

observatoire
régional
de la santé



provence
alpes
côte d'azur

Priorités de santé dans les Alpes-Maritimes

Journée départementale de santé publique

27 novembre 2003

Murielle Arsac
Marielle Aulagnier
Yolande Obadia
Pierre Verger

**observatoire
régional**
de la **santé**



provence
alpes
côte d'azur

ORS PACA

23 rue Stanislas Torrents
13006 MARSEILLE

site internet :

<http://www.orspaca.org>

e-mail :

orspaca@wanadoo.fr

Cette synthèse constitue un état des lieux des principaux problèmes de santé publique auxquels le département des Alpes-Maritimes est confronté. Elle aborde les problèmes de santé qui peuvent être considérés comme prioritaires dans le département, aux vues des indicateurs disponibles. Cependant, deux points méritent d'être soulignés en préambule :

1) de nombreux indicateurs sont plus favorables dans les Alpes-Maritimes qu'en région PACA et en France : cela ne signifie pas pour autant que les problèmes de santé correspondants ne constituent pas des priorités, comme par exemple les maladies cardiovasculaires, première cause de mortalité en France chez les femmes ; les grandes priorités nationales se déclinent aussi au plan local ;

2) les données épidémiologiques au niveau local et départemental sont limitées, notamment concernant la morbidité, comme pour l'asthme, le diabète ou les maladies chroniques à faible mortalité mais fort impact sur la qualité de vie. Ceci biaise évidemment l'appréciation des priorités de santé.

- **Contexte démographique et socio-économique**
- **Santé des jeunes**
 - l'insécurité routière
 - le suicide et les tentatives de suicide
 - les grossesses précoces et les interruptions volontaires de grossesses
 - alcool, tabac et toxicomanies
 - VIH et sida
- **Santé des personnes âgées et qualité de vie**
- **Cancers**
 - épidémiologie
 - dépistage et enjeux de prise en charge
- **Inégalités de santé**
 - conditions d'existence et comportement de santé
 - inégalités d'accès aux soins et de prise en charge



Commentaires

Pour chacun des problèmes de santé abordés, nous présenterons les recommandations et objectifs du Groupe Technique National de Définition des Objectifs (GTNDO), groupe d'experts réuni par le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées dans le cadre de l'élaboration du projet de loi d'orientation en santé publique en 2003 .

Les objectifs du Groupe Technique National de Définition des Objectifs (GTNDO)

- **quantifiables**
- **dont la quantification nécessite au préalable la production de données épidémiologiques**
- **quantifiés après évaluation de programmes pilotes**

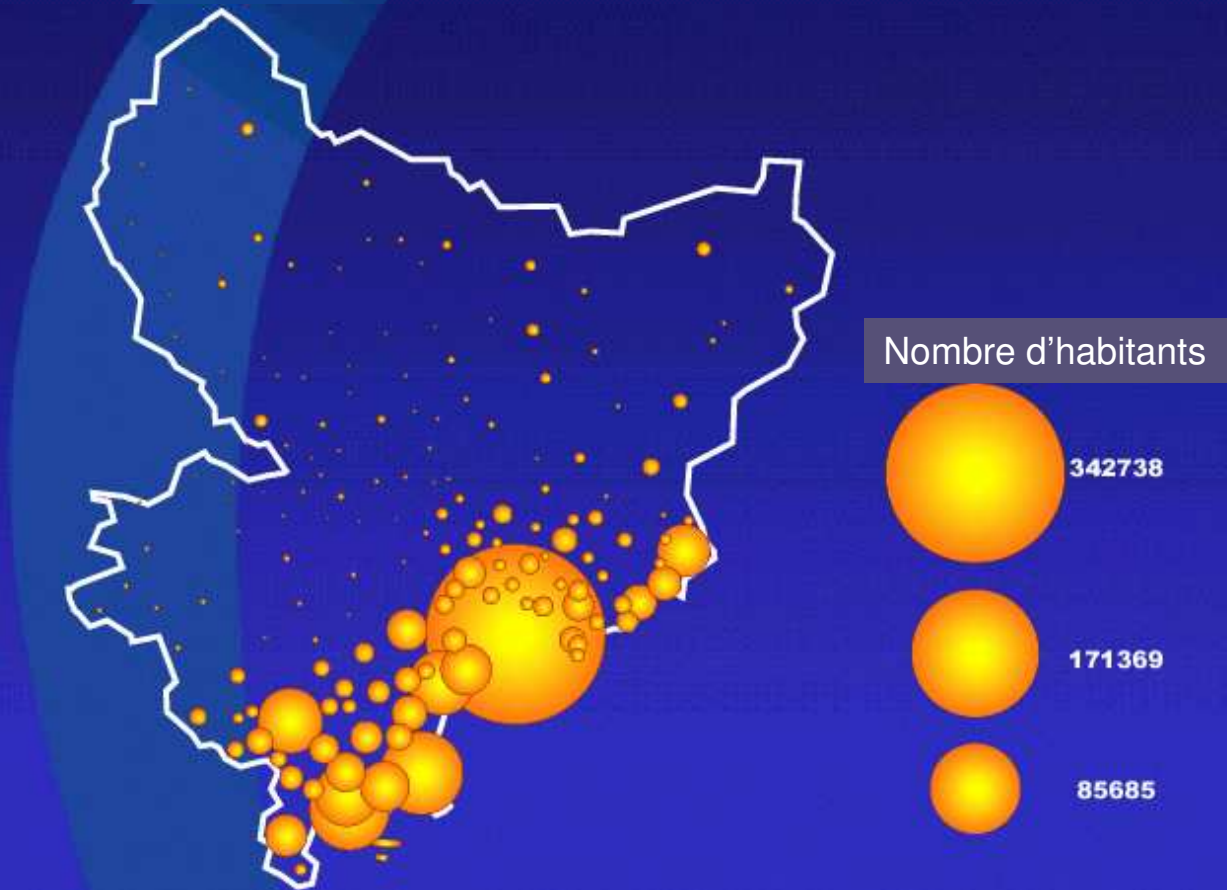


Trois types d'objectifs sont distingués [GTNDO, 2003] :

- *les objectifs quantifiables à partir des données épidémiologiques disponibles ;*
- *les objectifs dont la quantification nécessite au préalable la production de données épidémiologiques ou d'autres connaissances scientifiques ;*
- *enfin, les objectifs qui seront quantifiés après évaluation de programmes pilotes.*

Nice : 5^{ème} ville de France

Répartition de la population dans les Alpes-Maritimes



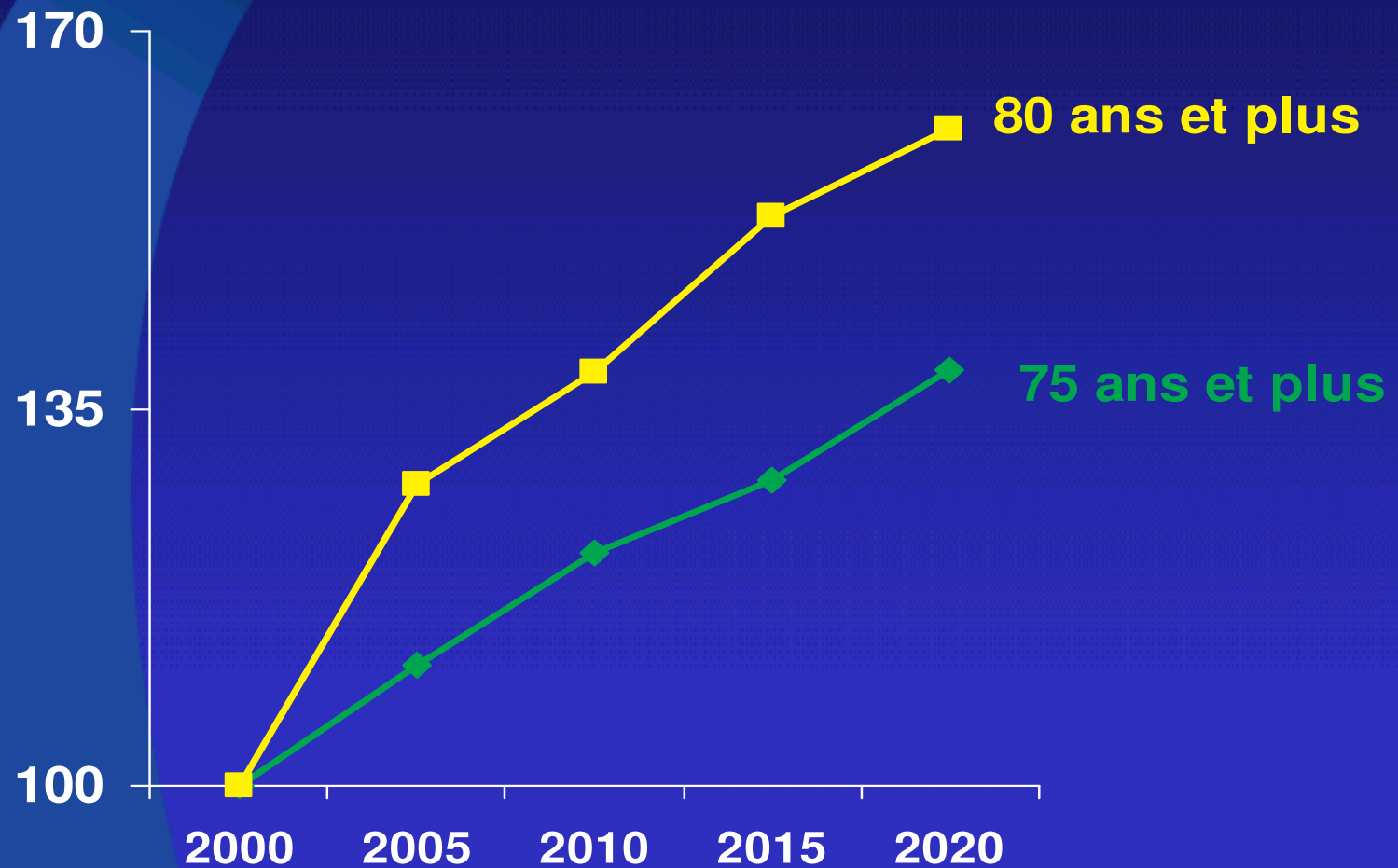
Source : INSEE, RP99



Avec plus d'un million d'habitants au recensement de 1999, le département des Alpes-Maritimes est le 2^{ème} département le plus peuplé de la région PACA après celui des Bouches-du-Rhône. Sa densité démographique moyenne est deux fois plus élevée que celle de la France métropolitaine (235 contre 108 habitants au km²) [INSEE, 2003].

La population est inégalement répartie sur le territoire : 97 % des habitants résident sur la bande côtière qui représente un quart du territoire. La ville de Nice, 5^{ème} ville de France, concentre un tiers des habitants [INSEE, 2003].

Une augmentation rapide de la population âgée dans les Alpes-Maritimes à l'horizon 2020



Indice 100 en 2000

Source : INSEE

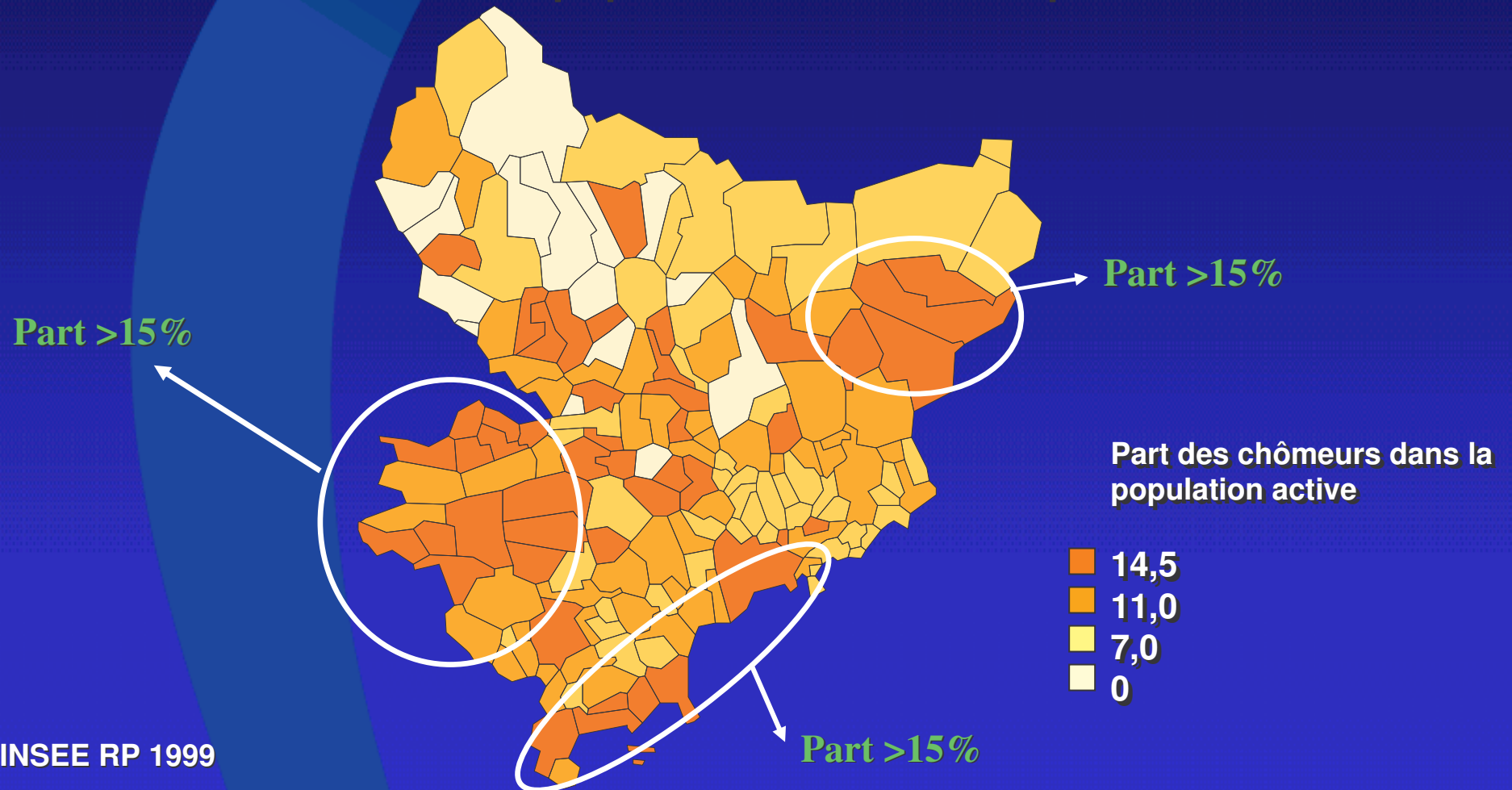


Le département des Alpes-Maritimes est un département âgé : les plus de 60 ans représentaient plus d'un quart de la population totale du département en 2001. Parmi eux, 5 % seraient dépendants (12 500 personnes). Le nombre de personnes âgées va continuer à augmenter très rapidement dans les années à venir [Conseil Général des Alpes-Maritimes, 2001].

L'est du département est plus âgé et le sud-ouest, où la zone d'activités de Sophia-Antipolis attire une population active, plus jeune.

Un taux de chômage inférieur à celui de la région mais supérieur au taux national

Part des chômeurs dans la population active des Alpes-Maritimes 1999



Source : INSEE RP 1999



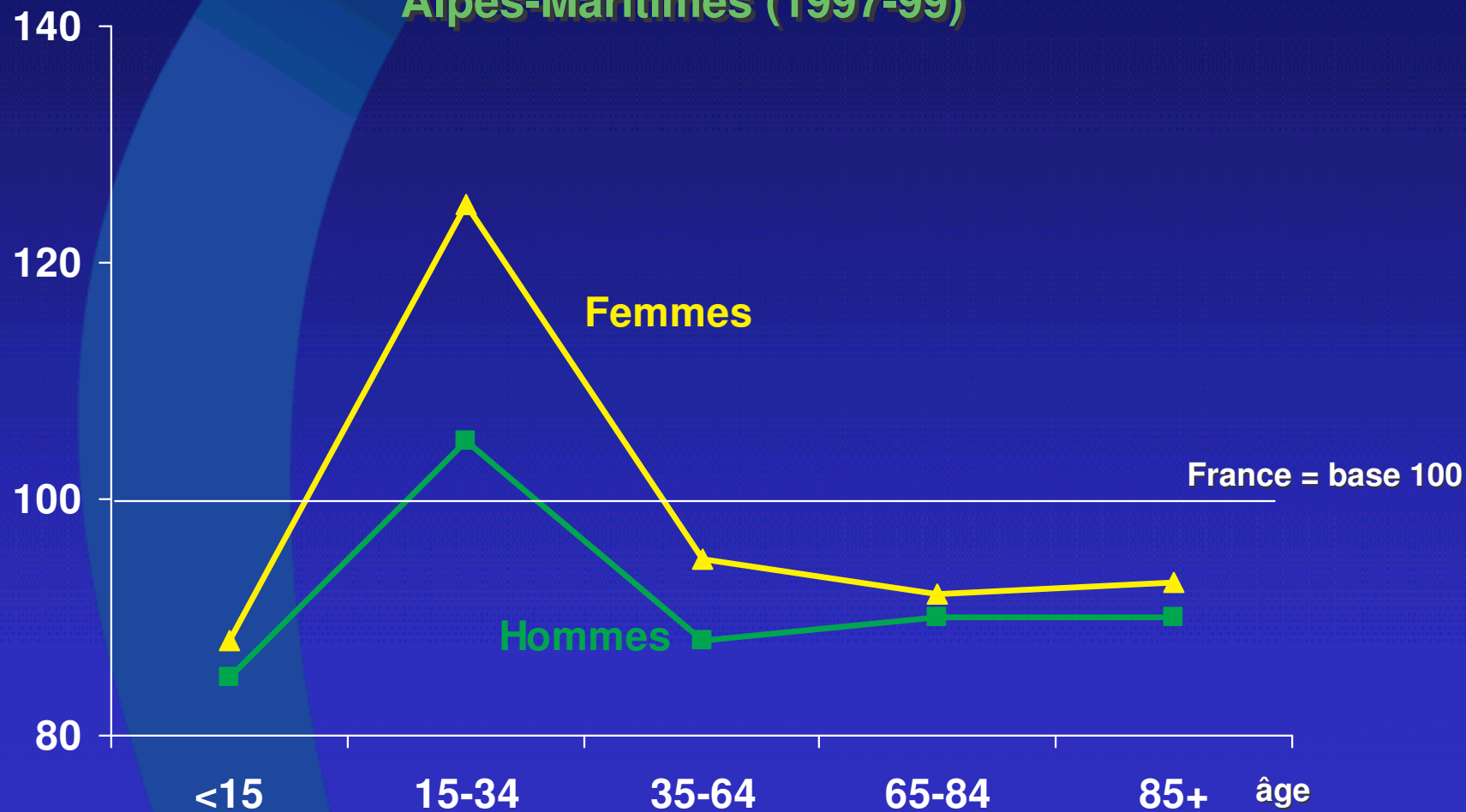
Le département des Alpes-Maritimes est le deuxième pôle industriel de la région mais 83 % de la population active se trouvent dans le secteur tertiaire [INSEE, 2003]. Au dernier recensement, la part des ouvriers parmi les plus de 15 ans était moins importante que celle de la France (9,8 % contre 14,4 %) et celle des employés plus élevée (17,9 % contre 16,2 %).

La population active du département a légèrement augmenté entre 1990 et 1999 (de + 3,8 %). Cependant, le taux de chômage, en juin 2003, y était plus élevé qu'au niveau national (10,3 % contre 9,5 % au niveau national). La zone d'emploi de Cannes-Antibes a connu une augmentation du taux de chômage de longue durée la plus importante de la région entre juin 2002 et juin 2003 (+ de 16 %).

Le revenu médian des ménages dans le département est le plus élevé de la région avec celui du département du Var (20 600 euros) [INSEE, 2003]. En 1999, près de 60 % des ménages ont été imposés dans les Alpes-Maritimes, soit trois points de plus qu'au niveau régional.

Une surmortalité chez les jeunes du département

Indices comparatifs de mortalité par sexe et âge dans les Alpes-Maritimes (1997-99)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE

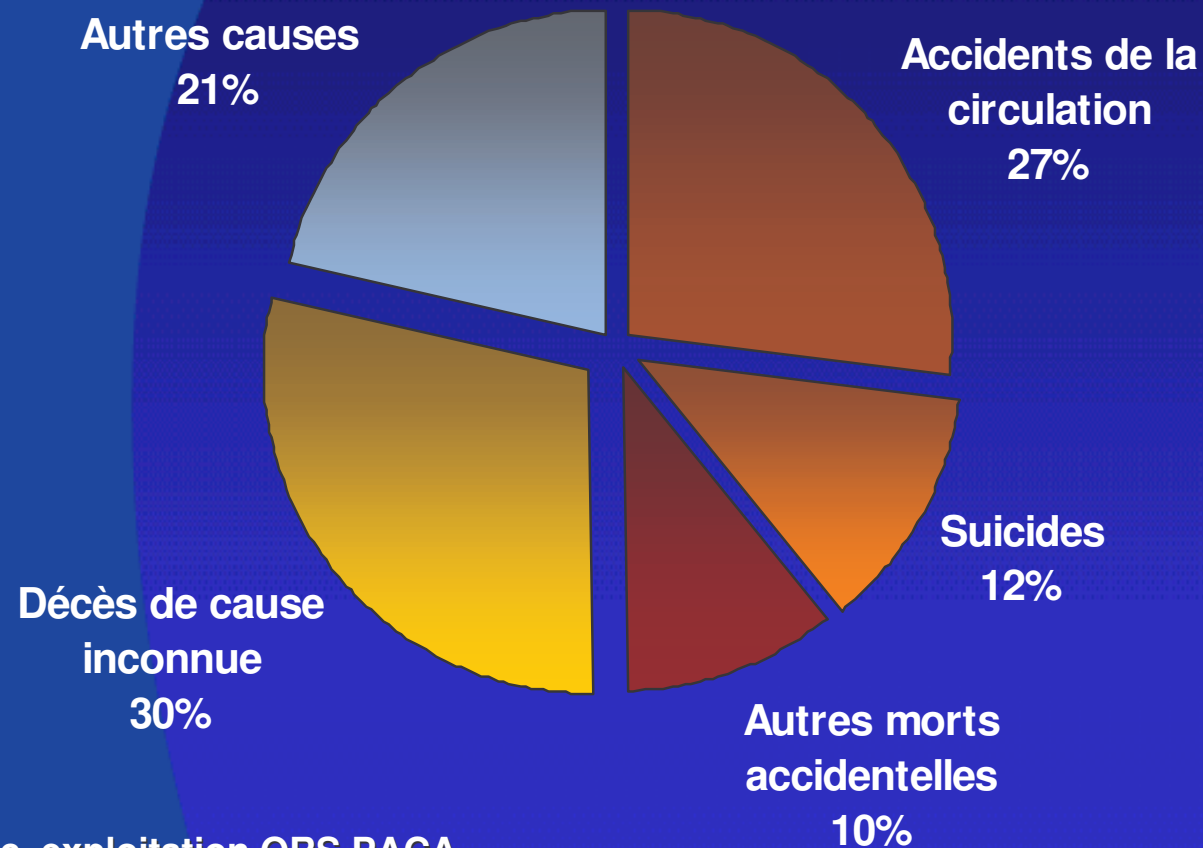


Le département des Alpes-Maritimes présente une sous-mortalité générale (toutes causes confondues) par rapport à la France mais une sur-mortalité dans la tranche d'âges de 15-34 ans, de 25 % chez les femmes et de 5 % chez les hommes.

Dans la suite de cette présentation sont abordées les principales causes de mortalité chez les jeunes et adolescents, le problème des IVG, l'usage d'alcool et de tabac, l'usage de drogues illicites et enfin le SIDA, ces deux derniers problèmes étant particulièrement marqués dans les Alpes-Maritimes.

Principale cause de décès des jeunes dans le département : les morts violentes

Causes de décès des 15 à 24 ans dans les Alpes-Maritimes (1997-99)



Source : INSERM CépiDc, exploitation ORS PACA



La moitié au moins des causes de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans dans le département est liée à des morts violentes, chiffre probablement sous-estimé, notamment pour les suicides, en raison de la proportion de décès classés en causes inconnues [Badeyan, 2001].

Les accidents de la circulation sont en effet la première cause de mortalité suivis des suicides et des autres morts accidentelles.

L'insécurité routière en France

- **Les 15-24 sont les plus exposés :**
 - 6,4 victimes annuelles pr. 1 000 versus 1,4 chez les + 65 ans
 - 269 tués par million d'habitants versus 134 chez les + 65 ans
- **Des séquelles un an après l'accident :**
 - déficiences : 1/3 des victimes
 - séquelles lourdes : 0,7 % des victimes
 - séquelles psychologiques : dépression, anxiété, état de stress post-traumatique
- **Un sur-risque masculin à tout âge**



Concernant la mortalité par accident de la circulation, la France est dans le peloton de queue de l'Europe des quinze, avec une mortalité deux fois plus élevée qu'en Suède ou au Royaume-Uni [GTNDO, 2003].

Selon le ministère des transports, les accidents corporels auraient fait 162 000 victimes en 2001, en France. Mais selon le registre des victimes d'accidents de la route du Rhône, ce chiffre devrait être plus que doublé. Les personnes de 15-24 ans sont trois fois plus exposées que les adultes aux accidents de la circulation .

La très grande majorité des décès (81,4 %) survient avant 65 ans et les 15-24 ans sont les plus touchés : le taux de tués chez ces derniers est deux fois plus élevé que chez les personnes âgées.

Un tiers des victimes souffre d'une déficience un an après son accident et 0,7 % de séquelles lourdes [registre du Rhône].

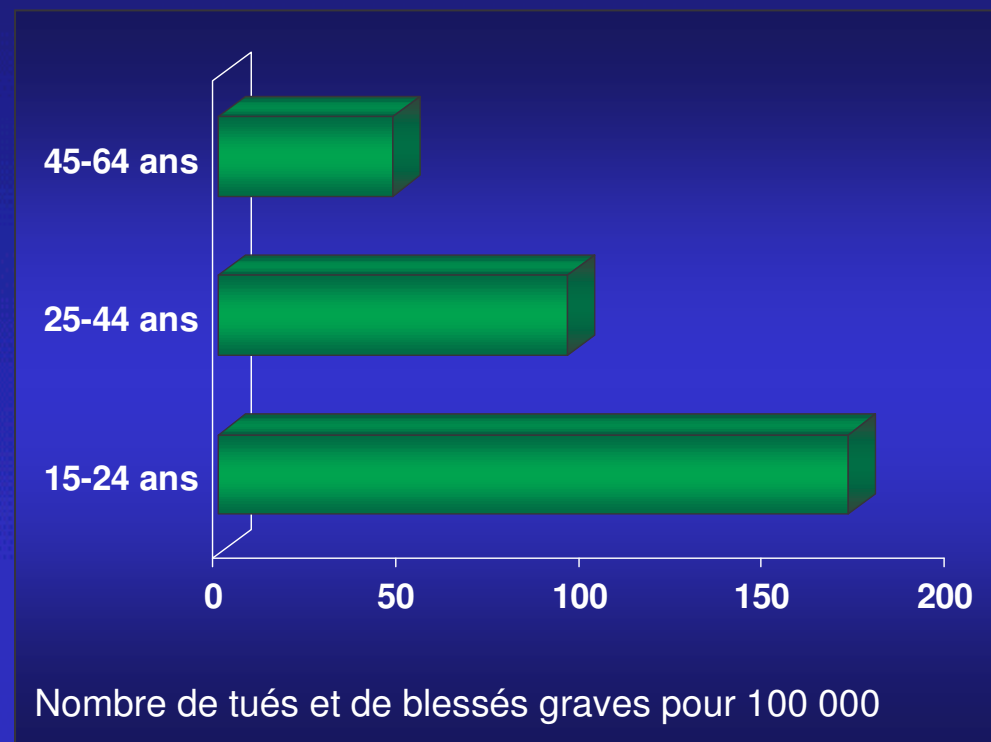
Au delà des séquelles physiques, les séquelles sont aussi psychologiques (dépression, anxiété, état de stress post-traumatique) et touchent entre 1/5 et 2/3 des victimes.

Un sur-risque masculin est observé à tous les âges, particulièrement chez les 10-14 ans (taux d'incidence 2,3 fois supérieur) et les 15-19 ans (2,4).

L'insécurité routière dans le département : les jeunes particulièrement exposés

Nombre de victimes de la route entre 1999 et 2002 (Alpes-Maritimes)

Répartition des victimes selon l'âge dans les Alpes-Maritimes 2002



Sources : Direction Régionale de l'Équipement PACA, INSEE, 2003



Commentaires

Même si on observe une diminution du nombre d'accidents de la route depuis 1996 dans le département, celui-ci a enregistré près de 4 900 accidents de la route en 2002 avec 90 tués et 628 blessés graves et fait partie, avec les Bouches-du-Rhône, des deux départements de la région qui enregistrent le plus d'accidents de la circulation.

Insécurité routière : *recommandations du GTNDO*

Traiter l'insécurité routière comme un problème de santé publique, axé sur la prévention des traumatismes et des séquelles graves en :

- ciblant les actions de prévention
- renforçant l'efficacité du dispositif réglementaire
- développant le travail en réseaux
- améliorant la prise en charge des victimes



Le GTNDO préconise de « traiter l'insécurité routière comme un problème de santé publique » et fixe l'objectif de réduction de 50 % du nombre de décès et de séquelles lourdes suite à un traumatisme par accident de la circulation [GTNDO, 2003].

Il propose en particulier :

- 1) de se baser sur l'analyse de la morbidité et de la mortalité pour cibler les actions de prévention : par exemple, généraliser le port systématique du casque chez les cyclistes, chez qui les blessures de la tête sont 2 fois plus fréquentes ;*
- 2) de compléter et renforcer l'efficacité du dispositif réglementaire en valorisant et favorisant les comportements plus sûrs ;*
- 3) d'améliorer le travail en réseau : une synergie plus forte devrait être encouragée entre les acteurs de la santé des grands champs de l'accidentologie (vie courante, travail, transports) ;*
- 4) d'évaluer et améliorer la prise en charge socio-sanitaire des victimes.*

Suicides et tentatives de suicide chez les jeunes dans le département

- **Suicides : 10 décès annuels dans le département (1997-99)**
- **Tentatives de suicide :**
 - **estimation dans le département : 813 TS chez les 11-25 ans**
 - **un risque majoré chez les jeunes filles**
 - **l'intoxication médicamenteuse : moyen le plus utilisé**
 - **risque de suicide multiplié par 4 à 20 après une TS chez l'adolescent**
- **Crise suicidaire**



La France fait partie avec la Finlande et l'Autriche, des 3 pays européens dont les taux de mortalité par suicide chez les 15-24 ans sont les plus élevés [GTNDO, 2003].

Dans les Alpes-Maritimes, le suicide représente une dizaine de décès annuels (1997-1999) chez les 15-24 ans dont 7 chez les garçons.

Le nombre de tentatives de suicide n'est pas bien connu. L'ORS PACA a pu estimer, à partir d'une enquête sur la prise en charge hospitalière des jeunes suicidants en région PACA, le nombre annuel de nouvelles tentatives de suicide dans le département en 2001 : il serait de l'ordre de 800 chez les jeunes de 11-25 ans (IC95 % = [740- 886]), soit 80 fois supérieur au nombre de décès. Ce chiffre est bien supérieur aux estimations de la littérature : les tentatives de suicide seraient 30 à 60 fois plus fréquentes que les suicides [ANAES, 1998].

La crise suicidaire très fréquente (prévalence estimée à 4 pour 100 habitants en France) est essentielle à identifier car elle justifie une prise en charge et offre une occasion de prévention [Lesage, 2002].

Difficultés dans la prise en charge des jeunes suicidants en PACA

Non application des critères ANAES au cours de l'hospitalisation du jeune suicidant en PACA

Absence d'entretien avec un psychiatre dans les 24 h au cours de l'hospitalisation du suicidant	13%
Absence d'entretien du psychiatre avec les proches	30%
Aucune appréciation du risque de récurrence suicidaire	41%
Absence d'évaluation socio-familiale et environnementale	39%
Absence de rendez-vous auprès d'un psychiatre ou psychologue fixé à la sortie de l'hôpital	39%

Source : Enquête suicide des jeunes, ORS PACA, 2002 (n=394)



La majorité des jeunes suicidants entrant en contact avec le système de soins, passe par les urgences hospitalières [Badeyan, 2001]. La prise en charge des jeunes suicidants en milieu hospitalier n'est pas toujours optimale. Les résultats de l'enquête réalisée par l'ORS PACA montrent, par exemple, que le risque de récurrence n'est pas évalué dans plus de 40 % des cas par les professionnels et que plus d'un patient sur trois sort sans rendez-vous avec un psychologue ou un psychiatre [ORS PACA, 2003a], ces critères de prise en charge étant pourtant recommandés [ANAES, 1998]. D'autre part, il semble important de sensibiliser davantage les médecins généralistes à ces questions.

L'âge plus élevé, les caractéristiques de l'établissement de prise en charge (UPATOU), une durée d'hospitalisation trop courte (moins de 24 heures), l'absence de pathologie mentale et une sortie contre avis médical sont significativement associés à une moins bonne prise en charge [ORS PACA, 2003a].

Suicide : objectif et recommandations du GTNDO

- **Objectif :**

- Diviser par 2 le taux de suicides chez les adolescents

- **Recommandations :**

- Réduire la souffrance psychique par l'amélioration de la prise en charge
- Diminuer l'accès aux moyens de suicide
- Établir et diffuser des recommandations sur les méthodes de repérage et les modes de prise en charge des crises suicidaires
- Identifier les personnes à risque
- Améliorer l'accès à des traitements conformes aux recommandations

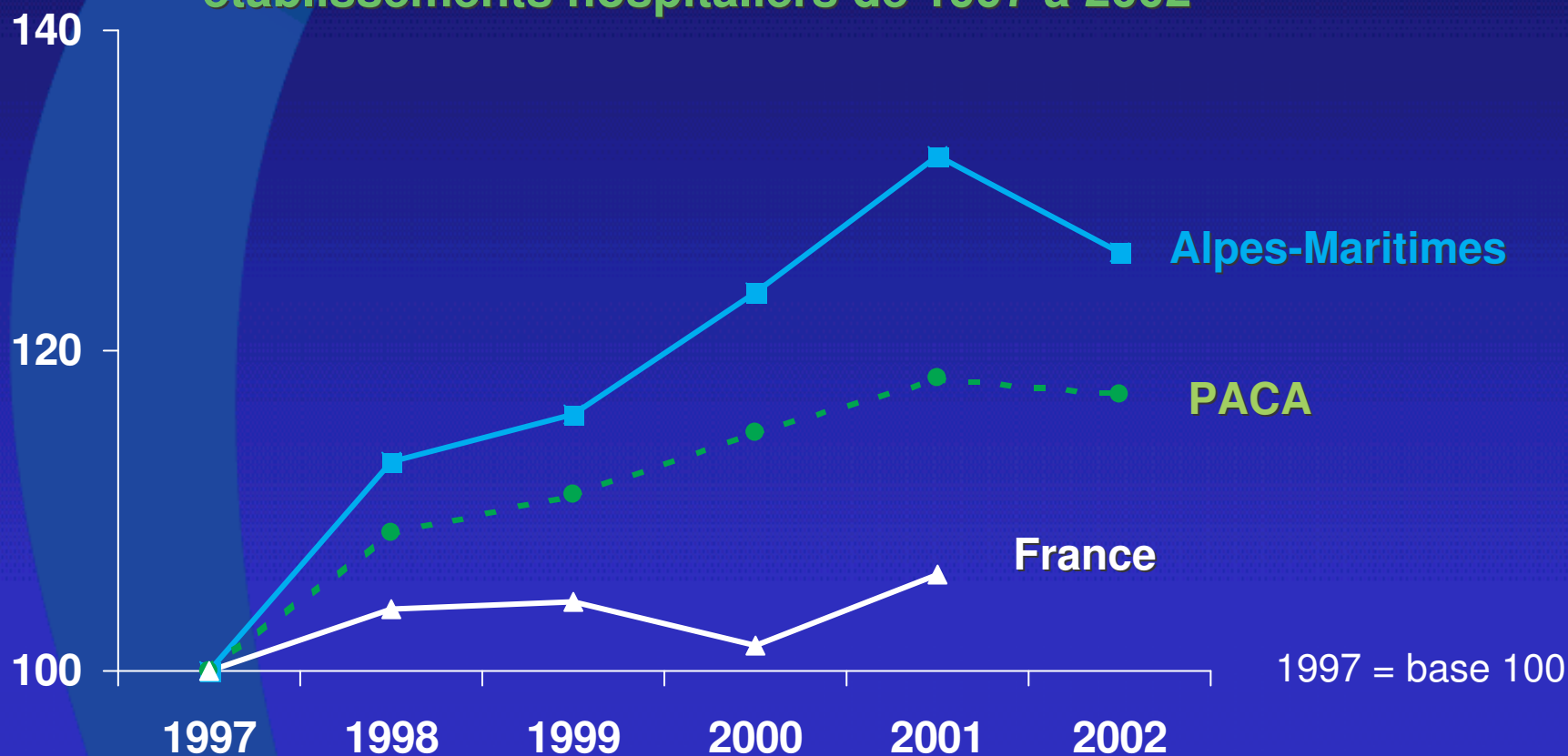


Les expériences de pays tels que la Finlande, la Suède, la Norvège,... ont montré qu'une réduction très significative du nombre de suicides pouvait être obtenue, d'où l'objectif à 5 ans formulé par le GTNDO de diviser par deux le taux de suicides chez les adolescents [GTNDO, 2003].

La stratégie d'action définie recoupe les objectifs du Programme Régional de Santé des Jeunes (PRS) mis en place dans la région PACA : il s'agit notamment d'établir et de diffuser des recommandations sur le repérage et les modes de prise en charge des crises suicidaires. Une telle démarche va être mise en œuvre par l'ORS PACA à la demande de la DRASS et du Conseil Régional en 2004-2005.

Grossesses précoces et IVG : un constat préoccupant dans le département

Évolution du nombre d'IVG pratiquées par les établissements hospitaliers de 1997 à 2002



Source : DREES-SAE 2003



Selon les résultats de l'enquête COCON réalisée en 2000, un tiers des femmes ayant été enceintes au cours des 5 dernières années ne désirait pas sa grossesse et la moitié d'entre elles a avorté [Bajos, 2003].

Alors que le recours à la contraception a augmenté ces dernières années, la fréquence des IVG est restée stable en France chez les adultes : en revanche elle n'a cessé de croître dans les Alpes-Maritimes, malgré un léger fléchissement en 2002.

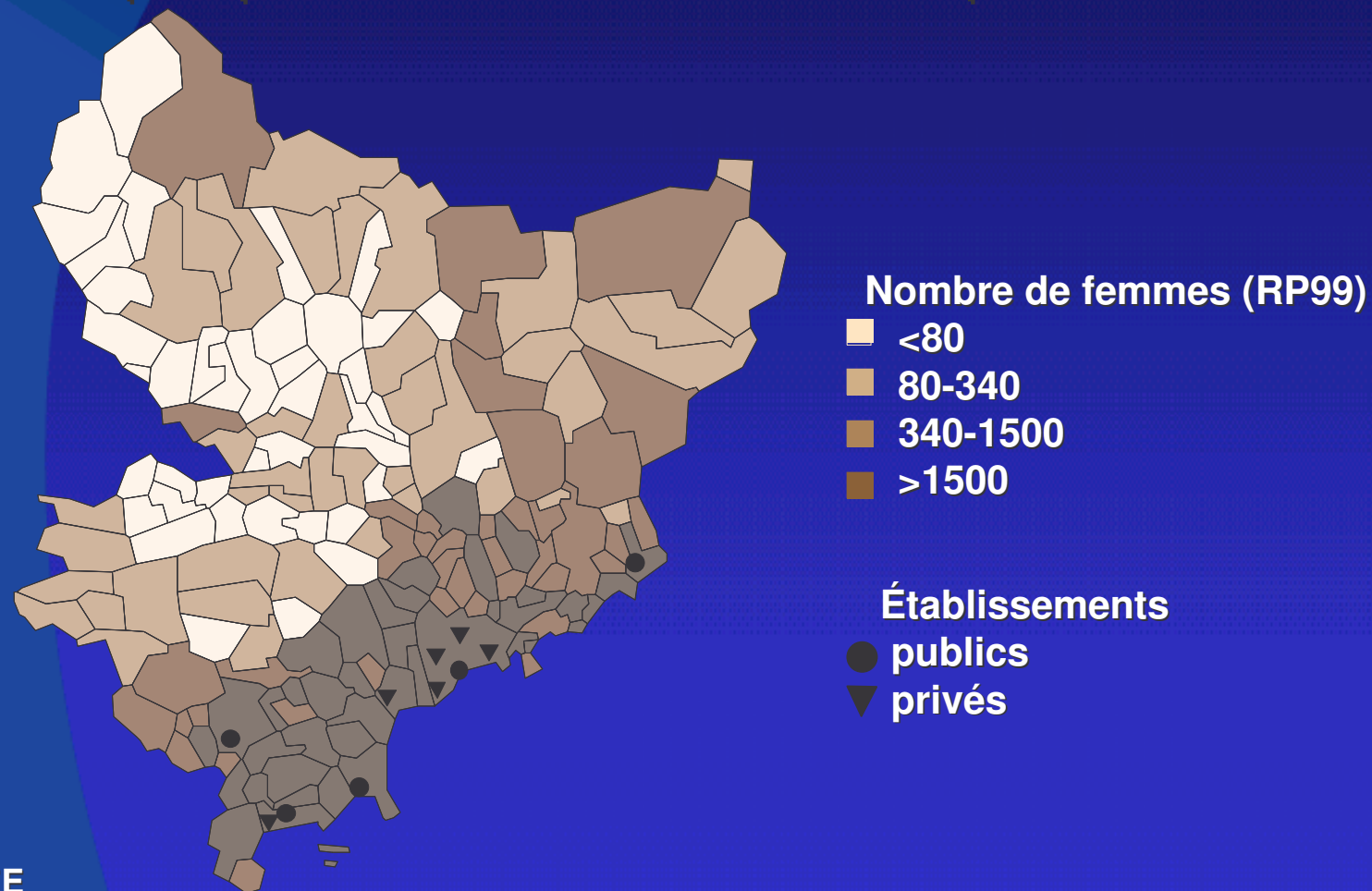
D'autre part, les IVG répétées restent fréquentes, touchant 20 % des femmes ayant eu recours à une IVG [Garel, 1996].

Chez les adolescentes, la fréquence des grossesses précoces s'est stabilisée depuis les années 90, mais celle des IVG a augmenté. Les adolescentes ont recours à l'IVG à un âge gestationnel plus élevé que les femmes.

Dans les Alpes-Maritimes le taux d'IVG pour 1000 jeunes filles de 14-17 ans atteignait près de 4 pour 1000 en 1997 contre 2,9 en France [INED, 1997]. En 2001, plus de 230 jeunes filles de moins de 18 ans, dans le département, ont été confrontées à une grossesse et 77 % d'entre elles ont avorté.

Établissements pratiquant l'IVG dans le département : la plupart sur le littoral

Les établissements pratiquant les IVG en 2002 dans les Alpes-Maritimes



Sources : DREES-SAE, INSEE



Le Haut Comité de la Santé Publique fait état de difficultés d'accès à l'IVG et souligne en particulier le manque de capacité des secteurs public et privé à répondre aux demandes des femmes [HCSP, 2002].

Les Alpes-Maritimes comptaient, en 2002, 11 établissements hospitaliers pratiquant des IVG dont seulement 5 publics (parmi eux 4 sont sur le littoral) et 5 à Nice. La prise en charge des demandes d'IVG est une vraie difficulté dans les Alpes-Maritimes, particulièrement en période estivale, au cours de laquelle la population augmente de façon importante et où les effectifs de médecins sont réduits dans les hôpitaux [Jeandet-Mengual, 2002 ; MFPP13, 2001].

Contraception et IVG : *les recommandations du GTNDO*

- **Réduire de 30 % la fréquence des IVG et celle des IVG répétées :**
 - en particulier chez les jeunes filles de moins de 18 ans
- **Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions**



Les objectifs du GTNDO sont :

(1) de faciliter l'accès à la contraception, à la contraception d'urgence et le cas échéant à l'IVG, pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours ;

(2) d'améliorer l'adéquation des méthodes contraceptives aux conditions de vie et à la situation affective et sexuelle des femmes ;

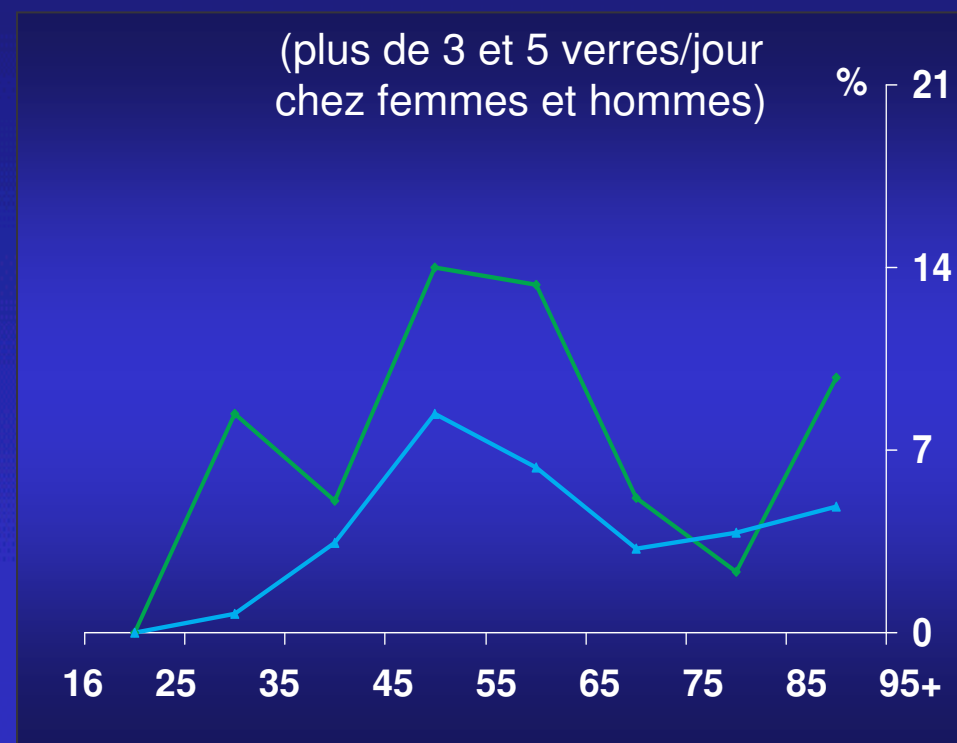
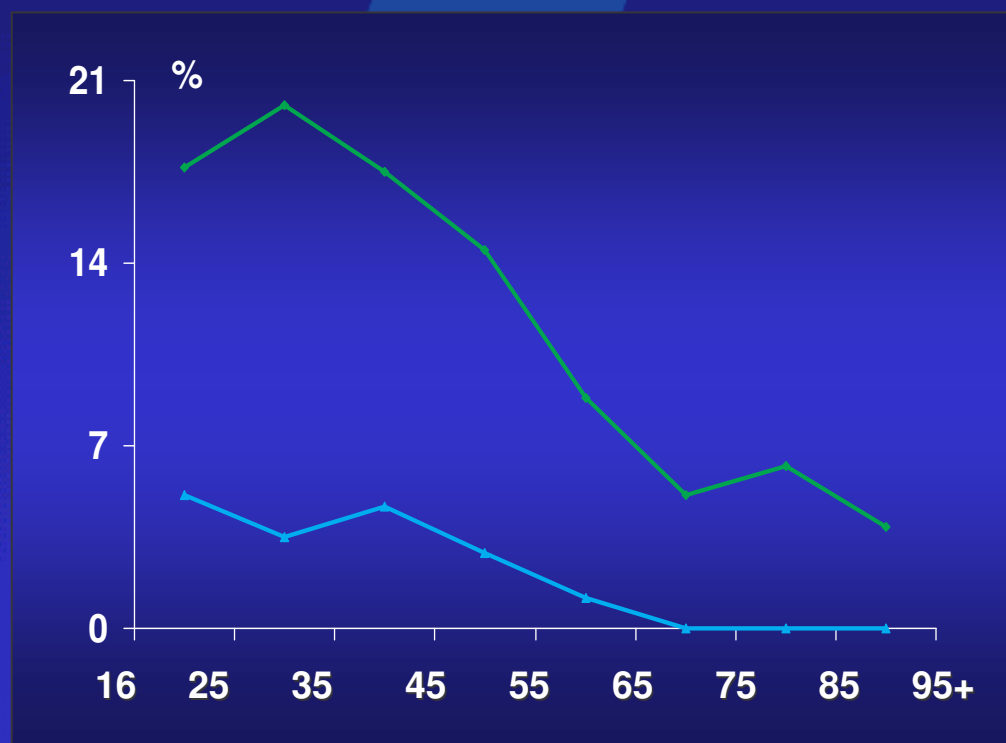
(3) de conduire des interventions ciblées auprès des personnes en situation de vulnérabilité et de précarité sociale, populations particulièrement confrontées au risque de grossesse non désirée.

Prévalence de l'usage d'alcool selon le sexe et l'âge en PACA (2000)

Usage à risque ponctuel

— Hommes
— Femmes

Usage à risque régulier



Source : Enquête Alcool MG, ORS PACA, 2002 (n=1810)

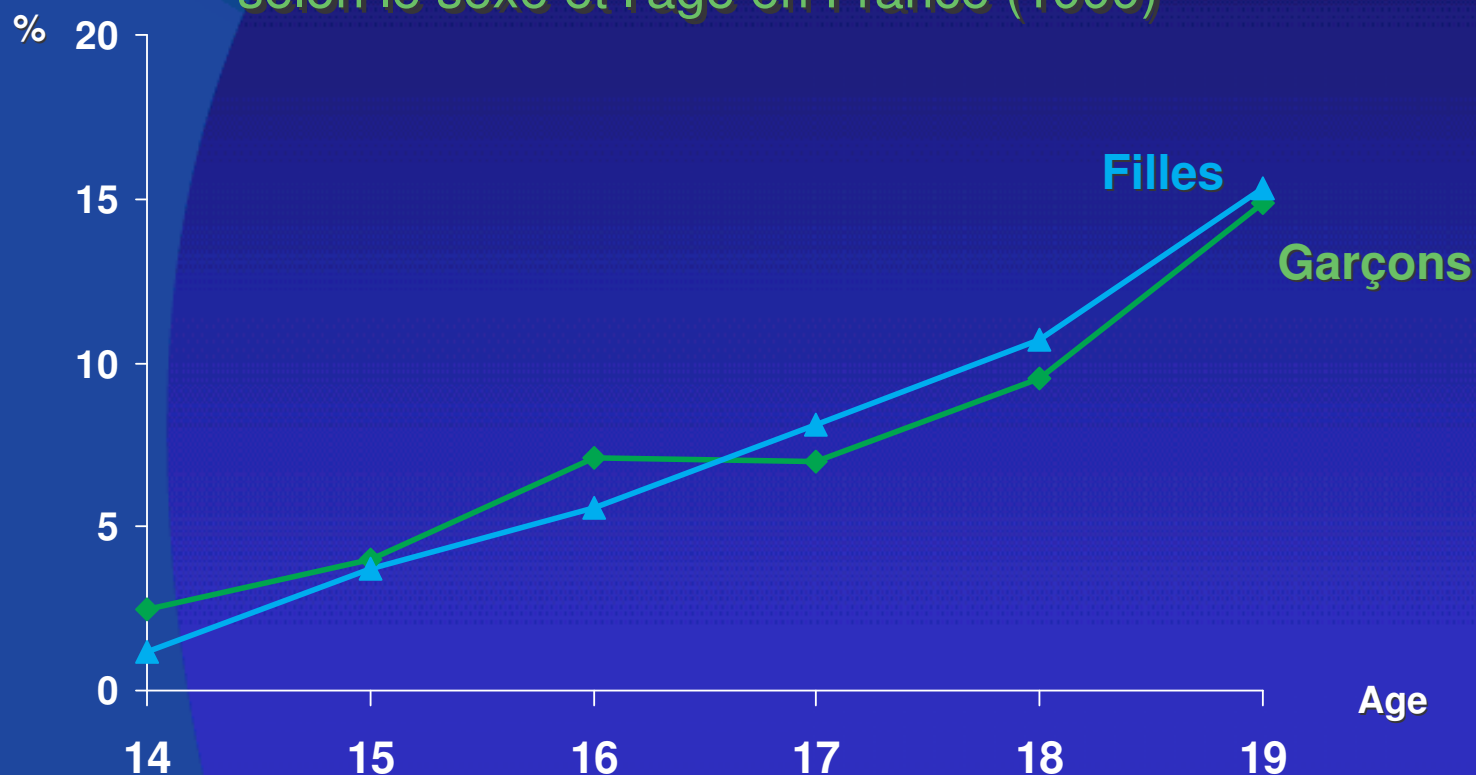


La France présente la plus forte mortalité masculine liée à l'alcool parmi les pays de l'Union Européenne. Il s'agit d'une cause majeure de décès prématurés [Michel, 2002].

L'initiation à la consommation d'alcool est de plus en plus précoce. Les jeunes se caractérisent par une consommation occasionnelle qui les expose davantage aux conséquences aiguës de l'alcool (accidents ou violences). La fréquence de consommation est significativement plus importante chez les garçons. Elle varie également selon l'environnement social et familial des jeunes : les adolescents des filières professionnelles ou ceux non scolarisés ont un niveau de consommation d'alcool plus élevé que les lycéens de l'enseignement général et la consommation des jeunes est fortement corrélée à celle du milieu familial [OFDT, 2002].

Une méconnaissance des effets du tabac chez les jeunes encore importante (France)

Evolution de la consommation régulière de tabac selon le sexe et l'âge en France (1999)



Consommation régulière de tabac : 11 cigarettes et plus par jour au cours des 30 derniers jours

Source : Enquête ESPAD - INSERM - OFDT - MENRT, 1999



Quant au tabac, à l'heure actuelle, 33 % des hommes et 30 % des femmes déclarent fumer et plus de la moitié des fumeurs ont moins de 25 ans [GTNDO, 2003].

Les enquêtes ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs) de l'INSERM menées en 1993 et 1999 montrent que les pourcentages de jeunes ayant expérimenté la consommation de tabac ont augmenté, plus particulièrement chez les filles. A l'âge de 14 ans, 63 % des filles et 58 % des garçons ont déclaré avoir consommé au moins une fois du tabac en 1999. A tout âge, les filles sont plus souvent expérimentatrices que les garçons [OFDT, 1999].

Par ailleurs, au-delà des conduites d'essai, la proportion de fumeurs réguliers, augmente avec l'âge, de même que la poly-consommation « tabac-alcool-cannabis ».

Malgré la multiplication des campagnes d'information depuis 1978, une étude réalisée en Ile-de-France a montré que les jeunes fumeurs (18-24 ans) semblaient peu informés des risques liés à la consommation de tabac et sous-estimaient le risque de dépendance [ORS Ile de France, 2003].

Alcool et tabac : recommandations du GTNDO

- **Retarder l'âge moyen d'initiation à l'alcool et au tabac**
- **Abaisser la prévalence des usages, en particulier :**
 - chez les jeunes
 - dans les catégories sociales les plus modestes
 - chez les femmes enceintes
- **Réduire la prévalence des comportements d'ivresses répétées**
- **Améliorer le repérage et la prise en charge de l'usage nocif et de la dépendance à l'alcool**



Face à ces constats, les objectifs retenus par le GTNDO sont :

- 1) de retarder l'âge moyen d'initiation à l'alcool de 13 à 15 ans et au tabac de 14 à 16 ans, de réduire les comportements d'ivresses répétées et de mieux informer cette population sur les conséquences sanitaires de l'usage d'alcool et de tabac ;*
- 2) d'abaisser la prévalence du tabagisme chez les hommes à 25 % et chez les femmes à 20 % en ciblant en particulier les messages de prévention auprès des jeunes, des populations les plus modestes et des femmes enceintes ;*
- 3) d'améliorer le repérage et la prise en charge de l'usage nocif et de la dépendance à l'alcool.*

Prévalence des toxicomanies dans les Alpes-Maritimes : la plus importante de la région

Prévalence des toxicomanies dans les agglomérations de Nice et de Marseille en 2000

	Nice	Marseille
Nombre estimé de personnes toxicomanes dans la population	4 541	5 748
Prévalence des toxicomanies chez les 15-59 ans	1,53%	1,06%

Source : Enquête Prévalence des toxicomanies dans les agglomérations de Marseille et de Nice, ORS PACA, 2000



Le département des Alpes-Maritimes est le département de la région le plus touché par la toxicomanie avec une prévalence de 1,5 % dans l'agglomération de Nice (chez les 15-59 ans), supérieure aux prévalences de Marseille et des autres grandes agglomérations françaises [OFDT, 2001].

Si l'infection à VIH dans cette population tend à diminuer, elle reste encore élevée (16 %) et la prévalence de l'hépatite C y est estimée entre 50 et 70 % [GTNDO, 2003].

Les troubles psychiatriques sont fréquents chez les toxicomanes et leur situation sociale souvent détériorée.

La prise en charge des toxicomanes en médecine de ville

La prescription de Buprénorphine : une grande variabilité des pratiques ...

- posologies
- induction du traitement

... liée à la formation des médecins et au volume de prescriptions

- 2 MG sur 3 non formés en toxicomanie

Source : Enquête MG Buprénorphine, ORS PACA 2003 (n=700)



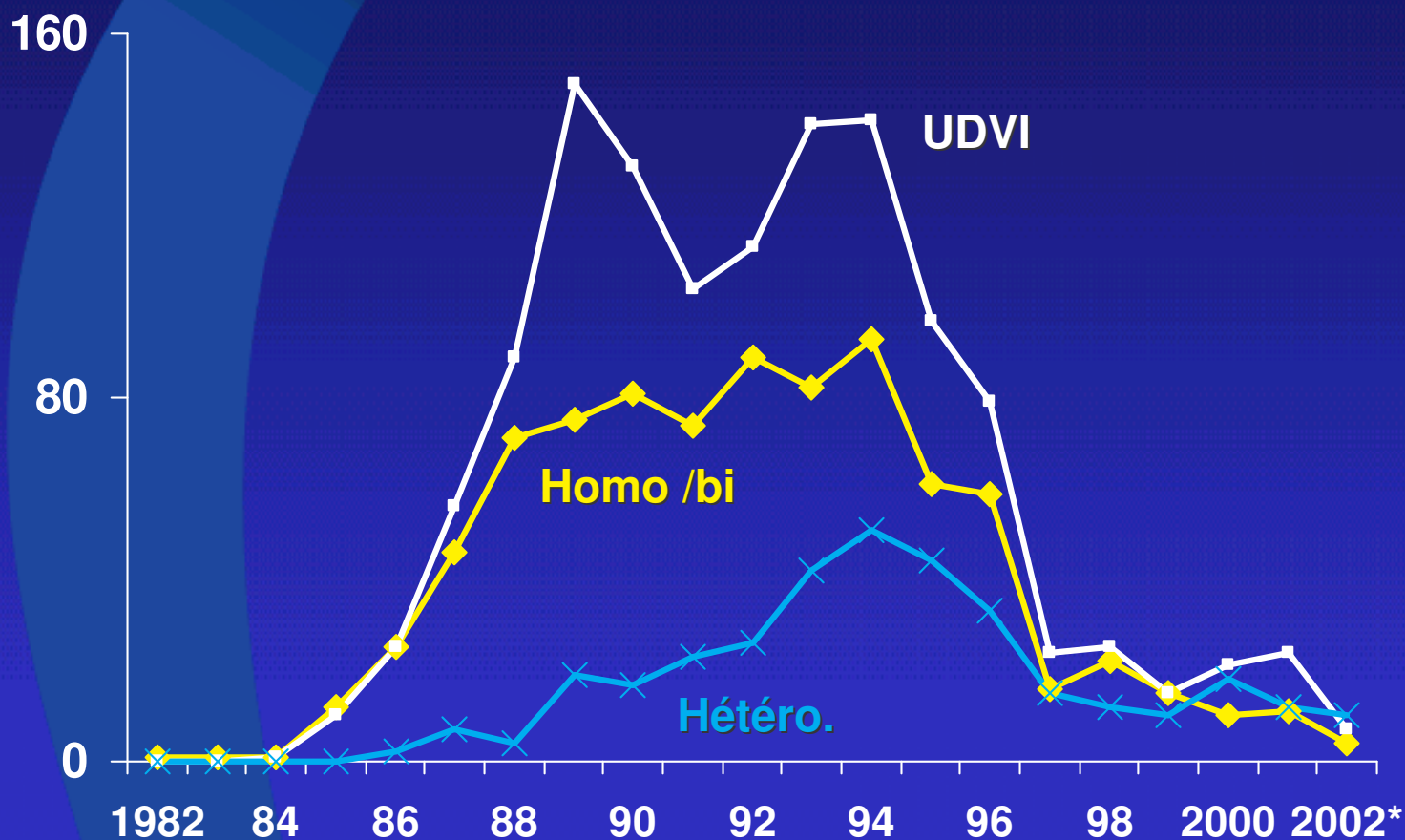
Le GTNDO préconise de consolider le dispositif de réduction des risques en l'adaptant à l'évolution des modalités de consommation de drogues et de développer l'accessibilité aux traitements de substitution. Il recommande également de favoriser la continuité des prises en charge, notamment des traitements de substitution.

A ce titre, une enquête de l'ORS PACA, en 2002, sur la prescription de Buprénorphine en médecine générale dans les Bouches-du-Rhône a révélé des disparités d'appropriation par les médecins de la prescriptions du médicament : ces différences portent sur l'induction du traitement et sur les doses maximales que les médecins s'autorisent à prescrire; disparités liées à la formation initiale et aux volumes de prescriptions des médecins généralistes.

Dans ce contexte, l'élaboration de guides de pratiques détaillés à l'attention des médecins, à l'instar de pays comme les Etats-Unis et l'Australie, nouvellement utilisateurs de Buprénorphine et le renouvellement des formations spécialisées, s'avèrent plus que jamais nécessaires.

Cas de SIDA dans les Alpes-Maritimes ...

Nombre de nouveaux cas de sida par mode de contamination dans les Alpes-Maritimes



* données provisoires pour les années 2001 et 2002

Source : InVS, 2002



Le nombre de personnes séropositives au VIH est estimé par l'ANRS entre 70 000 et 130 000 en France [ANRS, 1998].

Bien que le niveau de recours au dépistage soit un des plus élevés d'Europe, un retard au dépistage sérologique est observé dans la population hétérosexuelle, notamment parmi les migrants et dans les populations les plus défavorisées [InVS, 2002].

Jusqu'au milieu des années 90, le mode de contamination le plus fréquent était l'usage de drogues par voie intraveineuse (UDVI) mais le nombre de cas de sida parmi les UDVI a considérablement diminué.

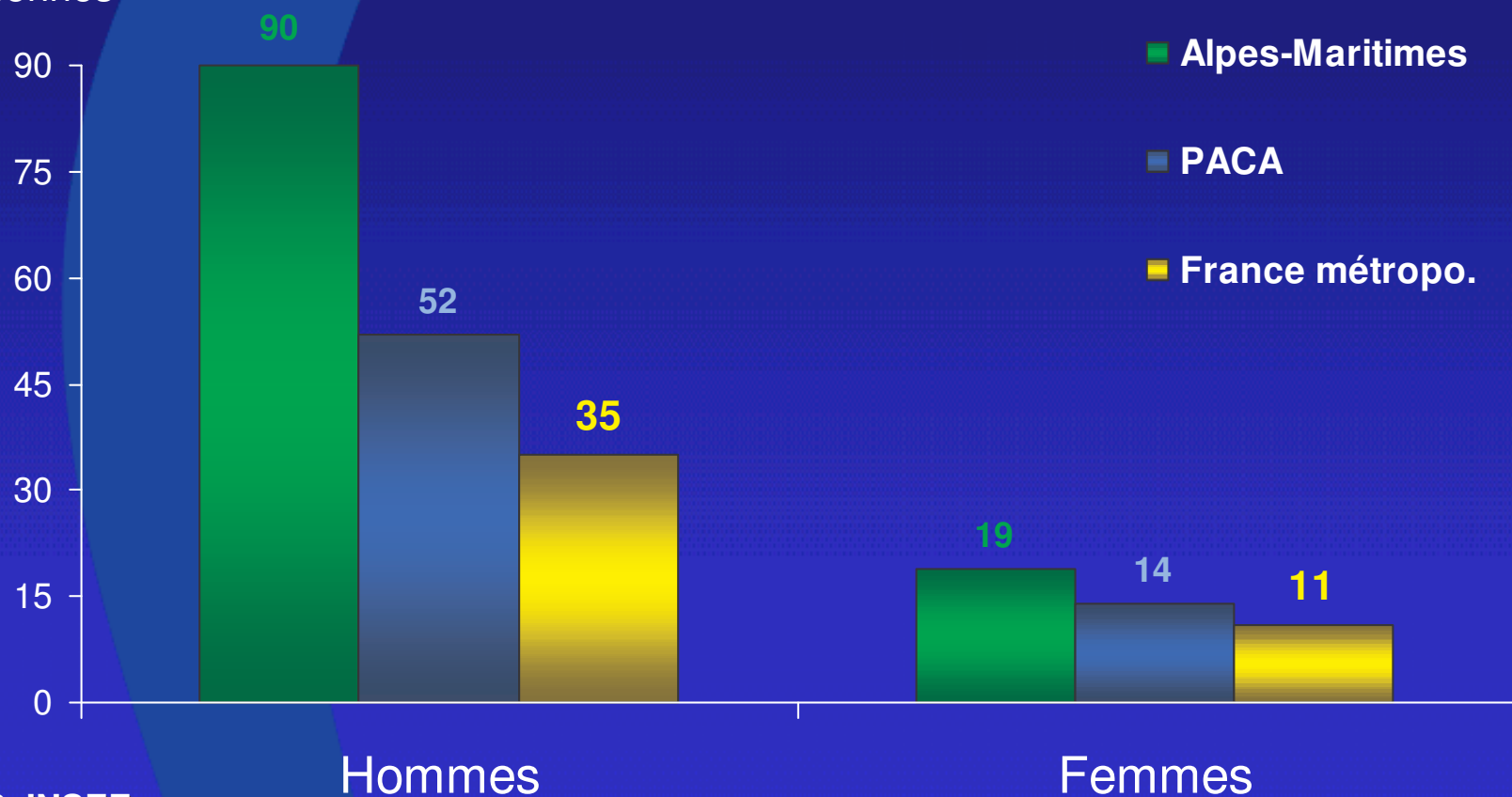
Dans les Alpes-Maritimes, le nombre de cas de sida diminue depuis 1995 mais on constate depuis 1999 une légère augmentation des cas déclarés chez les hétérosexuels et les UDVI dans le département comme au niveau national.*

** La baisse apparente en 2002 est liée au fait que les données sont provisoires.*

... 3^{ème} département de France ayant la plus forte incidence

Taux d'incidence du SIDA, en 2001

Taux par million de personnes



Sources : InVS, INSEE



En 2002, le nombre cumulé de cas de sida déclarés depuis le début de l'épidémie dans les Alpes-Maritimes était de 2 800. En 2001, le taux d'incidence du département était trois fois supérieur chez les hommes à celui de la France. Malgré la diminution de la mortalité, le département affiche une surmortalité par sida très nette par rapport à la France (+180 % chez les hommes, + 300 % chez les femmes, 1997-99).

Fréquence des co-infections VIH-VHC en PACA

Prévalence de la co-infection selon le mode de contamination en PACA et en Ile-de-France (en 2001)

%	Ile de France (n=448)	PACA* (n=441)
usagers de drogues	88,9	89,0
hétérosexuels	9,3	20,8
homo/bisexuels	7,8	4,7
total	25,0	38,2

* Patients interrogés en consultation ou en hôpital de jour en PACA - n=441

Sources : Enquête sur la situation sociale des personnes vivant avec le VIH/Sida en 2001 - INSERM U88, INSERM U379, ORS PACA



Les personnes atteintes d'infection à VIH sont également très souvent confrontées à l'hépatite C : une étude de l'ORS PACA réalisée en 2001 montrait que plus d'un tiers des patients séropositifs au VIH en PACA était co-infecté par le VHC [Obadia, 2002].

Cette co-infection se traduit par une moins bonne réponse des patients au traitement standard contre le VIH et par une aggravation du pronostic de l'hépatite C qui évolue plus rapidement vers la cirrhose. Le département des Alpes-Maritimes affichait, en 1997-99, une très forte surmortalité par hépatite chronique par rapport au niveau national (+130 %).

Une moins bonne insertion sociale et un besoin de soutien psychologique

Situation sociale et fréquence d'utilisation des services de soutien psychologique parmi les patients VIH+ en PACA

(%)	Ile-de-France (n=448)	PACA (n=441)
Proportion de cas de SIDA	32,7	21,4
Situation sociale		
ont un emploi	55,3	44,2
reçoivent l'AAH	26,6	45,6
Utilisation des services de soutien psychologique*		
recours à un psychologue/psychiatre	26,3	26,7

* dans les 6 mois précédant l'enquête

Sources : Enquête sur la situation sociale des personnes vivant avec le VIH/Sida 2001 - INSERM U88, INSERM U379, ORS PACA



L'infection à VIH a un retentissement sur l'insertion sociale des personnes séropositives particulièrement important. La population atteinte par l'infection à VIH est plus vulnérable sur le plan social et confrontée à une discrimination dans l'accès à l'emploi et au travail : plus de la moitié des personnes infectées par le VIH dans la région n'a pas de situation stable vis à vis de l'emploi [Obadia, 2002].

Cette population souffre aussi d'un isolement affectif, la vie de couple et les projets parentaux étant souvent perturbés.

Une dégradation de la prévention vis à vis du VIH en population générale en France

- **Des connaissances en matière de modes de contamination plus floues**
- **Une méconnaissance des traitements post-exposition**
- **Chez les 18-24 ans :**
 - **Une moins bonne image du préservatif et une baisse de son utilisation**
 - **Un moindre recours au test de dépistage du VIH**

Source : Baromètre KABP, ANRS, 2001



Malgré des campagnes de prévention fréquentes, focalisées essentiellement sur l'usage du préservatif, une enquête nationale réalisée en 2001 indique un relâchement des pratiques de protection. Elle montre également que les connaissances de la population générale sur les modes de contamination sont plus floues et que l'efficacité des mesures de prévention semble moins bien reconnue, par rapport aux années précédentes.

Cette situation est particulièrement préoccupante chez les jeunes de moins de 25 ans qui déclarent un moindre recours au préservatif et au test de dépistage par rapport aux années précédentes [ANRS, 2001].

Cette même enquête souligne que les traitements post-exposition ne sont pas connus de 80 % des français et de 30 % des patients infectés par le VIH en PACA.

Infection à VIH et sida : *recommandations du GTNDO*

- **Maintenir des stratégies de prévention et de dépistage efficaces**
- **Promouvoir l'utilisation du préservatif**
- **Cibler les interventions auprès des jeunes**
- **Renforcer l'éducation thérapeutique :**
 - encourager les patients à l'observance
 - réduire les risques de complications liés au traitement
 - maintenir les comportements de protection chez les personnes infectées



La stratégie d'action concernant l'infection à VIH doit par conséquent, maintenir les dispositifs préventifs actuels (transmission materno-fœtale, sécurité transfusionnelle, prévention des accidents professionnels exposant au sang) et améliorer les stratégies de dépistage auprès de la population générale, pour réduire en particulier le nombre de personnes dépistées trop tardivement.

Les campagnes de prévention, d'information et d'éducation à la santé concernant le VIH doivent être ciblées sur les populations à risque et les jeunes.

L'éducation thérapeutique doit être renforcée pour encourager les patients séropositifs au VIH à l'observance, réduire les risques de complications liés au traitement et maintenir les comportements de protection chez les personnes infectées [GTNDO, 2003].

Les personnes âgées : des priorités de santé multiples

Principaux motifs d'hospitalisation des plus de 65 ans, dans les Alpes-Maritimes (2000)



Séjours MCO
Source : PMSI 2000



Les priorités de santé chez les personnes âgées sont multiples. Le GTNDO a retenu, entre autres : la maladie d'Alzheimer, les chutes, la dénutrition protéino-énergétique qui favorise et aggrave de multiples pathologies, la souffrance psychique et la poly-consommation médicamenteuse, laquelle a coûté, en 2000, 850 Euros par personne âgée de plus de 65 ans [GTNDO, 2003].

Mais d'autres problèmes de santé sont à signaler et parmi les motifs d'hospitalisation les plus fréquents chez les personnes de plus de 65 ans dans le département, on trouve les troubles de l'appareil circulatoire (15 % de l'ensemble des motifs), les troubles de l'appareil digestifs (13 %), les troubles ophtalmologiques (12 %) et les tumeurs (12 %) [DREES-PMSI, 2000].

La maladie d'Alzheimer : cause la plus fréquente des démences en France

- **La principale cause d'entrée en institution**
- **Un retentissement majeur sur les proches :**
 - psychique et financier
 - surmortalité de 50 % chez les aidants
- **Un diagnostic encore trop tardif et un dispositif d'accès aux soins limité :**
 - 4 consultations « mémoire » dans les Alpes-Maritimes



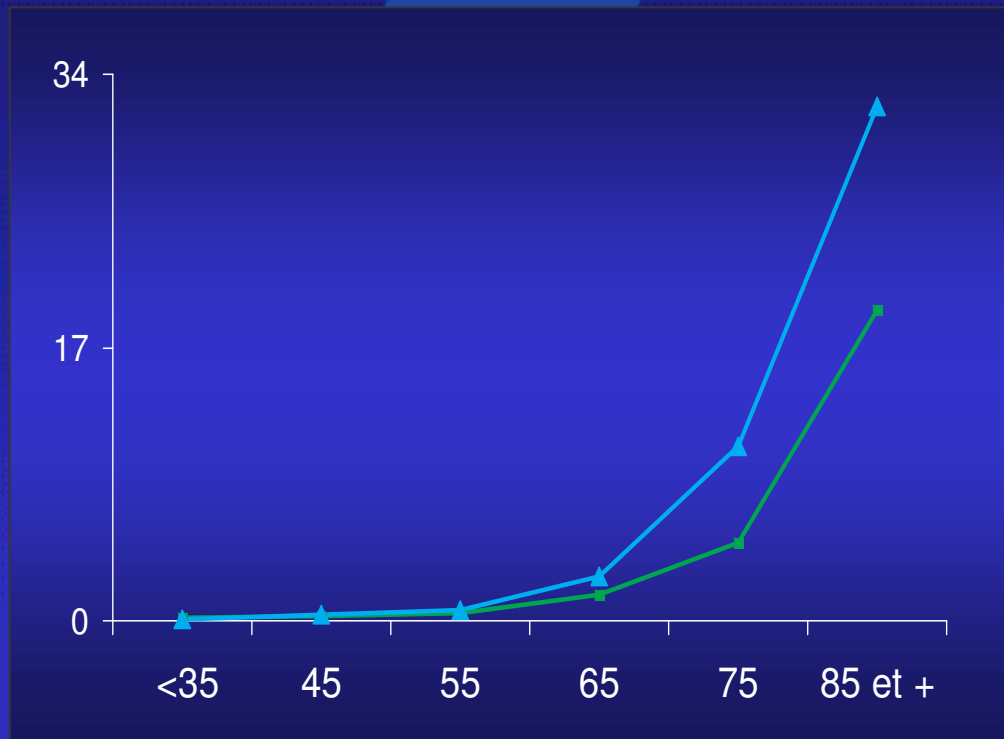
La maladie d'Alzheimer représente deux tiers des syndromes démentiels. Associée à une perte progressive et inévitable de l'autonomie, elle est la première cause d'entrée en institution chez les personnes âgées. Le soutien de proches est indispensable au maintien à domicile [GTNDO, 2003].

Le diagnostic de maladie d'Alzheimer est encore trop souvent tardif ce qui contribue à une moindre qualité de prise en charge pour les malades.

Cependant, le diagnostic peut se faire de plus en plus tôt dans les « consultations mémoire » mais leur répartition sur le territoire est inégale. Le département des Alpes-Maritimes n'en dispose que de 4, toutes sur Nice [Fondation Médéric Alzheimer, 2002]

Les chutes accidentelles : des conséquences fonctionnelles et psychologiques lourdes

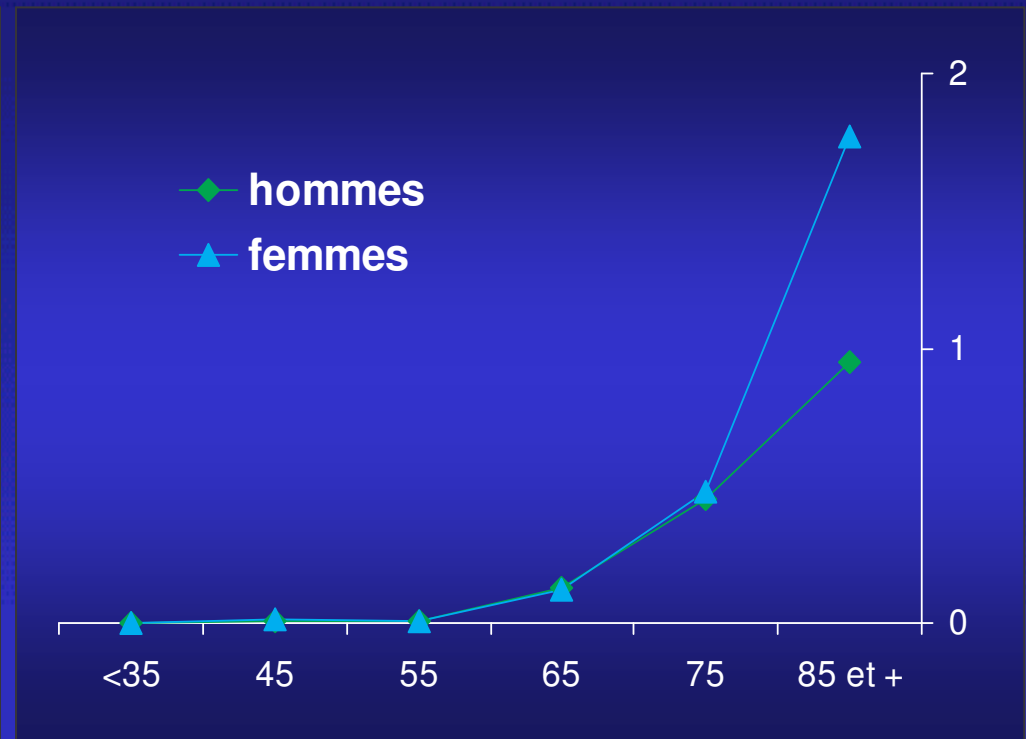
Taux de recours à l'hôpital pour fracture du col du fémur dans les Alpes-Maritimes (2000)



Séjours en MCO - Taux pour 1 000 personnes

Source : DREES, PMSI 2000

Taux de mortalité par chutes accidentelles dans les Alpes-Maritimes (1997-99)



Taux pour 1 000 personnes

Sources : INSERM CépiDc, INSEE



En France, un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile fait au moins une chute chaque année [GTNDO, 2003].

En 2000, les fractures du col du fémur ont été responsables de plus de 1 800 séjours hospitaliers chez les personnes de plus de 65 ans dans les Alpes-Maritimes. Le déterminant majeur de la gravité de la chute est l'existence d'une ostéoporose qui augmente le risque de fracture.

Sur la période 1997-99, plus de 240 décès suites à des chutes sont survenus chez des personnes de 65 ans et plus dans le département, dont 69 % chez des femmes. Les taux de mortalité par chutes sont proches de la moyenne nationale.

Les chutes peuvent induire une réduction importante et prolongée de la mobilité et des capacités physiques, mais également un choc psychologique conduisant à une limitation ou un abandon des activités habituelles, conséquences souvent sous-estimées par les professionnels de santé et les proches.

Prévalence de la dépression chez les personnes âgées : données internationales

Pays	Auteurs	n	%
Prévalence des symptômes dépressifs			
Liverpool	Copeland et al., 1987	1070	11,5
France	Dufouil et al., 1995	2797	15,9
Dublin	Kirby et al., 1997	1232	10,3
Prévalence de la dépression majeure			
New Haven	Weissman et al., 1985	2588	1,7
New York	Potter et al., 1995	1140	4,9

Source : Lépine, 1998

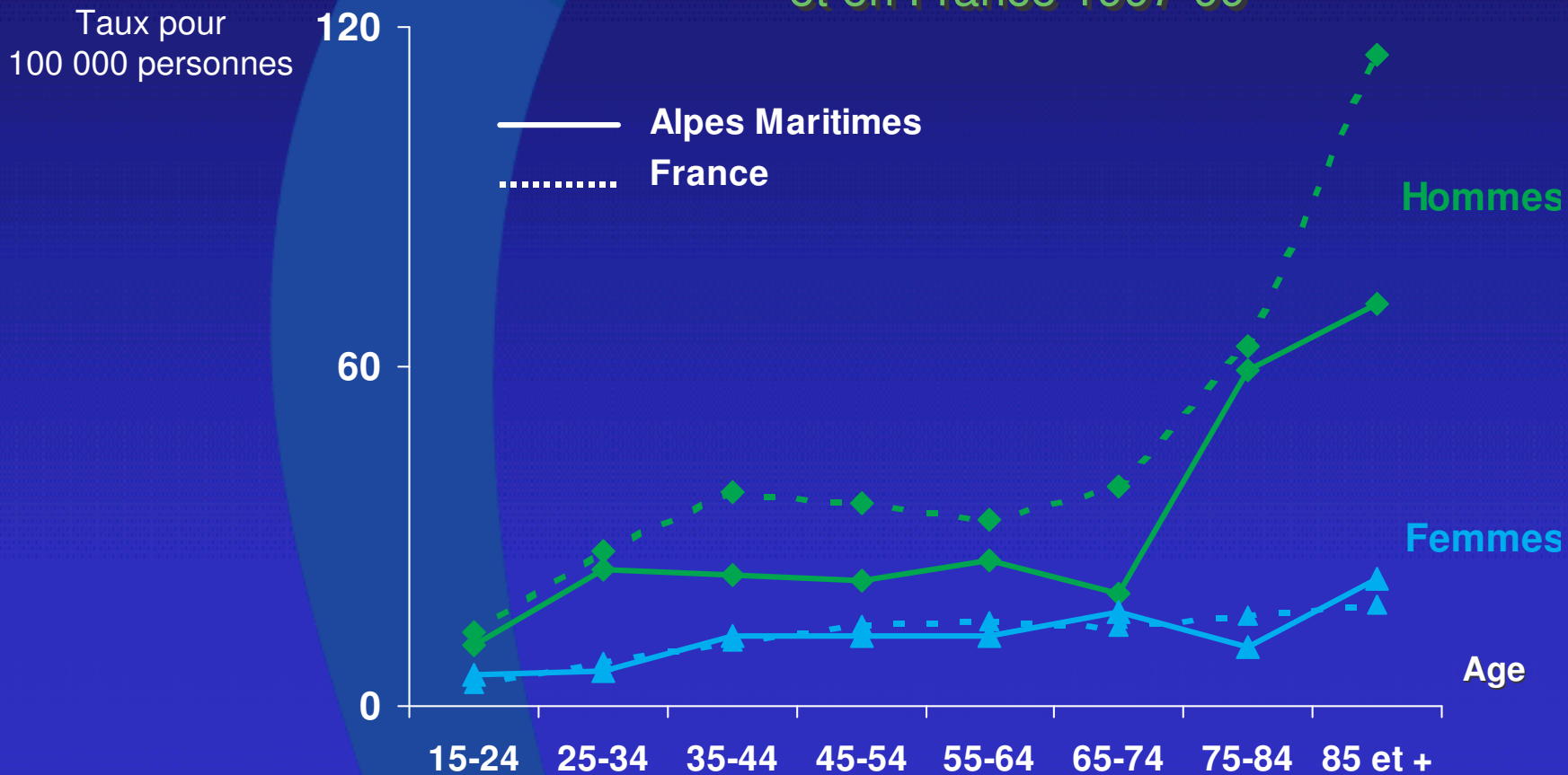


La prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes âgées est mal connue en France. Les études disponibles suggèrent que leur prévalence serait moins élevée chez les personnes âgées que chez les plus jeunes. Mais les symptômes psychiques chez les personnes âgées, notamment les symptômes dépressifs, sont fréquemment déniés ou banalisés par les intéressés ou les proches ; ils peuvent aussi être masqués par les plaintes et symptômes physiques, en raison du fort niveau de comorbidité de cette population.

Il existe ainsi un retard dans la détection et la prise en charge des troubles psychiatriques chez les personnes âgées. La majorité des patients sont pris en charge par des médecins généralistes mais l'articulation entre ces derniers et les spécialistes devrait être améliorée [GTNDO, 2003].

Suicides chez les personnes âgées dans le département : un phénomène urbain

Taux de suicide par âge dans les Alpes-Maritimes et en France 1997-99



Sources : INSERM CépiDc, INSEE



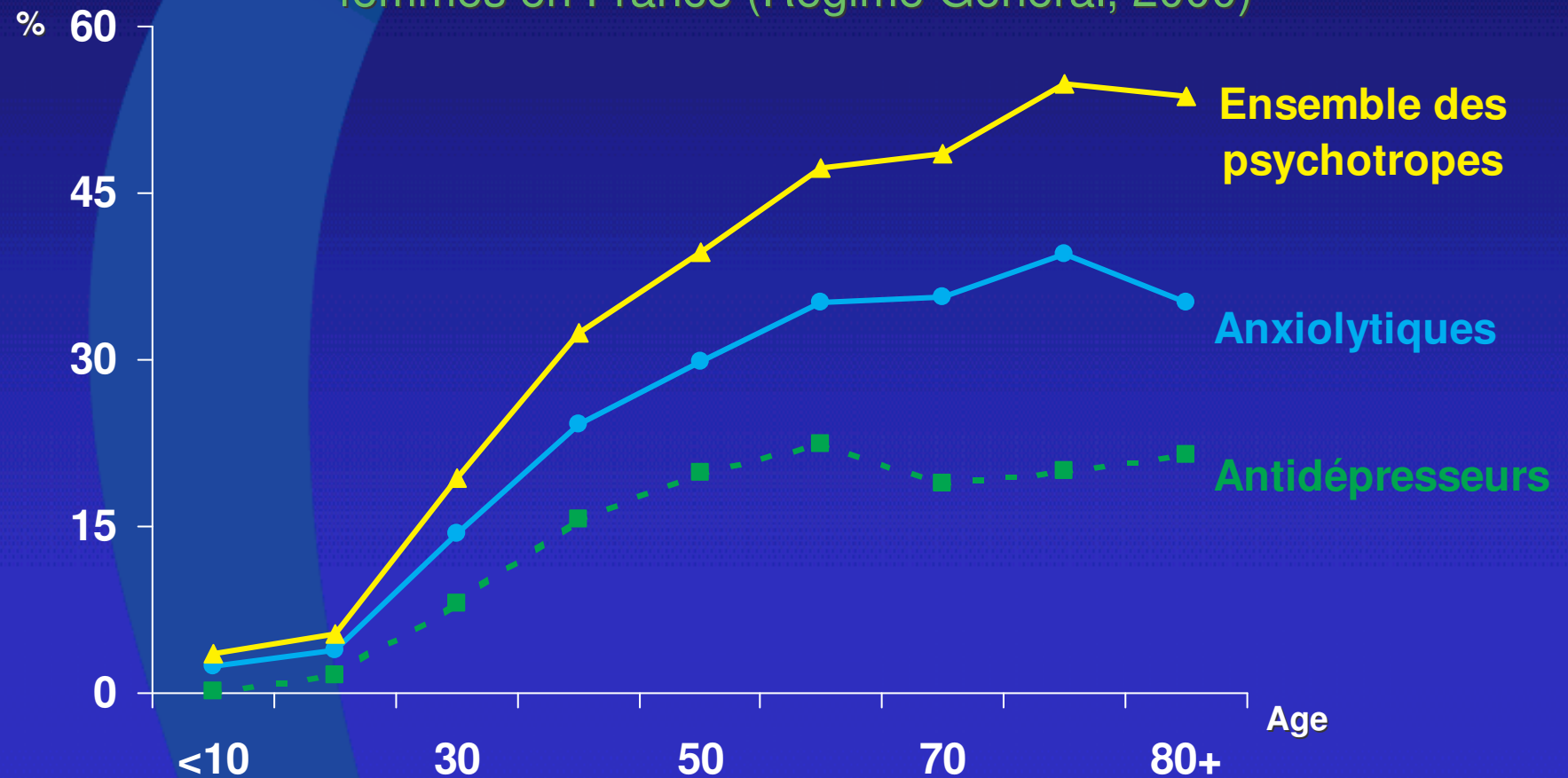
La France fait partie des 5 pays européens les moins bien placés pour la mortalité par suicide, particulièrement pour les hommes de 75 ans ou plus [GTNDO, 2003].

Malgré une sous-mortalité par suicide par rapport à la moyenne nationale chez les personnes de 65 ans et plus, le suicide est responsable dans le département de près de 60 décès en moyenne par an (1997-99) dont 70 % ont lieu dans les communes de plus de 20 000 habitants.

Les événements traumatiques et l'isolement social sont les 2 principaux déterminants environnementaux liés à l'acte suicidaire chez les personnes âgées.

Consommation de psychotropes en France : une des plus élevées en Europe

Proportion de consommateurs de psychotropes chez les femmes en France (Régime Général, 2000)



Source : Lecadet, 2003



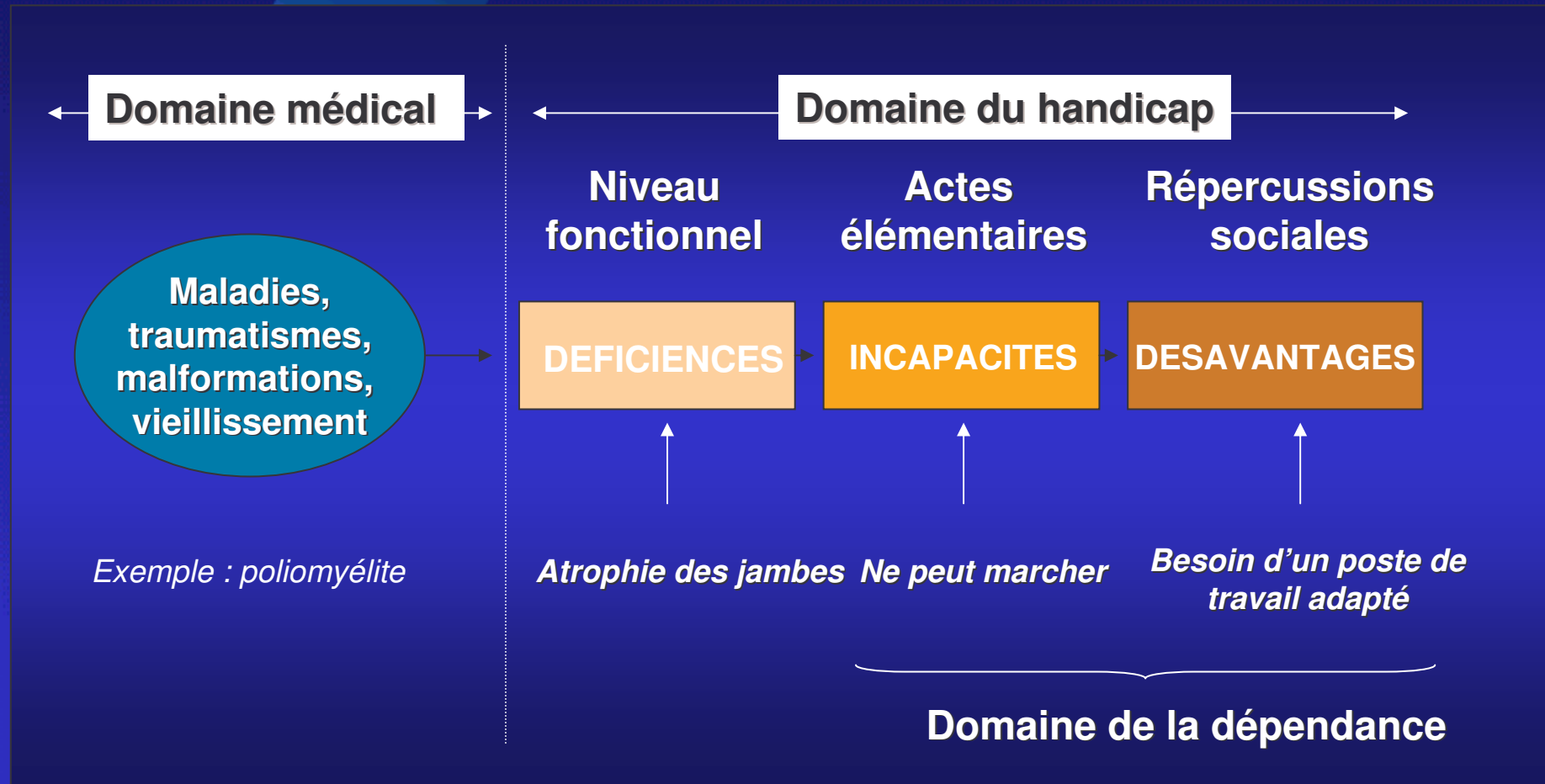
La France figure parmi les pays d'Europe dont la consommation de psychotropes est la plus élevée ; celle-ci augmente constamment, particulièrement pour les antidépresseurs. En 2000, un quart de la population générale en France s'est vu rembourser au moins un médicament psychotrope [Lecadet, 2003]. La proportion de consommateurs de psychotropes est deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes et augmente considérablement avec l'âge (chez les personnes âgées de plus de 80 ans, elle atteint 54 % chez les femmes et 34,5 % chez les hommes).

La consommation de psychotropes est plus forte en institution qu'à domicile (66 % versus 39 %) [Emeriau, 1998].

Un tel niveau de consommation chez les personnes âgées est préoccupant. Les psychotropes seraient responsables de 20 à 30 % des chutes chez les sujets âgés. Ils peuvent entraîner des troubles confusionnels, des troubles hydro-électrolytiques et des effets secondaires cardiaques (troubles du rythme). La sévérité potentielle de ces effets secondaires pose la question de l'opportunité de ces prescriptions chez les sujets âgés [Lecadet, 2003].

Au delà des psychotropes, la consommation pharmaceutique journalière des personnes âgées est particulièrement importante et augmente avec l'âge (3 médicaments par jour chez les 65-74 ans, près de 5 chez les plus de 85 ans). Cette poly-médication, bien que souvent légitime, augmente le risque iatrogène et diminue l'observance aux traitements.

Qualité de vie et prise en charge de la dépendance



Source : Wood, 1980



Nous allons maintenant nous intéresser aux répercussions en termes de qualité de vie et de handicap des problèmes vus précédemment chez les personnes âgées. Ces questions sont devenues une préoccupation croissante dans les sociétés occidentales où les maladies chroniques ont un poids de plus en plus important. Ainsi, dans la mesure des états de santé des populations, la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a pris une place centrale pour caractériser l'ensemble des composantes de santé et les interactions avec l'environnement [OMS, 2001]. L'approche est multi-dimensionnelle et fondée sur les interactions entre :

- Un problème de santé : maladie, traumatisme ;*
- L'altération d'un organe et d'une fonction : déficience ;*
- La difficulté de réaliser un action dans un environnement standard : incapacité ;*
- Le rôle de l'environnement proche et des dispositifs généraux, pour réduire les désavantages (limitations de participation sociale).*

Dans cette optique, le système d'information français manque de données statistiques de population. Le caractère disparate et très cloisonné des statistiques administratives empêche toute vision globale et un suivi des politiques de santé mises en œuvre.

L'enquête HID (Handicap, Incapacités, Dépendance) a été réalisée afin de combler ce déficit. L'ORS PACA et l'unité 379 de l'INSERM travaillent sur ces données pour mieux apprécier, la répartition, les déterminants et l'adéquation des besoins d'aide chez les personnes âgées.

Besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne à domicile (Alpes-Maritimes - estimations)

Personnes de 60 ans et plus
272 000 (100 %)

Ayant besoin d'aide
70 700 (26 %)

Rencontrant des difficultés
103 000 (38 %)

Dépendantes
12 500 (4,6 %)

Prévalences France entière
Source : INSEE HID 1999



Parmi les 272 000 personnes de plus de 60 ans vivant à domicile dans les Alpes-Maritimes, on peut distinguer trois sous-populations :*

- la première concerne les personnes rencontrant des difficultés, quel qu'en soit le degré, pour la réalisation d'une ou plusieurs activités de la vie quotidienne, soit plus du tiers des personnes âgées vivant à domicile ;*
- la seconde regroupe les personnes ayant besoin d'aide pour accomplir les actes de la vie courante, soit une personne âgée sur quatre ;*
- la dernière représente les personnes dépendantes au sens de l'évaluation faite avec la grille AGGIR, soit un peu moins de 5 % des personnes âgées à domicile. Celles-ci ont besoin de 42 heures d'aide en moyenne par semaine soit plus d'un tiers du volume total d'aide pour l'ensemble des personnes ayant besoin d'aide [Davin, 2003a].*

Le besoin d'aide ne concerne donc pas uniquement les personnes dépendantes : dans un contexte d'offre limitée, il faut répartir l'aide entre les personnes dépendantes et celles ayant besoin d'aide mais considérées comme non-dépendantes pour éviter ou retarder un phénomène de glissement vers la dépendance.

** Ces estimations ont été réalisées à partir de prévalences nationales car il n'y a pas eu d'extension de l'enquête HID dans le département des Alpes-Maritimes.*

Accueil des personnes âgées dans le département : un déficit de places en institution

Taux d'équipements pour personnes âgées en 2002

	Alpes-Maritimes	PACA	FRANCE
Structures d'hébergement pour personnes âgées	102,6	102,4	134,3
Places de services de soins à domicile	15,1	13,6	15,4
Lits de soins de longue durée	6,2	9,9	18,8

Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus

Source : DRASS, 2002



En ce qui concerne l'accueil en institution, le département des Alpes-Maritimes présente, comme la région PACA, un déficit important [DRASS, 2003]. Quel que soit le type de structures, le taux d'équipement en structures d'accueil pour personnes âgées est nettement inférieur à la moyenne nationale, laquelle, aux dires d'experts, n'est pas non plus optimale. Or, le nombre de personnes lourdement dépendantes va augmenter [Aulagnier, 2002].

Personnes âgées : recommandations du GTNDO

- **Mettre en place des réseaux locaux**
 - pour soutenir et suivre les personnes âgées et leur entourage
- **Former les médecins à la reconnaissance des troubles psychiatriques**
- **Mettre en place une consultation de prévention annuelle pour :**
 - évaluer la mémoire, les comportements et les émotions des personnes âgées
 - réévaluer et réduire les prescriptions inadaptées
- **Faciliter l'accès aux moyens de compensation fonctionnelle**



Les objectifs du GTNDO sont de réduire la souffrance psychique des personnes âgées ; pour cela il préconise :

- d'informer la population générale et les professionnels de la fréquence élevée des troubles psychiatriques et de leurs spécificités chez le sujet âgé ;*
- de mettre en place des réseaux locaux pour soutenir et suivre les personnes ayant peu d'entourage familial ;*
- de former les médecins généralistes à la reconnaissance des troubles psychiatriques chez les personnes âgées.*

Le GTNDO propose aussi de mettre en place une consultation de prévention annuelle (dotée d'une cotation spécifique) pour évaluer la mémoire, les comportements et les émotions des personnes âgées, mais aussi pour réévaluer et réduire les prescriptions inadaptées afin d'éviter les événements iatrogènes.

Enfin l'accès aux moyens de compensation fonctionnelle en termes d'aide technique, d'aide humaine et d'aménagement de l'environnement doit être facilité afin d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées comme celle de leur entourage. Dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, le GTNDO préconise d'améliorer également la qualité de la prise en charge par les structures d'hébergement.

Les cancers dans le département : un poids important dans la mortalité

- 3 050 décès par an (Inserm CépiDc, 1997-1999)
 - 26 % de l'ensemble des décès
 - 2^{ème} cause de mortalité
 - 1^{ère} cause de mortalité prématurée :
 - hommes : 37 % des décès prématurés
 - femmes : 46 % des décès prématurés

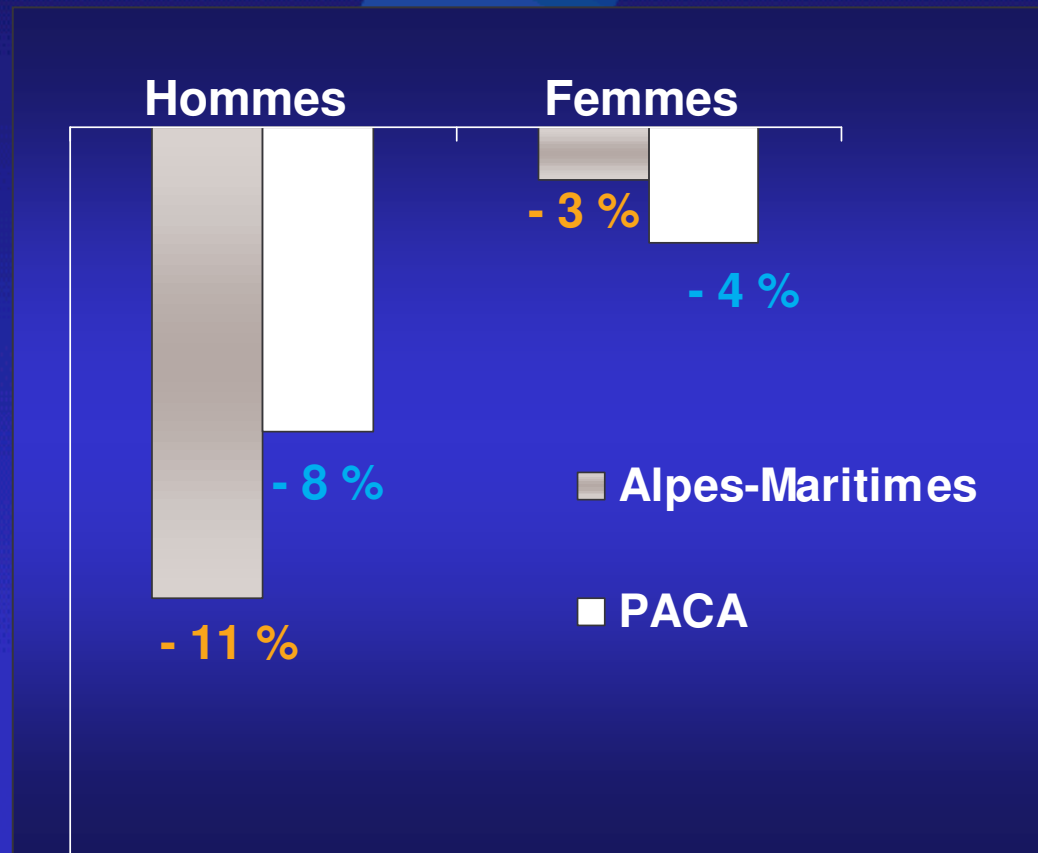


Commentaires

En ce qui concerne les cancers, leur part dans la mortalité est élevée dans le département, avec en 1997-99, plus d'un quart des décès. Comme en France, les cancers constituent dans le département la 2^{ème} cause de décès après les affections cardio-vasculaires (36,1 %) et la 1^{ère} cause de mortalité prématurée (avant 65 ans).

Sous-mortalité par tumeurs dans le département

Indices comparatifs de mortalité par tumeurs
dans les Alpes-Maritimes (1997-99)



→ Une surmortalité par cancer de + 16 % due à la forte proportion de personnes âgées

→ Mais, standardisée sur l'âge, une sous-mortalité de - 8 %

1997-99 France = 100

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

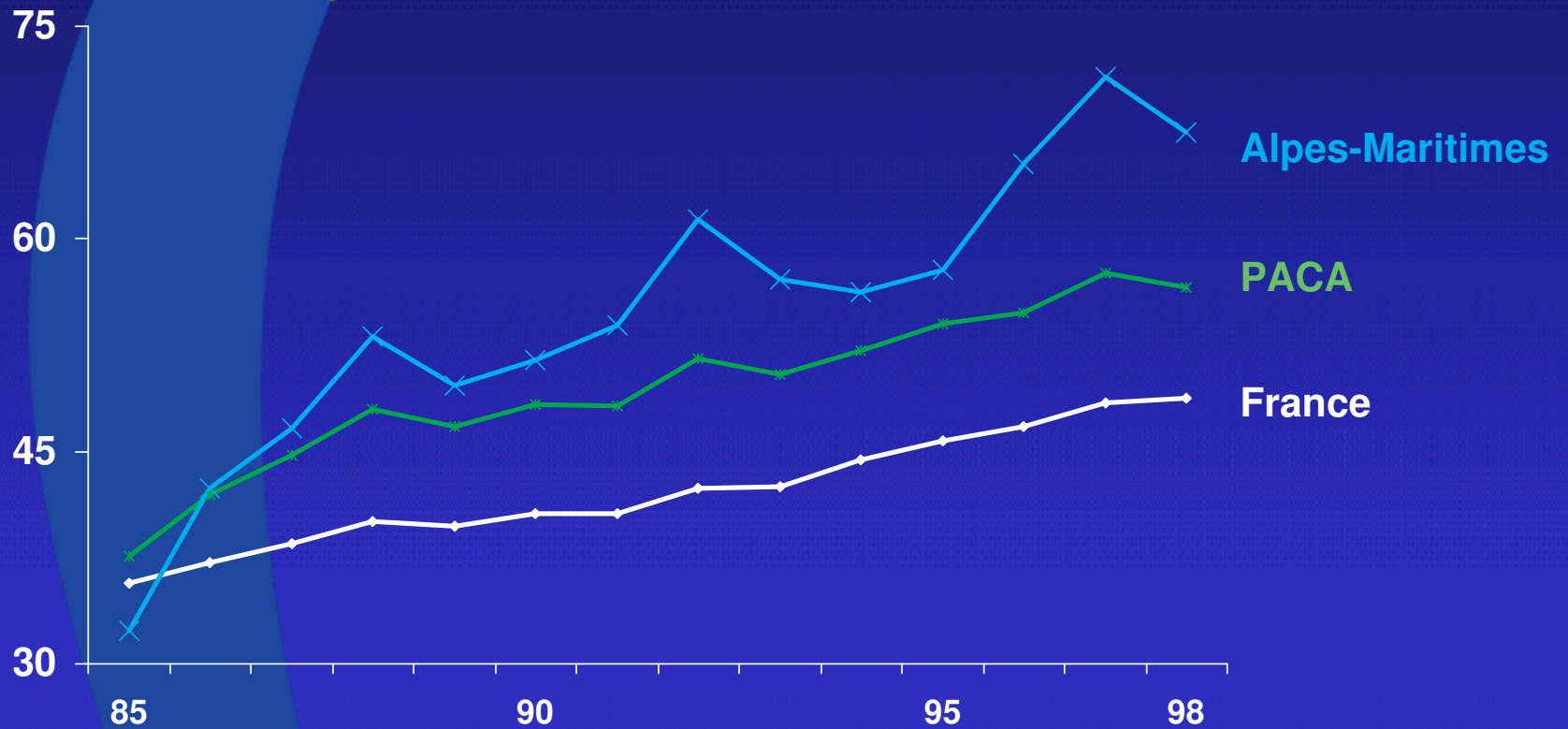


Commentaires

Dans le département, il existe une surmortalité par cancer de 16 % par rapport à la France, qui s'explique par la sur-représentation des personnes âgées. Mais une fois l'effet d'âge levé, en standardisant les données, le département affiche une sous-mortalité par cancer de - 8 % ; encore plus nette pour la mortalité prématurée (- 10 %).

Evolution préoccupante de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes du département

Taux de mortalité féminins par cancer du poumon dans les Alpes-Maritimes, en PACA et en France



Taux comparatifs de mortalité chez les femmes de plus de 65 ans

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

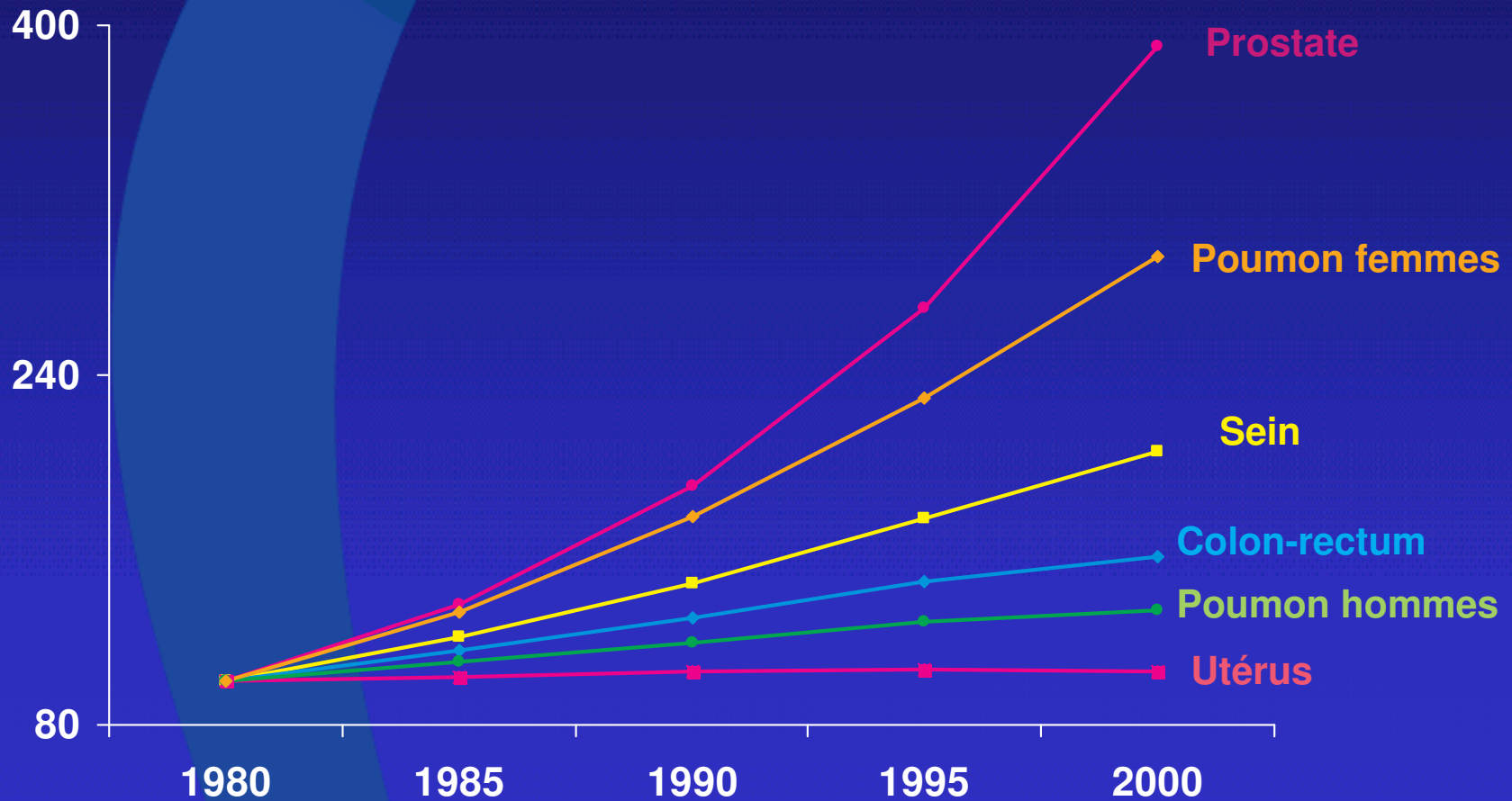


Commentaires

Il subsiste une cause de surmortalité dans le département : le cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes, en excès de 31 % en 1997-1999 par rapport à la France. Cet excès qui existe depuis plusieurs années et tend à s'accroître, se retrouve en région PACA et dans l'ensemble des zones fortement urbanisées de la métropole [Salem, 1999]. Il correspond probablement à une plus forte consommation de tabac chez les femmes dans les zones urbaines.

Evolution défavorable de l'incidence des principaux cancers en région

Evolution des nouveaux cas de cancer en PACA
(Indice 100 en 1980)



Source : FRANCIM



Si la mortalité par tumeur (toutes localisations) tend à diminuer, qu'en est-il de l'incidence? Une réponse directe concernant le département ne peut être obtenue faute d'un enregistrement des cancers dans le département. Pour tenter de répondre à la question, on peut transposer au département la situation de la région. Mais là encore, on ne dispose que d'estimations effectuées par le réseau Francim à partir des autres registres du cancer en France [Remontet, 2003].

L'augmentation la plus importante est observée pour le cancer de la prostate (290 % sur 1980-2000), qui touche majoritairement les sujets âgés (73 % des décès surviennent à partir de 75 ans). Cette augmentation serait due à l'utilisation accrue du dosage de l'antigène spécifique de prostate et à celle des cancers découverts au cours des résections endo-uréthrales de prostate pour adénome. La mortalité par cancer de la prostate a diminué en PACA depuis 1990, mais légèrement augmenté dans les Alpes-Maritimes.

Vient ensuite l'augmentation, presque aussi importante (195 % sur 1980-2000), de l'incidence du cancer du poumon chez les femmes dans la région PACA alors que l'évolution chez les hommes est moins rapide (33 %).

Le nombre de nouveaux cas de cancer du sein a aussi nettement augmenté en région PACA (105 % entre 1980 et 2000), ceci en partie grâce à un meilleur dépistage. Mais la mortalité pour ce cancer a légèrement diminué pendant la même période dans le département, probablement en raison des progrès de la prise en charge.

L'incidence du cancer du colon et du rectum a augmenté plus modérément (57 %) pour les femmes et les hommes entre 1980 et 2000, en région alors que la mortalité a diminué.

Facteurs de risque du cancer et prévention

- **Modifiables au niveau individuel**

- tabac, alcool
- alimentation, obésité
- exposition au soleil
- infections virales
- exercice physique
- hormones exogènes
- vie sexuelle

- **Modifiables au niveau collectif**

- cancérogènes environnementaux
- cancérogènes professionnels

Source : SASCO, 1998



Commentaires

La connaissance des facteurs de risque est indispensable à la mise en place d'une prévention primaire. En France plus d'un quart des décès par cancer serait lié au tabac et plus d'un dixième à l'alcool [Sasco, 1998].

Dépistage des cancers en France :

les objectifs du GTNDO

	Méthode de référence	Population cible	Intervalles de dépistage	Couverture et territoire
Cancer du col de l'utérus	Frottis	Femmes 25-69 ans	3 à 5 ans	80 % tout le territoire
Cancer du sein	Mammographie	Femmes 50-74 ans	2 à 3 ans	60 % tout le territoire
Cancer du colon	Test hémocult	Les 2 sexes 50-74 ans	1 à 2 ans	50 % 20 départements

Source : DGS / GTNDO, 2003



L'objectif du GTNDO est la généralisation de programmes de dépistage performants, notamment concernant les cancers du col de l'utérus et du sein.

Pour le cancer du col de l'utérus, l'objectif est de poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an et d'atteindre une couverture globale pour le dépistage individuel et organisé de 80 %.

Pour le cancer du sein, l'objectif est d'atteindre un taux de participation de 60 % dans tous les départements, mais l'échéance de 5 ans est jugée trop courte pour objectiver une baisse de l'incidence ou de la mortalité, de même que pour le cancer du colon rectum.

Quant à ce dernier, la stratégie repose sur la mise en œuvre d'un dépistage organisé dans 20 départements, avec un objectif de participation de 50 %, en vue d'une généralisation secondaire éventuelle.

La prise en charge des formes familiales pour le cancer du sein et celui du colon rectum fait partie de la stratégie d'action (consultations d'onco-génétique, prescription des tests BRCA 1 et 2 pour le cancer du sein et identification de mutations sur les gènes MMR et du syndrome Hereditary Non Polyposis Colon Cancer, pour le cancer du colon rectum). Enfin, des actions de communication spécifiques doivent être développées envers les populations les moins bien informées.

Le dépistage du cancer du sein dans le département

- 4 campagnes de DO depuis 1989
- Taux de participation des femmes (1^{ère} mammographie)
 - en 1998-99 : 23,4 %
 - en 2000 : 25 %
 - recommandation ANAES (75 %)
- Importance du dépistage individuel
- Comprendre les facteurs d'adhésion ou de résistance au DO



Les Alpes-Maritimes sont un département pilote pour le Dépistage Organisé (DO) du cancer du sein depuis 1989. Les dernières données des campagnes de DO (1998-2000) du cancer du sein, analysées par l'InVS, montrent des taux de participation dans le département inférieurs à la moyenne nationale (38 %), elle même en deçà des recommandations de l'ANAES (75 %) [ORS PACA, 2003c]. Ceci vient en partie d'un taux important de dépistage individuel concomitant (27 % dans les Alpes-Maritimes, APREMAS), mais montre aussi la nécessité de connaître les facteurs d'adhésion et de résistance au DO pour en améliorer la couverture.

Une étude réalisée dans les centres d'examens de santé de Lyon et Chambéry a montré que les femmes qui n'ont pas bénéficié d'une mammographie ont un profil différent des autres : elles sont plus âgées, ont un niveau d'étude moindre, déclarent avoir moins peur du cancer et sont moins suivies en gynécologie [Fontaine, 2001].

Face à ce constat, il est impératif de mieux sensibiliser les médecins généralistes et les gynécologues du département et de communiquer auprès des femmes qui réalisent des dépistages individuels ou qui ne participent pas aux campagnes de DO.

La prise en charge du cancer : de bonnes performances en France

Taux de survie à 5 ans

Position de la France par rapport aux pays européens

Cancer du sein

~80 %

Un des plus élevés parmi les pays d'Europe du Nord, très supérieur aux pays d'Europe du Sud

Cancer du colon

~ 58 % chez les femmes,
~ 56 % chez les hommes

Seules l'Autriche et l'Islande ont un taux supérieur à celui de la France

Cancer du rectum

~77 % à un stade précoce, 35 %
à un stade avancé

Meilleur taux de survie de tous les pays européens

Cancer de la prostate

~ 62 %

Seules l'Allemagne et la Suède ont de meilleurs résultats : 68 % et 65 %

Cancer de la peau

Varie de 96 % à 47%
selon stade diagnostic

Source : DGS / GTNDO, 2003

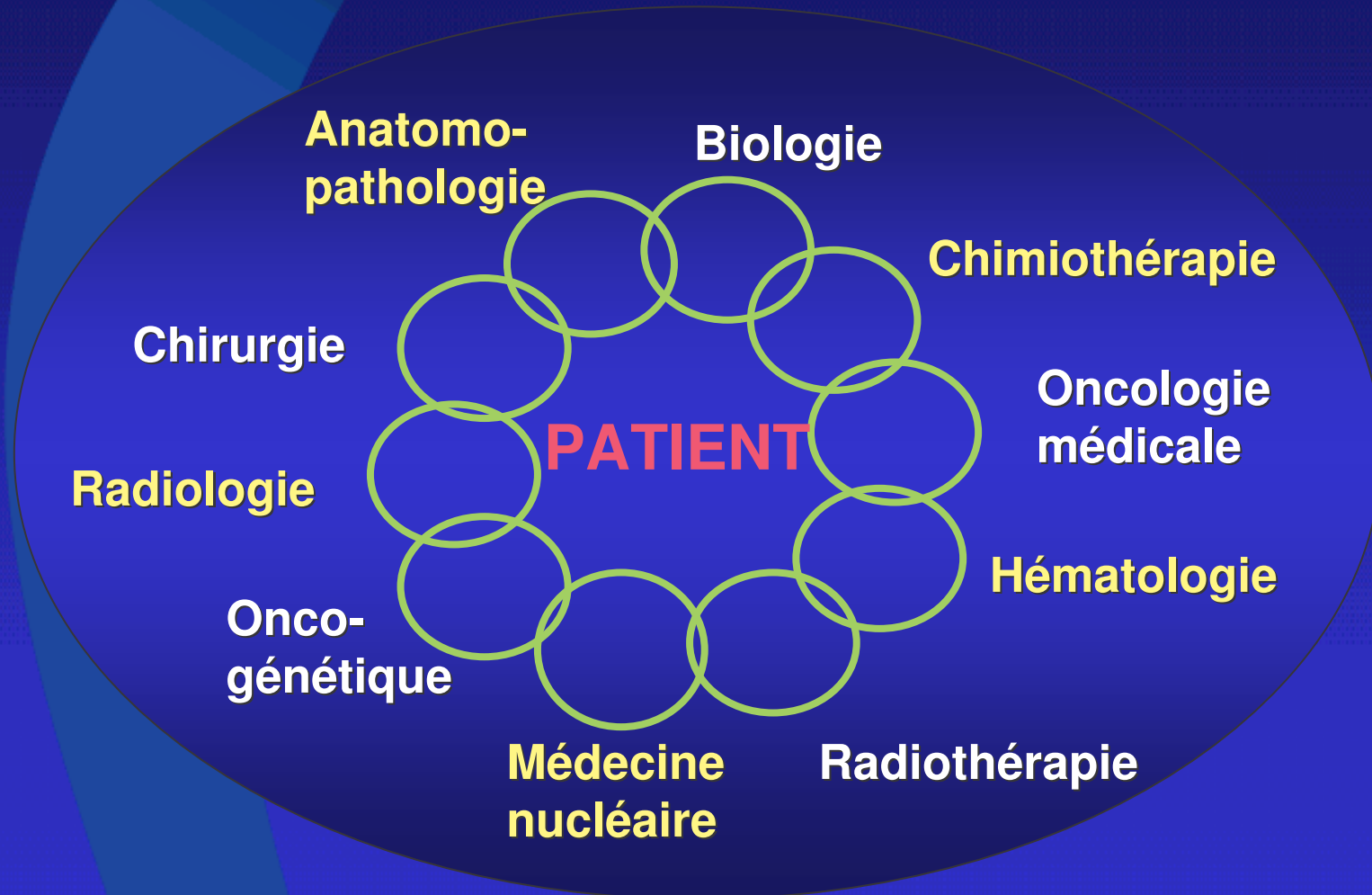


Commentaires

Les performances du système de soins en France, en termes de survie des patients traités pour un cancer, sont globalement bonnes par rapport à nos voisins [GTNDO, 2003]. Mais l'organisation de la prise en charge des cancers en France est une question majeure qui fait débat et soulève plusieurs enjeux.

D'une prise en charge éclatée à une meilleure coordination

Chaîne thérapeutique du cancer



En effet, la prise en charge des cancers, plus que toute autre maladie, est le fruit d'activités multiples et complexes, ayant recours à des compétences variées et nécessitant des ressources importantes. Elle repose sur des séquences diagnostiques et thérapeutiques relevant de différentes spécialités et disciplines, faisant appel à une pluralité d'acteurs à l'hôpital et en ville, régis par des régimes tarifaires souvent différents, lesquels peuvent avoir des effets sur les choix de traitement. Dans ces conditions, un véritable enjeu est de favoriser et améliorer la mise en cohérence et la coordination des contributions des différents acteurs et d'organiser la chaîne thérapeutique du cancer autour du patient.

Une enquête de la Direction Régionale du Service Médical de la CNAMTS (DRSM PACA) a révélé les difficultés de coordination effective des efforts des différents acteurs dans la prise en charge du cancer du sein, lesquelles se traduisent en particulier, par des délais entre mammographie de diagnostic et premier acte thérapeutique, de 40 jours en moyenne, voire de 2 mois pour 15 % des patientes.

La prise en compte des préférences des patientes

Concordance entre choix des patientes et choix des médecins dans la prise en charge du cancer du sein

Traitement effectivement choisi par les patientes		
Traitement prédit par les médecins	Concomitant	Séquentiel
Concomitant	30 (73,2 %)	6 (26,1 %)
Séquentiel	2 (4,9 %)	12 (52,2 %)
Ne sait pas	9 (21,9 %)	5 (21,7 %)
Total	41 (100 %)	23 (100 %)

Source : IPC, Inserm U 379, 1998



Un autre enjeu est l'attention portée aux patients, notamment leur participation aux choix concernant leur traitement. A cet égard, une étude réalisée à l'Institut Paoli Calmette (IPC) à Marseille pour comparer deux options thérapeutiques dans le traitement du cancer du sein, a montré que la représentation que les médecins ont des traitements proposés n'est pas exactement celle des patients et a révélé les difficultés pour les médecins de faire des choix en accord avec l'attente des patientes.

La prise en charge des malades en fin de vie en France

Implication des médecins dans les soins palliatifs selon la spécialité

	Généralistes (n = 502)	Oncologues (n = 217)	Neurologues (n=198)
Formation en soins palliatifs ou en algologie	9 %	18 %	9 %
Dans la prise en charge des patients en fin de vie, se sent :			
- à l'aise	46 %	58 %	23 %
- ni à l'aise, ni mal à l'aise	37 %	34 %	49 %
- mal à l'aise	17 %	8 %	28 %
Informe toujours ses patients en fin de vie compétents :			
- du diagnostic	9 %	17 %	7 %
- des objectifs thérapeutiques	57 %	66 %	47 %

Source : Enquête soins palliatifs, ORS PACA 2002



Enfin, un enjeu essentiel est aussi la prise en charge des patients en fin de vie. Une étude nationale sur les soins palliatifs réalisée en 2002 auprès des médecins généralistes et de différents spécialistes (dont les oncologues) a montré que l'offre de soins palliatifs reste déficitaire en zone rurale [Ben Diane, 2002].

D'autre part, la majorité des médecins n'avait pas été formée pour le traitement de la douleur (1 oncologue sur 5 et 1 généraliste sur 10). Un sentiment de malaise dans le suivi des patients en fin de vie était exprimé par 17 % des généralistes et 8 % des oncologues, malaise plus fréquent chez les médecins n'ayant pas reçu de formation universitaire ou ceux réticents à l'usage de la morphine dans le traitement de la douleur. Le traitement de la douleur reste une question centrale dans la prise en charge des patients en fin de vie.

Dans les Alpes-Maritimes, une unité de soins palliatifs devrait être créée prochainement, ainsi qu'un réseau de soins palliatifs afin d'améliorer la prise en charge des malades en fin de vie et d'assurer la permanence des soins.

Amélioration de la qualité des soins en cancérologie : *recommandations du GTNDO*

- formation en chirurgie cancérologique
- seuils d'activité chirurgicale
- plans de traitement cosignés par le chirurgien, l'oncologue et le radiothérapeute
- cellules de coordination des soins en cancérologie



Le GTNDO fixe 4 objectifs pour l'amélioration de la qualité des soins en cancérologie :

- 1) renforcer la formation des chirurgiens en cancérologie ;*
- 2) respecter une activité minimale par chirurgien et/ou établissement (plusieurs études ayant montré une corrélation très significative entre le nombre d'actes de chirurgie réalisés en cancérologie du sein ou de la prostate et la survie des opérés) ;*
- 3) mettre en place une concertation pluridisciplinaire entre les principaux acteurs du traitement, concrétisée sous la forme de plans de traitements cosignés par le chirurgien, l'oncologue et le radiothérapeute ;*
- 4) enfin, créer des cellules de coordination en cancérologie pour, entre autres, centraliser l'information concernant la prise en charge des patients.*

Des inégalités de santé persistantes en France face à la mort ...

Évolution de la mortalité des hommes en France selon les groupes sociaux de 1975 à 1995

(risque de mortalité par rapport aux cadres)

	1975-80	1982-87	1990-95
Agriculteurs exploitants	1,3	1,2	1,3
Artisans, commerçants	1,4	1,3	1,3
<i>Cadres et professions libérales</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Professions intermédiaires	1,2	1,2	1,3
Employés	2,0	1,9	2,2
Ouvriers qualifiés	1,9	1,8	2,0
Ouvriers non qualifiés	2,6	2,5	2,4

Source : Mesrine, 1999



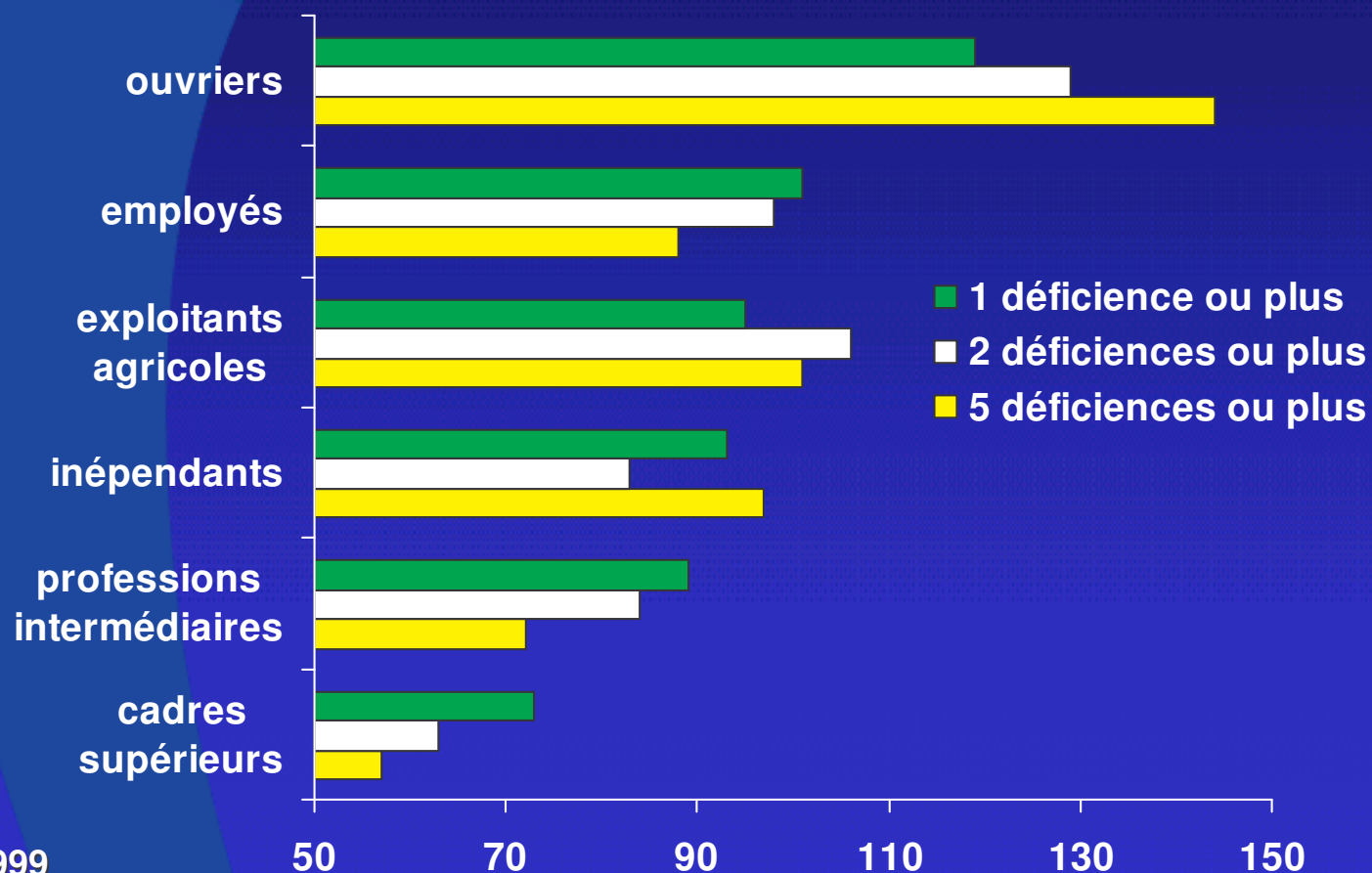
Commentaires

La France est le pays le moins bien placé en Europe de l'ouest concernant les inégalités face à la mort : les ouvriers non qualifiés ont un risque de mortalité deux fois et demi plus important que les cadres et une espérance de vie de 6 ans plus courte, ces écarts persistant depuis les années 70 [Mesrine, 1999].

... et face à la maladie et au handicap

Indice de fréquence des déficiences selon le milieu social, à sexe et âge équivalents (France)

(indices par rapport à la fréquence moyenne)



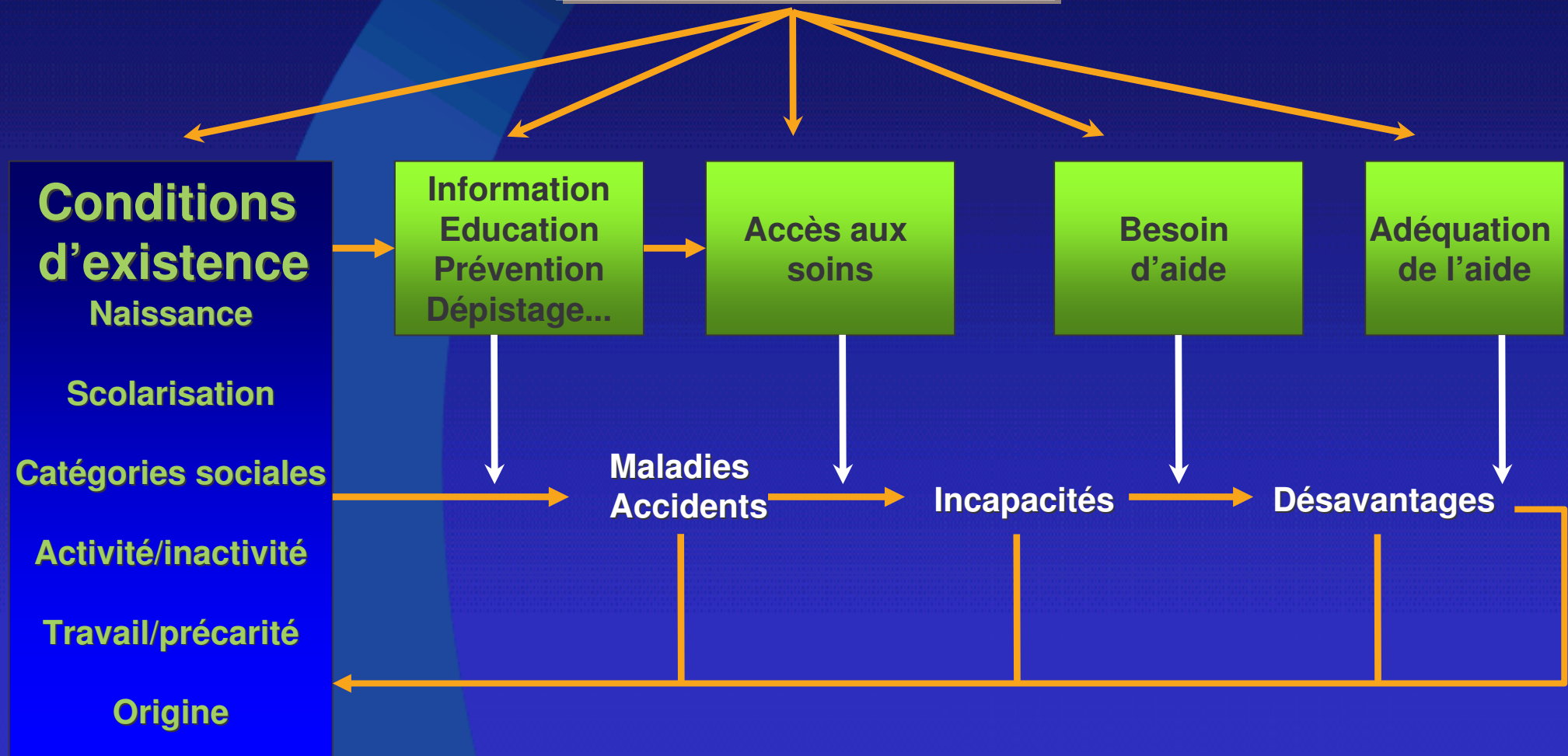
Source : INSEE, HID 1999



Les inégalités existent aussi face à la maladie et au handicap : la proportion de personnes déclarant au moins une déficience est 1,6 fois plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres, après standardisation sur le sexe et l'âge. Un lien existe aussi entre origine sociale et nombre cumulé de déficiences [Mormiche, 2001].

Genèse des inégalités de santé

INEGALITES



La genèse des inégalités de santé est d'abord liée aux conditions d'existence, depuis la naissance à la période d'activité. Elle est aussi liée à l'origine géographique des personnes et aux conditions d'accueil et d'insertion en France des étrangers. Les inégalités se reproduisent ensuite aux différents maillons de la chaîne de causalité qui conduit à la survenue d'une maladie ou d'un accident, puis au handicap (incapacités et désavantages). La suite de cette présentation, illustre, par des exemples, ces différentes étapes.

La précocité des inégalités de santé en France

- **La scolarisation : un facteur potentiel d'accroissement des inégalités de santé**
- **L'intérêt du dépistage des troubles de l'apprentissage chez les enfants de 3-4 ans :**
 - développement d'un nouveau bilan de santé standardisé en PACA pour orienter les médecins de PMI dans le dépistage et le diagnostic des troubles de l'enfant (PRS jeunes, PMI, Hôpital de la Timone, ORS PACA)



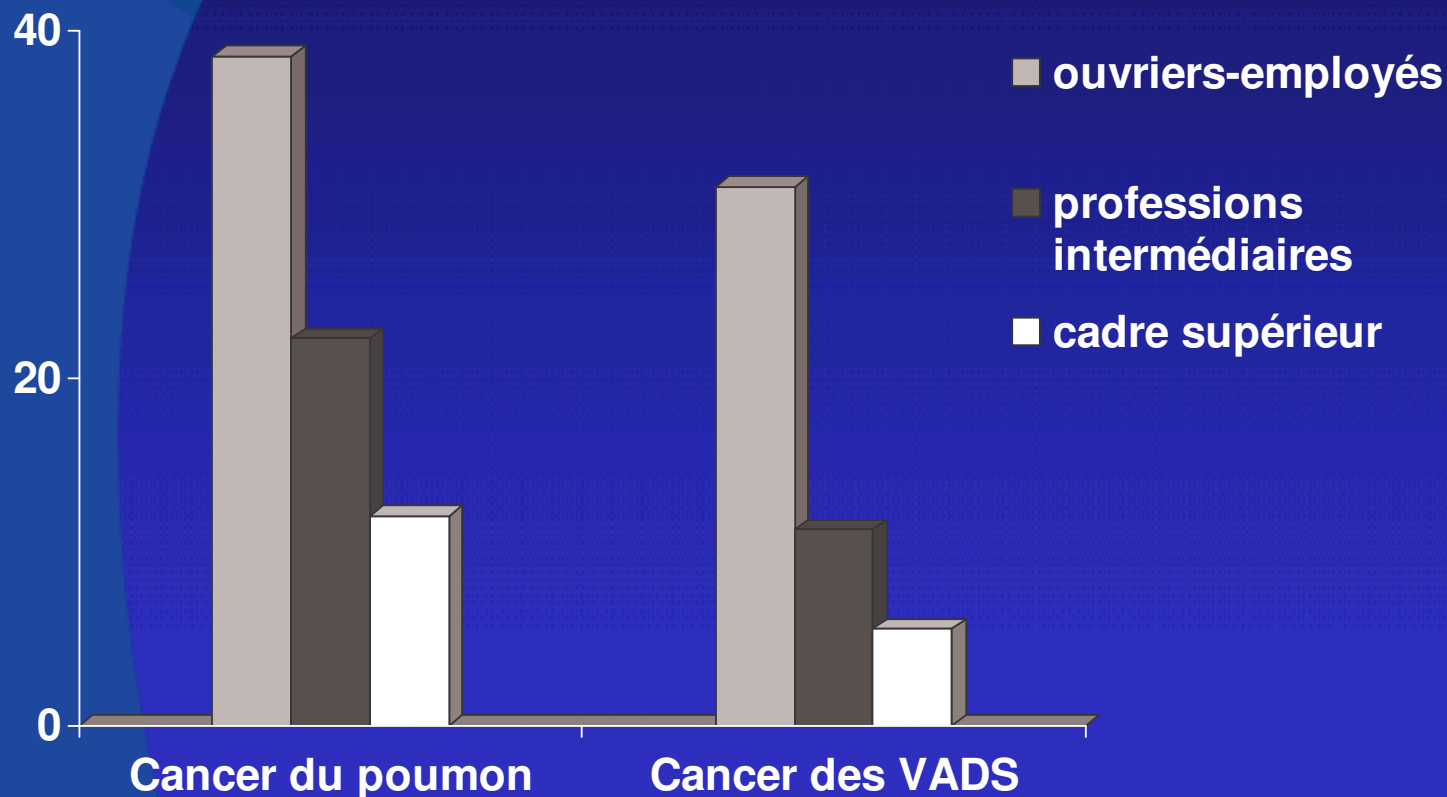
Les inégalités de santé peuvent s'instaurer très tôt dans l'existence, dès la naissance par exemple, comme le montrent les taux de prématurité ou d'hypotrophie supérieurs chez les femmes dont le niveau d'études est faible [HCSP, 2002]. Les expériences de la petite enfance (pauvreté, violence, perte de parent) et les conditions de la scolarisation peuvent augmenter ces inégalités [GTNDO, 2003].

Pour pallier à ces inégalités dès la petite enfance, il est essentiel de repérer les situations de détresse et de dépister les troubles de l'apprentissage (troubles du langage et troubles psychomoteurs) de façon à instaurer une prise en charge précoce et lutter plus efficacement contre l'échec scolaire et ses répercussions chez l'enfant et l'adolescent. Les services de PMI de notre région, le service de neurologie pédiatrique spécialisé dans les troubles de l'apprentissage de la Timone et l'ORS PACA, ont développé un nouveau bilan de santé en maternelle, dans le cadre du PRS " Santé des enfants et des jeunes en PACA ", pour faciliter et harmoniser le dépistage de ces troubles.

Catégories sociales, travail et inégalités de santé en région

Mortalité masculine prématurée par cancer selon le milieu social, en PACA

Taux standardisés
par âge pour
100 000 personnes



Source : INSERM CépiDc 1988-90, exploitation ORS PACA

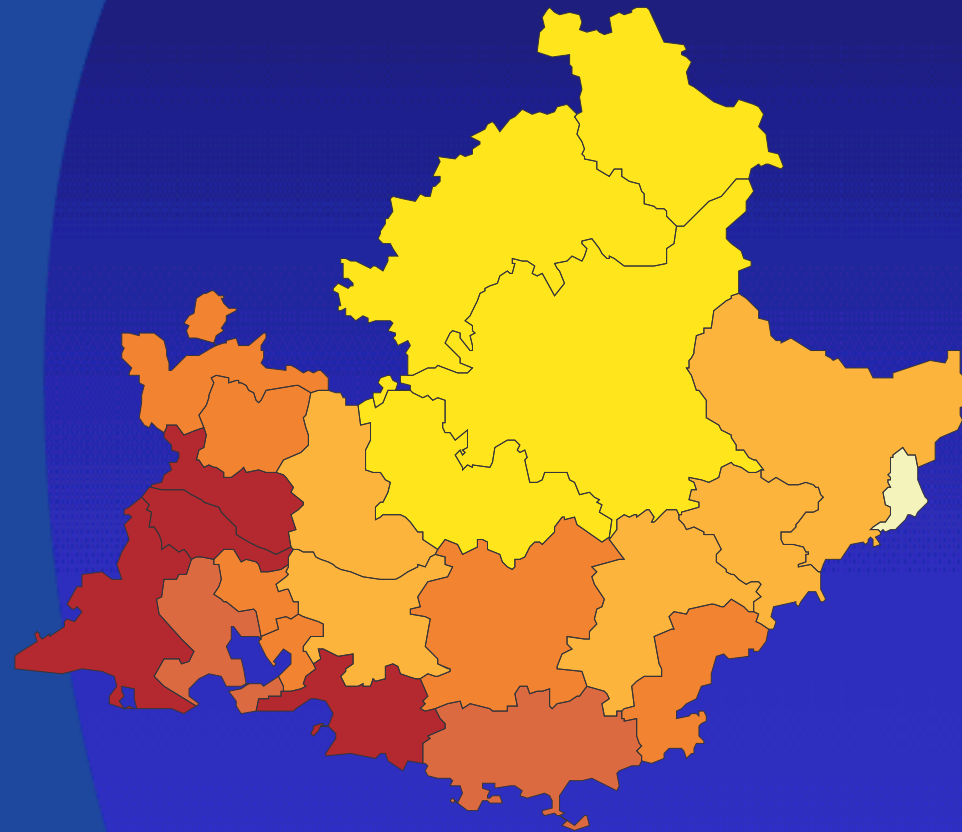


Les inégalités de santé sont fortement associées au travail et à la précarité de l'emploi : plus on descend dans l'échelle sociale, plus les contrats précaires sont fréquents et plus les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles sont élevés [ORS PACA, 2003].

Le chômage est aussi source d'inégalité de santé : le risque de décès chez les chômeurs est trois fois plus important que celui des actifs. Ceci est lié à une morbidité accrue chez les chômeurs mais aussi à une tendance croissante à licencier pour raisons de santé [HCSP, 2002].

Inégalités de santé et territoires

ICM par cancers du poumon chez les hommes par zones d'emploi en PACA
(1988-92)



Source : Salem, 1999



Ces inégalités ont, ce qui est moins étudié, une traduction spatiale. La région présente un clivage est-ouest en terme de mortalité par cancer du poumon chez les hommes, qui s'explique par les disparités sociales et économiques qui marquent notre territoire : à l'ouest les activités industrielles et les parts plus élevées d'ouvriers et de chômeurs, à l'est un secteur tertiaire, des activités de haute technologie et un taux d'encadrement plus importants.

Concernant les Alpes-Maritimes, de forts contrastes existent dans la répartition des Catégories Socio-Professionnelles à l'intérieur du département : les cadres résident principalement dans les communes proches de Sophia-Antipolis tandis que les ouvriers résident plus dans l'arrière pays Niçois, notamment à proximité de la zone industrielle de Carros.

Conditions d'existence et comportements de santé en région

Prévalence de l'usage à risque d'alcool selon certaines situations sociales en PACA



Source : Enquête Médecins généralistes-Alcool, ORS PACA 2002 (n=1810)



Commentaires

Les inégalités devant les conditions d'existence (revenu, emploi, logement, éducation) agissent sur les modes de vie, les comportements et les pratiques à risque. Par exemple, la prévalence de la consommation d'alcool à risque est plus élevée dans les milieux marqués par la précarité [ORS PACA, 2002].

Les inégalités face à l'information : l'exemple du dépistage du cancer du sein en région

Stade au diagnostic de cancer du sein selon le milieu social en PACA
(pourcentage de stade > 2)

Milieu social	Départements	
	Sans DO	Avec DO
	N=294	N=573
Cadres/professions libérales	36,8 %	42,0 %
Professions intermédiaires	57,8 %	44,7 %
Ouvriers/employés/sans professions	58,4 %	55,3 %

DO : Dépistage Organisé

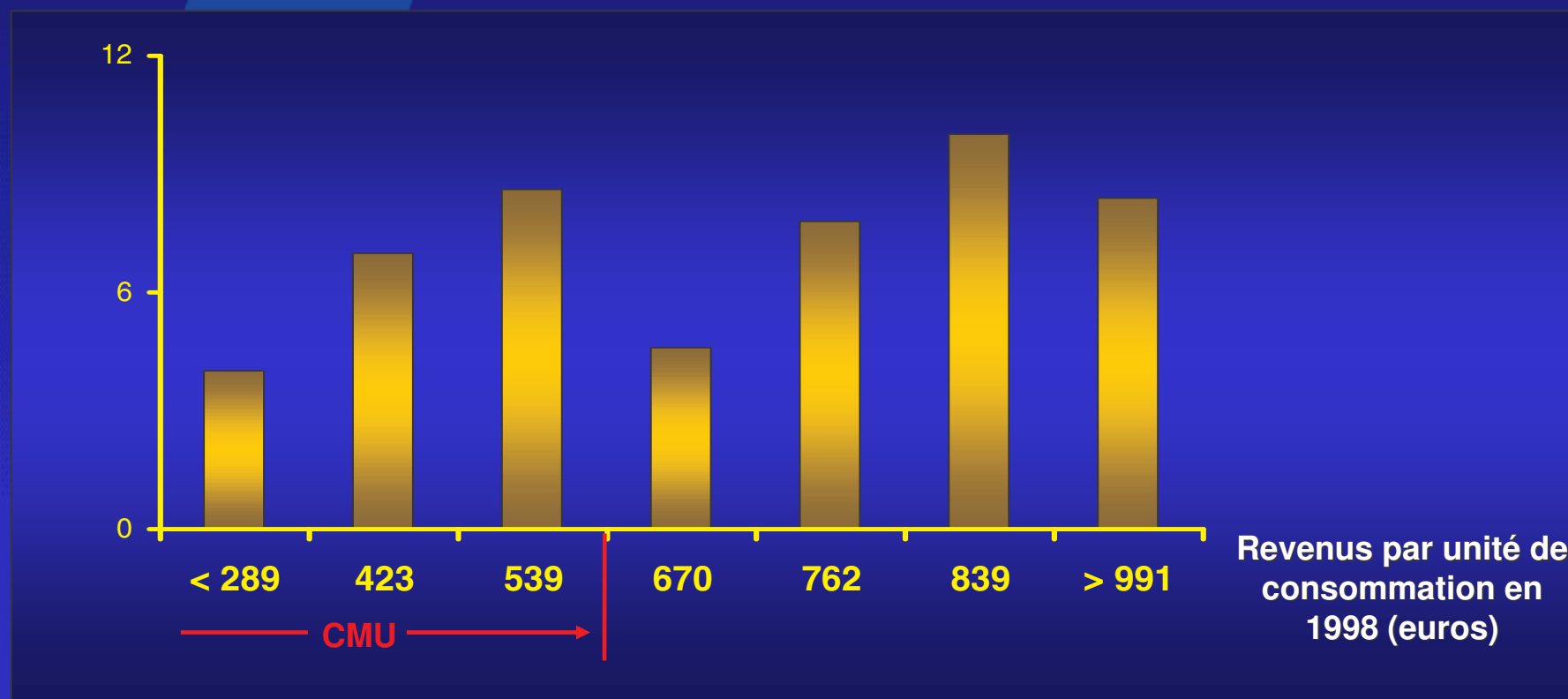
Source : CRAM PACA, 1994, exploitation ORS PACA INSERM u379



L'information sur la santé et la réceptivité vis à vis de celle-ci sont moindres dans les milieux les plus modestes. Par exemple, une enquête initiée en 1994 par la Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance-Maladie PACA a montré que le pourcentage de femmes dont le diagnostic de cancer du sein était fait à un stade plus avancé, était plus important dans les milieux modestes. Ce pourcentage était peu réduit dans les départements où un DO existait. Ce déficit d'information est constaté pour de multiples problèmes notamment les recours à l'antibiothérapie, plus importants dans les milieux défavorisés [Maurin, 2000] ou l'utilisation et l'accès aux moyens de contraception.

Inégalités d'accès aux soins : les effets de seuil liés à la CMU dans le département

Nombre de consultations annuelles moyennes auprès d'un médecin généraliste (Nice, 1998)



Source : Enquête Urgence-Précarité, ORS PACA, 2001 (n = 463)



Les inégalités d'accès aux soins se traduisent de plusieurs façons : le renoncement aux soins chez les personnes en grande précarité peut aggraver les maladies tandis que les difficultés à se soigner ont un retentissement sur la vie sociale et l'intégration.

A cet égard l'instauration de la Couverture Maladie Universelle (CMU) a permis à un certain nombre de personnes en situation de précarité de retrouver des conditions de soins normales, comme le montre une enquête récente au service d'accueil des urgences du CHU de Nice. Une partie des personnes percevant la CMU a un niveau de recours aux médecins généralistes identique aux populations plus favorisées, même si le recours reste plus faible chez les personnes ayant les plus bas revenus. Toutefois on constate que les ménages à revenu immédiatement supérieur au seuil de la CMU consomment significativement moins que la moyenne. En séparant trop radicalement populations bénéficiaires et populations non-bénéficiaires de dispositifs spécifiques, tels que la CMU, on génère des inégalités significatives d'accès aux soins [ORS PACA, 2001].

Des différences existent aussi dans la structure du panier de soins consommés par les individus avec plus de soins hospitaliers (dont des soins d'urgence) chez les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture assurantielle totale [Paraponaris, 2003].

Inégalités d'accès aux soins face à l'immigration : une étude des urgences à Nice

Les déterminants du recours tardifs aux urgences du CHU Nice (1998)

	% recours tardifs	p
Sexe		
hommes	24,6	0,02
femmes	15,4	
Niveau de diplôme		
< bac	23,7	0,01
Bac ou études supérieures	12,7	
Langue maternelle		
français	17,1	0,001
autre	32,4	

Modèle de régression logistique (n= 451)

Source : Enquête Urgence-Précarité, ORS PACA, 2001

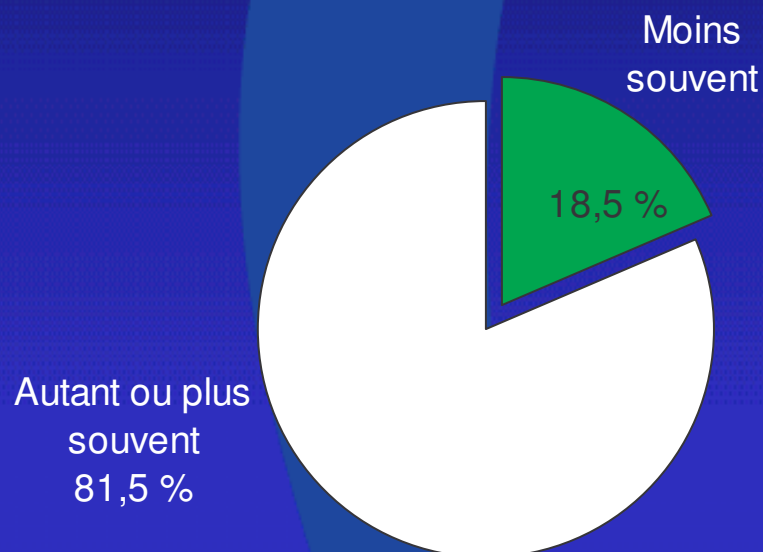


L'immigration peut être aussi source d'inégalités de santé, à la fois par les mécanismes précédents mais aussi, du fait des conditions d'accueil et d'existence en France : par exemple, la grande majorité des cas de saturnisme infantile grave est rencontrée dans les populations étrangères non communautaires, pour l'essentiel africaines. Les étrangers en situation irrégulière en France sont exposés à des risques plus élevés en matière de santé voire à des refus de prise en charge. Des comportements de discrimination en fonction de l'origine constituent une réalité méconnue en France [GTNDO, 2003]. L'étude réalisée auprès des services d'urgence du CHU de Nice en 2001 montre en particulier que les patients dont la langue maternelle n'est pas le français recourent tardivement aux soins 2 fois plus souvent que les autres [ORS PACA, 2001].

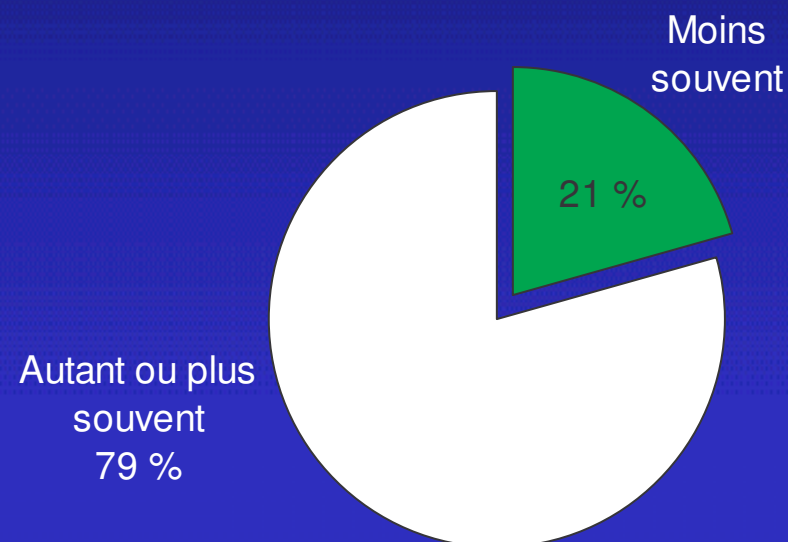
Inégalités de santé et personnes handicapées en région

Dépistage du cancer du sein en médecine générale de ville :
fréquence par rapport aux personnes non handicapées (PACA)

Handicap physique



Handicap mental



Source : Enquête Panel Médecins, URML-ORS PACA 2002, (n=600)



Certaines populations, du fait même de la nature de leur condition de santé, sont confrontées à des inégalités de santé. En région PACA comme dans d'autres pays, certaines pratiques de prévention en médecine de ville sont moins fréquemment réalisées chez les personnes souffrant d'un handicap, surtout lorsqu'il s'agit d'un handicap mental, que chez les autres patients : cela concerne par exemple le dépistage des cancers gynécologiques, mais aussi le suivi de la tension artérielle, la prévention de l'usage d'alcool et du tabac ou de celle relative aux pratiques sexuelles [Aulagnier, 2003].

Facteurs d'inadéquation entre besoin d'aide et aide fournie en France

Déterminants de l'inadéquation au besoin d'aide chez les personnes de 60 ans et plus (France)

	Caractéristiques	Probabilité d'inadéquation
Age	60-102 ans	1,01
Niveau de diplôme	<i>baccalauréat</i>	1
	<BEPC	0,7
	aucun diplôme	0,7
Revenu disponible par individu (euros)	<578	1,5
	578-1156	1,2
	>1156	1
Exonération du ticket modérateur	<i>pas d'exonération</i>	1
	<i>partielle ou totale</i>	1,3
Statut du ménage	<i>vit seul</i>	1
	<i>vit en couple</i>	0,7
	<i>pers. autre que</i>	0,5

Source : INSEE enquête HID, exploitation ORS PACA-INSERM U379



Enfin, en ce qui concerne les dispositifs d'aide pour remédier aux situations de handicap, l'analyse des données de l'enquête HID montre que les besoins d'aide ne sont pas satisfaits chez la moitié des personnes exprimant un besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne. Ces inadéquations entre besoin d'aide et aide fournie sont significativement plus fréquentes chez les personnes ayant de faibles revenus [Davin, 2003b]. Par exemple, les malades atteints d'Alzheimer sont exposés à des inégalités liées aux revenus du sujet qui pourra ou non payer un soutien psychologique, une femme de ménage, une garde à domicile [GTNDO, 2003].

Le vieillissement des aidants informels ainsi que certaines évolutions sociales (accroissement de l'activité féminine, éloignement des enfants...) et l'accroissement annoncé du nombre de personnes âgées dépendantes dans les prochaines années font craindre une augmentation de ces inadéquations ainsi que des inégalités face au handicap.

Précarité et inégalités de santé : *recommandations du GTNDO*

- **Lutter contre la précarité :**
 - politiques de redistribution de la richesse, d'insertion, d'accès au logement plus efficaces
 - lutter contre les inégalités dès l'enfance et l'adolescence
- **Améliorer l'accès aux soins :**
 - renforcer les acquis en terme de droit et de santé
 - soutenir les dynamiques de réseaux et les dispositifs de proximité
 - intégrer des mesures de prévention gratuites pour les populations les plus défavorisées



Les objectifs du GTNDO pour lutter contre les inégalités de santé sont de 2 ordres :

(1) Réduire la précarité et les inégalités en général par des politiques de redistribution plus juste de la richesse, d'insertion plus efficace dans le travail et d'accès plus équitable au logement social mais aussi par des programmes de lutte contre les inégalités dans l'enfance et l'adolescence pour éviter la production et la reproduction des inégalités et de la précarité ;

(2) Améliorer l'accès aux soins pour les populations les plus précaires en renforçant les acquis en terme de droits à la santé (CMU, Aide Médicale d'Etat, permanences d'accès aux soins), en soutenant la création de réseaux de santé et de dispositifs de proximité et en intégrant plus largement des mesures de prévention dans le panier de soins gratuits des catégories précaires [GTNDO, 2003].

Questions soulevées par les objectifs du GTNDO

- **Faisabilité de la réalisation de ces objectifs :**
 - sont-ils atteignables ?
- **Disponibilités des indicateurs au niveau local :**
 - construire des indicateurs pérennes
 - exploiter et valoriser les données administratives existantes
- **Réflexion globale sur les systèmes d'informations**



La lecture des objectifs quantitatifs du GTNDO soulève deux types de question :

1) la première concerne la faisabilité de la réalisation de ces objectifs : sont-ils atteignables ? Pour certains d'entre eux, la réponse découle des comparaisons avec d'autres pays d'Europe qui ont réussi à mettre en œuvre des politiques efficaces, comme nous l'avons vu en matière de prévention des suicides et des accidents de la route ; pour les autres, les objectifs quantifiés définis par le GTNDO constituent à la fois des points de repère vers lesquels il s'agit de s'efforcer de tendre et un moyen d'évaluer l'efficacité relative des programmes mis en œuvre.

2) d'où la seconde question qui concerne les indicateurs épidémiologiques : dans les domaines de la morbidité, bon nombre des indicateurs cités par le GTNDO ne sont pas disponibles au niveau de toutes les régions et a fortiori, au niveau des départements ; le recueil d'indicateurs devrait être pris en compte dans la mise en œuvre de programmes de santé publique ; mais ceci a un coût important, d'autant plus qu'il s'agit de construire des indicateurs pérennes, pouvant être suivis sur de longues périodes. Cette problématique devrait inciter d'abord à une meilleure exploitation et valorisation des données administratives disponibles (par exemple, données de l'assurance maladie, PMSI) et au décloisonnement des logiques de production de ces données, leur rapprochement étant essentiel.

Mais l'on ne peut pas faire l'économie d'une réflexion globale sur les systèmes d'information en santé nécessaires aux niveaux régional et départemental et sur l'optimisation des recueils d'information. Il s'agit de déterminer quels indicateurs sont prioritaires et à quelles échelles géographiques il doivent être recueillis pour suivre les états de santé des populations en tenant compte des contrastes territoriaux : rural/urbain, quartiers spécifiques, bassins d'emplois. Par ailleurs, la mise en œuvre de politiques de santé et leur suivi ne sauraient être articulés exclusivement autour d'indicateurs épidémiologiques : des données et connaissances sont essentielles et encore trop rares sur les comportements, les attitudes, les opinions et les perceptions à la fois des utilisateurs du système de soins et de ses acteurs.

Des enjeux fondamentaux de connaissance et d'action

- Mieux comprendre les barrières à l'adoption de comportements de prévention
- Mieux prendre en compte le point de vue des patients dans les choix thérapeutiques
- Minimiser l'impact de la pathologie sur la qualité de vie et l'insertion professionnelle et sociale
- Analyser la variabilité des pratiques des professionnels et les améliorer
- Améliorer les représentations sociales (cancer, SIDA, affections psychiatriques, handicap...) et l'acceptabilité vis à vis des personnes atteintes



Enfin, certains enjeux paraissent fondamentaux, en termes de connaissance et d'action, dans l'amélioration des politiques de santé publique :

- Mieux comprendre les barrières à l'adoption de comportements de prévention afin de mieux adapter et cibler les contenus et les modalités des interventions ;*
- Mieux prendre en compte le point de vue des patients dans les choix thérapeutiques afin d'améliorer l'impact des traitements sur la qualité de vie et de favoriser des comportements d'observance ;*
- Minimiser l'impact de la pathologie sur la qualité de vie et l'insertion professionnelle et sociale et anticiper les besoins d'aide et de soutien futurs vis-à-vis des personnes handicapées et de leurs proches ;*
- Analyser la variabilité des pratiques des professionnels et en comprendre les déterminants afin de les améliorer au travers des formations et de la diffusion de recommandations de bonnes pratiques ;*
- Améliorer les représentations sociales vis à vis de divers problèmes de santé (cancer, SIDA, affections psychiatriques, toxicomanie, handicap...) et l'acceptabilité des personnes atteintes à la fois vis à vis de la population générale mais aussi vis à vis des professions de santé pouvant être impliquées dans la prise en charge de ces maladies.*

Ces problématiques doivent être confrontées aux réalités de terrain et aux spécificités locales. L'expertise et la connaissance au niveau local sont importantes dans la mise en œuvre des programmes de santé car elles permettent de pratiquer les meilleurs arbitrages entre plusieurs priorités en tenant compte des réalités, des compétences et des initiatives locales.

Bibliographie

- ANAES (1999). “ Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide : recommandations professionnelles ”. Rapport de novembre 1999 ; 44 p.
- ANRS (1998). “Soins et sida : les chiffres clés (6^{ème} édition)” . Ministère de l’emploi et de la solidarité, 1998 ; 79 p.
- Aulagnier M., Pillet C. (2002). “ La région pourrait compter 150 000 personnes âgées dépendantes en 2020 ”. Sud Insee l’Essentiel ; 43.
- Aulagnier M., Gourrheux JC., Paraponaris A., Garnier P., Villani P., Verger P. (2003). “ 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 ”. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique (à paraître, 2003).
- Badeyan G. et al. (2001). “ Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique ”. DREES, Études et Résultats ; 109.
- Bajos N. et al. (2003). “ Contraception : from accessibility to efficiency ”. Human reproduction ; 18 : 994-999.
- Ben Diane MK., Pegliasco H., Galinier A., Lapiana JM., Favre R., Peretti-Watel P., Obadia Y. (2002). “ Prise en charge des malades en fin de vie en médecine générale et spécialisée. Résultats de l’enquête française : Attitudes et pratiques face aux soins palliatifs – 2002 ”. La Presse Médicale ; 32 : 488-492.
- Comité Consultatif de l’Union Européenne sur la prévention du cancer (2001). “ Le dépistage du cancer : recommandations pour l’Union Européenne ”. HCSP, revue ADSP ; 34 : 72-77.
- Conseil Général des Alpes-Maritimes (2001). “ Schéma départemental des équipements pour personnes âgées : orientations 2000-2005 ”. Rapport décembre 2001 ; 51 p.



- Davin B. (2003a). “ Bouches-du-Rhône : 90 500 personnes âgées ont besoin d’aide à domicile ”. Sud Insee l’Essentiel ; 64.
- Davin B., Moatti JP., Paraponaris A. (2003b). “ La dépendance : une estimation des besoins d’aide non satisfaits ”. Risques – Les cahiers de l’assurance ; 55 : 77-86.
- DRASS (2003). “ Statistiques et Indicateurs de la santé et du social : STATISS 2003 ”. DRASS PACA ; 44 p.
- DREES-PMSI (2000). Les motifs de recours à l’hôpital (la morbidité hospitalière) ; (<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/morbid/index.htm>)
- DREES (2003). “ Les médecins : estimations au 1er janvier 2003 ”. Série Statistiques ; 57, 95 p.
- Emeriau JP., Fourrier A., Dartigues JF., Begaud B. (1998). “ Prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées ”. Bull Acad Natl Med ; 182 (7) : 1419-1428.
- Fondation Médéric Alzheimer (2002). “ Recueil d’informations régionalisées sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer et sur l’aide à leurs aidants” Provence-Alpes-Côte d’Azur : synthèse de l’enquête réalisée par l’ORS. Décembre 2002.
- Fondation Médéric Alzheimer (2003). “ Les dispositifs de prise en des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer et d’aide à leurs aidants : 1^{ère} synthèse nationale ” Recensement dans les 22 régions de France métropolitaine et dans les 4 régions d’outre mer. Septembre 2003.
- Fontaine D. (2001). “ Les facteurs d’adhésion et de résistance au dépistage du cancer du sein ” Rapport ORS Rhône Alpes ; 117 p.
- Garel M. et al. (1996). “ Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG itératives : enquête dans 3 centre français ”. Contracept Fertil Sex , 24 : 72-7.



- Grilli R., Minozzi S., Tinazzi A., Labianca R., Sheldon TA., Liberati A. (1998) “ Do specialists do it better? The impact of specialization on the processes and outcomes of care for cancer patients ”. *Ann Oncol* ; 9 : 365-74.
- GTNDO (2003). “ Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique ”. Rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs, Direction Générale de la Santé ; mai 2003.
- HCSP (2002). “ La santé en France 2002 ”. La documentation française : Paris, 410 p.
- INED (1997). “ Statistiques de l’avortement en France : annuaire 1997 ”. 140 p.
- INSEE (2003). “ Alpes-Maritimes : atlas démographique départemental 2003, recensement 1999 ”. 35 p.
- InVS (2002). “ Sida, VIH et IST : état des lieux des données en 2002 ”. Rapport de Novembre 2002 ; 21 p.
- Jeandet-Mengual E. (2002). “ Rapport d’activité du groupe national d’appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 ”. Décembre 2002 ; 50 p.
- Lecadet J. (2003). “ Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données Nationales, 2000 ”. *Revue Médicale de l’Assurance Maladie* ; 34 : 75-84
- Lépine JP., Bouchez S. (1998). “ Epidemiology of depression in the elderly ”. *International Clinical Psychopharmacology* ; 13 : S7-S12.
- Lesage A. (2002). “ Stratégies de prévention du suicide et données récentes sur le traitement de la dépression : quels obstacles ? ” *RESP* ; 50 : 63-66.
- Maurin S., Durant ML., Bevançon F., Dor J., Andréini A. (2000). “ Attitudes, croyances, comportements et pratiques des parents face à une maladie infectieuse bénigne de l’enfant ”. Congrès de la Société Française d’Infectiologie, Nantes, 2000.



- Mesrine A. (1999). “ Les différences de mortalité par milieu social restent fortes ”. *Données Sociales. La société Française* : Paris : INSEE, p228-235.
- Michel E. et al. (2002). “ La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998 ”. *DREES, Etudes et Résultats* ; 153.
- MFPF 13 (2001). “ Numéro vert IVG / Contraception ”. *Rapport d'activité 2001* ; 115 p.
- Mormiche P. (2001). “ Inégalités sociales et handicaps ”. In : *Handicaps-Incapacités-Dépendance : Premier travaux d'exploitation de l'enquête HID - Colloque scientifique, Montpellier 30 novembre-1er décembre 2000*. DREES, Série Etudes, 16 ; juillet 2001, p 195-208.
- Obadia Y., Marimoutou C., Bouhnik AD., Lert F., Dray-Spira R. (2002). “ Les aides apportées aux personnes atteintes par l'infection à VIH-SIDA : une enquête auprès des patients de services de soins en Ile-de-France et en Provence Alpes Côte d'Azur ”. *DREES, Etudes et Résultats* ; 203.
- OFDT (2001). ” Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et cocaïne en France : une étude multicentrique à Lens, Lille, Marseille, Nice et Toulouse ”. *Rapport février 2001* ; 112 p.
- OFDT (2002). “ Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée - ESPAD 1999 - tome I, France ”. *Rapport février 2002* ; 148 p.
- OMS (2001). “ Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé ”. *Organisation Mondiale de la santé* : Genève, 304p.
- ORS Ile-de-France (2001). “ Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-SIDA en France ”. *Rapport décembre 2001* ; 191 p.
- ORS Ile-de-France (2003). “ La consommation de tabac chez les jeunes : données épidémiologiques et prévention ”. *Bulletin de santé n°7* ; 8 p.



- **ORS PACA (2001).** “ Précarité et trajectoires de santé : impact de la CMU dans l'accès et la consommation de soins. Une enquête au service d'accueil des urgences de Nice ”. Rapport final, juin 2001 ; 77 p.
- **ORS PACA (2002).** “ Prévalence de la consommation à risque d'alcool dans la clientèle des médecins généralistes : une enquête régionale ”. In : Le journal des médecins libéraux, URML PACA, Avril 2002 ; 10-13.
- **ORS PACA (2003a).** “ Le suicide et les tentatives de suicide en PACA ”. “ L'adolescence du mal-être au bien-être, Quelles réponses ? ”, colloque Espace Santé Jeunes, Salon-de-Provence, 16-17 octobre 2003.
- **ORS PACA (2003b).** “ Santé, sécurité, conditions de travail : Tableau de Bord régional Provence-Alpes-Côte d'Azur ”. Rapport septembre 2003 ; 27 p.
- **ORS PACA (2003c).** “ Etat des lieux épidémiologiques sur les cancers dus sein, de la prostate, du côlon rectum et de l'utérus dans les Alpes-Maritimes et état des connaissances sur le dépistage de masse de ces cancers ”. Rapport janvier 2003 ; 114 p.
- **Paraponaris A., Obadia Y., Ben Diane MK., Bertrand F., Moatti JP. (2003).** “ Recours aux services d'urgences et comportements de consommation de soins. Enseignements d'une enquête dans un service d'urgence en centre hospitalier régional universitaire ”. Presse Médicale (à paraître, 2003).
- **Remontet L. et al. (2003)** “ Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000 ”. RESP ; 51 : 3-30.
- **Salem G., Rican S., Jouglu E. (1999).** “ Atlas de la santé en France : les causes de décès ” Volume I. Edition John Libbey Eurotext : Paris ; 189 p.
- **Sasco J. (1998).** “ Le rôle du mode de vie et de l'environnement ”. In : HCSP, Revue ADSP, 25 : 27-30.

