicile de leurs parents consomment des substances psychoactives + que les autres
- Les jeunes en apprentissage ou sortis du système scolaire sont + nombreux à fumer quotidiennement, boire régulièrement de l'alcool, être ivre de façon répétée, fumer du cannabis que jeunes en filière générale, technique ou professionnelle
- L'expérimentation de substances psychoactives en général et les ivresses sont + fréquentes chez les jeunes issus de milieux favorisés
- Le tabagisme quotidien est réparti dans tous les milieux sociaux
- L'usage problématique de cannabis est plus répandu chez les jeunes issus des milieux populaires (ouvriers et personnes sans emploi)
- Dans les Consultations Jeunes Consommateurs à Marseille en 2010 (3) :
 - peu de personne de niveau bac et + chez les usagers de cannabis
 - problèmes de formation et d'insertion professionnelle, sorties précoces du système scolaire , bas niveaux de qualification, troubles psychiques, relations familiales complexes, absence d'un des 2 parents

Qualifications en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités de genre

- Alors que la plupart des travaux considéraient « les drogues » comme un « problème d'hommes » (niveaux d'usage + élevés), **reconnaissance récente** d'une spécificité des femmes dans le problème des addictions (12)
- Usage + fréquent de médicaments psychotropes chez les femmes, faible écart homme-femme pour l'usage de tabac (les hommes restent + concernés par l'alcool, le tabac et le cannabis) (15)
- Hausse des ivresses et usage régulier d'alcool chez les femmes au fur et à mesure que le niveau de diplôme et la catégorie sociale s'élèvent (baisse pour les hommes) (15)
 - Les niveaux d'usage des femmes seraient modelés par des contraintes spécifiques : éducation, position sociale, conditions de travail, statut matrimonial, maternité et charges domestiques (12)
- En 2010, en France, parmi le tiers des collégiens qui ont expérimenté le tabac : les garçons sont + précoces : en sixième, 16,5 % d'entre eux ont expérimenté contre 8 % des filles (5)
- Mais les filles rattrapent « leur retard » en 3^{ème} : 55 % d'entre elles ont expérimenté contre 49 % pour les garçons (5)
- En Paca en 2010, le cancer du poumon est en forte augmentation chez les femmes depuis plusieurs décennies (surmortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon par rapport à la France) (2)

Qualifications en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités territoriales

- Usagers des zones éloignées et moins urbanisées de Marseille auraient des conduites à risque + importantes que les autres (du fait de leur éloignement des structures de Réduction des Risques et de prévention) (TREND, Marseille, 2008)
- ZUS des 13^{ème} et 14^{ème} arrondissements : usagers de bières fortes, médicaments psychotropes et cannabis de 25 à 35 ans (hommes et femmes) (dont anciens et actuels injecteurs d'héroïne) + une minorité de mineurs (hommes et femmes) usagers de bière forte et de cannabis (niveau élevé d'alcoolisation toute la journée) (TREND Marseille 2008)
- Cannabis (3)
 - A Marseille en 2010, culture domestique et vente en appartement + répandues en centre ville
 - Offre : quartiers périphériques de Marseille : cannabis moins coupé avec des substances toxiques, + concentré en THC, à un prix moins onéreux que dans le centre ville

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Populations vulnérables (3, 4, 5, 8)

- **Alcool**

- Les adolescents (période de l'adolescence : développement physiologique et psychologique du cerveau pousserait à l'usage excessif)
- Les jeunes issus de milieux favorisés, avec des parents séparés, vivant en internat ou hors du foyer familial, absence de l'un des deux parents
- Les jeunes usagers d'autres produits : risque de consommation et de dépendance + élevé
- Jeunes actifs occupés (+ souvent usagers réguliers que les étudiants)

- **Tabac**

- Les collégiens
- Jeunes issus de milieux défavorisés

- **Cannabis**

- Jeunes en souffrance (12-18 ans)
- Jeunes issus de milieux défavorisés
- Jeunes psychotiques

Qualification du problème en termes d'inégalités

- Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)
 - A Marseille, problèmes d'alcoolisme chez les hommes originaires de l'est

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Individuel (jeunes, parents) (12)

- L'attitude des parents à l'égard des substances psychoactives :
 - degré de disponibilité des substances au sein du milieu familial
 - conduites d'usage chez les parents et dans la fratrie
 - précocité de l'exposition de l'enfant à ces conduites d'usage
- L'ambiance familiale et les relations parents-enfants :
 - niveau d'encadrement, d'autorité et d'implication parentale
 - attitude coercitive, injuste et incohérente de la part des parents
 - la perception par l'enfant d'un manque de proximité avec ses parents
- La présence de troubles mentaux chez les parents :
 - liés à l'utilisation de substances
 - personnalité antisociale (chez les pères)
 - troubles anxieux et dépressifs (chez les mères)

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Individuel (jeunes, parents)

- L'âge et/ou la période d'expérimentation du produit aussi
 - La précocité de l'expérimentation d'un produit accroît la vulnérabilité de la personne face à ce produit et le risque de dépendance
 - La période de l'adolescence : + de vulnérabilité face aux diverses influences et propice à l'usage à risque (le développement du cerveau à l'adolescence pousserait à l'usage à risque, + de vulnérabilité face à l'influence d'un groupe etc.)
- Certains traits de personnalité et états du jeune influenceraient ses conduites d'usage (12)
 - Souffrance, détresse, fragilité
 - Impulsivité et recherche de sensations pousseraient à la consommation excessive de produits et à la polyconsommation (alcool-cannabis-tabac : cocktail fréquent et dangereux)

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Liés à l'environnement socioculturel immédiat (12)

- Un environnement immédiat où circulent les substances psychoactives favoriserait l'initiation chez l'enfant et l'adolescent, modulerait la perception de l'interdit et les conduites d'usage chez le jeunes (jeunes vivant dans un environnement où se vend le cannabis : produit + banalisé mais + souvent témoins d'interpellations)
 - Les événements de vie familiaux tels que la séparation des parents au moment de l'adolescence joueraient un rôle significatif dans la survenue d'un abus ou d'une dépendance chez le jeune
 - A Marseille, les arrondissements du nord et de l'est de Marseille concentrent les indicateurs de précarité (Observatoire des quartiers CUCS) : usage de tabac probablement + fréquent...
- > pour l'alcool, des ressources financières limitées auraient un effet protecteur et constitueraient un frein à la consommation d'alcool chez le jeune

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Liés à l'offre de prise en charge

- La France est surtout dotée d'une offre de prise en charge pour des usagers adultes en situation de précarité (CAARUD, CSAPA) or :
 - 1) La relation entre l'usage de produit et précarité n'est pas linéaire en ce qui concerne les jeunes : ceux issus de milieux favorisés montrent parfois plus de conduites d'usage à risque que les jeunes issus de milieux plus défavorisés (ivresse, cannabis)
 - 2) Les jeunes (mineurs) sont le public vers lequel orienter les actions de prévention (prévenir la précocité de l'usage)
- Les zones moins urbanisées, + éloignées seraient moins pourvues en offre de prévention ou serait moins accessible (déterminerait la prise de risque chez le jeune)
- Principales structures de prise en charge pour les jeunes : Consultations Jeunes Consommateurs. Résultats de l'évaluation 2004-2007 par l'OFDT (13) :
 - Baisse importante de l'accueil des parents et de l'entourage proche du jeune alors que leur intégration dans l'accompagnement est indispensable : les potentiels causes et facteurs de conduites d'usage à risque chez le jeune sont de – en – traités
 - Faible renouvellement du public : le lien avec les nouveaux consommateurs ne se fait pas suffisamment, le renouvellement du public provient essentiellement des orientations par la justice
 - Public d'hommes, jeunes majeurs, justiciables. Et les autres?
 - Consultations centrées sur le cannabis

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités de santé (1, 14)

■ Au niveau individuel

- Les programmes de prévention ne doivent pas se limiter à la lutte contre les consommations des produits car celles-ci sont souvent la conséquence d'autres problèmes et de souffrances psychosociales (famille, traumatisme de l'enfance...)
- Intégrer les parents et l'école dans les programmes de prévention
- Cibler les groupes vulnérables dans les programmes de prévention : intensifier les actions ciblant ces populations ; privilégier les actions de proximité (zones isolées) ; tenir compte du genre dans les interventions

■ Au niveau des communautés

- Allier le social et le soin dans l'accompagnement des personnes dépendantes ou avec une consommation à risque
- Les actions ponctuelles ne peuvent faire espérer des bénéfices à long terme : besoin de financement durable et de cohérence entre les programmes

Références

- (1) BASSET B. Agences Régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Saint Denis. Inpes. 2008
- (2) Données ORS Paca, SIRSéPACA
- (3) Enquête TREND 2010, site de Marseille, OFDT
- (4) Baromètre santé 2010, extension régionale, ORS Paca, Inpes
- (5) Enquête Health Behaviour in School-aged Children, 2009/2010, OMS
- (6) Alcool, effets sur la santé, une expertise collective de l'Inserm, 2002
- (7) OFDT, Risques, conséquences et effets liés aux usages de cannabis, données essentielles, 2006
- (8) Cannabis, quels effets sur le comportement et la santé?, une expertise collective de l'Inserm, 2001
- (9) Centre international de recherche sur le cancer, Cancer et cannabis, Annie Sasco et Hervé Besson
- (10) L'usage problématique du cannabis, Toxibase-Crips.
- (11) Conséquences du tabac
- (12) Inégalités de genre et inégalités sociales dans les usages de drogues en France, Stéphane Legleye, Unité Inserm U669, 2011
- (13) OFDT, évaluation du dispositif des « Consultations Jeunes Consommateurs », 2004-2007, évaluation des politiques publiques
- (14) Drogues, alcool, tabac, danger pour les pré-ados!, fédération des espaces santé jeunes, dossier thématique
- (15) Francois Beck, Stéphane Legleye, Florence Maillachon, Gael de Peretti. Femmes influentes sous influence ? Genre, milieu social et usages de substances psychoactives, Médecine Sciences

Améliorer la prévention et la prise en charge des troubles du sommeil chez les jeunes (adolescents et jeunes adultes)

Définitions (Chan-Chee, 2011)

- Selon la Classification internationale des troubles du sommeil (ICSD-2^{ème} édition, 2005), ceux-ci comprennent : l'insomnie, les troubles du sommeil en relation avec la respiration (apnées du sommeil...), les hypersomnies d'origine centrale, les troubles du rythme circadien (retard de phase...), les parasomnies (somnambulisme...), les mouvements en relation avec le sommeil (syndrome des jambes sans repos...)...
- Le diagnostic de l'insomnie, le plus fréquent des troubles du sommeil, repose sur l'existence de difficultés à s'endormir ou à maintenir le sommeil, de réveil trop précoce et/ou d'un sommeil non réparateur ou de mauvaise qualité
- Ces difficultés surviennent en dépit des opportunités et circonstances adéquates pour dormir et entraînent des répercussions sur le fonctionnement diurne (fatigue, baisse d'attention, de concentration ou de mémoire, irritabilité...)
- Persistance au-delà de 3 mois : insomnies chroniques
- Selon la classification américaine Diagnostic and statistical manual (DSM-IV) : critères identiques hormis pour le réveil précoce (non mentionné) et la définition de l'insomnie chronique (≥ 1 mois)

Problématique

- Les troubles du sommeil et leurs conséquences sur le fonctionnement diurne représentent un enjeu fort de santé publique, en particulier par leurs effets délétères sur l'absentéisme scolaire et professionnel, le risque d'accidents, de comorbidités associées et de la surconsommation d'hypnotiques et de consultations médicales
- Peu d'études ont été menées spécifiquement sur le sommeil des jeunes ; des résultats indiquent qu'une proportion non négligeable déclare avoir des problèmes de sommeil
- Les experts s'accordent sur la nécessité d'améliorer les connaissances de la population et des professionnels sur ce thème et de mettre en place des actions de proximité

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données épidémiologiques

– Adolescents

- En 2005, en France, 32 % des 12-14 ans (♀ : 38 % ; ♂ : 27 %) et 43 % des 15-19 ans (♀ : 50 % ; ♂ : 37 %) déclaraient avoir eu des problèmes de sommeil au cours des 8 jours précédant l'enquête (pas de données sur Marseille) (Beck, 2007)
- Selon différentes enquêtes françaises menées dans les années 90-2000, entre un quart et un tiers des adolescents déclarent présenter au moins un symptôme d'insomnie (Chan-Chee, 2011)
- Entre 7 et 16 % des adolescents souffriraient du syndrome de retard de phase de sommeil (coucher et lever plus tardifs que la normale) (Giordanella, 2006)

– Etudiants

- En Paca, en 2005-2006, 14 % des étudiants de 1^{ère} année d'université (♀ : 16 % ; ♂ : 10 %) présentaient un sommeil perturbé* (ORS Paca, 2007)

– Jeunes adultes

- En 2005, en France, 43 % des 20-25 ans (♀ : 46 % ; ♂ : 41 %) déclaraient avoir eu des problèmes de sommeil au cours des 8 jours précédant l'enquête (Beck, 2007)

* Difficultés d'endormissement ou de maintien du sommeil ou un sommeil non réparateur depuis au moins un mois avec une fatigue qui a perturbé les activités (travail, loisirs...) assez souvent ou fréquemment, tout le temps

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

- Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)
 - Types de troubles du sommeil évoqués : difficultés à l'endormissement, insomnies, manque de sommeil, rythme de sommeil déstructuré, irrégulier
 - Problème existant depuis 4 à 6 ans et prenant de plus en plus d'importance
 - Prise de conscience récente chez les professionnels de santé et les institutionnels
 - Verbalisation par les jeunes récente également (lors de l'accompagnement par la Mission locale par exemple)

Qualification du problème en termes de gravité (Giordanella, 2006)

■ Répercussions à court/moyen terme

- Métaboliques : altération des fonctions métaboliques, endocriniennes et immunologiques. Une restriction de sommeil pourrait favoriser le développement de pathologies métaboliques telles que l'obésité
- Cognitives : diminution des performances scolaires, troubles de la mémoire, échec scolaire
- Comportementales : hyperactivité, somnolence...
- Santé mentale : la privation de sommeil peut engendrer des symptômes dépressifs avec risque suicidaire dans les formes sévères, anxiété (anxiété de performance, phobie ou absentéisme scolaire)
- Augmentation du risque accidentologique (accidents de la circulation...)
- Consommation de médicaments psychotropes
- Bien-être familial : qualité relation parents-enfant, conflits conjugaux, voisinage...

■ Répercussions à long terme

- Risque de persistance des troubles à l'âge adulte

Qualification du problème en termes de gravité

- Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)
 - Un problème grave : incidence sur l'avenir du jeune à court, moyen et long terme
 - Incidence sur le déroulement de la journée, l'assiduité et la performance scolaire, la capacité d'apprentissage et, pour les jeunes en insertion, la capacité à accomplir des démarches sociales et administratives qui pourraient améliorer leur situation
 - Réveils difficiles pouvant être à l'origine de tensions avec les parents
 - Pour pallier le manque de sommeil, « *les jeunes avalent des médicaments au réveil pour arriver à tenir toute la journée* »

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités sociales (*Chan-Chee, 2011*)

- Corrélation négative entre le salaire net et la plainte de troubles du sommeil
- Catégories socioprofessionnelles : résultats variables selon les études
- Insomnie plus fréquente chez personnes séparées, divorcées ou veuves

■ Inégalités de genre

- Troubles du sommeil plus fréquents chez les femmes (*Chan-Chee, 2011*)

■ Inégalités territoriales

- Non renseignées

■ Populations vulnérables

- Personnes présentant des troubles anxio-dépressifs (*Chan-Chee, 2011*)

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Toutes les classes sociales sont concernées : les jeunes issus de milieux favorisés (exposition aux écrans, utilisation de téléphone portables...) comme les jeunes en insertion (stress, recherche d'emploi...), les étudiants, les jeunes en établissements (ITEP, PJJ...)

Mécanismes documentés sur les inégalités sociales

(Bixler, 2009 ; Stamatakis, 2007)

■ Individuels

- Etat de santé (risque accru de dépression chez les populations précaires notamment)
- Facteurs sociaux (séparations, divorces – facteurs de risque de troubles du sommeil – sont associés à un appauvrissement des ménages (*Lemarchant, 2004*)...)
- Comportements (consommation d'alcool, de tabac, plus fréquentes chez les personnes de faible statut socioéconomique et associées à des troubles du sommeil)

■ Liés aux conditions de travail

- Nombre d'heures de travail, travail en rotation, travail de nuit...

■ Liés à l'habitat et à l'environnement de résidence

- Surpeuplement du logement
- Exposition au bruit, à la lumière
- Confort pour dormir

Mécanismes documentés sur les inégalités sociales

- Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)
 - Un problème multifactoriel (facteurs psychiques, socioéconomiques, environnementaux)
 - Comportements : musique forte, portable sous l'oreiller, pratique de jeu en ligne
 - Problèmes d'emploi, angoisse de l'avenir
 - Habitat et environnement : lumière, promiscuité, bruit
 - Education donnée au jeune par les parents et/ou les éducateurs. L'absence des parents (pour des raisons professionnelles souvent), jeunes livrés à eux-mêmes

Pistes d'intervention possibles pour réduire les inégalités (Giordanella, 2006)

■ Au niveau individuel (jeunes et parents)

- Favoriser la connaissance et le respect du sommeil
 - Communiquer sur le sommeil de l'adolescent (rythmes, besoins, conséquences du mal dormir et de la somnolence) – outils développés par l'Inpes, par PROSOM (Association nationale de promotion des connaissances sur le sommeil)
- Promouvoir le développement d'actions d'éducation et de prévention de proximité et s'appuyant sur des expériences et méthodologies éprouvées
 - Recenser les structures actives et compétentes susceptibles d'intervenir et animer ce réseau de partenaires (rencontres, échanges avec des experts du sommeil...)

■ Au niveau des professionnels

- Favoriser la connaissance et le respect du sommeil au niveau des différents professionnels du champ de la santé et de l'éducation
 - Organiser des stages de formation en direction des personnes du champ de l'éducation (enseignants, éducateurs...) et de la santé
- Favoriser l'accès à des consultations sommeil (délais parfois très long)

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités

- Préconisation des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)
 - Sensibiliser et éduquer les parents et les éducateurs des établissements médico-sociaux à cette problématique
 - Même si les jeunes sont conscients du problème, aller plus loin et essayer de trouver avec eux des solutions et les mettre en application
 - Améliorer l'offre de prise en charge et/ou sa lisibilité à Marseille

Références

- Beck, F., C. Léon, and D. Léger, Troubles du sommeil : une approche exploratoire, in Baromètre santé 2005, F. Beck, P. Guilbert, and A. Gautier, Editors. 2007, Inpes: Saint-Denis. p. 518-532.
- Bixler, E., Sleep and society: an epidemiological perspective. Sleep Med, 2009. 10 Suppl 1: p. S3-6.
- Chan-Chee, C., et al., [Epidemiology of insomnia in France]. Rev Epidemiol Sante Publique, 2011. 59(6): p. 409-22.
- Giordanella, J.P., Rapport sur le thème du sommeil, Ministère de la santé et des solidarités. 2006: Paris.
- ORS PACA, Comportements de santé des étudiants de première année inscrits dans les universités de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. repèreSanté, 2007. 14: p. 1-6.
- Lemarchant, C., La famille dans la société. Familles et inégalités sociales. Cahier français, 2004. 322: p. 39-45.
- Stamatakis, K.A., G.A. Kaplan, and R.E. Roberts, Short sleep duration across income, education, and race/ethnic groups: population prevalence and growing disparities during 34 years of follow-up. Ann Epidemiol, 2007. 17(12): p. 948-55.

Prévenir les situations de violence subie ou
agie dans différentes catégories de
population pour éviter les conséquences
sanitaires et sociales immédiates et à long
terme

Définition du problème

- Selon l'OMS, la violence est : « l'usage délibéré, ou la menace d'usage délibéré, de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès ou un dommage moral, un mal-développement ou une carence ».
- La littérature scientifique internationale indique que les conséquences sanitaires et sociales de la violence sont considérables. Toutefois, on souffre d'un déficit d'études et de connaissances sur cette question en France (Tursz 2005).
- La violence chez les jeunes est une des thématiques principales qui a été largement soulevée par les acteurs interrogés dans le cadre d'un entretien collectif (voir diapositive suivante).
- Il faut néanmoins souligner que la violence concerne d'autres groupes de population, notamment les femmes, les personnes âgées et les personnes avec un handicap.
- Enfin, soulignons qu'aborder le phénomène de la violence et de ses conséquences implique de s'intéresser aux victimes mais également aux auteurs, à des fins de prévention primaire et secondaire.

Définition du problème

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Augmentation des comportements violents dans les écoles maternelles et primaires, collèges et lycées et établissements psycho-sociaux
- Détention et utilisation d'armes chez les 13-25 ans
- Violence des adolescents envers leurs parents
- Violence institutionnelle
- Banalisation de la violence qui l'a rendue de plus en plus visible
- Comportements de violence de plus en plus précoces et en forte augmentation
 - Dès l'école maternelle ; augmentation chez les filles ; dégradation des rapports filles-garçons

Définition du problème

- Le Dr. Anne Tursz a coordonné les travaux préparatoires à l'élaboration d'un plan Violence et santé dans le cadre de la loi de santé publique de 2004.
- Ce plan n'a pas vu le jour, même si plusieurs actions ont été menées dans le cadre de politiques spécifiques (violences routières, addictions, violences faites aux femmes...).
- Aux vues des éléments rassemblés par les groupes de travail dans le cadre de ces travaux préparatoires, la problématique nous a semblé importante, non seulement chez les jeunes, mais aussi dans l'enfance (maltraitance), chez les femmes, chez les personnes âgées et celles avec un handicap et chez les personnes en institution.

Définition du problème

- Cependant, l'exhaustivité des données sur les faits de violence n'est atteinte dans aucun des enregistrements existant, du fait d'une sous-déclaration par les victimes elles-mêmes, de déficits de repérage, d'une sous-investigation des cas suspects et d'un sous-sigalement des cas repérés (Tursz 2005)
- La documentation de ce sujet complexe sur le territoire de Marseille nécessiterait ainsi une étude spécifique
- Un observatoire régional de la délinquance et des contextes sociaux a récemment vu le jour en Paca (Muchielli 2012). Dans sa première publication (Fév. 2012), il souligne la détérioration des données locales disponibles ces dernières années
- De plus les données scientifiques fiables sur les relations entre la violence et la santé manquent, ce qui conduit à analyser la littérature internationale, à partir de laquelle il semble cependant difficile d'extrapoler à la situation française, la violence étant un problème sociétal

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution en France : conclusions du rapport d'Anne Tursz (2005)

- Il y aurait environ 1200 homicides par an en France et une étude de l'U 502 de l'INSERM sur les morts suspectes des nourrissons laisse supposer que le chiffre officiel des homicides à cet âge pourrait être multiplié par 10
- D'après les données de l'Observatoire de l'action sociale décentralisée et de l'éducation nationale, chaque année, 1 enfant d'âge scolaire sur 1000 est connu comme maltraité
- L'enquête ENVEFF (2000) indique qu'au cours de l'année précédant l'enquête, 4 % des femmes interrogées avaient subi au moins un acte d'agression physique, 10 % avaient subi des violences conjugales et 11 % ont déclaré avoir subi au moins une agression sexuelle
- Il ne semble pas exister d'augmentation de la violence en France si l'on en croit les données de mortalité et celles sur les violences physiques des enquêtes CESDIP/INSEE
- Par contre, les violences verbales augmenteraient et la visibilité de la violence aussi car le repérage et le signalement s'améliorent
- Le lieu des violences est majoritairement l'espace privé (enfants maltraités par leurs parents, violences conjugales, personnes âgées maltraitées au domicile)

Données publiées sur la délinquance dans la circonscription de police de Marseille (ORDCS 2012)

- Nombre d'infractions constatées par les services de police et de gendarmerie, en moyenne annuelle sur 2005, 2006 et 2007 : 99 355 (1^{ère} position en Paca)
- Taux d'infractions constatées (pour 10 000 habitants) : Marseille : 1144 (4^{ème} position sur 107 circonscriptions de Paca) ; Canne : 1596 (1^{ère} position) ; Paca : 816.
- Taux de petite et moyenne délinquance économique (pour 10 000 habitants ; ensemble des vols et cambriolages) : Marseille : 688 (2^{de} position après Cannes : 855) ; Paca : 443 (au total 107 circonscriptions).
- Indicateur de conflits sociaux (pour 10 000 habitants), indicateur construit par l'ORDCS regroupant : simple usage de stupéfiants, outrages, rébellions, violences à personnes dépositaires de l'autorité publique, destructions et dégradations de biens publics, destructions et dégradations de véhicules privés.
 - Marseille : 216 (5^{ème} position) ; Avignon : 271 (1^{ère} position) ; Paca : 125.

Qualification du problème en termes de gravité

■ Les conséquences sanitaires sont massives

- Il existe un lien statistique entre violences subies dans la petite enfance et la présence de tendance suicidaires ultérieures
- Les femmes victimes de violences perdent 1 à 4 années de vie en bonne santé
- Dans ENVEFF : 17 % des femmes ayant subi un épisode violent et 25 % de celles ayant subi plusieurs épisodes violents ont un niveau de stress post-traumatique élevé
- Le taux de suicide, de 0,2 % chez les femmes n'ayant pas déclaré de violence, passe à 3 % chez celles ayant déclaré un épisode de violence et à 5 % chez celles en ayant déclaré plusieurs
- Ces femmes ont un niveau élevé de consommation médicale (hospitalisations, consommation de médicaments psychotropes)
- l'homophobie est associée à une sur-suicidalité : les hommes de 12-25 ans homo, bi ou transsexuels représentent 50 % des hommes décédés par suicide et 0,2% de la population de la même tranche d'âges
- Les mutilations sexuelles féminines sont responsables de véritables délabrements anatomiques et d'infertilité

Les auteurs de violence interpersonnelle

- Ce sont le plus souvent des proches
 - Mari ou concubin de femmes violentées
 - Soignants des personnes âgées en institution
- Ils ont souvent eux-mêmes été victimes de violence dans leur passé
- De plus en plus de mineurs sont impliqués, notamment comme auteurs d'agressions sexuelles
- Les malades psychiatriques dangereux voient leur dangerosité diminuer lorsqu'il n'y a pas de rupture de soins

Les facteurs de risque

- Sont unanimement identifiés : alcoolisme et chômage
- Les liens avec le niveau socio-économique sont plus complexes à analyser
 - Les classes sociales les plus favorisées sont celles qui échappent le plus au repérage et au signalement
 - La fréquence des violences subies par les femmes est homogène selon les catégories socioprofessionnelles
- Les facteurs affectifs jouent probablement un rôle dominant
- Des facteurs organisationnels (organisation du travail) peuvent créer les conditions de survenue de la violence
- L'isolement social est une des principales clés explicatives de la violence

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités sociales

- Les statistiques sur les violences faites aux femmes indiquent que leur fréquence est homogène selon les CSP (Inpès 2000)
- Mais ceci devrait compléter par une analyse approfondie

■ Inégalités de genre

- Les données disponibles semblent indiquer que les femmes sont plus souvent victimes que les hommes

■ Inégalités territoriales

- Les résidents des territoires défavorisés sont les premières victimes des phénomènes de violence (Inpès 2008)
- Selon les acteurs interrogés (Focus Group) la dégradation des rapports filles-garçons est présente dans tous les quartier de Marseille mais est plus marquée dans les quartiers défavorisés

■ Populations vulnérables

- Enfants (maltraitance), personnes handicapées et personnes âgées en institution
- Personnes souffrant d'isolement social

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Perception des acteurs

- Les difficultés de communication interpersonnelle, verbale ou non verbales, centrales dans l'apparition de comportements violents (faible niveau scolaire, pauvreté de vocabulaire)
- La scolarisation tardive serait facteur de risque alors que la scolarisation précoce serait un moyen de prévention
- Insuffisance de compétences psychosociales de l'enfant
- Classes en surnombre

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

- Déficit de recherche et de connaissances en la matière
- Facteurs individuels (selon les études)
 - Détresse affective, isolement et consommation d'alcool
- Facteurs individuels (selon les acteurs)
 - Difficultés de communication interpersonnelle, verbale ou non verbales, centrales dans l'apparition de comportements violents (faible niveau scolaire, pauvreté de vocabulaire)
 - La scolarisation tardive serait facteur de risque alors que la scolarisation précoce serait un moyen de prévention
 - Insuffisance de compétences psychosociales de l'enfant
- Facteurs liés à l'environnement de résidence (Inpès 2008)
 - Classes en surnombre
 - Conditions de vie dans certains territoires

Pistes d'intervention pour réduire les inégalités

- Agir sur les situations de violence dès la petite enfance (Inpes, 2008)
- Rapport des travaux préparatoires à l'élaboration du plan violence et santé (Anne Tursz, 2005)
 - Des recommandations très détaillées ont été élaborées
- Préconisations des acteurs
 - Importance de la prévention
 - Sujet sur lequel on peut agir dans le cadre de l'éducation à la santé
 - Développer les compétences psychosociales des enfants à l'école
 - Actions de soutien à la parentalité (pas suffisamment développées à Marseille)
 - Prévention des difficultés scolaires
- Préconisation de l'ORS paca : inscrire à l'agenda de travail la documentation de la violence à Marseille sous ses différentes formes, en mettant en place, par exemple, un atelier dont l'objectif serait de faire un bilan

Références

- Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et santé en application de la loi relative à la santé publique du 9 août 2004. rapport général. Dr. Anne Tursz, Mai 2005, Ministère de la santé.
- Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Inpès 2008.
- Muchielli L. Raquet E. Saladino C. Délinquances et contextes sociaux en région Paca. Premiers éléments pour un tableau de bords statistique. ORDACS, Fév. 2012.

Favoriser le repérage et la prise en charge
des troubles psychiatriques et renforcer la
prévention du suicide chez les jeunes

Définition du problème

- Les troubles psychiatriques apparaissent souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
- Le suicide est la 2^e cause de mortalité chez les jeunes. Même si le nombre de suicides chez les jeunes est relativement peu important par rapport à d'autres classes d'âge, ils correspondent à un nombre élevé d'années de vie perdues.
- Dépister et initier une prise en charge précoce des troubles de santé mentale de façon précoce est associé à un pronostic et une évolution plus favorables des troubles.

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données épidémiologiques

- Décès par suicide à Marseille sur la période 2005-2009 (ORS Paca, Bilan de Santé Marseille, 2012)
 - 24 jeunes âgés de 15 à 34 ans sont décédés par suicide en moyenne chaque année à Marseille. Le nombre de décès par suicide est stable dans cette classe d'âge : il était de 25 décès par an en moyenne sur la période 2000-2004 à Marseille
- Etat de santé mentale des jeunes âgés de 15-25 ans en Paca en 2010 (*Baromètre santé 2010, ARS Paca/Inpes, Exploitation ORS Paca*)
 - Près d'1 jeune sur 6 (14,7 %) présente une souffrance psychologique
 - Plus d'1 sur 10 (11,6 %) souffre d'épisode dépressif caractérisé, prévalence significativement plus élevée que chez les 26-85 ans ($p=0.01$)
 - 2,3 % des 15-25 ans ont déclaré avoir déjà tenté de se suicider et parmi eux, plus de 4 sur 10 ont récidivé. La récurrence de TS accroît considérablement le risque de suicide
 - Près d'1 sur 10 (9,3 %) a déclaré avoir consommé des médicaments psychotropes au cours de l'année
 - Parmi les 15-25 ans ayant des symptômes de santé mentale, le recours aux soins était significativement plus faible que celui des autres classes d'âge (45,8 % contre 54,8 %).

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données épidémiologiques (suite)

- En 2005-2006, parmi les étudiants âgés de 18-24 ans et inscrits en 1^e année d'université en Paca (ORS Paca, Baromètre sur les conditions de vie et la santé des étudiants, 2009) :
 - 1 sur 4 (25,7 %) présentait une souffrance psychologique
 - La même proportion a souffert d'au moins un trouble de santé mentale dans l'année, dont 15,7 % au moins un trouble anxieux, 8,9 % un épisode dépressif caractérisé
 - Parmi eux, 1 sur 10 présentait une comorbidité psychiatrique.
 - Le trouble de santé mentale avait pour la majorité des jeunes un retentissement sur leur vie professionnelle ou scolaire et/ou leur vie sociale et/ou leurs relations avec les autres
 - Moins d'1 étudiant sur 3 avec un trouble de santé mentale avait consulté un médecin généraliste ou un professionnel spécialisé en raison de leur trouble de santé mentale, même en cas de dépression sévère.

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- La souffrance psychique est fréquente chez les jeunes de 13-25 ans
- Des troubles du comportement en augmentation et de plus en plus sévères selon les acteurs
- La jeunesse : une période charnière en santé mentale (apparition des psychoses...)

Qualification du problème en termes de gravité

■ A court et moyen terme

- Le risque de récurrence de suicide est plus élevé chez les adolescents : il serait estimé à 30 - 50 % (contre 10-20 % pour le reste de la population)

■ A long terme

- Les troubles psychiatriques (TP) sont les facteurs de risque les plus importants de suicide (Arsenault-Lapierre, 2004).
- Ils perturbent de façon importante la vie des personnes atteintes et celle de leurs proches. Ils sont à l'origine d'incapacités, perturbent la vie personnelle, sociale et professionnelle (Alonso, 2004)
- Les TP (notamment les psychoses et troubles de la personnalité) favorisent la précarité socio-économique et peuvent conduire à des ruptures sociales (Fazel, 2008)
- Les personnes avec des TP manifestent plus fréquemment divers comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, activité physique insuffisante, mauvaises habitudes alimentaires) (Verger, 2009) et ont donc un effet négatif sur l'état de santé.
- Les personnes avec un trouble psychiatrique font l'objet de stigmatisation et ont d'avantage de difficultés à trouver un emploi, un logement et à les conserver (Rüsch 2005)

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités sociales

- Certains troubles psychiatriques touchent davantage les personnes en situation de précarité socio-économique que les personnes plus aisées. Avoir des parents en situation de précarité augmente également la probabilité qu'un jeune développe un trouble psychologique.
 - A titre d'illustration, en Paca, en 2005-2006, les étudiants âgés de 18 à 24 ans avec moins de 300 euros de revenus mensuels étaient plus nombreux à souffrir de dépression que les autres. Ceux dont le père était au chômage ou avait un emploi précaire présentaient plus fréquemment un trouble anxieux (ORS Paca, Baromètre sur les conditions de vie et la santé des étudiants, 2009)
- Certaines maladies mentales (schizophrénie, troubles de la personnalité ...) peuvent également entraîner une précarisation voire une exclusion sociale (Muntaner 2004)
- L'environnement et les conditions de logement sont associées à l'état de santé mentale. Les résidents de quartiers dégradés (concentration de pauvreté, chômage...) sont plus sujets à la souffrance psychologique et à la dépression que les autres (Kim, 2010). De même, les personnes aux conditions de logement défavorables (perçues et objectivées) sont plus nombreuses à souffrir de troubles anxieux et dépressifs (Galea, 2005).
- Les personnes de faible statut socio-économique et souffrant d'une dépression présentent une probabilité plus faible que les autres d'être traitées correctement (sous repérage de la dépression et traitements antidépresseurs de durée insuffisante).

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités de genre

– Prévalence des troubles

- En 2010, en Paca, chez les 15-25 ans, la souffrance psychologique était 2 fois plus fréquente chez les filles (20,4 %) que les garçons (9,1 %). De plus, la prévalence d'épisodes dépressifs caractérisés était bien plus élevée chez les filles que chez les garçons (19,5 % contre 3,5%) (Baromètre santé 2010, ARS Paca, Inpes, Exploitation ORS Paca)
- Au sein de cette classe d'âge, 3 fois plus de femmes (3,6 %) ont déclaré avoir déjà tenté de se suicider que d'hommes (1%) au cours de leur vie. Les garçons étaient par contre plus nombreux à récidiver (Baromètre santé 2010, ARS Paca, Inpes, Exploitation ORS Paca)
- Globalement, les femmes sont davantage touchées que les hommes par les troubles anxieux et des troubles alimentaires (Alonso, 2004). Par contre, les troubles des conduites (comportement répétitif dans lequel le droit des autres ou la norme sociale est bafouée) sont 2 fois plus fréquents chez les garçons que chez les filles (Linker 2012)
- La prévalence de la schizophrénie est à peu près identique pour les deux sexes. L'âge de survenue de la maladie est cependant plus tardif chez les femmes (Bromet, 1999).

– Recours aux soins

- En 2010, en Paca, les femmes âgées de 15-75 ans étaient près de 2 fois plus nombreuses à avoir eu recours aux soins en raison d'une dépression caractérisée que les hommes (57,6 versus 31 %). Chez les 15-25 ans, la déclaration d'une consommation annuelle de médicaments psychotropes était près de 4 fois plus fréquente chez les femmes (26,6 %) que chez les hommes (6,7 %) (Baromètre santé 2010, ARS Paca, Inpes, Exploitation ORS Paca)

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités territoriales (ORS Paca, Bilan de Santé Marseille, 2012)

– Offre de soins

- En 2010, à Marseille, la densité de psychiatres libéraux variait de 0 (dans les 2^e, 3^e et 16^e arrondissements) à 142,8 professionnels (6^e arrondissement) pour 100 000 personnes selon les arrondissements. Les arrondissements les moins bien dotés (densité < 10) étaient situés dans le nord (13^e, 14^e, 15^e, 16^e), dans l'est (10-11^e) et le centre (2^e-3^e) de la commune. Les mieux dotés étaient dans le centre (1^{er}, 6^e) et le sud (8^e) de la commune.

– Recours aux soins

- En 2009, le taux standardisé de traitement au long cours par médicaments psychotropes (au moins 6 remboursements dans l'année) parmi les assurés du régime général était de 11,8 % à Marseille, mais il variait de 9,5 à 12,9 % selon les arrondissements. Les taux les plus faibles étaient observés dans le centre-ville (par exemple, moins de 10 % dans les 1^{er} et 2^e arrondissements) et les plus élevés dans certains quartiers de l'est (12,5 % dans le 11^e) et du nord de la commune (12,9 % dans le 13^e).
- Le recours à un psychiatre libéral variait presque du simple au double selon l'arrondissement à Marseille en 2009. Les taux de recours les plus élevés étaient relevés dans le sud de la commune (8-8,5 % dans les 6^e, 7^e et 8^e arrondissements) et les plus faibles dans le nord de la commune (4,5 % dans les 13^e et 15^e arrondissements).
- A Marseille, le taux de recours au SAMU/centre 15 pour trouble psychiatrique variait de 9,4 à 164,8 pour 10 000 habitants selon le quartier sur la période 2007-2010. Il était notamment très élevé dans les quartiers du centre-ville et le long du littoral au nord de la commune.

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Populations vulnérables

- Jeunes migrants (état de stress post-traumatique, problèmes identitaires, difficultés d'intégration...) soulignés dans la littérature (Bhugra 2004) et par les acteurs de terrain
- Jeunes en échec scolaire, avec des difficultés d'insertion ou en situation d'emploi précaire
- Jeunes en situation d'errance
- Jeunes en établissements médico-sociaux
- Jeunes suivis par la Protection Judiciaire et de la Jeunesse
- Jeunes placés en foyer

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Individuels

- La précarité socio-économique
 - La précarité socio-économique est fréquente chez les jeunes. Elle favorise l'apparition ou l'aggravation de troubles anxieux et dépression et constitue un frein important à l'accès aux soins.
- Le genre
 - Globalement, les femmes souffrent davantage de troubles de santé mentale que les hommes. Ces inégalités s'expliquent en partie par des facteurs psychosociaux tels que les normes sociales et les différences de position et de statut social entre les hommes et les femmes. Elles proviennent aussi du fait que les femmes recourent davantage aux soins pour leur trouble de santé mentale et verbalisent davantage leurs difficultés que les hommes, ce qui facilite la reconnaissance de leurs troubles
- Les connaissances et représentations
 - Un manque de connaissances sur les troubles, avoir des idées reçues sur la psychiatrie, les professionnels spécialisés et les maladies mentales constituent des freins à l'accès aux soins.
- Orientation sexuelle (Rutter 2002)
 - Les personnes homosexuelles, transsexuelles sont plus nombreuses à tenter de se suicider que les autres. Ce résultat peut s'expliquer par la stigmatisation de l'homosexualité au sein du cercle familial, à l'école et qui produit des effets très négatifs sur la construction personnelle et l'estime de soi.

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Familiaux

- Être issu de familles monoparentales augmente le risque de dépression et de suicide. La principale cause serait surtout socioéconomique. En effet, le manque de ressources du parent seul affecterait, de manière directe ou non, la santé et le bien-être des enfants.
- Intergénérationnalité : les jeunes dont les parents souffrent de dépression et en souffrance psychique ont un risque accru de développer un trouble de santé mentale à l'âge adulte. De même, une histoire familiale de suicide est un facteur de risque de comportement suicidaire.

■ Offre de prise en charge

- Un accès inégal à l'offre de soins spécialisée en santé mentale
 - L'offre du quartier de résidence (psychiatres libéraux, Centres Médico-Psychologiques, psychologues) est variable selon les quartiers.
 - Le coût des soins (non remboursement des consultations de psychologues et psychothérapeutes, dépassement honoraires des psychiatres libéraux...) constitue un frein important d'accès aux soins chez les populations précaires.
 - Le refus de certains psychiatres libéraux de suivre des personnes sous CMU participe à creuser les inégalités en matière d'accès aux soins en santé mentale.
 - Les attitudes des médecins généralistes peuvent également constituer un frein à l'accès aux soins : la majorité d'entre eux pensent que les psychothérapies sont moins bien adaptées aux personnes ayant un faible niveau d'études (Dumesnil, à paraître)

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Besoins importants d'écoute et de suivi psychologique chez les jeunes âgés de 13 à 25 ans
- Faible offre de prise en charge de la souffrance psychique des jeunes à Marseille
- Des Centres Médico-Psychologiques saturés et aux délais d'attente importants
- Difficultés d'accès aux Centres Médico Psycho-Pédagogiques et aux Centres d'Action Médico-sociale Précoce pour les jeunes avec un handicap

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités

■ Au niveau individuel

- Information des jeunes et de leur entourage
 - Informer les jeunes et leurs parents sur les troubles psychiatriques (prévalence, symptômes, traitements...), les possibilités de recours aux soins pour les jeunes à Marseille et les autres dispositifs d'aide disponibles (téléphonie sociale, aide sociale...)
 - Sensibiliser les jeunes à leur rôle de repérage et d'alerte face à un risque suicidaire
 - Relayer les campagnes nationales sur la santé mentale au niveau local
- Actions de développement des compétences personnelles
 - Développer des actions visant à développer les compétences psychosociales des jeunes (communication non violente, résolution de problème...)
 - Mettre en place des actions visant à développer l'estime de soi et à promouvoir la santé mentale chez certains publics à risque (jeunes de familles monoparentales, homosexuels/transsexuels, en échec scolaire/professionnel...)

■ Au niveau des communautés

- Favoriser l'insertion des jeunes avec une pathologie psychiatrique, en leur permettant d'avoir accès à un emploi et à un logement
- Coordination des acteurs
 - Renforcer la coordination entre les acteurs sanitaires, sociaux, judiciaires et éducatifs

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités (Ors Paca, 2007)

■ Au niveau des professionnels de santé

– Formation des professionnels

- Former les personnes en contact avec les jeunes (missions locales, infirmières scolaires, éducateurs, PJJ, établissements médico-sociaux...) au repérage et à l'orientation des jeunes avec des troubles psychiatriques ou suicidaires (*gatekeeper training*)
- Former les médecins généralistes au repérage, à l'orientation des jeunes suicidaires ou avec un trouble psychologique
- Former les professionnels des services d'urgences à l'accueil et la prise en charge des jeunes ayant fait une tentative de suicide (TS)

– Offre d'écoute et de prise en charge psychiatrique des jeunes

- Soutenir les lieux d'accueil/d'écoute des jeunes en souffrance psychique (PAEJ...)
- Développer l'offre de soutien et de soins psychiatriques à destination des étudiants (BAPU...)
- Développer des équipes de « consultation-liaison » en psychiatrie de l'adolescent

– Prise en charge des tentatives de suicide et prévention de la récurrence chez les jeunes

- Soutenir et renforcer les dispositifs visant à améliorer la qualité de la prise en charge des TS et à prévenir la récurrence suicidaire (notamment les dispositifs visant à renforcer le suivi post-hospitalier)
 - Prévoir une adaptation de ces dispositifs pour certains publics (jeunes migrants, en errance....)

Références

- Alonso, J., et al. (2004). "Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project." Acta Psychiatr Scand Suppl(420): 38-46.
- Arsenault-Lapierre, G., C. Kim and G. Turecki (2004). "Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis." BMC Psychiatry 4: 37.
- Baromètre santé mentale 2010 - extension Provence-Alpes Côte d'Azur. ARS Paca-Inpes, exploitation ORS Paca, 2012
- Bhugra D. Migration and mental health. Acta Psychiatr Scand. 2004 Apr;109(4):243-58
- Bromet, E. J. and S. Fennig (1999). "Epidemiology and natural history of schizophrenia." Biol Psychiatry 46(7): 871-81
- Dumesnil H & coll. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville et leurs déterminants. Etudes et résultats (à paraître), DREES
- Fazel, S., et al. (2008). "The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis." PLoS Med 5(12): e225.
- Galea, S., et al. (2005). "Urban built environment and depression: a multilevel analysis." J Epidemiol Community Health 59(10): 822-7
- Kim, J. (2010). "Neighborhood disadvantage and mental health : the role of neighborhood disorder and social relationships." Social science research 39: 260-271
- Linker, J., et al. "Suicidal Ideation, Depression, and Conduct Disorder in a Sample of Adolescent and Young Adult Twins." Suicide Life Threat Behav 42(4): 426-436
- OMS (2012) Public health action for the prevention of suicide, a framework.
- ORS Paca (2007) Tableau de bord sur la santé mentale à Marseille.
- ORS Paca (2009) Baromètre sur les conditions de vie et la santé des étudiants.
- Rusch, N., M. C. Angermeyer and P. W. Corrigan (2005). "Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma." Eur Psychiatry 20(8): 529-39.
- Rutter, P. A. and E. Soucar (2002). "Youth suicide risk and sexual orientation." Adolescence 37(146): 289-99
- Verger, P., C. Lions and B. Ventelou (2009). "Is depression associated with health risk-related behaviour clusters in adults?" Eur J Public Health 19(6): 618-24.

Favoriser l'accès et le bon usage de la
contraception et de la contraception
d'urgence pour prévenir les grossesses non
désirées chez les jeunes

Définition du problème

- La majorité des jeunes femmes utilisent une méthode contraceptive
- Ce bon taux d'utilisation de la contraception s'est traduit par une baisse des grossesses non prévues
- Néanmoins, nous observons une augmentation du recours à l'IVG en cas de grossesses non prévues depuis une vingtaine d'années
- Causes associées à cette augmentation du nombre d'IVG
 - Les échecs contraceptifs liés à la gestion au quotidien de la pilule, à l'inadéquation entre les méthodes contraceptives et les conditions de vie au quotidien des femmes (changement de partenaires, longue période sans relation amoureuse, situations de fragilité...)
 - Le problème d'accès à la contraception malgré son haut niveau de couverture dus aux obstacles financiers, aux obstacles sur l'accessibilité des centres de planification et d'éducation familiale et aux obstacles liés aux réticences d'ordre psychologique
 - La sous utilisation de la contraception d'urgence

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données épidémiologiques

– Contraception et contraception d'urgence

- En Paca, en 2010 : 84% des 15-29 (80% en France) ont déclaré utiliser un moyen de contraception au moment de l'enquête (88% la pilule, 30% le préservatif et 1,3% le stérilet chez les 18-24 ans) (Baromètre santé 2010, *exploitation régionale ORS Paca, 2012*)
- En Paca, en 2010 : 46% des 15-17 ans et 37,6% des 18-24 ans (40,6% et 43,4% en France) ont déjà eu recours à la contraception d'urgence au cours de leur vie (Baromètre santé 2010, *exploitation régionale ORS Paca, 2012*)
- En France, légère baisse de l'utilisation de la pilule depuis les années 2000 :
 - Chez les jeunes de 18-19 ans, la baisse (– 4,4 %) s'accompagne d'un recours plus fréquent au préservatif et aux nouvelles méthodes hormonales.
 - Chez les femmes de 20-24 ans, la baisse (– 10,4 %) n'est qu'en partie compensée par le recours aux nouvelles méthodes hormonales (+ 5,1 %) (Bajos, 2012)
- Les pilules de 3^{ème} génération ne seront plus remboursées à partir de septembre 2013 (Le Monde, 19/09/2012)

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données épidémiologiques

– Interruption volontaire de grossesse (IVG)

- Une grossesse sur trois est qualifiée de « non prévue » ; elle donnera lieu, dans 60% des cas, à une IVG (Bajos, 2004)
- Un taux d'IVG qui ne diminue pas et reste à un niveau relativement important
 - En Paca, en 2010 : 15,3 IVG pour 1000 mineures (11,3 en France) ; la région Paca est la région ayant le plus fort taux d'IVG en France avec la Corse (Drees, 2012)
 - Stabilité du nombre d'IVG chez les mineures depuis 5-6 ans dans la région (Drees, 2008 à 2012)
 - En Paca, en 2007, 58% des filles de 18-24 ans qui ont eu une IVG étaient sous contraception (ARS Paca, 2007)

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Faible suivi gynécologique

Qualification du problème en termes de gravité

■ A court/moyen terme

- Effets de la poursuite d'une grossesse non désirée
 - Détresse psychologique
- Effets de l'abandon d'une grossesse non désirée (IVG)
 - Manifestations gastro-intestinales (nausées, vomissements, diarrhée), troubles de la thermorégulation (fièvre, frissons, bouffées de chaleur), saignements, douleurs pelviennes (Jensen, 1999)
 - Détresse psychologique

■ A long terme

- Effets de l'abandon d'une grossesse non désirée (IVG)
 - Ecoulement vaginal, mycose, infection à Chlamydia et rapports sexuels douloureux (Lamarche-Vadel, 2005)

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Pas de commentaire

Qualifications en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités sociales

– Accès à la contraception

- Des inégalités sociales d'accès à la contraception persistent (selon le diplôme et la catégorie socioprofessionnelle, les femmes les moins favorisées utilisant le moins la contraception) (Bajos, 2004 ; Bajos 2012)
- Le profil de l'utilisatrice d'une pilule de troisième génération (produit non remboursé par la sécurité sociale) est celui d'une femme diplômée, cadre, bénéficiant d'une mutuelle et dont le suivi contraceptif est assuré par un médecin gynécologue (Bajos, 2004)

■ Inégalités de genre

- Les messages de prévention sur le préservatif ne sont pas compris de la même façon chez les garçons et chez les filles : les premiers utilisent les préservatifs pour se protéger des maladies sexuellement transmissibles alors que les filles l'utilisent dans une optique contraceptive (Igas, 2009)

Qualifications en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités territoriales

– Inégalités d'offre de prise en charge

- Une offre de gynécologues libéraux plus élevée dans les 6^e, 8^e, 9^e, 11^e, 12^e et le 16^e (densité supérieure à 5 spécialistes pour 100 000 habitantes de 15-49 ans) que pour le reste de la commune
- Densité des pharmacies : elle varie de 31 pharmacies pour 100 000 marseillais dans le 11^e à 86 pharmacies dans le 1^e

– Inégalités de recours aux IVG

- Il n'existe pas de données infra-communales sur le recours aux IVG
- Les problèmes sur les délais de prise en charge se sont améliorés dans beaucoup de régions en France sauf en région Paca et en Ile de France ou ils restent une préoccupation majeure dans certains établissements

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Population vulnérable

– Pour le recours à la contraception

- Femmes en grande difficulté sociale comme par exemple les sans domicile fixe^a
- Femmes qui se trouvent en situation de dépendance affective, matérielle ou psychologique par rapport à leur partenaire (Igas, 2009)
- Femmes ayant subies des violences sexuelles (Igas, 2009)
- Jeunes filles issues de familles à bas revenus : à Marseille, en 2011, le taux de jeunes de moins de 25 ans issus de familles à bas revenus (revenus du foyer < à 982€ par unité de consommation) est de 19,4%. Ce taux atteint 33% dans le 3^e arrondissement

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- ### – Faible recours à la contraception chez les femmes de 16-25 ans en situation d'insertion professionnelle

^a Compte rendu d'audition dans le Rapport d'activité au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes de l'Assemblée nationale, octobre 2004-novembre 2005, Assemblée Nationale, n° 2714

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Individuels (jeunes et parents)

– Le manque de connaissance

- Deux tiers des jeunes filles en classe de troisième pensent que les premiers rapports ne sont pas fécondants et les trois quarts d'entre elles sont persuadées qu'il est impossible d'être fécondée lorsqu'on a un rapport pendant les règles (Nisand, 2006)
- Un quart des femmes ne savent pas ce qu'il convient de faire à la suite d'un rapport sexuel sans contraception pour éviter une grossesse (Goulard, 2003)
- Sur l'utilisation des stérilets : 50% des Français interrogés croient qu'on ne peut utiliser de stérilet si l'on n'a pas eu d'enfant (Igas, 2009)

– Obstacles et réticences d'ordre psychologique : 1/3 des jeunes de 15-30 ans pensent que la pilule peut rendre stérile et fait grossir

– La situation économique de la famille peut conduire certaines populations socialement défavorisées à renoncer à la contraception à cause :

- Du coût de la consultation médicale avec les dépassement sd'honoraires et des examens biologiques (Igas, 2009)
- Du coût financier d'accès à certains types de contraception : le montant restant à la charge de l'utilisatrice peut varier de 2€ par an pour le stérilet à 200€ par an pour les timbres, les anneaux et le préservatif féminin (Igas, 2009)
- Du coût d'accès aux pilules de 3^{ème} génération non remboursées (Bajos, 2004)

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Liés à l'environnement de résidence

- Offre du quartier de résidence : nombre de gynécologues et de pharmacies
- Lisibilité de l'accessibilité aux centres de planification familial

■ Liés aux professionnels de santé

- Méconnaissance de certaines méthodes contraceptives : certains médecins demeurent réticents par rapport à la pose d'un dispositif intrautérin sur une femme qui n'a jamais eu d'enfant ; les implants, timbre (ou « patch »), anneau vaginal sont méconnus (Igas, 2009)

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Problème lié à l'offre des centres de planification insuffisante dans les quartiers nord
- Manque d'information sur la sexualité

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités

■ Au niveau individuel

- Promouvoir les méthodes de contraception réversible de longue durée, et en particulier le stérilet (Igas, 2009)
- Mettre à disposition du grand public des supports d'information sur les problèmes concrets de gestion de la contraception (Igas, 2009)
- Améliorer les actions d'informations et de prévention en matière de contraception d'urgence (Goulard, 2003)

■ Au niveau des professionnels de santé

- Encourager le développement d'actions de formation médicale continue axées sur la contraception (Igas, 2009)
- Améliorer la lisibilité des structures spécialisées en matière de planification familiale en créant par exemple, une cartographie des structures existantes (Igas, 2009)

Références

- ARS Paca. Les IVG dans la région Paca. Info Stat. 2010;(11).
- Bajos N. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. Population, 2004
- Bajos N, Moreau C, Léridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et Sociétés, 2004;407
- Bajos, Bohet A, Le Guen M, Moreau C et l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et sociétés. 2012 (492)
- Drees. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. Etudes et résultats. 2012; 804
- Goulard H, Bajos N, Job-Spira N et l'équipe Cocon Caractéristiques des utilisatrices de pilule du lendemain, en France. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 31 (2003) 724–729
- Igas. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. 2009
- Jensen JT, Astley SJ, Morgan E, Nichols MD. Outcomes of suction curettage and mifepristone abortion in the United States. A prospective comparison study. Contracept 1999;59(3):153–9.
- Lamarche-Vadel A, Moreau C, Warszawski J, Bajos N, et l'équipe COCON. Effets secondaires de l'interruption volontaire de grossesse Gynécologie Obstétrique & Fertilité 33 (2005) 113–118
- Nisand I. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures », rapport présenté au Haut Conseil de la Population et de la Famille. 2006

Rompres l'isolement des personnes âgées
silencieuses pour prévenir des dégradations
de leur état de santé

Définition du problème

- L'isolement des personnes âgées peut avoir des conséquences sanitaires graves. En effet, le repérage des problèmes de santé de cette population silencieuse peut être retardé et entraîner une dégradation importante de l'état de santé physique et psychique.
- Par convention, sont considérées comme « isolées » les personnes ayant eu quatre interlocuteurs ou moins d'ordre privé au cours d'une semaine de référence. Par interlocuteur, on entend toute personne vivant en dehors du ménage, en excluant les conversations téléphoniques, les discussions d'ordre professionnel/de services durant moins de 5 minutes
- Les personnes âgées et qui vivent seules constituent une population particulièrement à risque d'isolement, et notamment celles âgées de plus de 70 ans.

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données épidémiologiques

- En 2008, 80 000 personnes âgées de 75 ans ou plus vivaient à Marseille (9,4 % de la population)
 - Près de la moitié d'entre elles vivaient seules (42,8 %)
 - Le nombre de personnes âgées vivant seules est en augmentation : plus de 34 000 en 2008, contre moins de 31 000 en 1999 (ORS Paca, Bilan de Santé Marseille, 2012)
- En 2006, en France, le sentiment de solitude était très fréquent chez les personnes âgées de 60 ans ou plus
 - 1/3 des personnes interrogées ont déclaré se sentir seules souvent ou très souvent et 2/3 de temps en temps (Bensadon, 2006)
- En 2012, en France, 11 % de la population est en situation d'isolement, mais 21 % des personnes âgées de 75 ans ou plus
 - Cette proportion est en augmentation (+ 5 % en 2 ans) (Collectif « combattre la solitude des personnes âgées », 2006)

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Problème relativement fréquent chez les personnes âgées vivant seules et notamment chez les personnes très âgées (> 80 ans)
- Problème qui n'est pas nouveau, mais dont la prise de conscience est récente
- Problème qui va vraisemblablement prendre de l'ampleur, du fait du vieillissement de la population

Qualification du problème en termes de gravité

■ A long terme

- Réduction des capacités physiques
- Négligence de soi (malnutrition, mésestime de soi, manque d'hygiène)
- Risque accru de dépression et de suicide chez la personne âgée (Di Tommasso 2007)
- Risque de morbidité/mortalité évitable : exemple de l'épisode de canicule de 2003

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Un problème qui doit être traité en priorité
- Un problème invisible, insidieux, entraînant une dégradation importante de l'état de santé physique/psychique, un repli sur soi et un laisser-aller de la personne âgée (hygiène corporelle, entretien du logement, santé)
- Des situations dramatiques, quand le problème est repéré trop tardivement (accueil aux urgences, signalement des travailleurs sociaux...)

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités sociales

- Il y a significativement plus de situations d'isolement chez les personnes âgées qui disposent de faibles revenus, ont un faible niveau d'éducation ou sont des ouvriers ou employés (Pan Ke Shon 2003 ; Barnes 2006)

■ Inégalités de genre

- Les femmes sont plus concernées : en 2008, parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus à Marseille, 2 sur 3 (64,8 %) étaient des femmes (Ors Paca, Bilan de Santé Marseille, 2012)

■ Inégalités territoriales

- En 2008, plus d'1 personne sur 2 (50,3-55,7 %) âgée de 75 ans ou plus vivait seule dans le centre-ville de Marseille (1^{er}, 2^e, 3^e, 5^e, 6^e), contre 4 sur 10 ou moins (36,1-41,7 %) dans l'Est et le Nord de la commune (10^e, 11^e, 12^e, 13^e, 14^e, 15^e, 16^e)

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Populations vulnérables

- Personnes très âgées (>75 ans)
- Migrants installés depuis longtemps à Marseille et âgés : hommes, en situation de grande précarité, avec des conditions de vie et de logement très dégradées, en très mauvais état de santé physique et psychique (entretiens collectifs)
- Personnes âgées veuves
- Personnes âgées en situation de précarité
- Personnes âgées habitant en centre-ville, alors que dans les quartiers Nord et dans certains quartiers du 1^{er} arrondissement, il y a une plus forte solidarité entre habitants

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

(Pan Ke Shon 2003 ; Barnes 2006 ; Cohen-Mansfield 2007)

■ Individuels

- Être une femme, être âgé de plus de 70 ans, être en situation de handicap ou d'incapacité favorisent l'isolement

■ Familiaux

- Vivre seul (veuvage, célibat, divorce) et disposer de peu de soutien social (famille, amis, voisinage...) sont des facteurs de risque d'isolement

■ Liés aux conditions de vie

- Précarité socio-économique : disposer de faibles revenus, être faiblement éduqué, ou faire partie des catégories socioprofessionnelles basses (ouvriers, employés) favorisent les situations d'isolement

■ Liés à l'offre

- Environnement de résidence : vivre en zone urbaine, habiter dans un quartier faiblement équipé en commerces, services, loisirs et lieux de convivialité, habiter en Zone Urbaine Sensible constituent des facteurs de risque d'isolement
- Mobilité : habiter dans un quartier mal desservi en transports, ne pas avoir de voiture, favorisent l'isolement

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

– Dispositifs existants à Marseille et leviers d'action

- Il existe de nombreux dispositifs pour les personnes âgées à Marseille. Peu d'actions visent à rompre l'isolement des personnes âgées (difficultés de financement).
- Le rôle clé des médecins généralistes et des aidants (formels et informels) pour le repérage des personnes âgées isolées a été souligné.
- Les réseaux gérontologiques constituent des leviers d'action importants, mais ils doivent être davantage soutenus.

– Coordination des acteurs

- Manque important de coordination des acteurs qui interviennent auprès des personnes âgées à Marseille, ce qui engendre des difficultés d'orientation pour les acteurs et la population.
- Différents freins ont été évoqués par les acteurs :
 - difficulté à mettre en place un partenariat à l'échelle d'une grande ville
 - tensions entre les structures, en concurrence pour obtenir des financements peu nombreux
 - manque de définition des rôles (qui fait quoi?).

– Lisibilité du système de soins

- Le système de soins est peu lisible pour les acteurs et la population. De ce fait, de nombreux dispositifs ne sont pas suffisamment connus (exemple des réseaux gérontologiques)

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités

■ Au niveau des communautés

- Mettre en place un réseau de « personnes sentinelles » (*community gatekeeper*) formées à repérer les personnes âgées isolées dans la communauté (Basset, 2008)
- Développer des modes d'habitat alternatifs : habitats coopératifs (lieux de vie regroupant plusieurs logements organisés autour d'espaces collectifs autogérés), habitats intergénérationnels (binôme personne âgée/étudiant) (Fondation de France, 2012)
- Développer les lieux de convivialité dans les quartiers

■ Au niveau de l'environnement de résidence

- Favoriser l'accès aux activités culturelles, sportives, civiques aux personnes âgées pour les valoriser

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités

■ Préconisation des acteurs de Marseille (entretiens collectifs)

- Attente forte que la ville de Marseille s'engage sur cette problématique et joue un rôle dans la communication et l'animation autour de ce thème
- Pistes d'intervention
 - Campagnes de communication
 - Sensibiliser la population, les acteurs, les aidants à la problématique de l'isolement des personnes âgées
 - Promouvoir les démarches citoyennes auprès de la population : rôle de veille et d'alerte que chacun peut avoir sur les personnes âgées de son entourage, du voisinage (s'inspirer de la communication faite par rapport à l'épisode de canicule), donner des pistes sur comment agir, qui contacter

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités

■ Préconisation des acteurs de Marseille (entretiens collectifs)

– Pistes d'intervention

• Actions de cohésion sociale

- Développer des lieux de convivialité et de rencontre
- Mettre en place des actions visant à tisser du lien social au sein des quartiers et notamment entre les différentes générations (exemple action « passeurs de mémoire » Unis-Cité)

• Efficience de l'offre

- Prendre exemple sur des dispositifs qui marchent dans d'autres villes pour améliorer le dispositif à Marseille (plateformes gérontologiques, pôle seniors à Aubagne)
- Maintenir un dispositif de veille auprès des personnes très âgées pour s'assurer que tout va bien (contact téléphonique, via aides à domicile...)

Références

- Barnes M., Blom A., Cox K., Lessof C, Walker A. The social exclusion of older people: evidence from the first wave of the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA), Final report, Office of the Deputy Prime Minister, National Centre for Social Research, and University of Sheffield, janvier 2006
- Basset. Agence régionale de santé – Les inégalités sociales de santé. Inpes, 2008
- Bensadon AC (2006) Enquête isolement et vie relationnelle. Collectif « Combattre la solitude des personnes âgées »
- Cohen-Mansfield, J. et Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons : a theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 279-294
- Di Tomasso, E., Turbide, J., Poulin, C. et Robinson, B. (2007). L'échelle de solitude sociale et émotionnelle (ÉSSÉ) : A french-canadian adaptation of the social and emotionnal loneliness scale for adults. *Social behavior and personality*, 35(3), 339-350
- Fondation de France (2012) Les solitudes en France
- <http://www.fondationdefrance.org/Nos-Actions/Aider-les-personnes-vulnerables/En-France/La-Fondation-de-France-agit-contre-les-solitudes>
- Pan Ké Shon J-L, Etre seul, Données sociales. La société française 2002-2003

Améliorer la prise en charge des
personnes âgées dépendantes et le
soutien à leurs aidants proches

Définition du problème

- Dans la loi du 20 juillet 2001, est définie comme dépendante « toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental, et a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins »
- Il s'agit de la perte d'autonomie et l'incapacité pour une personne d'effectuer les gestes essentiels de la vie quotidienne (se lever, faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter, se déplacer chez soi ou à l'extérieur...). Elle est reconnue administrativement par l'appartenance aux groupes GIR 1 à 4 (évaluée à partir de la grille nationale Aggir - Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources)
- Elle peut être causée par une maladie (par exemple la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson), par un handicap ou un accident de la vie, ou peut simplement apparaître avec l'avancée en âge

Définition du problème

- D'ici une quinzaine d'années, le vieillissement de la population française conduira à une forte augmentation du nombre et du coût de prise en charge des personnes âgées dépendantes
 - Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), en supposant une stabilité de la durée de vie moyenne en dépendance, plus de 2 millions de personnes seront ainsi dépendantes en 2040, contre 1,2 million en 2011. Outre cette forte progression du nombre de personnes à aider, le coût de la prise en charge est appelé à s'accroître, du fait de facteurs prévisibles, comme la diversification des prestations demandées, le renforcement des normes de sécurité et de qualité à respecter, les revalorisations des salaires et l'augmentation du niveau de qualification des personnels intervenants.
- Les personnes dépendantes ont besoin d'un accompagnement régulier, voire quotidien, de la part de leur famille ou de professionnels des services à la personne. Les aidants familiaux sont les acteurs majeurs de la prise en charge, avec des répercussions positives et négatives. Les aidants ont besoin d'être soutenus dans leur action

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

- Données sur la dépendance et les besoins d'aide
 - Dans les Bouches-du-Rhône en 2010, 17,1 % des personnes âgées de 75 ans et plus étaient bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie
 - Le nombre de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine serait multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030* (Charpin, 2011)
 - A Marseille, en 2009, 4 900 personnes âgées de 65 ans et plus bénéficiaient d'une prise en charge à 100 % au titre de l'affection de longue durée « Maladie d'Alzheimer et autres démences » et/ou avaient reçu un traitement spécifique contre la maladie d'Alzheimer au cours de l'année
 - En Paca, entre 192 000 et 248 000 personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile ont besoin d'aide pour les tâches ménagères (repas, courses, ménage, lessive...) et entre 78 000 et 113 000 ont besoin d'aide pour les soins personnels (toilette, habillage, transferts...) (HSM 2008 – exploitation ORS Paca)
 - L'aide informelle (entourage des personnes âgées) représenterait environ 55 000 emplois à temps plein (ETP) auprès des personnes âgées dépendantes en GIR 1 à 4 (contre 20 000 ETP d'aide formelle) et 127 000 ETP auprès de l'ensemble des personnes âgées de la région (contre 42 000 ETP d'aide formelle) (Davin, 2010a)

*Sous l'hypothèse intermédiaire où la part de l'espérance de vie sans incapacité dans l'espérance de vie à 65 ans reste stable

Qualification du problème en termes de gravité

■ A court et moyen terme

- Difficultés d'identification des populations vulnérables et de mesure des besoins pouvant conduire à des retards de diagnostic et de traitement (notamment pour les maladies neurodégénératives)
- Conséquences sur la qualité de vie (impossibilité de faire face aux activités de la vie courante...)
- Conséquences sur la santé (polyopathologies...)
- Conséquences sur la vie sociale (isolement, exclusion, suicide...)
- Problème de maltraitance envers les personnes âgées dépendantes (CNSA, 2012)
- Nécessite aide formelle (vaincre réticences par rapport à une intervention extérieure) ou informelle (relation à gérer : modification du regard, surinvestissement ou désinvestissement) (Corpus de Gériatrie, 2000)
- Conséquences pour les aidants informels d'ordre pratique, financier, administratif, psychologique et affectif et problèmes de santé (CNSA, 2012)

■ A long terme

- Aggravation de la dépendance qui augmente avec l'âge et les rémissions, assez fréquentes jusqu'à 70 ans, deviennent très rares au-delà de 80 ans (Duée, 2006)
- Risque accru de mortalité : à 80 ans, les femmes très dépendantes ont un risque de décès quatre fois supérieur à celui des femmes non dépendantes (Duée, 2006)
- Dégradation de l'état de santé des aidants informels (CNSA, 2012)

Qualification du problème en termes de gravité

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Le maintien de l'autonomie est un enjeu important
- Impact important sur la qualité de vie et celle des aidants dans le cas de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
- Personnes âgées démunies et expulsées de leur domicile : situations assez rares mais dramatiques

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités sociales

- Persistance des inégalités sociales de santé durant les dernières étapes de la vie (qualité de vie, incapacités, mortalité) (Inpes, 2008)
- Le risque de dépendance est plus élevé dans les catégories sociales les moins favorisées
 - Pour les ouvriers, le vieillissement s'accompagne plus souvent et plus tôt d'une période vécue avec des incapacités (Inpes, 2008)
 - Un statut socio-économique modeste expose à un risque accru de besoins d'aide pour les activités instrumentales de la vie courante (courses, repas, tâches ménagères, utilisation des transports...) (Davin, 2010b)
- L'isolement social est un facteur d'inégalités face à la dépendance
 - Vivre seul augmente le risque d'avoir besoin d'aide (Davin, 2010b)

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités de genre

- Les femmes sont plus confrontées à la dépendance que les hommes et présentent une plus forte fragilité financière pour leur prise en charge (Trillard, 2011)
 - Confrontées à leur propre dépendance (du fait de leur plus grande longévité) : elles représentaient 69 % des nouveaux bénéficiaires de l'APA en 2010
 - En qualité d'aidant (2/3 des aidants familiaux sont des femmes)
 - Moins de ressources (montant des retraites plus faible)

■ Inégalités territoriales

- La part de personnes âgées bénéficiaires de l'APA varie selon les départements en Paca (de 7 à 8,5%) (Davin, 2010a)
- Vivre en zone urbaine accroît la probabilité d'avoir besoin d'aide pour les activités de la vie courante : toilette, habillement, alimentation... (hypothèse d'un isolement plus important et d'une solidarité moins forte dans les zones urbaines) (Davin 2010b)

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Populations vulnérables (Trillard, 2011)

- Personnes atteintes de maladies liées à l'âge (maladies cardiovasculaires, démences, cancers...)
- Personnes sans activité (professionnelle, bénévole ou associative)
- Personnes en situation de « fragilité » (syndrome complexe de vulnérabilité accrue qui comporterait un risque majeur de dépendance lorsque survient un stress quel qu'en soit la nature : infection, chute, fracture, deuil...)

■ Perceptions des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Problème plus fréquent chez les personnes atteintes d'une maladie chronique
- Problème de l'accès aux EHPAD : problème du coût et du manque de places
- Populations vulnérables : personnes âgées sous tutelle, personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, personnes âgées démunies et expulsées de leur domicile

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Individuels

- Risques accrus de dépendance pour les personnes de catégories sociales défavorisées en lien avec leurs comportements et leur activité professionnelle (passée ou actuelle)
- Moindres ressources pour faire face à la dépendance
 - Du fait d'inégalités professionnelles au cours de leur carrière, les femmes perçoivent de faibles pensions entraînant des difficultés pour subvenir aux frais engendrés par une perte d'autonomie (Dubois, 2011)
- Recours tardifs ou non recours aux prestations et aux soins chez les personnes les moins favorisées du fait d'une méconnaissance des droits (problème d'accès à l'information)
- Non recours à l'aide dans certaines communautés ou familles du fait de réticences vis-à-vis d'une aide extérieure

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Liés à l'environnement de résidence

- Manque de places dans les établissements (listes d'attente), coût élevé, mauvaise image
- Manque de structures intermédiaires entre le domicile et l'institution (accueils de jour, hébergement temporaire)
- Absence de coordination entre les différents acteurs

■ Perceptions des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Problème lié au déni de la perte d'autonomie des personnes âgées
- Problème de l'accès aux EHPAD (coût, places)
- Problème pour les personnes avec maladie d'Alzheimer : problème de sous-diagnostic, impact important sur leur vie et les aidants, manque de places en accueil de jour, manque de solutions de répit pour les aidants, problème de la prise en charge post-hospitalière des personnes âgées démentes
- Problème pour les personnes âgées démunies et expulsées de leur domicile : perte de son lieu d'attache et de ses repères

Pistes d'interventions pour réduire les inégalités

■ Au niveau individuel

– Concernant les personnes dépendantes

- Promouvoir l'activité professionnelle ou bénévole des seniors (Trillard, 2011)
- Développer la prévention pour retarder ou limiter la survenue de la dépendance (dépistage, éducation thérapeutique...) (Trillard, 2011)
- Mettre en place des actions d'information sur les droits de santé et de prestations sociales, l'offre de soins et d'aides, les nouvelles technologies (bucco-dentaire, audition, gestes du quotidien, aides à la mobilité, aménagement du domicile...) (Inpes, 2008)
- Mettre en place des actions sur l'environnement individuel et collectif, ainsi que sur la participation sociale, pour améliorer les conditions et la qualité de vie dans les quartiers (urbanisme, transports, services...) (Inpes, 2008)

Pistes d'interventions pour réduire les inégalités

■ Au niveau individuel

– Concernant les aidants

- Développer l'aide aux aidants (statut, congés, services de répit...) (CNSA, 2012)
- Amplifier l'effort en faveur de la formation des professionnels du soin et de l'accompagnement car ils sont un soutien aux aidants informels : les former aux incidences familiales du handicap, de la maladie, de la grande vieillesse, à la compréhension de la relation aidant/aidé et à la complémentarité des interventions de l'aidant et du professionnel (CNSA, 2012)
- Sensibiliser les professionnels aux signes de fragilité physique et psychique des aidants et renforcer les efforts de prévention en santé, notamment par la mobilisation d'aides techniques (CNSA, 2012)

Pistes d'interventions pour réduire les inégalités

■ Préconisations des acteurs à Marseille

- Renforcer la coordination sur cette thématique
- Améliorer le partenariat entre les services sociaux, sanitaires et judiciaires pour les personnes sous tutelle
- Mieux orienter les personnes avec une démence qui se retrouvent souvent aux urgences par dépit
- Augmenter le nombre de place en accueil de jour pour les personnes âgées atteintes de démence
- Améliorer la prise en charge post-hospitalière des personnes âgées démentes
- Trouver des solutions de répit pour les aidants

Références

- Drees, « Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA », Etudes et résultats n°730, juin 2010
- ex-Drass Paca, Enquête EHPA, 2003
- CNSA, Rapport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie 2011, avril 2012
- Trillard A., Mission au profit du président de la République relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées, juin 2011
- Charpin JM., Perspectives démographiques et financières de la dépendance, juin 2011
- Duée M., Rebillard C., « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », Données sociales – La société française, 2006
- Davin B., « Les établissements et services pour personnes âgées au cœur des réformes : un nouvel élan ? », Journée régionale de l'Uriopss Pacac, mai 2010 (a)
- Davin B., Paraponaris A., Taché G., « Les besoins d'aide à la vie quotidienne des personnes âgées en perte d'autonomie », IVème congrès international d'Epidémiologie « Du Nord au Sud », septembre 2010 (b)
- Baudier F., Demougeot E., « Travailler sur la santé globale pour lutter contre la perte d'autonomie », La santé de l'homme, n°381, janvier/février 2006

Améliorer le repérage et la prise en charge
des troubles psychiatriques et de la
suicidalité chez les personnes âgées

Définition du problème

- Les personnes âgées de 65 ans et plus présentent fréquemment des troubles de santé mentale, qui peuvent par exemple être en lien avec le vieillissement, ou leurs conditions de vie.
- Différents problèmes doivent être distingués : les troubles anxieux et dépressifs dont la prévalence est importante chez les personnes âgées, le risque suicidaire et le vieillissement des personnes avec un trouble psychiatrique préexistant.
- Les troubles dépressifs et la suicidalité chez la personne âgée sont souvent banalisés, car ils sont souvent perçus comme liés au processus du vieillissement et à la dégradation de l'état de santé.
- Les troubles de la santé mentale du sujet âgé sont sous diagnostiqués. Leur prise en charge est souvent inadéquate.

NB : la problématique des démences et de la maladie d'Alzheimer n'est pas traitée dans cette fiche (Cf. « Améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes et le soutien à leurs aidants proches »)

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données épidémiologiques

– Troubles de santé mentale

- En Paca, en 2010, la prévalence annuelle de l'épisode dépressif caractérisé parmi les personnes âgées de 65-85 ans était de 4 % (toutes intensités confondues) (*Baromètre santé 2010, ARS Paca/Inpes, Exploitation ORS Paca*)
- Parmi les personnes âgées de plus de 65 ans non institutionnalisés en 1999-2001 en France, 17 % présentaient un trouble psychiatrique au cours des 15 derniers jours : 10,7 % une phobie, 3,1 % un épisode dépressif caractérisé, 4,7 % une anxiété généralisée (Ancelin 2006)

– Le suicide

- Sur la période 2004-2008, 33 personnes âgées de 65 ans ou plus se sont suicidées en moyenne chaque année à Marseille, soit un quart des décès par suicide à Marseille (Inserm, CépiDC, Insee)
 - Chiffre stable par rapport à la période 2000-2004
- Le ratio tentative de suicide/suicide diminue avec l'âge : il passe de 4 chez les jeunes pour atteindre quasiment 1 chez les personnes âgées du fait de méthodes utilisées pour se suicider par cette classe d'âge plus violentes (DGS, 2008)

– La consommation de médicaments psychotropes

- En Paca, en 2010, un quart des 65-85 ans interrogés (25,1 %) ont déclaré avoir consommé des médicaments psychotropes au cours de l'année, davantage que les autres classes d'âge (*Baromètre santé 2010, ARS Paca/Inpes, Exploitation ORS Paca*)

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données épidémiologiques

- Adultes vieillissant avec un trouble psychiatrique (DGS, 2008)
 - Les personnes avec un trouble psychiatrique présentent une espérance de vie réduite, mais celle-ci tend à se rapprocher de celle de la population générale. Les personnes âgées avec un trouble psychiatrique (schizophrénie, troubles bipolaires...) sont encore peu nombreuses : 0,6 % des personnes âgées de plus de 65 ans souffriraient de schizophrénie et 0,1 % de troubles bipolaires (Ancelin 2006). Cependant, elles devraient être de plus en plus nombreuses dans les années à venir.
 - Ces personnes évoluent avec l'âge vers une intensification de leur apragmatisme, un ralentissement de leurs fonctions cognitives. On remarque, en contrepartie, un tassement de la maladie, c'est-à-dire une raréfaction des symptômes tels que délires et hallucinations. La prise en charge de la santé de ce public pose particulièrement problème.
- Alcoolisme du sujet âgé (Vigne, 2003)
 - Le sujet âgé présente une vulnérabilité somatique particulière à l'abus d'alcool. La clinique de l'alcoolisme du sujet âgé est marquée par des complications somatiques, neurologiques, psychiatriques et par des conséquences sociales négatives. Il favorise également l'apparition d'anxiété, dépression et suicidalité.
 - C'est une problématique sous estimée. La prévalence de l'alcoolisme du sujet âgé varie selon les auteurs et les études entre 2 et 14 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, pour atteindre 20-25 % en institution.

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Une souffrance psychique fréquente chez les personnes âgées, due principalement à un état de santé dégradé et/ou un isolement
- Les personnes âgées présentent fréquemment une dépression ou des idées suicidaires
- Il arrive parfois que des personnes âgées arrivent dans les services d'urgence en raison d'un état psychiatrique aigu
- Une problématique particulière à prendre en compte : le vieillissement des personnes avec une maladie mentale telle que la schizophrénie

Qualification du problème en termes de gravité

■ A long terme (Clément 2005)

- Les troubles psychiatriques chez le sujet âgé sont souvent associés à une ou plusieurs affections somatiques qu'ils aggravent. Ils sont associés à une réduction de l'observance thérapeutique, à une évolution et un pronostic moins favorable des pathologies chroniques.
- Les conséquences des troubles psychiatriques sur les activités de la vie quotidienne sont nombreuses et invalidantes. Ces pathologies altèrent profondément la qualité de vie des personnes qui vieillissent, en compromettant leur autonomie, leur sociabilité et affectant leurs proches.

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités sociales

- Disposer de faibles revenus est associé à un risque accru de présenter une dépression ou des idées suicidaires (Gilman 2012).
- Avoir peu de soutien social (famille, voisins, amis) est également un facteur de risque de suicide (Fassberg 2012)

■ Inégalités de genre

- Chez le sujet âgé comme en population générale, la dépression touche davantage les femmes que les hommes. Par contre, le risque suicidaire est plus élevé chez les hommes âgés de plus de 65 ans que chez les femmes du même âge.
- Les femmes âgées de plus de 70 ans sont deux fois plus nombreuses à consommer des médicaments psychotropes que les hommes

■ Inégalités territoriales

- Offre de soins (non spécifique à cette classe d'âge)
 - En 2010, à Marseille, la densité de psychiatres libéraux variait de 0 (dans les 2^e, 3^e et 16^e arrondissements) à 142,8 professionnels (6^e arrondissement) pour 100 000 personnes selon les arrondissements. Les arrondissements les moins bien dotés (densité < 10) étaient situés dans le nord (13^e, 14^e, 15^e, 16^e), dans l'est (10-11^e) et le centre (2^e-3^e) de la commune. Les mieux dotés étaient dans le centre (1^{er}, 6^e) et le sud (8^e) de la commune.

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Populations vulnérables

- Personnes âgées isolées
- Personnes âgées en institution : on relève une prévalence plus élevée de troubles psychiatriques chez les personnes résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Enquête EHPA, Drees, 2003)
- Personnes âgées avec une maladie invalidante

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Individuels (DGS, 2008)

- Isolement des personnes âgées ¹
 - Les personnes âgées en situation de précarité sont plus fréquemment isolées que les autres.
 - Or, le soutien social a un effet protecteur : le fait de garder des contacts avec sa famille, des amis a un effet protecteur sur la santé mentale. L'isolement a un impact sur le repérage des troubles : souvent, le recours aux soins de la personne âgée a lieu parce que l'entourage l'a poussé et non pas parce qu'elle est en demande de soins. La personne âgée isolée, en cas de problème de santé mentale, ne sera pas dépistée ou tardivement.

■ Facteurs d'offre

- Accès inégal à l'offre de soins spécialisée en santé mentale (non spécifique)
 - Offre du quartier de résidence (psychiatres libéraux, Centres Médico-Psychologiques, psychologues) inégale selon les quartiers
 - Le coût des soins (non remboursement des consultations de psychologues/psychothérapeutes, dépassement honoraires des psychiatres libéraux...) constitue un frein important d'accès aux soins chez les populations précaires
- Personnes âgées avec un handicap/incapacité ¹
 - Les personnes âgées avec un handicap ou une incapacité rencontrent des difficultés importantes de déplacement. De plus, un problème d'accessibilité à certains lieux de soin peut se poser

¹ Voir fiche « Rompre l'isolement des personnes âgées pour prévenir la dégradation de leur état de santé »

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

- Difficultés de repérage de la dépression chez le sujet âgé
 - La présentation clinique de la dépression du sujet âgé présente des particularités : moindre expression de la tristesse, fréquence des plaintes somatiques (60%), troubles cognitifs avérés, anxiété et/ou troubles du caractère marqués, apathie associée (perte d'initiative, d'intérêt et de l'expression des émotions). Ces spécificités constituent un frein au repérage de la dépression du sujet âgé (DGS, 2008)
- Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs) sur les actions à Marseille
 - Offre insuffisante en gérontopsychiatrie : places en hospitalisation complète et hôpitaux de jour

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités

■ Au niveau individuel

- Informer la population et les acteurs sur les possibilités d'aide et de prise en charge des troubles de santé mentale chez la personne âgée (Programme National d'Actions contre le suicide 2011-2014)
- Promouvoir un meilleur usage des psychotropes chez les personnes âgées (HAS, 2007) ; favoriser l'éducation thérapeutique de ces personnes et de leurs aidants
- Informer et changer les regards sur la dépression et le suicide des personnes âgées (DGS, 2008)
- Développer des actions de prévention du suicide ciblant les personnes âgées et notamment les hommes
- Limiter l'accès aux moyens létaux dans les EHPAD (Programme National d'Actions contre le suicide 2011-2014)

■ Au niveau des communautés

- Développer les lieux de convivialité dans les quartiers
- Coordination
 - Améliorer la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités

■ Au niveau de l'environnement de résidence

- Améliorer l'accès à l'offre
 - Favoriser l'accès aux activités culturelles, sportives, civiques aux personnes âgées pour les valoriser

■ Au niveau des professionnels de santé

- Formation des acteurs
 - Promouvoir l'amélioration de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé chez les médecins généralistes et gériatres (HAS, 2007)
 - Former les personnes en contact avec les personnes âgées (personnels d'EHPAD, CLIC et Ssiad, aides ménagères...) au repérage et à l'orientation des personnes âgées avec un trouble de santé mentale ou suicidaires (DGS, 2008)
 - Former les médecins généralistes à la prise en charge de la dépression chez le sujet âgé
 - Exemple du projet PROSPECT (Prevention of Suicide in Primary Care Elderly) aux Etats-Unis, fournissant un guide de traitement des personnes âgées dépressives (Axelopoulos 2009)

Références

- Alexopoulos GS, Reynolds CF 3rd, Bruce ML, Katz IR, Raue PJ, Mulsant BH, Oslin DW, Ten Have T; PROSPECT Group. Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *Am J Psychiatry*. 2009 Aug;166(8):882-90
- Ancelin ML, Artero S, Beluche I, Besset A, Boulenger JP, Carrière I, Chaudieu I, Courtet P, Dupuy AM, Jausse I, Malafosse A, Norton J, De Roquefeuil G, Ryan J, Scali J, Touchon J, Ritchie K. [The Esprit Project: a longitudinal general population study of psychiatric disorders in France in subjects over 65 years old]. *Encephale*. 2006 Sep;32 Pt 5:S615-21. French.
- Baromètre santé mentale 2010 - extension Provence-Alpes Côte d'Azur. ARS Paca-Inpes, exploitation ORS Paca, 2012
- Clement JP (2005) *Psychiatrie de la personne âgée*. Médecine-sciences, Flammarion
- Dutheil N. et Sheidegger S., 2006, « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », *Études et résultats*, DREES, n° 494, juin
- Fassberg & coll. (2012) A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *Int J Environ Res Public Health*, Mar;9(3):722-45
- Gilman SE, Bruce ML, Have TT, Alexopoulos GS, Mulsant BH, Reynolds CF 3rd, Cohen A. Social inequalities in depression and suicidal ideation among older primary care patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Sep 5.
- Haute Autorité de Santé (2007) *Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé : propositions d'actions concertées*
- Programme National d'Actions contre le suicide 2011-2014. Ministère de la Santé, 2011
- Rigaud AS & coll. *Troubles psychiques des personnes âgées*, EMC Psychiatrie 2, 2005, 259-281
- DGS. *Vieillesse et santé mentale : un état des lieux en 2007*. 2008
- Vigne C. La dépendance alcoolique en gériatrie, *Gérontologie et société* n°105, 2003, 101-108

Favoriser l'accès aux droits et aux soins pour
les migrants à Marseille notamment les
nouveaux arrivants

Problématique

- Selon l'INSEE, une personne immigrée désigne une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française. Cette définition est toutefois variable selon les études. Globalement, 3 grandes typologies sont mobilisées (Berchet 2012) :
 - Les personnes étrangères, c'est-à-dire de nationalité étrangère ;
 - Un autre niveau d'analyse distingue les français de naissance, les immigrés naturalisés et les immigrés étrangers ;
 - Une dernière typologie distingue la population immigrée de première génération et ceux de seconde génération (personnes nées françaises dont au moins un parent est né étranger à l'étranger).
- L'état de santé des immigrés et leur accès aux soins est un véritable enjeu de santé publique en raison de la fragilisation économique et sociale qu'entraîne la migration.
- La situation des étrangers nouvellement arrivés diffère de celle de l'ensemble des immigrés : du fait de l'exposition des immigrants aux risques sanitaires dans leur pays d'origine (Inpes 2008)
- Les personnes immigrées et les personnes étrangères sont globalement plus exposées à la précarité que le reste de la population

Données sur les populations immigrées en Paca et à Marseille

- En France en 2008 : 8,4 % de personnes immigrées et 5,8 % de personnes étrangères (Source Insee).
- En Paca en 2006 : 471 000 personnes immigrées (10 % de la population, selon l'Insee, Laurie 2011)
 - Dont 38 % issue de l'Union européenne (vagues d'immigration dans les années 20 puis 50)
 - 38 % issue du Maghreb (immigration plus récente)
 - Part en baisse depuis 1975 y compris les Bouches du Rhône ; dans ce département, un immigré sur 3 vient d'Algérie.
- A Marseille en 2008 (Insee) :
 - 108 392 personnes immigrées (12,7 %) de la population
 - 65 555 personnes étrangères (7,7 %) de la population
 - Avec des disparités selon les arrondissements : 2,1 % à 19,9 %.

Données sur les populations immigrées en Paca

- La part des personnes âgées de 60 ans ou plus est plus élevée chez les personnes immigrées / non immigrées :
 - 31% chez les hommes immigrés / 21 % chez les hommes non immigrés
- Le taux d'activité des personnes étrangères ou immigrées :
 - Similaire au reste de la population pour les hommes (73 % environ)
 - Plus faible chez les femmes immigrées : 53 % (ensemble des femmes : 63 %)
- Mais taux de chômage supérieur : plus de 5 points au dessus du taux des personnes non immigrées
- Deux immigrés en emploi sur trois sont ouvriers/employés

Qualification du problème en termes d'inégalités de santé (1)

- Les premiers travaux en France dans les années 1980, basés sur des indicateurs objectifs, ont montré un meilleur état de santé des immigrés avec une sous-mortalité des étrangers résidant en France par rapport au reste de la population (par un probable effet de sélection des personnes migrantes)
- Mais l'état de santé des immigrés tend à se détériorer à mesure que leur durée de résidence s'accroît sur le territoire français (Lert 2007, Beauchemin 2010).
- L'exploitation de l'enquête SHARE indique un moins bon état de santé perçue et des limitations d'activité plus importantes dans la population immigrée que dans les populations natives, dans plusieurs pays d'Europe dont la France (Solé-Auro 2008) ; le taux de mortalité cardio-vasculaire est aussi plus élevé chez les étrangers (Bhopal 2011).
- Des différences importantes existent selon le pays d'origine, notamment en fonction de ses caractéristiques socio-économiques et des événements auxquelles les personnes ont été exposées.

Qualification du problème en termes d'inégalités de santé (2)

- La situation des étrangers nouvellement arrivés diffère de celle de l'ensemble des immigrants : du fait de l'exposition des immigrants aux risques sanitaires dans leur pays d'origine (Inpès 2008)
- Une prévalence plus élevée de certaines pathologies chez les populations migrantes :
 - Maladies infectieuses (VIH-Sida, Hépatites B et C, tuberculose, paludisme... InVS 2003, 2004, 2006)
 - Maladies chroniques telles que l'obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires et l'hypertension artérielle
 - Les enfants de personnes originaires d'Afrique subsaharienne, d'Afrique du nord et de Méditerranée orientale sont surexposés aux intoxications au plomb et aux accidents domestiques (défenestrations notamment, Stanojevitch 2007)
 - Mutilations sexuelles et leurs conséquences chez les femmes ; fréquence plus élevée de complications obstétricales
 - Conséquences physiques et psychologiques de l'exposition à des traumatismes et violences dans le pays d'origine et/ou lors de la migration, notamment chez les personnes réfugiées ou en exil (torture, guerre, conditions de l'exil...) (Stanojevitch 2007)

Qualification du problème en termes d'inégalités de recours aux soins

- Un moindre recours aux soins de ville (généralistes, spécialistes) en raison d'une situation économique et sociale défavorisée
- A besoins égaux, les immigrés de première génération recourent moins souvent aux généralistes et spécialistes que les immigrés de seconde génération, qui ne se distinguent pas des français nés de parents français (Inpès 2008).
- Ce moindre recours chez les immigrés de 1^{ère} génération est lié à leur situation économique et sociale
- Des disparités en matière de prévention
 - Moindre vaccination contre l'hépatite B, contre le tétanos et la poliomyélite (population immigrée originaire d'Espagne et du Maghreb)
 - Moindre dépistage du VIH
 - Moindre fréquence des examens clinique des seins et des frottis cervicaux chez les femmes immigrées maghrébines ; pas de différence en revanche entre les secondes générations d'immigrés et les françaises nées de parents français.
 - Contraception : prévalence plus élevée de grossesses non désirées chez les étrangères

Qualification du problème en termes d'inégalités de santé : point de vue des acteurs

- Souffrance psychique importante chez les jeunes migrants liée au déracinement, à la perte d'identité et à des traumatismes psychiques (Etats de stress post-traumatique)
- Maladies infectieuses
- Saturnisme
- Alcoolisme chez les hommes originaire de l'est
- Perception et comportements vis-à-vis de la santé
 - La santé n'est pas une préoccupation majeure ; peu de demande de soins
 - Les comportements de santé sont influencés par la famille et la religion (Ramadan)
 - Recours aux soins à des stades tardifs
 - Faible participation aux dépistages organisés

Mécanismes individuels des inégalités

- Adaptation à un nouvel environnement : difficultés administratives, économiques et sociales
 - Leur résolution devient prioritaire par rapport à prendre soin de sa santé.
- Barrières linguistiques : frein à l'accès à l'information et aux services de soins
- Opacité du système de soins, exclusion croissante des soins des étrangers en séjour précaire
- Normes culturelles pouvant influencer les attitudes et les comportements vis-à-vis de la santé, le choix des traitements
- Effets d'usure liés à des conditions socio-économiques plus précaires, des emplois plus pénibles (Berchet 2012)
 - Position sociale occupée par les populations immigrées et leur accès à l'emploi sont plus limités que ceux des français de naissance
 - Taux de chômage en 2007 deux fois plus élevé et durée de chômage plus élevée (discrimination à l'embauche)
- Exposition à une précarisation spécifique (Stanojevitch 2007) :
 - Du fait du statut juridique des étrangers en séjour précaire (obstacles à l'hébergement et à l'emploi, exploitation économique) et de discriminations, en particulier dans le domaine de l'accès aux soins

Mécanismes individuels des inégalités sociales (Inpes 2008)

■ Différences d'accès à la complémentaire santé

- Pas d'accès chez 35 % des immigrants étrangers, 20 % chez des immigrants naturalisés et 7 % des français de naissance

■ Perte du lien social et exclusion sociale, faible capital social

- Différence de capital social entre population immigrées et françaises de naissance expliquant 50 % des disparités de santé observées

■ Interactions particulières entre professionnels de santé et personnes immigrées

- Refus de soins de la part de certains professionnels de santé à l'encontre de bénéficiaires de l'AME ou de la CMU (IGAS 2006)
- Difficultés de communication et difficultés d'interprétation des symptômes

Mécanismes d'inégalités de santé : point de vue des acteurs

- Barrières de la langue et freins culturels
 - Troubles de l'apprentissage chez les enfants
 - Problèmes d'accès au droit commun
- Offre insuffisante
 - En matière de vaccination (un seul centre en ville)
 - Manque de structures de type « halte soins santé »

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités (Inpes 2008)

■ Au niveau individuel

- Rendre effectifs les droits et l'accès aux dispositifs (CMU, aide médicale d'état, complémentaire santé...)
- Faciliter l'accès à un interprétariat de qualité
- Pour les personnes âgées vieillissantes, permettre l'accès à l'allocation personnalisée d'autonomie et aux autres aides (aides ménagères)
- Prendre en compte dans les schémas gérontologiques départementaux les foyers de travailleurs migrants
- Favoriser l'intervention de médiateurs sociaux formés sur l'accès aux droits et sur la santé
- Favoriser l'accès des nouveaux arrivants à un dépistage volontaire et une offre de prise en charge médicale et psychologique pour prendre en compte, notamment :
 - Les maladies dont ils peuvent être porteurs du fait des maladies endémiques dans leur pays d'origine, notamment les maladies infectieuses et les maladies chroniques
 - Les psycho-traumatismes et agressions physiques dont ils ont pu être victimes.
- Dans les programmes d'intervention visant à la réduction des inégalités sociales de santé, prévoir systématiquement un volet spécifique prenant en compte les besoins spécifiques des migrants

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités

- Sensibiliser et former les médecins généralistes aux besoins des personnes immigrées et/ou étrangères
 - Sur le plan de la prévention (par exemple, sur la préparation des séjours de retour au pays)
 - Sur le plan des soins et des besoins en matière d'éducation thérapeutique
- Préconisation des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)
 - Besoin d'information de la population et des acteurs sur les ressources existantes
 - Besoin de formation
 - Des associations de médiation sociale et culturelle auprès des migrants (rôle d'alerte et d'orientation)
 - Des aides ménagères à domicile (prise en charge du diabète chez la personne âgée immigrée)

Références

- Beauchemin C et al. Trajectories and origin: survey on population diversities. INED, Document de travail 168, octobre 2010.
- Bhopal RS. Et al. Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries : test of concept. EJPH, 22(3):353-9, 2012
- Berchet C. et Jusot F. Etats de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. Questions d'économie de la Santé. Irdès. N° 172, janvier 2012.
- IGAS. Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU. Rapport de J-F Chadelat. Paris, La Documentation Française, 2006, 32 p.
- Inpès. Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. 2008.
- InVS, Surveillance de l'infection à VIH-Sida en France, 2005. BEH 2006 ; n°48.
- InVS, Prévalence des hépatites B et C en France, 2004. Saint-Maurice, 2006, 114 p.
- InVS, Les cas de tuberculose déclarée en France en 2003. BEH 2005 : N°17-18.
- Laurie H. Les populations immigrées en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les cahiers du DROS. DROS, février 2011.
- Lert F. et al. Functional limitations and overweight among migrants in the « Histoire de vie study ». RESP, 55 (6) 391-400, 2007.
- Solé-Auro A et al. Health of immigrants in European countries. Int Migr Rev. 42 (4), 861-76, 2008.
- Stanojevich E. et Veisse A. Repères sur la santé des migrants. La santé de l'homme; n°392, novembre-décembre 2007, p21-24.

Promouvoir des conditions d'habitat et un environnement de résidence plus favorables à la santé sur le territoire de Marseille

Définitions

- Conceptualisé par les sociologues comme la plus petite forme d'organisation sociale en dehors de la famille, l'environnement de résidence (ou encore environnement de voisinage) désigne en pratique l'espace dans lequel les individus résident et trouvent une partie des ressources pour leur vie quotidienne (différents types de services, offre alimentaire, offre sanitaire...). L'échelle spatiale de cet espace est variable selon les études, mais à titre illustratif, on pourrait considérer que dans une ville comme Marseille, cela correspond au quartier.
- Un logement est dit insalubre lorsqu'il présente, par lui-même ou par ses conditions d'occupation, un danger pour la santé de ses occupants et du voisinage.
- Les règles minimales de salubrité sont définies dans un « règlement sanitaire départemental », qui complète et précise les dispositions du Code de la Santé Publique : il s'agit de règles relatives à la superficie, l'éclairage, l'humidité, l'isolation, le chauffage, l'eau, l'assainissement...

Problématique : liens environnement santé

- La pollution de l'environnement, notamment la pollution de l'air et celle de l'eau, a un impact sur la santé.
- L'impact de l'environnement sur la santé se joue aussi, indépendamment des caractéristiques individuelles, au travers des caractéristiques de l'environnement de résidence : ses caractéristiques sociales, l'offre de différents types de services (offre alimentaire par exemple), sa qualité (proximité d'espaces verts, sécurité objective et perçue) et le niveau de participation et de cohésion sociales de ses habitants. Ces caractéristiques peuvent influencer sur la fréquence des problèmes de poids, des maladies cardio-vasculaires et aussi sur la santé mentale.
- Enfin, l'environnement domestique a aussi un impact sur la santé au travers de la qualité de l'air intérieur et la qualité de l'habitat (problématiques du saturnisme, de l'habitat insalubre, des accidents domestiques...).

Qualification en termes de fréquence et d'évolution

■ Environnement extérieur

- De 20 % à plus de 50 % des habitants exposés au dioxyde d'azote (NO₂) à Marseille en centre ville et de 28 à plus de 65 % aux particules en suspension (PM₁₀) ; dépassements des valeurs limites de NO₂ enregistrés sur plusieurs stations de mesure en centre ville en 2008 et dépassement de la valeur limite journalière pour les particules sur Marseille Timone en 2008 (ORS 2012) ;
- 924 plaintes liées au bruit auprès des établissements ayant une autorisation pour diffuser de la musique sur 2000-2010 ;
- Part de la population exposée au bruit lié au trafic routier en 2008 : 37 % de la population marseillaise est exposée à un niveau de bruit journalier dépassant 68 décibels, valeur limite réglementaire pour les bâtiments d'habitation

■ Habitat et environnement intérieur

- Les individus passent 70-90% de leur temps dans des espaces clos contenant des polluants chimiques, physiques et biologiques (ORS 2012) ; niveaux de pollution intérieure non documentés à Marseille ;
- 89 plaintes en cours de traitement dans le cadre de l'éradication de habitat insalubre à Marseille en 2011

Qualification en termes de fréquence et d'évolution

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

– Qualité de l'environnement extérieur :

- Bruit environnemental, manque d'espaces verts et équipements sportifs mal situés (sous autoroute par exemple), pollution de l'air
- Intensification de la circulation automobile ; densification des constructions et des routes

– Qualité de l'habitat et de l'environnement intérieur :

- Habitat dégradé, insalubre, mal isolé avec problèmes de moisissures, présence d'acariens
- Surnombre, promiscuité, problèmes d'accès à l'eau
- Problèmes de qualité de l'air intérieur : dans les logements, les crèches et les écoles

Qualification en termes de gravité

■ Conséquences de la pollution atmosphérique

- Exposition à court terme (pics de pollution) entraîne : augmentation de la mortalité toutes causes et de la mortalité cardio-vasculaire, aggravation des symptômes asthmatiques avec augmentation des admissions hospitalières (ORS 2012)
- Exposition à long terme : augmentation de la mortalité toutes causes, respiratoire et cardio-vasculaire, augmentation de la prévalence de l'asthme et des allergies

■ Conséquences de l'exposition au bruit environnemental

- Troubles du sommeil, troubles des performances cognitives, troubles de l'humeur, symptômes anxiodépressifs, hypertension artérielle, infarctus du myocarde (Afsse, 2004)

■ Conséquences de la pollution de l'air intérieur

- Allergies et maladies respiratoires liées aux moisissures et acariens
- Irritation de la sphère ORL (formaldéhyde,...)
- Effets neurologiques et/ou neuropsychiques (Tétrachloréthylène, benzène,...)
- Effets cancérogènes avérés (tabagisme passif, benzène) ou probables (formaldéhyde, tétrachloréthylène)
- Intoxications au CO

Qualification en termes de gravité

- Conséquences d'un environnement extérieur de faible qualité perçue ou objective
 - Vivre dans un environnement dégradé est associé à un risque accru de dépression (Galea, 2005)
 - Plusieurs études montrent des liens entre qualité des conditions d'habitat et état de santé mentale (ORS 2012)
 - Idem pour la présence et l'accessibilité à des espaces verts (ORS 2012)
 - Pour les personnes vivant dans un quartier précaire, le fait d'avoir une faible mobilité quotidienne (i.e. faire ses courses, aller à la banque, marcher... dans son quartier) accroît les risques de dépression. Au contraire, un effet protecteur est observé dans les quartiers favorisés (Vallée, 2011)
- Conséquences de l'habitat insalubre (ORS 2012)
 - Ingestion de peintures au plomb par les jeunes enfants : retards psychomoteurs dès les doses faibles (<100 microgrammes/l)
 - Humidité favorise le développement de moisissures et d'acariens et leurs effets respiratoires toxiques ou allergiques
 - Risques d'accidents domestiques (intoxication a avec des produits dangereux, brûlure, chutes) pour les enfants en bas âge et les personnes âgées
 - Chauffages défectueux : risque d'intoxication oxycarbonée
 - Circuits électriques défectueux : risques d'incendie

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités sociales sur l'exposition aux polluants extérieurs

- Abondante littérature internationale montrant une exposition plus fréquente à des niveaux élevés de pollution de l'air chez les personnes socialement défavorisées (Evans, 2002)
- Etude sur la pollution de l'air à Strasbourg indiquant que celle-ci est toutefois plus importante dans le centre ville et touche ainsi surtout les quartiers de niveau de précarité intermédiaire (Havard 2009)
- A Marseille, étude sur le bruit environnemental indiquant une surexposition au bruit routier des quartiers de niveau de précarité intermédiaire (Bocquier 2012)

■ Inégalités sociales liées à l'habitat insalubre

- Elles sont très marquées et impliquent que les catégories sociales les plus défavorisées et parmi elles les migrants, sont les plus exposées au saturnisme et aux différents risques liés à l'habitat insalubre

■ Inégalités territoriales

- Les pollutions environnementales liées au trafic routier (pollution atmosphérique, bruit routier) sont les plus marquées, notamment dans le centre ville (voir outil cartographique). Elles varient aussi en fonction de l'implantation de lignes ferroviaires (bruit) et d'activités industrielles (bruit et rejets atmosphériques notamment).

Qualification en terme d'inégalités de santé

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Les quartiers défavorisés sont plus concernés par le manque d'espaces sportifs et par des équipements sportifs situés dans un environnement pollué
- Les problèmes liés à l'environnement domestique sont plus fréquents dans les milieux sociaux défavorisés (pratiques d'hygiène, pratiques moins fréquente d'aération des pièces, moindre connaissances des risques domestiques...)
- Population particulièrement vulnérable : enfants et jeunes de milieux défavorisés
- Les quartiers du centre ville et du nord de Marseille (passage des bretelles d'autoroute) sont les plus concernés

■ Populations vulnérables

- Migrants (plus souvent logées en habitat insalubre)
- Jeunes enfants, car ils sont particulièrement sensibles aux facteurs environnementaux, leur organisme étant en plein développement : une exposition précoce à ces facteurs peut conduire à des pathologies ou des déficits fonctionnels graves ultérieurs (PNSE 2009-13).
- Personnes avec un handicap, notamment du fait de la faiblesse des aménagements pour permettre leur déplacement et leur accueil dans divers types de services publics à Marseille

Mécanismes documentés sur les inégalités environnementales

■ Facteurs individuels

- Niveau de revenu influe sur le choix du lieu d'habitat (niveau des loyers) et la latitude de mobilité géographique (qui diminue avec le revenu), l'entretien du logement et la possibilité de l'adapter pour réduire les déperditions d'énergie, réduire l'exposition au bruit
- Connaissances sur les risques liés à l'environnement et les gestes favorables à l'hygiène du logement et la prévention des accidents domestiques plus avancées dans les catégories sociales les plus éduquées et favorisées (Baromètre santé environnement Paca 2007)
- De plus, les personnes de faible niveau social sont aussi plus vulnérables, du fait de leur état de santé, aux risques environnementaux (Deguen 2010)

■ Facteurs liés à l'environnement de résidence

- Indépendamment des caractéristiques sociales individuelles, le fait de résider dans un environnement de résidence précaire a une influence défavorable sur l'état de santé : cela est notamment lié à la moindre qualité de l'environnement, en termes de ressources de cohésion et soutien social mais aussi d'offre de services (offre alimentaire, offre d'équipements sportifs et de loisirs, offre de transports...).

Constats des acteurs sur les actions à Marseille & Pistes d'intervention pour réduire les inégalités

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Interventions existantes : conseillères environnementales de l'école de l'asthme
- Préconisations : la ville peut agir dans ce domaine

■ Pistes d'interventions (PNSE 2009-2013)

- Cadre national : PNSE, qui prévoit des actions pour réduire les inégalités environnementales et un renforcement des coopérations avec les collectivités territoriales (politiques d'aménagement du territoire, chartes urbaines, agenda 21...)
- Actions pouvant contribuer à réduire les inégalités de santé :
 - Résorber l'habitat indigne, priorité du PNSE 2 (non retenue comme priorité dans le PRSE 2 en Paca).
 - Réduire l'exposition aux produits cancérigènes, neurotoxiques, reprotoxiques dans les bâtiments (crèches, écoles...) accueillant des enfants.
 - Développer et soutenir un réseau de conseillers Habitat santé pouvant se rendre au domicile des personnes souffrant de certaines maladies pour leur proposer des mesures ciblées destinées à améliorer leur environnement de vie
 - Former les professionnels de santé de première ligne au repérage et à la prise en charge de pathologies d'origine environnementale (mesure retenue dans le PRSE 2 Paca)

Références

- Agence française de sécurité sanitaire environnementale (Afsse). Impacts sanitaires du bruit. État des lieux Indicateurs bruit-santé. 2004.
- Bocquier A, Cortaredona S, Boutin C, David A, Bigot A, Chaix B, Gaudart J, Verger P. Small-area analysis of social inequalities in residential exposure to road traffic noise in Marseilles, France. European Journal of Public Health 2012.
- Deguen, S. et D. Zmirou-Navier, Social inequalities resulting from health risks related to ambient air quality--A European review. Eur J Public Health, 2010. 20(1): p. 27-35.
- Evans, G.W. and E. Kantrowitz, Socioeconomic status and health: the potential role of environmental risk exposure. Annu Rev Public Health, 2002. 23: p. 303-31.
- Havard, S., et al., Traffic-related air pollution and socioeconomic status: a spatial autocorrelation study to assess environmental equity on a small-area scale. Epidemiology, 2009. 20(2): p. 223-30.
- ORS Paca. Tableau de bord santé environnement Paca , 2012.
- Plan National Santé Environnement 2009-2013
- Vallée J. et al. The role of daily mobility in mental health inequalities: the interactive influence of activity space and neighbourhood of residence on depression. Soc Sci Med, 2011. 73(8): p. 1133-44.

Réduire les inégalités dans le dépistage et le suivi des personnes atteintes de diabète

Définition du problème

- Le diabète est une maladie chronique de plus en plus fréquente du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence de facteurs de risque tels que l'obésité
- Non diagnostiqué ou mal équilibré, il peut engendrer d'importantes complications macro et microvasculaires et avoir un retentissement important sur la qualité de vie des patients
- Des inégalités sociales sont observées concernant le risque de diabète, son diagnostic, la qualité de sa prise en charge et le risque de complications

N.B. : la prévention du diabète reposant en partie sur celle de l'obésité, cette problématique n'est pas abordée dans cette fiche (cf. fiche « Améliorer la nutrition et l'activité physique pour lutter contre le surpoids et l'obésité dès le plus jeune âge »)

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données épidémiologiques sur le diabète

- A Marseille, en 2009, prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux (ADO) et/ou insuline chez les personnes âgées de 20 ans ou plus : 6,1 %
- En France métropolitaine, en 2006, chez les 18-74 ans (pas de données à Marseille)
 - La prévalence du diabète connu et non traité pharmacologiquement : 0,6 % (*Fagot-Campagna, 2010*)
 - La prévalence du diabète non diagnostiqué : 1,0 % -- 20 % (*Fagot-Campagna et al., 2010*)
- En France, forte augmentation de la prévalence du diabète (vieillesse de la population, augmentation de la prévalence de l'obésité...) (*Fagot-Campagna et al., 2010*)
- Le diabète représente approximativement 10 % des dépenses de l'Assurance maladie et, selon l'OMS, 80 % des cas de diabète de type 2 sont dus à des facteurs environnementaux donc évitables (*Coulomb, 2010*)

Qualification du problème en termes de suivi médical de la maladie

■ Données sur le suivi médical du diabète

- A Marseille, en 2009 :
 - 25,8 % des personnes diabétiques traitées par ADO et/ou insuline ont bénéficié d'un suivi conforme aux bonnes pratiques cliniques pour le dosage de la microalbuminurie
 - 39,3 % pour celui de l'hémoglobine glyquée
 - 42,2 % pour le suivi ophtalmique
- Un suivi encore insuffisant au regard des objectifs fixés en 2004 par la loi relative à la politique de santé publique (surveillance conforme aux recommandations pour 80 % des diabétiques)
- Malgré une évolution favorable entre 2001 et 2007 en France (pas de données à Marseille) (*Robert et al. 2009*)

Qualification du problème en termes de gravité

■ A court/moyen terme

- Conséquences du diabète déséquilibré : complications métaboliques (coma acido-cétosique, coma hyperosmolaire, hypoglycémie) (*InVS, 2012*)

■ A long terme

- Conséquences du diabète : complications macrovasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) et microvasculaires (atteinte du système nerveux périphérique, des reins, de la rétine). Un retentissement parfois important sur la qualité de vie des personnes atteintes (*InVS, 2012*)
- Un risque de complications considérablement réduit par un bon contrôle de la maladie (alimentation, activité physique) et une bonne prise en charge médicale (*InVS, 2012*)

Perception des acteurs de terrain

- Le diabète : un problème majeur à Marseille, plus fréquent qu'en région Paca
- Une pathologie sous-évaluée et sous-diagnostiquée (1/3 des cas seraient non diagnostiqués)
- Un dépistage et une prise en charge souvent tardifs
- Une pathologie grave, ayant un retentissement important sur la santé et la vie quotidienne (cécité, amputation, dialyse, isolement social...)

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités sociales

- Diabète : une maladie plus fréquente chez les personnes de faible statut socio-économique (*Cowie, 2006 ; Guize, 2008*)
- Un sous-diagnostic plus fréquent chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation aux Etats-Unis (pas de données françaises) (*Smith, 2006*)
- Une qualité de suivi moins satisfaisante (pour certains examens de surveillance) chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation ou celles nées au Maghreb (*Robert, 2009 ; Romon, 2006*)
- Une mortalité liée au diabète et des complications plus fréquentes chez les personnes de faible statut socio-économique (*Brown, 2004 ; Romon, 2006*)

■ Inégalités de genre

- Le diabète : plus fréquent chez les hommes / femmes (prévalence standardisée du diabète traité par ADO et/ou insuline à Marseille en 2009 : 5,5 % / 4,3 %)
- Un sous-diagnostic plus fréquent chez les hommes que chez les femmes aux Etats-Unis (pas de données françaises) (*Cowie, 2006*)
- Les hommes diabétiques mieux suivis que les femmes pour la cardiologie et la microalbuminurie et moins bien suivis pour l'ophtalmologie, l'HbA1c et le suivi dentaire (*Robert, 2009*)

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités territoriales

- Une prévalence standardisée du diabète traité par ADO et/ou insuline chez les 20 ans ou plus en 2009 à Marseille plus élevée dans :
 - Les arrondissements du nord de la ville (max. = 7% dans le 14^{ème})
 - Les 2^e et 3^e
 - Certains quartiers des 10 et 11^{ème} arrondissements
- Suivi du diabète : des disparités géographiques infra-communales variables selon l'examen de surveillance

■ Population vulnérable

- Un dépistage opportuniste ciblé du diabète est recommandé tous les 3 ans chez les personnes âgées de plus de 45 ans, ayant au moins un autre marqueur de risque du diabète de type 2 (origine non caucasienne et/ou migrant ; marqueur du syndrome métabolique ; antécédent de diabète) *(Anaes, 2003)*
- Risque de diabète plus élevé notamment chez les femmes originaires du Maghreb *(Dalichampt, 2007)*

Qualification en termes d'inégalités de santé

- Perception des acteurs de terrain à Marseille (entretiens collectifs)
 - Une pathologie plus fréquente dans les quartiers nord de Marseille, chez les populations précaires, les migrants (notamment les femmes maghrébines)
 - Un dépistage très tardif et une mauvaise observance thérapeutique chez les migrants
 - Concernant plus globalement les maladies chroniques : une offre de soins en libéral et en éducation thérapeutique du patient insuffisante dans certains quartiers, notamment dans le nord de la commune

Mécanismes documentés et hypothèses sur les inégalités sociales de suivi médical et d'état de santé des personnes diabétiques

(1/3) *(Brown, 2004)*

■ Individuels

- Les connaissances, le niveau de compréhension des informations sur la santé et les barrières linguistiques peuvent être un frein à l'accès au dépistage et au suivi médical
- Les normes culturelles peuvent influencer les attitudes vis-à-vis de la santé et/ou le choix des traitements
- Des troubles dépressifs plus fréquents chez les diabétiques ayant un faible statut socio-économique et susceptibles d'altérer l'observance des traitements, les comportements de santé et le recours aux soins

■ Socio-économiques

- Un moindre recours aux endocrinologues chez les personnes de faible statut socio-économique (dépassements d'honoraires...)
- Des attitudes et des pratiques médicales qui varient selon le statut socio-économique des patients

Mécanismes documentés et hypothèses sur les inégalités sociales de suivi médical et d'état de santé des personnes diabétiques

(2/3) *(Brown, 2004)*

■ Liés à l'environnement de résidence

- Problème de l'accessibilité des soins (transports, densité plus faible de professionnels de santé dans certains quartiers...)

■ Perception des acteurs de terrain à Marseille (entretiens collectifs)

- Des difficultés d'accès aux soins sur le territoire marseillais : une offre libérale (endocrinologues, diététiciennes, infirmières à domicile) insuffisante, notamment dans les quartiers nord
- Développement d'actions par de petites associations de médiation sociale et culturelles pouvant avoir plus d'effets délétères que bénéfiques
- Méconnaissance des ressources expertes
- Difficultés liées aux conditions de vie des migrants vivant en hôtel meublé (pas d'eau, de cuisine, personnes mobiles)

Mécanismes documentés et hypothèses sur les inégalités sociales de suivi médical et d'état de santé des personnes diabétiques

(3/3)

■ Perception des acteurs de terrain à Marseille (suite)

- Concernant plus globalement les maladies chroniques :
 - Une offre de prise en charge (réseaux...) peu lisible pour les acteurs et les patients, entraînant des difficultés d'orientation et des recours aux soins tardifs
 - Activité physique adaptée : une offre insuffisante et des difficultés de financement
 - Education thérapeutique du patient : un problème de qualité de certaines formations et de certains dispositifs

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités (1/2)

■ Au niveau individuel

- Améliorer les messages de prévention auprès des hommes
- Médiatiser le diabète pour mieux le prévenir
 - Organiser ou relayer une campagne médiatique au niveau local sur la prévention et le dépistage du diabète, adaptée en fonction des populations prioritaires (*Coulomb, 2010*)
- Organiser ou soutenir des campagnes de dépistage ciblé sur les sujets de plus de 45 ans en situation de précarité, selon les recommandations de l'Anaes (*Coulomb, 2010*)
- Privilégier (*Glazier, 2006*)
 - des actions adaptées au contexte local (prise en compte des aspects culturels)
 - basées sur un suivi individualisé, en tête-à-tête pour expliquer les traitements
 - avec des contacts réguliers
 - sur une période d'au moins 6 mois
 - exemple des médiateurs

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités (2/2)

■ Au niveau de l'environnement de résidence

- Pour augmenter la consommation de fruits et légumes, au delà de conseils de modification des comportements alimentaires, organiser des marchés de fruits et légumes rendant plus accessibles et plus praticables les recommandations (*Schultz, 2005*)

■ Au niveau de l'entourage

- Education par les pairs des patients diabétiques d'origine étrangère (intervention jugée efficace dans les Pays-Bas pour des patients d'origine Turque)

■ Au niveau des professionnels de santé

- Améliorer la coopération entre professionnels pour assurer une meilleure prise en charge (services hospitaliers, endocrinologues, généralistes, paramédicaux...) en s'appuyant sur les ressources existantes (*Coulomb, 2010*)
- Former l'ensemble des professionnels de santé potentiellement concernés à l'éducation thérapeutique du patient (*Coulomb, 2010*)

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités

- Préconisation des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)
 - Besoin d'information de la population et des acteurs sur les ressources existantes
 - Besoin de formation
 - Des associations de médiation sociale et culturelle auprès des migrants (rôle d'alerte et d'orientation)
 - Des aides ménagères à domicile (prise en charge du diabète chez la personne âgée)
 - Concernant plus globalement les maladies chroniques :
 - Développer de « vrais » dispositifs d'ETP et des réseaux de soins pour l'ensemble des maladies chroniques
 - Contrôler la qualité des formations sur l'ETP et les compétences des personnes formées
 - Evaluer les actions d'ETP par d'autres moyens que des questionnaires patients
 - Développer l'offre d'activité physique adaptée

Références

- Brown, A.F., et al., Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature. *Epidemiol Rev*, 2004. 26: p. 63-77.
- Coulomb, A., S. Halimi, and I. Chaskilevitch, *Le livre blanc du diabète. Sept propositions pour faire face à l'épidémie silencieuse du XXIe siècle*, Société francophone du diabète, Editor. 2010. p. 231.
- Cowie, C.C., et al., Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in adults in the U.S. population: National Health And Nutrition Examination Survey 1999-2002. *Diabetes Care*, 2006. 29(6): p. 1263-8
- Dalichampt M, Fosse S, Fagot-Campagna A. Prévalence du diabète, pays de naissance et caractéristiques socio-économiques selon l'Enquête décennale santé 2002-2003. In : *Journées Scientifiques de veille sanitaire 2007*, Paris.
- Fagot-Campagna A. et al. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France. Synthèse épidémiologique. 2010.
www.invs.sante.fr/publications/2010/plaquette_diabete/plaquette_diabete.pdf
- Glazier, R.H., et al., A systematic review of interventions to improve diabetes care in socially disadvantaged populations. *Diabetes Care*, 2006. 29(7): p. 1675-88.
- Guize, L., et al., Diabetes and socio-economic deprivation. A study in a large French population. *Bull Acad Natl Med*, 2008. 192(9): p. 1707-23.
- InVS. Dossiers thématiques – Diabète. 2012. www.invs.sante.fr/surveillance/diabete/
- Robert J. et al. Prise en charge des personnes diabétiques de type 2 en France en 2007 et tendances par rapport à 2001. *Bull Epidemiol Hebd*, 2009. 42-43: p. 455-460.
- Romon, I., et al., Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, *Entred* 2001. *BEH*, 2006. n°45.
- Smith, J.P., Nature and causes of trends in male diabetes prevalence, undiagnosed diabetes, and the socioeconomic status health gradient. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 2007. 104(33): p. 13225-31.

Favoriser l'accès à la prévention pour les personnes avec un handicap

Définition du problème

- Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant (Loi 2005-102 du 11 février 2005).
- Notre propos concerne les personnes âgées de moins de 65 ans.
- Les personnes avec un handicap ont des besoins de santé très importants. Ils rencontrent les mêmes types de problèmes de santé que la population générale, mais ils rencontrent également des problèmes spécifiques du fait de leur handicap.
- Mais leurs besoins en termes de soins et de prévention sont insuffisamment couverts. Ces personnes rencontrent notamment des difficultés importantes d'accès aux soins et à la prévention.

Qualification du problème en termes d'accès à la prévention et au dépistage

- Estimation du nombre de personnes avec un handicap dans le département des Bouches du Rhône en 2009 (CREAI Paca, 2012)
 - Environ 10 000 enfants de 0-19 ans avec un handicap (plus de 4 000 cas sévères), parmi lesquels environ 1 600 avec une déficience intellectuelle sévère, 1 500 enfants avec un trouble envahissant du développement et 1 300 avec une déficience motrice
 - Environ 45 000 adultes de 20-59 ans avec un handicap, parmi lesquels près de 14 000 avec une déficience motrice, 11 000 avec une pluridéficience physique et 5 000 avec une déficience mentale.
- Accès à la prévention des personnes avec un handicap
 - Des besoins de prévention importants (HAS, 2008 ; Inpes 2009)
 - Notamment en ce qui concerne l'hygiène bucco-dentaire, les accidents de la vie courante ou de la voie publique, la sexualité et la contraception, le dépistage des cancers
 - Peu d'actions de prévention et d'éducation à la santé s'adressant aux personnes avec un handicap, y compris dans les établissements médico-sociaux (HAS, 2008)
 - La prévention secondaire des risques d'aggravation de la déficience et de ses comorbidités est mieux assurée que la prévention primaire des maladies chroniques
 - Les professionnels de santé et notamment les médecins généralistes sont la première source d'informations en santé pour les personnes avec un handicap (Inpes, 2009)

Qualification du problème en termes d'accès à la prévention et au dépistage

■ Accès à la prévention des personnes avec un handicap

- Les personnes avec un handicap bénéficient moins d'actes de prévention en médecine générale que le reste de la population en Paca (Aulagnier, 2004)
 - D'après les résultats d'une enquête, réalisée auprès d'un panel de 600 médecins généralistes en Paca, un quart (27,6 %) des médecins a déclaré réaliser des actes de prévention (vaccination contre l'hépatite B, dépistage du cancer du sein, proposition d'une contraception...) moins fréquemment chez les patients avec un handicap qu'avec les autres patients.
 - Les principaux freins évoqués concernaient le manque de temps, les difficultés de communication, le manque de formation sur le handicap, ou encore le fait d'être mal à l'aise avec le handicap (davantage le handicap mental que physique).

■ Accès au dépistage des cancers en établissement médico-social en Paca (CREAI Paca, 2010)

- Une enquête, réalisée auprès de 28 établissements médico-sociaux en Paca, met en évidence que le dépistage des cancers n'est pas systématique chez les personnes handicapées résidant en institution. Par exemple, la quasi-totalité des résidentes (90 %) bénéficient d'un suivi gynécologique, mais les mammographies ne sont réalisées que pour une femme avec un handicap sur 2, soit moins qu'en population générale. Le dépistage du cancer du colon n'est pas réalisé de façon systématique dans 3 établissements médico-sociaux sur 4.

Qualification du problème en termes d'accès à la prévention et au dépistage

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Les personnes atteintes d'un handicap ont des besoins de santé similaires que le reste de la population, mais qui sont moins bien pris en compte.
- Accéder aux soins et à la prévention est un parcours du combattant pour elles : freins liés au coût, à l'accessibilité physique des structures, aux informations non adaptées au handicap...
- Ces problèmes ne sont pas spécifiques à la ville, mais le problème d'accessibilité physique est particulièrement saillant à Marseille.
- Le dépistage du cancer du sein est bien fait en établissement, mais pas celui du cancer du colon-rectum

Qualification du problème en termes de gravité (OMS, 2011)

- Le fait que les personnes avec un handicap aient moins accès à la prévention (informations adaptées, actions) que la population générale a des conséquences importantes sur leur état et comportements de santé, mais aussi sur leurs connaissances en matière de santé
 - Les personnes avec un handicap sont en moins bonne santé que le reste de la population et ont une espérance de vie réduite.
 - Elles présentent fréquemment des comorbidités (diabète, épilepsie...) et affections secondaires (escarres, infections des voies urinaires, ostéoporose liés au handicap physique, hypothyroïdie et problèmes nutritionnels liés à la trisomie 21...)
 - Elles adoptent plus fréquemment des comportements à risque que les autres : tabagisme, inactivité physique, mauvaise hygiène alimentaire et dentaire.
 - Elles ont des connaissances en matière de santé plus réduites que le reste de la population

Qualification en termes d'inégalités

■ Inégalités sociales (OMS, 2011)

- Le handicap touche davantage les populations précaires . Les personnes ayant un faible revenu, qui n'ont pas de travail ou un faible niveau d'éducation sont également exposées à un risque accru de handicap, du fait notamment de conditions de vie et/ou de travail moins favorables. De même, les enfants des foyers démunis sont aussi significativement plus exposés au risque de handicap.
- Inégalités d'accès aux soins et à la prévention
 - Être atteint d'un handicap constitue un frein d'accès aux soins et à la prévention en raison du handicap lui-même, d'une précarité socio-économique, du manque de formation des professionnels, de l'inadaptation des messages et informations aux personnes avec un handicap, ou encore des représentations sur les handicap.

■ Inégalités de genre (OMS, 2011)

- Les femmes sont davantage touchées par le handicap que les hommes.

Mécanismes documentés sur les inégalités liées au handicap

■ Inégalités d'accès à la prévention et aux soins

- Liées aux inégalités sociales
 - Les personnes avec un handicap ont moins accès à un travail que celles sans handicap. Elles rencontrent des difficultés pour trouver un travail adapté et sortent plus fréquemment de l'emploi (Ors Paca, 2010)
 - Allocation adulte handicapé supérieure au seuil de la CMUC
 - Difficultés d'accès à la complémentaire santé
- Liées au handicap en lui-même
 - Difficultés pour se déplacer, de compréhension et/ou de communication
 - Prévention/promotion de la santé négligée chez les personnes avec un handicap, par les professionnels de santé, médico-sociaux et les familles
- Liées à l'accessibilité de l'information
 - Informations souvent non adaptées aux personnes avec un handicap
- Liées au manque de soutien social
 - Les personnes qui manquent de soutien social ont moins accès à la prévention. En effet, l'entourage familial, les amis sont une source d'informations ou aident à accéder à l'information
- Liées au manque de formation des professionnels de santé sur le handicap
 - Méconnaissance du handicap, des besoins de santé /prévention des personnes avec un handicap
 - Représentations sur le handicap

Constats des acteurs sur les actions à Marseille

- Peu d'actions de prévention sont mises en place vers ce public
- Il y a cependant des exemples à suivre, par exemple à Marseille :
 - L'association ACCES a réalisé un DVD de prévention (sexualité/VIH) pour les personnes malentendantes
 - Le réseau Handident , réseau de soins et d'hygiène bucco-dentaire pour les personnes avec un handicap, organisé en 3 niveaux de soins. Il permet d'offrir un véritable choix de prise en charge à l'usager en fonction de ses besoins et de répartir l'offre de soins sur l'ensemble de la région PACA Ouest.
- Manque de formation des personnels sanitaires et d'accueil dans les lieux de soins sur le handicap
- Offre insuffisante de dépistage, prise en charge et d'accueil de jour pour les enfants autistes ou atteints de troubles envahissants du développement
- Manque de données sur la prévalence des handicaps en fonction de leurs causes et du type de handicap

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités (HAS, 2008)

■ Individuel

- Favoriser l'insertion professionnelle et le maintien en emploi des personnes avec un handicap (CRS Paca)
- Développer les actions de prévention et d'éducation à la santé dans les établissements médico-sociaux, adaptées aux différents types de handicap
 - notamment sur les thèmes de l'hygiène bucco-dentaire, des accidents de la vie courante et de la sexualité/contraception
 - Prévoir des bilans réguliers incluant suivi bucco-dentaire, gynécologique et programmes d'hygiène quotidienne dans les établissements médico-sociaux
 - Diffuser les outils spécifiques développés par l'Inpes, pour les personnes malentendantes ou malvoyantes (Inpes, 2011)
- Sensibiliser et former les aidants familiaux sur les questions de prévention/d'éducation à la santé

Pistes d'interventions possibles pour réduire les inégalités (HAS, 2008)

■ Faciliter l'accès à une offre de meilleure qualité

- Formation des professionnels de santé
 - Former les professionnels de santé et en particulier les médecins généralistes sur les différents types de handicap, leurs causes et les besoins de santé et de prévention des personnes avec un handicap
 - Mettre à disposition des acteurs des ressources pour les informer sur le handicap
- Développer la coordination entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans la prise en charge des personnes avec un handicap

Références

- Audition publique : accès aux soins des personnes en situation de handicap. Haute Autorité de Santé, 2008
- Aulagnier M, Gourheux JC, Paraponaris A, Garnier JP, Villani P, Verger P. La prise en charge des patients handicapés en médecine générale libérale : une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes Côte d'Azur, en 2002. *Ann Readapt Med Phys*. 2004 Apr;47(3):98-104
- CREAI Paca et Corse. Dépistage du cancer chez les personnes handicapées : pratiques en établissement médico-social, 2010
- CREAI Paca et Corse. Handidonnées Provence-Alpes Côte d'Azur 2012
- Inpes (2009) Recherche qualitative sur les possibilités d'améliorer la santé des personnes en situation de perte d'autonomie ou de handicap et de leur entourage. Travaux préliminaires en vue de l'élaboration du protocole de recherche : revues de littérature sur les besoins en matière de santé, auditions auprès des structures professionnelles et associatives, entretiens exploratoires
- Inpes. Accessibilité de l'information sur les thèmes de santé pour les personnes en situation de handicap. *La santé de l'homme* n°412, mars-avril 2011
- ORS Paca (2010) Tableau de bord régional Provence-Alpes Côte d'Azur santé, sécurité, conditions de travail
- Rapport mondial sur le handicap, OMS, 2011

Favoriser l'accessibilité des lieux de soins
aux personnes avec des incapacités (quelles
que soient leurs causes)

Définition du problème

- Par accessibilité, on entend la possibilité d'accéder à un bien, un service, une activité, un équipement mais aussi d'accéder à une équivalence de prestations par rapport à un public valide et à un accueil relationnel adéquat (Association des Paralysés de France)
- L'accessibilité des lieux de soins concerne les personnes avec un handicap (physique, sensoriel, psychique...) mais aussi des personnes à mobilité réduite telles que les personnes de petite taille, personnes âgées, femmes enceintes et parents avec enfants en bas âge (Parlement Européen, 14 février 2001)
- Le problème du manque d'accessibilité des lieux de soins et leur inadaptation aux besoins spécifiques des personnes avec un handicap a été largement étayé. Il constitue un frein important d'accès aux soins (HAS, 2008) et peut se manifester de différentes façons :
 - Accessibilité géographique (éloignement, inégale répartition des structures de soins...)
 - Accessibilité des lieux de soins (problèmes liés à l'architecture des lieux de soins, délais d'attente, absence de signalétique appropriée)
 - Inadaptation des dispositifs matériels (tables gynécologiques et radiologiques, sièges de soins dentaires etc. non adaptés aux personnes à mobilité réduite) et moyens humains (conditions d'accueil, délais d'attente, information du patient, consultations expéditives...)
- La Loi de février 2005 rend obligatoire la mise en accessibilité du bâti, dont les Établissements Recevant du Public (par exemple les hôpitaux, cabinets médicaux), à tout type de handicap au 1^{er} janvier 2015.

Qualification du problème en termes d'accessibilité des dispositifs de soins

- Marseille fait partie des communes les moins accessibles aux personnes avec un handicap en France (70^e/96) (Baromètre 2011 de l'accessibilité, Association des Paralysés de France, 2012)
 - Principaux problèmes : accessibilité des équipements municipaux et des transports
 - Mais l'accessibilité y a progressé (note de 6,3/20 en 2010, contre 10,4/20 en 2012)
- Des problèmes d'accessibilité qui diffèrent selon le type d'incapacité (Enquête R.H.I.S.A.A., Imbert, 2010)
 - Problème de mobilité des personnes âgées et en situation de handicap moteur (difficultés de transport, d'accès aux locaux, à la table d'examen...)
 - Difficultés de prise de rendez-vous et besoin d'accompagnement pour les personnes avec une déficience intellectuelle, une maladie neuro-dégénérative ou un handicap psychique
 - Problème d'accueil ou pour se repérer dans les lieux de soins pour les personnes avec un handicap sensoriel
- La Loi de février 2005 est encore peu appliquée
 - A ce jour, en France, seuls 15% des bâtiments ont été rendus conformes aux normes fixées. D'après un rapport récent, il sera impossible de tenir l'échéance du 31 décembre 2014 pour la mise en accessibilité de l'ensemble des établissements recevant du public (CGEDD, IGAS, septembre 2012)

Qualification du problème en termes d'accessibilité des dispositifs de soins

- Une accessibilité limitée aux soins médicaux ou paramédicaux des personnes avec un handicap ou une incapacité (Enquête R.H.I.S.A.A., Imbert, 2010)
 - Les problèmes concernent surtout l'accès aux spécialistes médicaux, professions paramédicales et établissements hospitaliers.
 - L'accès au médecin généraliste et aux médicaments (pharmacies) est simplifié par le déplacement de ces professionnels à domicile, même si tous ne le font pas.
- Des dispositifs de dépistage pas toujours adaptés aux personnes avec un handicap (Creai Paca, 2010)
 - Concernant le dépistage du cancer du sein, plus d'un tiers des établissements médico-sociaux en Paca ont déclaré que leur mammographe n'était pas adapté aux résidents. Ils ont par exemple évoqué les personnes n'étant pas en mesure de se mettre à hauteur de l'appareil radio ou celles étant dans un fauteuil coque, pour lesquelles la réalisation de l'examen était impossible. L'inaccessibilité de certains cabinets de radiologie a aussi été évoquée.
 - Concernant le dépistage colorectal, le test Hemoccult n'est pas adapté aux résidents selon les établissements médico-sociaux interrogés. Pour la moitié d'entre eux, la participation du résident est problématique, et le test est compliqué à mettre en place. Les résidents ne comprennent pas bien et oublient ce qu'on leur demande pour l'Hémoccult.

Qualification du problème en termes d'accessibilité des dispositifs de soins

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Un problème d'accessibilité particulièrement saillant à Marseille
- Un parcours de soins guidé par l'accessibilité
 - Les personnes avec un handicap vont se faire soigner dans des structures ou elles savent qu'elles pourront accéder, seront bien accueillies, correctement prises en charge et ce même si ces structures sont très éloignées de leur domicile
- Un problème d'accessibilité physique
 - Déplacement difficile et dangereux des personnes avec un handicap dans certains quartiers (trottoirs déformés, trop hauts, voitures mal garées, non respect du code de la route....)
 - Accès difficile pour les personnes en fauteuil aux lieux de soins : hôpitaux (exemple de l'hôpital Nord) ou cabinets médicaux (situés en étage, accessibles par escalier ou ascenseur trop petit)
- Une inadaptation des dispositifs techniques et humains à certains types de handicap
 - Personnels sanitaires, d'accueil non formés à l'accueil et à la prise en charge des personnes avec un handicap (langue des signes par exemple)

Qualification du problème en termes de gravité (HAS, 2008)

- L'accessibilité aux équipements est un droit universel, d'après la Loi de février 2005, mais elle n'est actuellement pas assurée dans l'ensemble des lieux de soins marseillais.
- Les problèmes d'accessibilité, quels qu'en soient la nature, constituent un frein important dans l'accès aux soins des personnes avec un handicap ou à mobilité réduite. Ils constituent également une entrave à leur libre choix des professionnels de santé. Ils peuvent amener ces personnes à différer une prise en charge, voire à renoncer aux soins.

Qualification en termes d'inégalités

■ Inégalités sociales

- Chez les personnes avec une incapacité, accéder aux soins peut engendrer des surcoûts importants (frais de déplacement, visites à domicile...). Les personnes en situation de précarité ne sont pas à même d'assumer ce surcoût.

■ Perception des acteurs de Marseille (entretiens collectifs)

- L'accès aux cabinets médicaux est surtout problématique dans le centre-ville de Marseille (étage élevé, immeubles anciens...)
- Les problèmes de mobilité sont particulièrement importants dans les quartiers Nord de la ville (voirie inadaptée, accès difficile aux équipements de proximité, déplacement difficile dans certaines copropriétés...)

Mécanismes documentés sur les problèmes d'accessibilité

■ Inégalités d'accès aux soins

- Liées au handicap en lui-même
 - Difficultés pour se déplacer en transports en commun, dans certains quartiers
 - Difficultés de compréhension et/ou de communication avec les soignants
- Liées à l'accessibilité de certains lieux et équipements de soins
 - Localisation dans des quartiers difficilement accessibles
 - Problèmes d'accès physique à la structure (absence de rampes, d'ascenseurs...) et/ou à certains équipements (radiologie, table...)
- Liées à l'accessibilité de l'information
 - Informations et supports d'informations souvent non adaptées aux personnes avec un handicap (notamment sensoriel) dans les lieux de soins
- Liées au manque de formation des professionnels de santé sur le handicap
 - Méconnaissance du handicap, des besoins de santé /prévention des personnes avec un handicap
 - Représentations sur le handicap
 - Accueil inadapté des personnes avec un handicap dans les lieux de soins

Constats des acteurs sur les actions à Marseille

- Peu de lieux de soins adaptés au handicap à Marseille
 - Exemple du pôle de soins LSF du CH La Conception
 - Mais ces lieux sont peu connus de la population
- Il existe certains dispositifs qui permettent d'améliorer l'accès aux soins des personnes avec un handicap
 - Exemple du réseau Handident Paca, qui délivre des soins dentaires adaptés aux personnes avec un handicap. Selon le cas, les soins adaptés seront délivrés par des praticiens libéraux formés spécifiquement, des unités de soins hospitalières publiques et privées.
- Les associations de patients jouent un rôle important dans l'orientation des personnes avec un handicap
 - Bouche à oreille : lieux de soins à privilégier/à éviter

Pistes d'interventions possibles pour améliorer l'accessibilité des lieux de soins

■ Documenter les problèmes d'accessibilité localement

- Faire un état des lieux sur l'accessibilité des cabinets de spécialistes médicaux et paramédicaux, des hôpitaux et cliniques (possibilités d'accès, adaptation des locaux, présence d'une aide humaine spécifique...) à Marseille. Il doit être validé par les usagers (Imbert, 2010)

■ Informer les personnes avec une incapacité, leurs aidants et les professionnels sur les ressources existantes

- Constituer et diffuser des annuaires recensant les ressources disponibles, notamment celles apportant des réponses de proximité adaptées (incluant les services départementaux d'urgence et d'hospitalisation accessibles aux personnes handicapées).

■ Améliorer l'accessibilité des lieux de soins

- Lancer un programme d'aménagement urbain en faveur des personnes avec un handicap, incluant une information et sensibilisation du public (places de parking dédiées...)
- Améliorer l'aménagement des lieux de soins pour permettre leur accessibilité aux personnes avec un handicap
- Développer des dispositifs spécifiques d'accompagnement vers le soin dédiés aux personnes avec un handicap (Imbert, 2010)
 - Accompagner les personnes avec des problèmes d'élocution, des déficiences auditives ou les personnes souffrant de maladies psychiques dans leurs prises de rendez-vous médicaux et dans les établissements de soins

Pistes d'interventions possibles pour améliorer l'accessibilité des lieux de soins

- Mobiliser des aides pour l'aménagement des cabinets médicaux
- Sensibiliser et former les professionnels de santé sur cette question
 - Inciter les médecins généralistes et spécialistes à assurer des consultations à domicile (Imbert, 2010)
 - Sensibiliser les professionnels de santé aux spécificités du handicap (adaptation de la consultations, soins spécifiques liés au handicap...)
 - Former les professionnels de santé et les agents d'accueil à l'accueil et à l'écoute des personnes avec un handicap, pour éviter les sentiments de stigmatisation (Imbert, 2010)

■ Adapter l'accueil et la prise en charge aux personnes avec une incapacité

- Utiliser une « fiche de liaison de vie quotidienne » qui devrait permettre à la personne de se faire comprendre plus facilement sur ses habitudes de vie et sur les principales caractéristiques de sa situation clinique, en vue d'éviter des erreurs majeures d'orientation et de prise en charge, notamment aux urgences (HAS, 2008)
- Pour les personnes avec un handicap moteur, généraliser les aides techniques à la mobilité (table électrique, lève personne) (HAS, 2008)
- Optimiser l'accueil des personnes en situation de handicap et des aidants par la création d'une « cellule handicap » dans chaque établissement de santé (HAS, 2008)

Préconisations des acteurs (entretiens collectifs)

- Considérer comme une priorité l'amélioration de l'accessibilité des lieux de soins à Marseille pour les personnes avec une incapacité ou à mobilité réduite
- Développer des dispositifs d'accompagnement physique vers les lieux de soins et d'intermédiation à destination des personnes avec un handicap
- Développer les informations adaptées dans les structures de soins
 - Pictogrammes
 - Codes couleur...

Références

- Conseil Général de l'Environnement et du Développement Durable, Inspection Générale des Affaires Sociales, Contrôle Général économique et financier. Rapport sur les modalités d'application des règles d'accessibilité du cadre bâti pour les personnes handicapées, Septembre 2012
- Audition publique : accès aux soins des personnes en situation de handicap. Haute Autorité de Santé, 2008
- Baromètre 2011 de l'accessibilité, Association des Paralysés de France
- CREA Paca et Corse. Dépistage du cancer chez les personnes handicapées : pratiques en établissement médico-social, 2010
- Imbert G (2010) Enquête R.H.I.S.A.A. (Recherche qualitative exploratoire Handicaps – Incapacités – Santé et Aide pour l'Autonomie), rapport de recherche, Fonds National de Gérontologie, Recherches et Etudes sur les Vulnérabilités Sociales et la Santé publique, UMR 6578 CNRS

Promouvoir la prévention et le dépistage
des cancers chez les femmes et chez les
hommes

Définition du problème

- Les cancers sont la première cause de décès devant les maladies cardio-vasculaires et les traumatismes
- Il est possible de diminuer le nombre de nouveaux cas de cancers par la réduction des expositions aux facteurs de risque de cancers voire leur élimination. Des facteurs de risque liés au mode de vie, à l'environnement ou au milieu professionnel, ont été clairement identifiés comme le tabac, l'alcool, le manque d'exercice physique, certains agents physiques, chimiques ou infectieux.
- Une détection précoce du cancer augmente considérablement les chances de réussite du traitement. Il existe un dépistage (organisé ou individuel) pour certains cancers : cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus, mélanome...

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données épidémiologiques sur le cancer

– Ensemble de la population

- En Paca en 2005, environ 25 000 nouveaux de cancers, un nombre qui a doublé chez l'homme comme chez la femme en 25 ans (1980-2005) (Francim, 2005)
- A Marseille, en 2008-2009, environ 3 750 nouvelles admissions en affection de longue durée pour tumeur maligne en moyenne par an (ORS, 2012)
- Des cancers de bon pronostic dont la survie à 5 ans est supérieure ou égale à 80 % (42 % des cas de cancers : prostate, sein...) ; de pronostic intermédiaire dont la survie à 5 ans est comprise entre 20 et 80 % (33 % des cas : côlon-rectum, vessie, corps et col de l'utérus) ; de mauvais pronostic dont la survie à 5 ans est inférieure ou égale à 20 % (17 % des cas : poumon...) (Inca, 2010)
- Plus de 2 000 décès par cancer par an à Marseille sur la période 2005-2009, soit plus d'un quart de l'ensemble des décès (1ère cause de décès devant les maladies cardio-vasculaires et les traumatismes) (ORS Paca, BSM 2012)
- Comme en France, la mortalité par cancer a diminué à Marseille de 8,5 % entre les années 2000-2004 et 2005-2009 (ORS Paca, BSM 2012)

– Hommes

- Les localisations les plus fréquentes chez l'homme sont la prostate, le poumon et le côlon rectum (Francim, 2005)
- Surmortalité par tumeurs de la vessie chez les hommes à Marseille par rapport à la France (+18 %)
- La mortalité par cancer a diminué à Marseille entre les années 2000-2004 et 2005-2009 de 11,1 % chez l'homme (ORS Paca, BSM 2012)

– Femmes

- Les localisations les plus fréquentes chez la femme sont le sein, le côlon-rectum et le poumon (Francim, 2005)
- Augmentation de la mortalité par cancer du poumon à Marseille chez les femmes entre 2000-2004 et 2005-2009 (+21 %) et par cancer du col et du corps de l'utérus à Marseille entre 2000-2004 et 2005-2009 (+ 33 %)
- La mortalité par cancer a diminué à Marseille entre les années 2000-2004 et 2005-2009 de 4,9 % chez la femme (ORS Paca, BSM 2012)

Qualification du problème en termes de fréquence et d'évolution

■ Données sur le dépistage

- La participation au dépistage du cancer du sein est faible à Marseille par rapport à l'objectif de 80 % fixé par la loi relative à la politique de santé publique de 2004
 - En 2008-2009, 58 % des femmes de 50 à 74 ans ont eu une mammographie dans le cadre du dépistage organisé ou individuel
- La participation au dépistage du cancer du col de l'utérus est élevée en Paca (chiffres non disponibles pour Marseille)
 - En Paca en 2010, 85,8 % des femmes de 25 à 64 ans ont déclaré avoir eu un frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années (*Inpes, Baromètre santé 2010 – exploitation ORS Paca*)
- La participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum doit être améliorée
 - Sur la période 2010-2011 dans les Bouches-du-Rhône, le taux standardisé de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50-74 ans est de 33,9 % chez les hommes et 35,8 % chez les femmes – 30,0 % et 34,0 % respectivement en France entière (*InVS*)

■ Perception des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Pathologies fréquentes et en augmentation
- Faible recours à la vaccination contre le Human Papilloma Virus chez les jeunes filles

Qualification du problème en termes de gravité

■ A court/moyen terme

- Un dépistage tardif retarde la prise en charge de la pathologie
- Conséquences d'une pathologie cancéreuse et des traitements anticancéreux sur la qualité de vie
 - Image du corps perturbé, problèmes sexuels (Dress-Inserm, 2008)
 - Problèmes psychologiques, comorbidités (Dress-Inserm, 2008)
 - Douleurs chroniques (Spica, 2010), séquelles physiques, esthétiques et fonctionnelles
- Risque de complications liés à la maladie et/ou au traitement (ex : immunodépression et infections opportunistes)
- Conséquences sur l'activité et difficultés économiques
 - Problème de perte d'emploi et du retour à l'emploi après une interruption d'activité (arrêt de travail) (Dress-Inserm, 2008)
 - Discrimination de la part de l'employeur (Paraponaris, 2010)

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités sociales

- L'Incidence et la mortalité par cancer diminuent quand on s'élève dans l'échelle sociale, alors que la survie augmente (Journées de la SFSPM, 2009)
- De fortes disparités sociales de participation aux dépistages des cancers sont observées
 - La participation au dépistage du cancer du sein est plus faible chez les bénéficiaires de la CMUC que chez les non bénéficiaires (*ORS Paca, BSM 2012*)
 - Les femmes en activité professionnelle et ayant moins de 60 ans, de catégorie sociale supérieure déclarent avoir plus souvent un frottis cervico-utérin que les autres. L'inverse est observé pour les femmes sans couverture médicale complémentaire. (*ORS Paca, 2010*)
 - En France, la participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum est plus faible chez les personnes résidant dans les zones les moins favorisées (*ORS Paca, 2010*)

■ Inégalités de genre

- En France, la participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum est plus faible chez les hommes et chez les plus jeunes (*ORS Paca, 2010*)

Qualification en termes d'inégalités de santé

■ Inégalités territoriales

– Mortalité

- En 2005-2009, le 16^e arrondissement de Marseille présente les taux de mortalité par cancer les plus élevés de la commune quel que soit le sexe. Le risque de décéder d'un cancer est significativement supérieur à la moyenne communale dans le 13^e chez les femmes et dans le 16^e chez les hommes et significativement inférieur dans le 9^e chez les femmes et dans les 8^e et 9^e chez les hommes.

– Dépistage

- De fortes disparités de participation au dépistage du cancer du sein existent entre les arrondissements de Marseille (*ORS Paca, BSM 2012*)

■ Population vulnérable

- En Paca, comme en France, les femmes avec un handicap physique ou mental bénéficient moins fréquemment d'un dépistage du cancer du sein que la population générale (*ORS Paca, 2010*)

■ Perceptions des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Pathologies qui touchent davantage les quartiers précaires que les quartiers favorisés
- Surmortalité par cancer du col de l'utérus chez les femmes précaires (notamment les bénéficiaires de la CMUC)
- Inégalités entre les arrondissements concernant la vaccination contre le Human Papilloma Virus
- Besoins de prévention très importants chez les migrants chez qui les taux de participation aux dépistages organisés des cancers sont nettement inférieurs au reste de la population

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Individuels

- Comportements influant sur la probabilité de développer la maladie
 - Consommation d'alcool et de tabac, activité physique et nutrition (plus défavorables à la santé dans les catégories sociales les moins aisées) (Journées de la SFSPM, 2009)
- Comportements jouant sur le pronostic
 - Recours tardifs aux soins

Ces comportements sont influencés par des connaissances, représentations et attitudes vis-à-vis de la santé et des cancers plus spécifiquement :

- Connaissances sur la maladie, sur les lieux de recours aux soins, sur les traitements
- Attitude de défiance face à la médecine, de gêne par rapport à l'examen

Ces comportements, représentations et attitudes sont socialement différenciés :

- Par exemple, les groupes sociaux favorisés sont plus réceptifs à la prévention (Journées de la SFSPM, 2009)
- Le recours aux soins est moins fréquent pour les catégories sociales les moins favorisés et elles ont donc moins d'occasions de se voir proposer ou suggérer des examens de prévention (Journées de la SFSPM, 2009)
- Moindre connaissance des filières de soins et un rapport différent au corps et à la maladie parmi les populations les plus pauvres, avec pour conséquence un recours et un diagnostic plus tardifs (Journées de la SFSPM, 2009)

Mécanismes documentés sur les inégalités de santé

■ Liés à l'environnement

- Exposition à des polluants sur le lieu de vie ou sur le lieu de travail
- Un accès inégal au professionnel de santé : certains professionnels de santé refusent les personnes bénéficiaires de la CMU (ORS Paca, 2010)

→ Tous ces facteurs (individuels, environnementaux et d'offre) s'articulent entre eux

■ Perceptions des acteurs à Marseille (entretiens collectifs)

- Refus de participer au dépistage organisé du cancers du col utérin
 - Campagne expérimentale 2001-2008 dans les 1^{er}, 2^e, 3^e, 13^e, 14^e et 15^e
 - Taux de participation de 6,5 % malgré la gratuité et 2 relances
- Méconnaissance de l'organe et de la pathologie en ce qui concerne le cancer du col de l'utérus

Pistes d'interventions pour réduire les inégalités

- Poursuivre la lutte contre le tabagisme (*Inca, Plan cancer 2009-2013*)
 - S'assurer du respect des interdictions de fumer réglementaires (lieux publics couverts, lieux de travail...)
 - Lutter contre la contrebande
 - Développer des actions d'information et d'aide à l'arrêt ciblées sur différents publics (étudiants, chômeurs, femmes enceintes...)
- Promouvoir des actions de sensibilisation sur l'alimentation et l'activité physique (*Inca, Plan cancer 2009-2013*)
- Renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement en particulier dans le domaine professionnel (*Inca, Plan cancer 2009-2013*)
 - Améliorer le recensement des cancers d'origine professionnelle
 - Elaborer à l'attention des médecins du travail et des médecins traitants des recommandations de bonne pratique pour améliorer la surveillance médicale des travailleurs exposés à des cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques
 - Renforcer la prévention de l'exposition aux rayonnements UV

Pistes d'interventions pour réduire les inégalités

- Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage (Inca, Plan cancer 2009-2013)
 - Diffuser une information accessible et adaptée à chaque groupe de population (et pas seulement dans les tranches d'âges ciblées par les dépistages organisés)
 - Soutenir les actions d'interprétariat et de médiation
 - Cibler les actions vers les personnes les plus exposées au risque (Journées de la SFSPM, 2009)
- Améliorer la structuration du dispositif des programmes de dépistage organisés des cancers et inciter le public à entrer dans ces dispositifs (Inca, Plan cancer 2009-2013)
 - Programme pilote de dépistage organisé par frottis cervico-utérin dans les Bouches-du-Rhône : les femmes de 25 à 59 ans sans frottis depuis plus de 2 ans reçoivent un kit pour un auto prélèvement vaginal ou une invitation pour frottis (*ORS Paca, 2010*)
 - Améliorer l'organisation et la coordination entre les structures de dépistage organisé et les structures sanitaires
- Impliquer le médecin traitant dans les programmes de dépistage car il a un rôle essentiel dans le parcours de dépistage (Journées de la SFSPM, 2009)

Pistes d'interventions pour réduire les inégalités

■ Préconisations des acteurs à Marseille

- Il faut développer des mesures facilitatrices à la vaccination contre le HPV

Références

- ORS Paca, Bilan de santé Marseille 2012
- ORS Paca, Etats de santé et inégalités en région Provence-Alpes-Côte d'Azur - Document préparatoire du Projet Régional de Santé élaboré pour l'Agence Régionale de Santé PACA, 2010
- Journées de la SFSPM, 2009 « Les inégalités en matière de soins et de prévention du cancer en France : éléments de diagnostic »
- Inca, « Survie attendue des patients atteints de cancers en France : état des lieux », avril 2010
- Dress-Inserm, « La vie deux ans après le diagnostic de cancer », 2008
- L'expérience de la douleur parmi des femmes atteintes d'un cancer du sein (cohorte Elipsee). Spica, L., Ben Diane, M. K., Peretti-Watel, P., Rey, D. Bulletin du Cancer 2010; 97, 8: 909-16
- Paraponaris, A., Sagaon-Teyssier, L., Ventelou, B. Job tenure and self-reported workplace discrimination for cancer survivors 2 years after diagnosis: Does employment legislation matter? Health Policy 2010; 98, 144-155.