

Etats de santé et évolutions en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Note de l'Observatoire Régional de la Santé - ORS Paca

2016

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Des spécificités régionales avec un impact sur la santé de la population | 5 |
| Un état de santé de la population globalement favorable, mais des points appellent la vigilance | 11 |
| Des enjeux de santé publique différents selon les âges de la vie | 19 |
| Notes thématiques | 22 |
| Références | 36 |

Des spécificités régionales avec un impact sur la santé de la population

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur : un territoire contrasté

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur est marquée par une grande diversité de paysages et de reliefs. Elle comprend des zones de haute montagne au nord et à l'est, des reliefs côtiers isolant des plaines littorales et intérieures restreintes et, à l'ouest, des zones de plaine dans la basse vallée du Rhône se terminant par un delta marécageux (la Camargue). Alors que sa bande littorale concentre 90 % de la population et la majeure partie de ses pôles d'activité économique, les zones rurales et alpines connaissent des densités de peuplement très faibles.

La région conjugue à la fois des problématiques de modes de vie urbains (exposition à des risques environnementaux, maladies non transmissibles et infectieuses, mauvaise alimentation, manque d'activité physique...) et celles inhérentes aux territoires isolés (difficultés d'accès aux soins et à la prévention). Ainsi, plus de 82 000 personnes (41 % de la population rurale) se trouvent à plus d'une heure aller-retour des équipements supérieurs, comme les lycées, les hôpitaux ou encore les supermarchés, même en profitant de leurs déplacements domicile-travail pour y accéder.

Une population plus âgée que la moyenne nationale

En 2015, la population régionale compte près de 5 millions d'habitants dont 27,7 % avait 60 ans et plus. La population en région est plus âgée que la moyenne nationale. L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est le 5^{ème} plus élevé de France : il est de 91 en région Paca pour une moyenne nationale de 71,8. Selon l'INSEE, entre 2007 et 2040, le nombre de personnes âgées de 60 et plus augmenterait de 57 % contre 1 % pour les moins de 60 ans. En 2040, il y aurait donc près de 1 900 000 personnes âgées de 60 ans et plus (dont 910 000 personnes de 75 ans et plus) en Paca, qui constitueraient plus du tiers de la population régionale.

Le vieillissement de la population est associé à de multiples enjeux impliquant une adaptation du système de prise en charge aux évolutions des besoins de santé : enjeux médicaux (progression de l'obésité, du diabète, des maladies neurodégénératives, cardiovasculaires et des polyopathologies), socio-économiques (financement individuel, collectif, assurantiel), liés à la perte d'autonomie (personnes ne pouvant plus accomplir seules les activités de la vie quotidienne) et à l'organisation de l'offre de prise en charge (accroissement de la demande de soins et d'aide concomitante d'une diminution de l'offre, en particulier une diminution de l'aide informelle apportée par l'entourage suite à l'augmentation de l'activité professionnelle des femmes, de la distance parents-enfants, au vieillissement et à l'usure prématurée des aidants eux-mêmes...).

Une progression des personnes vivant seules et des familles monoparentales

En 2013, plus de 790 000 personnes (35,7 %) vivaient seules en Paca, dont plus de 200 000 âgées de 75 ans ou plus. Elles étaient particulièrement nombreuses dans les départements des Alpes-Maritimes (38,9 %) et des Hautes-Alpes (36,7 %) et vivaient davantage en milieu urbain qu'en milieu rural. La proportion de personnes vivant seules augmente de façon constante dans la région depuis 1999 (+ 9,8 %), comme en France.

La région Paca comptait en outre plus de 190 000 familles monoparentales comprenant des enfants de moins de 25 ans en 2013, représentant 27 % des ménages, un des taux les plus élevés de France (23 %). Le département des Bouches-du-Rhône (28,6 %) était le plus touché dans la région. Entre 2008 et 2013, le nombre de familles monoparentales s'est accru de 5,8 % en Paca. Les familles monoparentales sont fréquemment touchées par la précarité : 63 % vivent sous le seuil de pauvreté.

Une région marquée par une pauvreté et des inégalités socio-économiques importantes

La région Paca se caractérise par l'importance des bas revenus, et un taux de chômage (14,6 %) supérieur à la moyenne nationale (13,6 %). En 2013, 17,3 % des habitants de Provence-Alpes-Côte d'Azur vivaient sous le seuil de pauvreté, contre 14,5 % en France. La région est la 4^{ème} de France la plus touchée, derrière la Corse (20,2 %), le Languedoc-Roussillon (20,1 %) et le Nord-Pas-de-Calais (19,4 %). Les départements du Vaucluse (20,2 %) et des Bouches-du-Rhône (18,4 %) sont les plus touchés. Les zones de désavantage social (indice élevé) se situent principalement dans les centres urbains tandis que les zones les moins désavantagées se trouvent à la périphérie de ces zones urbaines. Sauf exceptions, les territoires ruraux apparaissent le plus souvent dans une situation intermédiaire. En Paca, la pauvreté a progressé de 9 % dans la région entre 2006 et 2013 (+ 9,8 % en France).

Les écarts de niveau de vie en Provence-Alpes-Côte d'Azur sont parmi les plus importants de France. Le rapport entre les deux déciles extrêmes s'élevait à 6,7 en 2013 en Paca, contre 5,6 en France. Les inégalités sociales les plus marquées sont relevées dans le département des Bouches-du-Rhône (rapport de 8,1 entre les deux déciles extrêmes), alors que le département des Hautes-Alpes est le moins touché (rapport de 4,4). Entre 2010 et 2012, les inégalités se sont légèrement atténuées dans la région (rapport interdécile passé de 6,7 à 6,5), comme en France (pas de variation du rapport interdécile entre 2010 et 2013).

Améliorer la santé des habitants dans les quartiers de la politique de la ville : un enjeu majeur en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

De nombreuses études ont montré que les habitants des quartiers de la politique de la ville sont en moins bonne santé que le reste de la population. Ils sont davantage touchés par certaines pathologies, comme la dépression, le surpoids, l'obésité et le diabète. Ils rencontrent des difficultés importantes d'accès aux soins et sont nombreux à retarder ou à renoncer à se soigner. Améliorer la santé des habitants des quartiers de la politique de la ville constitue ainsi un enjeu majeur de santé publique en France, et plus particulièrement en Paca où les quartiers de la politique de la ville sont nombreux (128, dont 65 dans le département des Bouches-du-Rhône). Un quartier de la politique de la ville de France métropolitaine sur dix se situe dans la région et plus de 500 000 personnes habitent dans

l'un de ces quartiers en Paca, soit un habitant de la région sur dix. Marseille concentre à elle-seule la moitié de ces habitants.

Une région fortement exposée aux risques naturels

La région Paca est une des régions françaises les plus exposées aux risques naturels (inondations, feux de forêt, avalanches, mouvements de terrain, risque sismique). Toutes les communes de la région sont soumises à au moins trois risques et une très grande majorité à l'ensemble d'entre eux. Les départements côtiers sont principalement concernés par le risque de feu de forêt, la vallée du Rhône et la bande côtière par celui d'inondation, les Alpes-Maritimes par le risque de séisme et les secteurs alpins par le risque de mouvement de terrain et d'avalanche.

Entre 1982 et 2014, 91 arrêtés pour catastrophes naturelles ont été pris dans la région. La bande littorale et le Vaucluse en ont enregistré le plus grand nombre, notamment pour causes d'inondation.

En 30 ans (1978-2008), les catastrophes naturelles et climatiques ont causé plus de 400 décès dans la région Paca. Sur cette période, plusieurs événements ont causé la mort d'au moins 20 personnes : inondations de Vaison-la-Romaine en 1992, épisodes de canicule en 1983, 2003 et 2006.

Les conséquences des catastrophes naturelles sont nombreuses, tant sur le plan physique (lésions, intoxications, noyades, maladies respiratoires...) que sur les plans psychologique et social (déclenchement ou aggravation de troubles psychologiques, augmentation de la consommation de médicaments psychotropes...). Ces troubles peuvent persister plusieurs années après l'événement.

La prise en compte des risques naturels dans l'aménagement du territoire est donc devenue incontournable et passe en particulier par une amélioration constante de l'état des connaissances sur les phénomènes naturels (cartographies d'aléas ou de risques, inventaires d'événements, réalisation de scénarios et d'exercices de crise...) et la nécessaire diffusion de ces connaissances auprès des décideurs mais aussi d'un plus large public. Un enjeu particulièrement important est celui de la réduction des vulnérabilités (par exemple, celles entraînées par une dissémination progressive des habitats dispersés dans des zones à haut risque d'incendie) dans un but de réduction des conséquences de ces catastrophes.

Une population largement exposée à la pollution de l'air atmosphérique

L'environnement est l'un des principaux déterminants de la santé individuelle et communautaire. On estime que 22 % des maladies dans le monde et 23 % du nombre total de décès sont attribuables à des facteurs environnementaux.

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur possède de nombreux axes routiers de transit, des aéroports et une forte activité maritime. Elle abrite également l'un des plus gros sites industriels européens, le pôle de Fos/étang de Berre. Ainsi, les sources de pollution sont multiples : transport, industrie, agriculture, logement... Les principales émissions de polluants dans la région sont issues de l'industrie, des transports et du chauffage domestique (bois notamment).

La région Paca est, avec l'Île-de-France et Rhône-Alpes, une des régions où les concentrations moyennes annuelles observées de dioxyde d'azote (NO₂) et de particules fines (PM₁₀) sont les plus élevées. En 2014, la part de la population résidentielle exposée à une concentration annuelle moyenne de dioxyde d'azote (NO₂) supérieure au seuil fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé était la plus élevée (plus de 10 % de la population) dans les communes de Marseille, Nice, Beausoleil et Cap d'Ail (communes à proximité de Nice).

En 2014, la part de la population exposée à une concentration annuelle moyenne de particules fines (PM10) supérieure à la valeur guide fixée par l'Organisation Mondiale de la Santé était supérieure à 85 % dans plus d'1 commune sur 3.

Paca est une des régions d'Europe les plus exposées à la pollution par l'ozone : dans chacune des communes, plus de 90 % de la population est exposée à des niveaux supérieurs à la valeur guide de l'Organisation Mondiale de la Santé plus de 25 jours par an, y compris dans les zones rurales (du fait du transport des masses d'air et/ou d'un plus fort rayonnement ultra-violet). Les populations les plus exposées à la pollution atmosphérique vivent dans les centres urbains, à proximité des grands axes routiers ou des sites industriels. Dans les territoires alpins, les populations sont moins exposées que dans le reste de la région. Cependant, la part du chauffage au bois dans les émissions de microparticules (dont le pouvoir cancérigène est reconnu) y est plus importante qu'ailleurs dans la région Paca.

La qualité de l'air s'est améliorée au cours des vingt dernières années dans la région, seules les concentrations d'ozone stagnent. Cependant, les niveaux de pollution relevés en 2015 sont en légère hausse par rapport aux deux années précédentes, en raison de conditions météorologiques moins favorables à la dispersion des polluants. Ainsi, l'année 2015 marque une « pause » dans cette lente amélioration.

L'environnement domestique : un impact sur la santé au travers de la qualité de l'air intérieur et de la qualité de l'habitat

Les individus passent 70 à 90 % de leur temps dans des espaces clos (habitat, transports...) contenant de nombreux polluants chimiques (migration de polluants extérieurs vers l'air intérieur, chauffage, produits d'entretien, tabagisme...), physiques (fibres, rayonnements non ionisants...) et biologiques (moisissures, acariens...), présentant des risques pour la santé.


En région Paca, les logements anciens représentaient 23,5 % du parc de logements en 2008. On estimait en 2007 à près de 140 000 le nombre de logements potentiellement indignes dans la région (7,5 % des logements). Leur nombre est en baisse de 6,6 % par rapport à 2003. Les logements potentiellement indignes étaient plus nombreux dans les départements des Bouches-du-Rhône (9,5 %), du Vaucluse (9 %) et des Hautes-Alpes (8,4 %).

En 2013, 29 nouveaux cas de saturnisme (intoxication grave par le plomb) ont été enregistrés chez des enfants de moins de 17 ans. Au cours de la même année, 105 épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone (CO) ont été signalés en Paca. Ils ont concerné 255 personnes. Les épisodes sont surtout survenus dans les Bouches-du-Rhône (41 cas signalés). Mais en termes d'incidence, les départements des Alpes-de-Haute-Provence et du Vaucluse ont été les plus concernés. Quarante-cinq pourcents des épisodes d'intoxication au CO sont survenus pendant la saison de chauffe. Après l'augmentation du nombre d'épisodes et d'intoxiqués observée en 2012 dans la région, la situation de l'année 2013 est comparable à celle de l'année précédente.

Le concept de One Health : la santé humaine, la santé animale et la qualité de l'environnement sont liés

Le concept de gestion intégrée de la santé et des écosystèmes (« One World One Health ») s'est progressivement affirmé au niveau international. Selon ce concept, les activités humaines induisant une perte de biodiversité peuvent avoir un impact sur la santé humaine. C'est le cas par exemple de la

modification de l'habitat, de la mondialisation des échanges et du réchauffement climatique, qui ont des impacts, notamment sur les risques de maladies infectieuses.

Un autre enjeu important est celui des antibiorésistances  Voir note thématique 1, qui résultent de la généralisation de l'usage des antibiotiques dans les soins vétérinaires ou humains, voire même dans la nourriture animale (cette pratique a été interdite en 2006). Le même phénomène apparaît avec les résistances aux insecticides qui peuvent mettre en échec le contrôle de certains vecteurs.

Les eaux de surface et les sols peuvent être pollués par des résidus médicamenteux, des médicaments vétérinaires, ou encore par l'épandage dans les champs des boues de stations d'épuration dans lesquelles ces différents résidus peuvent être retrouvés. La présence des résidus médicamenteux dans les eaux destinées à la consommation humaine et les impacts chroniques sur la biodiversité, par exemple en perturbant la reproduction de certaines espèces, sont des préoccupations croissantes majeures.

Le développement des allergies respiratoires a été favorisé non seulement par la pollution de l'air, mais aussi par l'introduction dans les villes de plantes émettrices de pollens. Ce risque n'est souvent pas pris en compte, par méconnaissance, lors d'aménagements de parcs ou d'espaces verts, notamment dans les grandes villes.

Face à ces enjeux, les moyens de surveillance et d'observation des impacts des activités humaines sur la biodiversité et sur la santé doivent être renforcés. Il est également indispensable d'informer et de sensibiliser la population sur ces questions.

Près de 150 000 travailleurs saisonniers en Paca

La région Paca, qui accueille près de 31 millions de touristes chaque année, est la première destination touristique des Français. Elle est la troisième de France métropolitaine comptant le plus d'emplois touristiques, derrière l'Île-de-France et Rhône-Alpes. L'emploi touristique régional est très saisonnier et concentré sur la période estivale : il double pratiquement entre son minimum de janvier et son maximum de juillet.

Entre novembre 2011 et octobre 2012, 174 000 contrats salariés courts et 30 000 missions d'intérim ont été signés en Paca, pour des contrats de 39 jours en moyenne. Les contrats saisonniers courts ont concerné 149 000 personnes et représentaient 1 % du volume de l'emploi régional. Les secteurs de l'hébergement et de la restauration (57,9 %) concentrent la majorité des contrats, loin devant le commerce (12,8 %) et l'agriculture (7 %).

La plupart des travailleurs saisonniers sont peu qualifiés et disposent de faibles revenus. La moitié d'entre eux ne pratiquent pas d'autres activités à côté de leur travail saisonnier et comptent essentiellement sur les offres saisonnières pour subvenir à leurs besoins. Plus d'un travailleur saisonnier sur deux (56 %) est un étudiant ou un jeune sans emploi (56 %), dont le contrat saisonnier est avant tout un «job d'été» dans les secteurs du tourisme ou de l'agriculture.

Le poids de l'emploi salarié saisonnier varie sensiblement selon les territoires. Deux zones d'emplois se distinguent : Briançon et Fréjus-Saint-Raphaël. Dans ces territoires très orientés vers les activités touristiques, l'emploi saisonnier représente respectivement 10 % et 4 % de l'emploi salarié Équivalent Temps Plein (ETP) (contre 1 % en moyenne au niveau régional). Fréjus-Saint-Raphaël est la zone d'emploi de Paca où le volume d'emploi saisonnier est le plus élevé : 2 300 ETP en moyenne sur l'année soit 14 % de l'emploi saisonnier salarié régional.

Les travailleurs saisonniers constituent une population à risque sur le plan de la santé. Ils sont soumis à davantage de risques professionnels de par la nature (restauration, hébergement, agriculture, commerce) et l'intensité de leur activité. Ils font plus souvent l'expérience d'accidents du travail, de gravité souvent importante. Les travailleurs saisonniers et notamment les jeunes sont également plus nombreux à avoir des comportements à risque (consommation d'alcool et de substances psychoactives notamment). Ils rencontrent des difficultés d'accès aux soins, de par leur situation sociale précaire et leur méconnaissance de l'offre locale. Enfin, la forte mobilité de l'emploi et la grande diversité des lieux de travail des saisonniers rendent très difficile le suivi de ces salariés et la traçabilité de leurs expositions aux risques professionnels.

Une fréquence d'accidents du travail plus élevée qu'en France et qui stagne depuis 2012

Les statistiques d'accidents du travail (AT) avec arrêt indiquent un indice de fréquence d'AT supérieur à la moyenne nationale (34 / 1 000 salariés) en région Paca-Corse (37,1 / 1 000 salariés) en 2014. En 2014, 1 193 AT graves (ayant entraîné un taux d'incapacité permanente partielle supérieur ou égal à 10 %) ont été enregistrés dans la région Paca-Corse. Le secteur le plus touché est celui du Bâtiment et Travaux Publics (indice de fréquence des AT graves de 2,2 pour 1 000 salariés). L'indice de fréquence de l'ensemble des AT est stable depuis 2012 en région Paca-Corse, alors que celui des AT graves a diminué (- 18,3 % entre 2012 et 2014).

Entre 2010 et 2014, 13 697 maladies professionnelles (MP) ont été indemnisées en région Paca-Corse dans le régime général selon les statistiques de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Sud-Est. Le taux de MP indemnisées en région Paca-Corse (176,9 / 100 000 salariés) est nettement inférieur à celui observé au niveau national (282,5 / 100 000 salariés). Après avoir augmenté jusqu'en 2011 en Paca comme en France, le nombre de MP indemnisées pour 100 000 salariés est en diminution dans la région.

Les pathologies ostéo-articulaires : premier motif d'indemnisation de maladie professionnelle en région Paca-corse

En 2014, sur les 2 465 MP indemnisées en région Paca-Corse, plus de 3 sur 4 (77,9 %) étaient liées à un trouble musculo-squelettique (TMS, source CARSAT). La part des TMS dans les MP indemnisées a augmenté de 4 % entre 2008 et 2014 dans la région.

Un état de santé de la population globalement favorable, mais des points appellent la vigilance

Une progression de l'espérance de vie, comme en France métropolitaine

L'état de santé en Paca apparaît globalement bon au regard d'indicateurs comme la mortalité standardisée ou l'espérance de vie. En 2014, la région se situait au 4^{ème} rang des régions métropolitaines pour l'espérance de vie à la naissance chez les femmes (85,5 ans) comme chez les hommes (79,7 ans). Si les femmes bénéficient d'une espérance de vie supérieure à celle des hommes, l'écart entre les sexes ne cesse de se réduire, en Paca comme en France. Il était de 7,4 ans en 1999, puis de 6,7 ans en 2004. Il est désormais de 5,8 ans en 2014 dans la région. Au cours des cinq dernières années, l'espérance de vie à la naissance a continué à progresser dans la région au même rythme qu'en France, contribuant au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et d'incapacité fonctionnelle.

Les deux principales causes de mortalité sur la période 2011-2013 dans la région sont les cancers (28,1 % des décès) et les maladies cardiovasculaires (24,8 %). Viennent ensuite les maladies de l'appareil respiratoire (autres que les tumeurs) et les morts violentes (accidents, suicides et autres causes extérieures de décès), qui représentent environ un décès sur quinze. Ces quatre groupes de maladies correspondent à près de deux tiers des décès. Cette structure de décès est relativement stable dans le temps (depuis 2005-2007). On observe toutefois une augmentation récente du poids des maladies respiratoires dans les décès survenus chez les hommes comme chez les femmes, de façon prématurée (avant 65 ans) ou non.

Près de 8 000 décès prématurés chaque année en région Paca

La mortalité prématurée, correspondant aux décès survenus avant l'âge de 65 ans, est un puissant marqueur d'inégalités sociales de santé. En Paca, le niveau de mortalité prématurée continue d'être élevé, malgré une diminution de plus de 30 % en 25 ans, comme en France. Chaque année, près de 8 000 décès surviennent avant l'âge de 65 ans, dont un tiers serait évitable par une réduction de comportements à risques (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses, suicides...). Les trois principales causes de mortalité prématurée sont en Paca, comme en France, les cancers (40,9 %), les traumatismes (15,9 %, dont 6,3 % liés aux suicides et 3,1 % aux accidents de la circulation) et les maladies cardiovasculaires (12,5 %). A noter l'augmentation récente de la part des tumeurs et des maladies cardiovasculaires dans les décès prématurés féminins.

Cette vision d'ensemble souligne les bons résultats de la région mais tend à gommer les disparités territoriales de mortalité. Ainsi, la mortalité prématurée apparaît plus élevée dans certaines zones situées aux extrémités ouest et est de la région et dans l'arrière-pays entre Barcelonnette et Draguignan, ainsi que dans les arrondissements du nord et du centre de la commune de Marseille.

Les maladies chroniques : un enjeu majeur de santé en termes de mortalité et morbidité

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les maladies chroniques sont à l'origine de 87 % de l'ensemble des décès en France en 2014. On observe en Paca comme en France une augmentation importante de la prévalence des maladies chroniques. Du fait de l'allongement de l'espérance de vie mais aussi des progrès de la médecine et des changements de mode de vie (alimentation, activité physique notamment), il y aura de plus en plus de personnes vivant de nombreuses années avec une maladie chronique.

Ces maladies représentent un réel défi pour l'avenir du système de santé et la société : prise en charge des personnes souffrant de ces maladies, avec souvent des multimorbidités (coexistence d'au moins deux maladies chroniques), avec une exigence de qualité (risques liés à la iatrogénie, aux prescriptions inadaptées...) ; prévention tertiaire des complications tout en préservant la qualité de vie ; du point de vue économique, défi pour le système d'assurance maladie ; maintien dans l'emploi pour les personnes d'âge actif en particulier.

Les cancers : première cause de mortalité en région Paca

 Voir note thématique 2

Les cancers constituent la première cause de mortalité et de mortalité prématurée en Paca. En 2014, 223 000 personnes ont été prises en charge dans la région pour un cancer actif ou sous surveillance. Les cancers les plus fréquents sont, toutes classes d'âge confondues, et par ordre décroissant, les cancers de la prostate, du poumon et du colon-rectum chez les hommes et les cancers du sein, du colon-rectum et du poumon chez les femmes. L'âge médian au diagnostic est estimé à 68 ans chez l'homme et à 67 ans chez la femme. La probabilité de décéder d'un cancer est 3,5 fois plus élevée chez les ouvriers et les employés (taux de 61,6 pour 100 000) que les cadres supérieurs (17,4 pour 100 000) dans la région en 2004-2013. Les inégalités de mortalité par cancers entre ces catégories socio-professionnelles se sont creusées dans la région depuis 2000.

Les cancers – considérés dans leur ensemble – sont caractérisés par une augmentation de leur incidence et une diminution de leur mortalité sur la période 1980-2012, en Paca comme en France. Cette évolution s'explique par l'amélioration des traitements et par l'effet combiné de la diminution d'incidence des cancers de mauvais pronostic et l'augmentation d'incidence des cancers de meilleur pronostic, cette augmentation étant liée, en partie, à des modifications des pratiques médicales qui entraînent des diagnostics plus précoces, mais aussi du surdiagnostic, c'est-à-dire le diagnostic de très petites tumeurs très peu évolutives qui n'auraient pas fait parler d'elles.

Une participation au dépistage organisé du cancer du sein 30 % inférieure à la moyenne nationale et en baisse dans la région

Le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme. Il a causé en moyenne 900 décès par an dans la région sur la période 2009-2013, soit un taux de mortalité de 26 décès pour 100 000 femmes, inférieur à la moyenne nationale (29,4 décès / 100 000 habitants). Après une augmentation pendant 25 ans, l'incidence du cancer du sein est en baisse en France depuis 2005. La mortalité liée à ce cancer est également en baisse, davantage en Paca (- 18,5 % entre 2000 et 2009) qu'en France (-11,9 %).

Le cancer du sein est un cancer de très bon pronostic, et le diagnostic à un stade de plus en plus précoce en améliore la survie. En 2013-2014, 36,4 % des femmes âgées de 50-74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer du sein en Paca, mais seulement 24,4 % des bénéficiaires de la CMUC (24,4 %). En prenant en compte le dépistage individuel par mammographie, on arrive à une participation de 60,2 % dans la région et de 49,2 % chez les bénéficiaires de la CMUC. La participation au dépistage organisé en Paca est de 30 % inférieure à la moyenne nationale (52,1 %) et est en baisse constante depuis 2008 dans la région (- 4,3 % entre 2008 et 2014), comme en France.

Une augmentation de la mortalité par cancer de la peau

Comme en France, les taux standardisés de mortalité par cancer de la peau sont en hausse en Paca (+ 8,7 % depuis 2000), pour les hommes comme pour les femmes. Le mélanome cutané est une des tumeurs dont l'incidence a le plus augmenté ces dernières années en France, puisqu'elle a plus que triplé entre 1980 et 2005. Ceci s'expliquerait par l'évolution des habitudes d'exposition au soleil ainsi qu'aux UV artificiels au cours des quarante dernières années.

Depuis 2004, des campagnes nationales de prévention encouragent la population à limiter leur exposition au soleil entre midi et 16h, porter des vêtements de protection et à utiliser de la crème solaire. Plusieurs études ont montré que les personnes de faible statut socio-économique adhèrent moins à ces recommandations et les appliquent moins que les personnes plus favorisées et connaissent moins les facteurs de risque de cancers.

Une augmentation de 30 % de la mortalité féminine par cancer du poumon dans la région

Sur la période 2009-2013, 2 649 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'un cancer du poumon en Paca, soit un taux comparatif de mortalité de 43,8 pour 100 000 habitants, proche de la moyenne nationale (44,4 décès / 100 000 habitants).

En 2011-2013, les taux standardisés de mortalité par cancer du poumon sont en hausse pour les femmes (+34,7 %) alors qu'ils diminuent pour les hommes (-13,1 %) dans la région. Cette spécificité de la hausse de la mortalité chez les femmes est en rapport avec une consommation de tabac chez les femmes de la région supérieure à la moyenne nationale.

Près de 12 000 décès par an liés à une maladie cardiovasculaire

Les maladies cardiovasculaires constituent une cause majeure de mortalité et de handicap. En 2014, 337 500 personnes ont été prises en charges en Paca pour une maladie cardiovasculaire, soit un taux standardisé de 69,8 pour 1 000 habitants. Sur la période 2009-2013, près de 12 000 personnes sont décédées en moyenne par an d'une maladie de l'appareil circulatoire en Paca, dont près de la moitié (46,9 %) d'une cardiopathie ischémique (23,4 %). Le taux de mortalité par maladies cardiovasculaires dans la région Paca (180,6 décès / 100 000 habitants) est inférieur à la moyenne nationale (198,3 / 100 000) sur la période 2009-2013. Il a diminué de 30 % en 15 ans dans la région, comme en France. L'amélioration de la prévention primaire et secondaire mais également de la prise en charge des patients lors de la phase aiguë ont largement contribué à cette diminution qui s'inscrit dans une tendance à la baisse plus ancienne.

Une explosion des infarctus du myocarde chez les femmes

Les cardiopathies ischémiques, dont l'infarctus du myocarde (communément appelé crise cardiaque) constituent la première cause d'années de vie perdues en France. Ces pathologies sont une cause importante de morbidité, de recours aux soins et de mortalité et ont un retentissement important sur la qualité de vie des patients. Environ 120 000 infarctus du myocarde sont répertoriés en France chaque année. Environ 10 % des victimes décèdent dans l'heure qui suit et le taux de mortalité à un an est de 15 %. En Paca, 2 685 décès liés à une cardiopathie ischémique ont été enregistrés en moyenne chaque année sur la période 2009-2013.

La population concernée par les infarctus du myocarde évolue. Les femmes jeunes (âgées de moins de 60 ans) sont notamment de plus en plus touchées. En 2010, 25 % des femmes âgées de moins de 60 ans ont déjà fait un infarctus alors qu'elles n'étaient que 10 % en 1995. La principale cause de l'augmentation du nombre de cas est l'augmentation du tabagisme féminin, notamment en Paca.

Une prévalence particulièrement élevée de diabète chez les personnes de faible statut socioéconomique

Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'obésité et le manque d'activité physique font partie des éléments favorisant le développement du diabète. En 2014, on estimait à 5,7 % la prévalence standardisée du diabète traité chez les assurés âgés de 20 ans ou plus en Paca, soit près de 190 000 personnes. Cette prévalence, proche de la moyenne nationale, est relativement stable depuis 5 ans dans la région. Les hommes sont plus touchés que les femmes par cette pathologie (7 vs 4,7 %). La prévalence du diabète (de type 2) est plus élevée parmi les populations de niveau socio-économique moins favorisé, notamment en raison de la forte prévalence de l'obésité parmi celles-ci. Certains territoires, comme le pourtour de l'étang de Berre, l'ouest du Vaucluse ou le centre des Alpes de Haute-Provence, sont particulièrement touchés.

Les complications du diabète sont fréquentes et graves (infarctus du myocarde, cécité et autres complications ophtalmologiques, insuffisance rénale chronique terminale, amputation d'un membre inférieur, mal perforant plantaire). Toutefois, elles peuvent être retardées voire évitées grâce à un contrôle strict de la maladie. Des recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge du diabète de type 2 ont été publiées et actualisées par la Société Francophone du Diabète, la Haute autorité de santé et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Elles s'accordent à préconiser, entre autres, la surveillance biologique de l'équilibre glycémique par un dosage systématique trois à quatre fois par an de l'hémoglobine glyquée (HbA1c), le dépistage tous les 1 ou 2 ans de la rétinopathie diabétique par un fond d'œil, ou encore la prescription d'une statine pour les patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire quel que soit le niveau de LDL (cholestérolémie). En 2014, parmi les personnes traitées pour un diabète dans la région Paca, près de 9 sur 10 (88,5 %) ont effectué un dosage de la créatininémie, 1 sur 2 (49,9 %) a réalisé 3 dosages d'hémoglobine glyquée, 1 sur 3 (35 %) un électrocardiogramme et moins d'1 sur 4 (21,4 %) a effectué un fond d'œil.

Une prévalence de l'obésité en hausse chez les adultes et qui se stabilise chez les enfants et les adolescents

Le surpoids et l'obésité augmentent, à moyen ou long terme, les risques de maladies cardiovasculaires et endocriniennes. Présents dès l'enfance ou l'adolescence, ils perdurent souvent à l'âge adulte.

Outre ces conséquences métaboliques, le surpoids et l'obésité ont un impact psychosocial et peuvent notamment être source de mal-être et d'isolement chez l'enfant et l'adolescent.

En 2012, 11,7 % des adultes âgés de 18 ans ou plus étaient obèses en Paca, proportion similaire à la moyenne française (11,9 %). La prévalence de l'obésité augmente régulièrement avec l'âge. Il existe une relation inversement proportionnelle entre niveau de revenus du foyer et prévalence de l'obésité. L'obésité chez les adultes a progressé de 76 % entre 1997 et 2012 en France. Entre 2009 et 2012, l'augmentation de la prévalence de l'obésité se poursuit mais avec une tendance significative à la décélération.

D'après l'enquête nationale de santé réalisée en milieu scolaire, 8,7 % des élèves scolarisés en grande section de maternelle (5-6 ans) en 2012-2013 étaient en surpoids et 3,5 % obèses en France. Les enquêtes réalisées en 2007-2008 auprès des classes de CM2 et des adolescents des classes de 3e (2008-2009) rapportent que respectivement 14,8 % des élèves de CM2 et 13,7 % des élèves de 3e étaient en surpoids et que l'obésité concernait respectivement 4,0 % et 3,9 % d'entre eux. Ces enquêtes mettent en évidence de fortes inégalités sociales, la prévalence de l'obésité étant presque 4 fois plus élevée parmi les enfants dont le père est ouvrier (4,5 %) que parmi ceux dont le père est cadre (1,2 %). Pour les trois groupes d'âges, les enquêtes menées au cours des 15 dernières années témoignent d'une stabilisation du surpoids et de l'obésité pour les enfants et adolescents des classes de CM2 et 3e et d'un recul significatif du surpoids entre 2000 et 2006 pour les plus jeunes (grandes sections de maternelle).

Une augmentation récente de la mortalité par maladies respiratoires

Les maladies respiratoires comme l'asthme, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), les fibroses pulmonaires, représentent par leur fréquence un véritable problème de santé publique. Certaines de ces affections, comme l'asthme et la BPCO, sont en augmentation constante ces dernières années. Les raisons à l'origine de l'augmentation de la prévalence de ces maladies ne sont pas parfaitement élucidées, mais des facteurs à la fois personnels et/ou liés à l'environnement jouent un rôle essentiel dans leur genèse.

En Paca, environ 250 000 personnes ont été prises en charge pour une maladie respiratoire chronique (hors mucoviscidose) en 2014. Sur la période 2009-2013, 3 097 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'une pathologie respiratoire en Paca, soit un taux comparatif de 48,1 / 100 000 habitants, chiffre proche de la moyenne nationale (France métropolitaine : 49,1 / 100 000). Après une baisse continue depuis les années 2000, le niveau de mortalité par pathologies respiratoires est de nouveau en augmentation dans la région depuis 2007, chez les hommes comme chez les femmes.

Un adulte sur six en état de souffrance psychologique

Au niveau mondial, l'Organisation Mondiale de la Santé considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au XXI^e siècle relèvent de la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs. Les troubles psychiatriques sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide, de handicaps et d'incapacités lourds ainsi que d'une qualité de vie détériorée pour les personnes atteintes et leurs proches.

En 2014, près de 163 000 personnes ont été prises en charge pour une maladie psychiatrique dans la région Paca (36,1 personnes prises en charge/ 1 000 habitants), soit le 2^e taux standardisé le plus élevé de France derrière la Corse (France métropolitaine : 32,4 / 1 000).


D'après les données du Baromètre Santé 2010, plus de 15 % des personnes interrogées âgées de 15 à 85 ans présentaient une souffrance psychologique dans les 4 semaines précédant l'enquête et près de 8 % un épisode dépressif caractérisé dans les 12 mois précédant l'enquête en Paca. Comme en France, un risque plus élevé de présenter une souffrance psychologique, un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année ou encore un comportement suicidaire au cours de la vie était observé en Paca chez les employés et les professions intermédiaires pour les femmes et chez les ouvriers pour les hommes, par rapport aux cadres.

Une personne sur vingt environ a déclaré avoir déjà tenté de mettre fin à ses jours au moins une fois au cours de sa vie, et parmi celles-ci, près d'une sur trois a récidivé. Le suicide représente la deuxième cause de mortalité prématurée évitable en Paca, avec environ 750 décès par an, dont un tiers concerne des personnes âgées de 65 ans ou plus et 1 sur 5 des jeunes âgés de 15-34 ans. La mortalité par suicide des femmes reste plus élevée en Paca qu'en France, mais est en baisse dans la région depuis le début des années 2000.

Une augmentation des décès liés aux accidents de la vie courante chez les personnes âgées

Les accidents de la route constituent la première cause de décès chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans et la première cause de décès au travail en France. Ils peuvent en outre engendrer des séquelles cognitives ou physiques importantes, avec des niveaux de handicap plus ou moins prononcés.

En 2014, 7 400 accidents corporels de la circulation routière ont eu lieu en Paca, entraînant 4 000 blessés graves et 337 décès. Ces chiffres font de la région Paca la plus accidentogène de France métropolitaine. Le taux de victimes reste plus élevé en Paca (651 blessés hospitalisés pour 1 000 000 habitants) qu'en France métropolitaine (412 pour 1 000 000) en 2013, les Hautes-Alpes et le Vaucluse enregistrant des taux plus faibles que les autres départements. La région Paca fait également partie des régions les plus meurtrières pour les jeunes âgés de 18 à 24 ans (mortalité rapportée au nombre de jeunes de la région). Le nombre d'accidents, de blessés et de tués est en baisse dans la région comme en France depuis plusieurs années.

A ces accidents de la route s'ajoutent les accidents de la vie courante. En région, ces accidents ont été à l'origine de 1 800 décès en moyenne par an entre 2009 et 2013. Ils concernaient plus de 3 fois sur 4 une personne âgée de 65 ans ou plus. La mortalité par accidents de la vie courante chez les personnes âgées est en augmentation dans la région depuis 2007, contrairement à la France. Les chutes constituent la principale cause de décès domestique au sein de cette classe d'âge. Les principaux facteurs de risque, comme l'ostéoporose, la sédentarité, la dénutrition, la consommation de benzodiazépines, ou l'isolement social augmentent avec l'âge  Voir note thématique 3.

Paca, 2^e région de France en nombre de découvertes de séropositivité

En 2014, Paca était la 2^{ème} région derrière l'Île de France avec le plus fort taux de personnes ayant découvert leur séropositivité (109 pour 1 000 000 d'habitants). Ce taux est en hausse par rapport à 2008 (+ 29,8 %). Le département des Alpes-Maritimes est particulièrement touché, avec un taux quasiment deux fois supérieur (199 pour 1 000 000 d'habitants) à la moyenne régionale. La part des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes parmi les nouveaux cas d'infections à VIH déclarés en Paca continue d'augmenter, passant de 40 % en 2003 à 49 % en 2008 et à 58% en 2014 : c'est devenu le principal mode de contamination en région Paca. Vingt pour cent des patients

diagnostiqués séropositifs en région Paca en 2014 avaient également une infection sexuellement transmissible au moment du diagnostic.

En 2014, 128 cas de Sida ont été comptabilisés dans la région. Après avoir baissé de façon constante entre 2003 à 2010, ce nombre n'est plus en régression. Le taux de diagnostic de Sida (corrigé pour les délais de déclaration et la sous-déclaration) est en région Paca de 26 pour 1 000 000 d'habitants et est supérieur au taux national de 18 pour 1 000 000 d'habitants.

La mise à disposition d'outils de prévention innovants, comme la prophylaxie pré-exposition (PrEP), peut contribuer à faire reculer l'épidémie de VIH. La PrEP est un traitement préventif qui consiste en la prise de Truvada®, médicament contre le VIH, pour empêcher la contamination par le virus de personnes séronégatives. Après la démonstration de son efficacité dans les essais thérapeutiques, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et les experts français ont recommandé la PrEP pour les personnes les plus exposées au VIH et qui n'ont pas une utilisation systématique du préservatif. La PrEP est autorisée et remboursée à 100 % en France depuis novembre 2015, mais ne peut être prescrite que par un médecin et dans certaines structures.

Une forte prévalence d'hépatite C en région Paca

 Voir note thématique 4

Les infections par les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) constituent un enjeu important de santé publique du fait de leur gravité potentielle (évolution vers la cirrhose ou le cancer primitif du foie). La France fait partie des pays de faible endémie pour l'infection par le VHB et le VHC, c'est-à-dire où la prévalence de ces deux infections est inférieure à 2 % (prévalence estimée à 0,65 % pour le VHB et 0,53 % pour le VHC en population générale métropolitaine adulte en 2004).

La région Paca est la région française qui présente la plus forte prévalence de VHC (1 %). En 2013, 88 personnes sont décédées d'une hépatite virale en Paca. La mortalité par hépatites virales est globalement en baisse dans la région entre 2008 et 2013 (- 38,9 %). Cependant, on observe une augmentation récente de la mortalité par hépatites virales chez les hommes (2,4 décès pour 100 000 hommes en 2013 contre 2,1 en 2010).

Une progression du moustique tigre qui augmente les risques de maladies infectieuses

L'expansion des maladies à transmission vectorielle découle aujourd'hui principalement de l'intensification et de la mondialisation des échanges de biens et des mouvements de personnes. Les interactions de l'homme avec son environnement, ainsi que les changements climatiques représentent également des facteurs de propagation de ces maladies.

La région est particulièrement concernée par le risque d'émergence ou d'extension de certaines pathologies infectieuses dont les vecteurs sont déjà présents sur le pourtour méditerranéen. Le moustique *Aedes albopictus*, plus connu sous le nom de « moustique tigre », est un vecteur qui peut notamment transmettre les virus de la dengue, du chikungunya et zika. Quelques cas autochtones de dengue et de chikungunya ont été observés à partir de 2010 dans la région (aucun en 2016).

Le nombre de cas importés est pour sa part plus élevé : 37 de dengue, 4 de chikungunya et 88 de zika en 2016. Les conditions climatiques, l'urbanisation importante et le développement des axes routiers sur le littoral méditerranéen sont des facteurs favorables à l'extension de l'implantation de ce moustique à tout le sud de la France.

Une couverture vaccinale plus faible qu'en France, pour certains vaccins

 Voir note thématique 5

La vaccination est un des outils majeurs de santé publique en matière de prévention. Mais la politique vaccinale traverse une crise de confiance dans la population générale, laquelle est confrontée à une multiplication des controverses sur différents vaccins : une partie de la population semble plus préoccupée par les risques potentiels liés aux vaccins que par les maladies que ces vaccins permettent de prévenir. Cette crise se traduit, entre autres, par une baisse de couverture vaccinale pouvant amener à une résurgence des maladies à prévention vaccinale. Tel a été le cas pour la rougeole dont une épidémie sans précédent depuis plusieurs dizaines d'années s'est produite en Europe. Avec plus de 23 000 cas déclarés entre 2008 et 2012, la France est le pays qui a été le plus touché par cette épidémie. La région Paca a été particulièrement affectée, avec 2 500 cas en 2011, dont plus de 20 % ont nécessité une hospitalisation.

En 2011, la couverture vaccinale était très élevée dans la région comme en France pour les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (99 % pour 3 doses à l'âge de 24 mois), la coqueluche (98 % pour 3 doses), le pneumocoque (86 % pour 2 doses + rappel) et l'*Haemophilus influenzae* de type b (97 % pour 3 doses). Par contre, les objectifs de couverture vaccinale sont loin d'être atteints concernant certaines vaccinations : par exemple, en 2011 en Paca, 64 % des enfants âgés de 24 mois avaient reçu deux doses de vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), alors que l'objectif est fixé à 80 %, et 64 % avaient reçu 3 doses de vaccin contre l'hépatite B, alors que la couverture au niveau national pour ce vaccin était de 74 %. Le constat est encore moins bon pour le vaccin contre les infections à papillomavirus humain (HPV) : en 2007-2009, seulement 16 % des filles de 14-16 ans avaient reçu trois doses de vaccin (pour la France, le taux de couverture s'élevait à 31 % à l'âge de 16 ans en 2012). Quant à la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la couverture en 2012 était plus faible en Paca qu'en France (48 % et 53 % respectivement). La couverture pour ce vaccin ne cesse de baisser depuis la campagne de vaccination de masse contre la grippe pandémique A/H1N1 en 2009 : l'écart entre la couverture de 2008 et celle de 2012 est actuellement d'environ dix points de pourcentage.

Des enjeux de santé publique différents selon les âges de la vie

La santé des enfants : agir précocement pour lutter contre la production ou la reproduction des inégalités sociales de santé

La petite enfance et l'enfance constituent des étapes de la vie cruciales pour la formation de la santé du futur adulte mais aussi des périodes critiques pour la formation et l'ancrage des inégalités de santé. Les premières phases du développement et de l'éducation influençant la santé de l'individu tout au long de sa vie, il est impératif d'agir sur la petite enfance pour lutter contre la production ou la reproduction des inégalités sociales de santé. La prévention et le dépistage précoce des troubles chez les enfants est essentiel et de ce fait, il est important de maintenir les bilans de santé réalisés à l'école.

Parmi les enfants de 3,5 ans à 4,5 ans examinés en 2009-2010 par les services de Protection Maternelle et Infantile de la région, les médecins des villes de Cannes, Nice et Antibes (Enquête EvalMater), 4 % étaient à orienter selon le médecin pour un trouble physique (problème de poids, de coeur...), 10,5 % pour un trouble visuel, 9,1 % pour un trouble auditif, 5,2 % pour un problème buccodentaire et 3,3 % pour un trouble du comportement. Les prévalences des troubles qui nécessitaient une orientation de l'enfant vers un spécialiste variaient significativement d'un département à l'autre. Certaines de ces différences s'expliquent en partie par des pratiques de dépistage différentes du fait de l'utilisation de tests différents (en particulier pour les examens visuel et auditif). D'après les données de cette enquête, chez les enfants de 4 ans à 4,5 ans, 13 % des enfants étaient à surveiller et 7,7 % étaient à orienter vers un spécialiste pour un trouble du langage, alors que 10,8 % des enfants étaient à surveiller pour un trouble psychomoteur et 1,8 % étaient à orienter vers un spécialiste.

En 2014, 45,1 % des enfants âgés de 6 ans ont bénéficié d'un bilan de prévention buccodentaire ou d'une visite chez le dentiste. Ce chiffre est en constante augmentation dans la région ces 5 dernières années (+ 4,2 % depuis 2009).

Des comportements de santé défavorables à la santé fréquents chez les jeunes

En 2013, 837 965 jeunes âgés de 15 à 29 ans ont été comptabilisés en Paca (16,9 % de la population). La région compte moins de jeunes que la moyenne nationale (18 %) et en perd depuis 1999 (-8,9 %). Au regard des jeunes des autres régions, les jeunes de Provence-Alpes-Côte d'Azur sont moins qualifiés, davantage touchés par le chômage (31,4 % des 15-24 ans, contre 28,3 % en France) et la pauvreté (17,3 % des moins de 30 ans, contre 14,5 % en France métropolitaine).

En moyenne, 569 jeunes âgés de 15-34 ans sont décédés chaque année en Paca sur la période 2009-2013. La mortalité des jeunes est en baisse continue depuis 10 ans dans la région, comme en France. Les décès des 15-34 ans sont marqués par la prédominance des morts violentes telles que les accidents de la route (122 décès en moyenne chaque année) et les suicides (91 décès en moyenne chaque année) sur la période 2009-2013. La mortalité par traumatismes des jeunes de 15 à 24 ans est d'ailleurs significativement plus élevée qu'en France métropolitaine (+ 9 % sur 2003– 2005).

Le Baromètre santé nutrition 2008 montre que les jeunes de 18 à 34 ans s'alimentent de façon moins équilibrée que leurs aînés. La prévalence de l'obésité chez les jeunes de 18 ans est passée de 6,8 % en 1997 à 11,7 % en 2012 en Paca.

En 2014, 10 % des jeunes de 17 ans ont déclaré un usage d'alcool régulier (≥ 10 fois par mois) dans la région, contre 12 % en France, une consommation en augmentation par rapport à 2008 (8 %). Les ivresses répétées (≥ 3 fois dans l'année), qui constituent un déterminant de problèmes comportementaux et sociaux sévères, apparaissent en légère baisse chez les garçons passant de 29 % en 2008 à 27 % en 2014 et chez les filles de 18 % en 2008 à 16 % en 2014. A l'adolescence, les habitudes de consommation de tabac des garçons et des filles de 17 ans sont peu différenciées. En Paca, entre 2011 et 2014, l'usage quotidien du tabac a diminué de 34 % à 30 % chez les garçons (33 % en France en 2014) mais il a augmenté de 34 % à 35 % chez les filles (30 % en France en 2014). Chez les jeunes de 17 ans, l'usage de cannabis dans le mois est significativement supérieur à celui constaté en France (30 % versus 26 %).

Les jeunes connaissent aussi des difficultés liées à la sexualité, avec notamment un recours à l'IVG fréquent chez les adolescentes. En 2013, Paca était la région de France métropolitaine avec le taux annuel d'IVG le plus élevé de France métropolitaine, chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (22,3 IVG pour 1 000 femmes versus 15,3 ‰ en France métropolitaine), comme chez les mineures (13,1 ‰ contre 10,5 ‰). Depuis 2007, Paca est la région métropolitaine qui a le plus fort taux de recours à l'IVG.

Environ 60 000 personnes concernées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée dans la région

 Voir note thématique 6

En 2014, 86 % des personnes âgées de 65 ans ou plus se déclaraient en bonne ou assez bonne santé en Paca, comme en France. Environ 1 sur 2 (52 %) a déclaré avoir un problème de santé chronique et plus d'1 sur 3 être limitée dans les activités de la vie quotidienne (plus d'1 sur 2 chez les personnes âgées de 75 ans ou plus).

On estime à environ 30 000 le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en Paca en 2013 (et le nombre de personnes atteintes de ces maladies mais non diagnostiquées est probablement nettement plus élevé), soit 37,1 cas pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus : il s'agit de la 2^{ème} région la plus touchée en France derrière l'Île de France. Si l'on prend en compte les membres de la famille ou de l'entourage qui soutiennent leurs parents malades, on peut doubler le nombre de personnes concernées par ces affections.

Les personnes âgées présentent fréquemment des troubles de santé mentale, qui peuvent par exemple être en lien avec le vieillissement (perte d'autonomie, douleurs chroniques, problèmes de santé...) ou leurs conditions de vie. En 2010, environ une personne âgée de 65-85 ans sur six (14,3 %) présentait une souffrance psychologique dans la région (France : 16,7 %). Un quart des

65-85 ans interrogés (25,1 %) ont déclaré avoir consommé des médicaments psychotropes au cours de l'année, davantage que pour les autres classes d'âge. Sur la période 2009-2013, 250 personnes âgées de 65 ans ou plus se sont suicidées en moyenne chaque année dans la région, représentant un tiers de l'ensemble des décès par suicide. Les troubles anxieux et 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, et donc, ils sont sous-diagnostiqués.

Notes thématiques

Note thématique 1 : consommation et résistances aux antibiotiques

L'antibiorésistance ne connaît ni frontière ni barrière d'espèces, qu'elles soient bactériennes ou animales. C'est un phénomène complexe du fait de la diversité des acteurs impliqués et des multiples influences qui s'exercent, y compris dans l'environnement, pour concourir à l'expansion de ce phénomène. Elle illustre bien le concept « One World, One Health » qui veut souligner les interdépendances entre santé humaine et animale et environnement.

Première cause de mortalité en France en 1945, les maladies infectieuses ne sont plus aujourd'hui responsables que de 2 % des décès en France, grâce au développement de la vaccination et à celui des antibiotiques. Cependant, l'utilisation massive et répétée des antibiotiques en santé humaine et animale génère progressivement une augmentation des résistances bactériennes. Chaque nouvelle génération d'antibiotiques a vu apparaître des mécanismes de résistance lui correspondant. L'usage non maîtrisé des antibiotiques contribue à la diffusion de bactéries résistantes. Ainsi, une étude de Santé Publique France a estimé le poids des infections à bactéries multirésistantes en 2012 à 158 000 et le nombre de décès à 12 000.

Consommation d'antibiotiques en France en 2015 et depuis dix ans.

Plus de 90 % des antibiotiques sont consommés en médecine de ville et 7 % en établissements de santé. En ville, la consommation d'antibiotiques s'élevait à 28,9 doses pour 1 000 habitants et par jour en 2005 et à 29,9 doses pour 1 000 habitants et par jour en 2015, soit une légère augmentation. Toutefois, le chiffre de consommation pour 2015 est inférieur à celui observé au début des années 2000. Comparativement, la France fait partie des pays européens les plus consommateurs : elle occupait le troisième rang en 2014, derrière la Grèce et la Roumanie. Les données régionales disponibles en 2015 montrent d'importantes disparités : > 32 doses pour 1 000 habitants et par jour dans les Haut de France, entre 30 et 32 doses en région Paca et entre 24 et 26 doses en Pays de la Loire.

Concernant les profils de consommation selon les antibiotiques, en ville, l'amoxicilline représente 37 % des antibiotiques consommés, l'association amoxicilline-acide clavulanique 24 %, les tétracyclines, 11 % et les fluoroquinolones et les céphalosporines de 3^{ème} ou 4^{ème} génération, chacune un peu plus de 5 %. Entre 2005 et 2015, la consommation des pénicillines en ville a augmenté de plus de 30 % tandis qu'elle a baissé pour les autres classes d'antibiotiques, la baisse la plus notable (- 26 %) concernant les fluoroquinolones.

En établissements de santé (public et privé), la consommation d'antibiotiques s'établissait à 2,4 doses pour 1 000 habitants et par jour en 2005 et à 2,2 doses pour 1 000 habitants et par jour en 2015, soit une consommation stable. Rapportée au nombre de journées d'hospitalisation, la consommation moyenne était en 2015 de 383 doses pour 1 000 journées d'hospitalisation, mais avec des variations très importantes selon la spécialité d'hospitalisation (par exemple, 1 522 en réanimation, 611 en médecine, 593 en chirurgie, 61 en soins de longue durée). Là encore, des variations régionales existent : moins de 330 doses en moyenne pour 1 000 journées d'hospitalisation en Bretagne et Pays de la Loire et entre 375 et 400 doses en région Paca (mais l'échantillon y était inférieur à 2/3 des lits de la région).

Concernant les profils de consommation selon les antibiotiques, en établissements de santé, l'amoxicilline représente 18 % de la consommation d'antibiotiques, l'association amoxicilline-acide clavulanique 34 %, les quinolones 11 % et les céphalosporines de 3^{ème} et 4^{ème} générations près de 9 %.

Résistances aux antibiotiques

En ville, la résistance à la pénicilline et aux macrolides chez le pneumocoque est en diminution quasi constante depuis dix ans : proportions parmi les souches isolées lors d'infections invasives de 41 % en 2005 à 23 % en 2015 pour les pénicillines et de 39 % en 2005 à 22 % en 2015 pour les macrolides.

La proportion de staphylocoques dorés résistants à la méticilline (SARM) est stable depuis dix ans. Une partie des prélèvements est effectuée dans des établissements pour personnes âgées, ce qui contribue probablement à une surestimation de la proportion de ces germes chez les patients hors collectivités.

Par contre, une augmentation de la résistance aux céphalosporines de 3^{ème} génération chez E. Coli (une entérobactérie) de 1 % en 2006 à 4 % en 2013 a été observée, ce qui reflète la dissémination de ces bactéries résistantes hors de l'hôpital. Des disparités modérées existent entre les régions : c'est en région Paca que la proportion d'E.Coli BLSE (résistants car producteurs de Bêta-Lactamase à Spectre Etendu) isolés lors d'infections urinaires en ville en 2016 est la plus élevée (de 5 à 6 %), le taux le plus faible étant enregistré en Bretagne (0,1 à 1 %). Toutefois, les comparaisons régionales sont d'interprétation difficile car la fréquence des infections, des types de microorganismes en cause et les pratiques de diagnostic et de prescription peuvent varier.

En établissements de santé, la proportion de SARM parmi les souches isolées lors d'infections invasives diminue régulièrement en France depuis dix ans. Par contre, les résistances aux céphalosporines de 3^{ème} génération chez E.Coli ont régulièrement augmenté de 1,4 % en 2005 à 12 % en 2015, parmi les souches isolées lors d'infections invasives. Cette tendance est observée aussi dans d'autres pays européens. Des disparités régionales existent : les niveaux d'incidence d'E.Coli BLSE (isolées lors de prélèvements à visée diagnostique) sont les plus élevés en région Paca (> 0,4 %), les taux les plus bas étant observés en Pays de la Loire et dans la région Centre (\leq 0,1 %). Ces deux régions ont d'ailleurs des niveaux de consommation d'antibiotiques et de résistance aux antibiotiques plus bas que ceux de la plupart des autres régions.

Des résistances émergentes sources d'impasses thérapeutiques ?

Les entérobactéries productrices de carbapénémases sont hautement résistantes aux antibiotiques et émergentes : elles sont résistantes à la classe des carbapénèmes qui sont des traitements de dernier recours et font partie de la liste des antibiotiques dite « critique » de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Une surveillance a été mise en place afin de suivre cette émergence et elle montre une nette augmentation depuis 2011 avec 2 385 épisodes de ces infections (un épisode peut toucher plusieurs personnes) signalées à Santé Publique France (plus de 1 000 en région Paca). La diffusion de ces résistances reste limitée en France alors que dans certains pays du sud de l'Europe la proportion de ces résistances dépasse 30 %.

En conclusion

La consommation d'antibiotiques en France reste élevée, malgré les actions entreprises depuis le début des années 2000 et augmente en ville. Des pistes de progrès sont exposées dans le plan d'alerte sur les antibiotiques et le programme national de prévention des infections nosocomiales : rationalisation des durées de traitement, mieux adapter les traitements aux types d'infections et la bactérie responsable, lorsqu'elle est identifiée, aides à la prescription et la non-prescription, formation des professionnels de santé et adaptation des ressources et organisations notamment pour le diagnostic.

(Source : Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable. Rapport Anses, ANSM et Santé Publique France de novembre 2016)

Note thématique 2 : Nouveaux enjeux de la cancérologie

Depuis 2004, le cancer est devenu la 1^{ère} cause de mortalité chez l'adulte en France. Son incidence est en augmentation : il touche actuellement plus de 350 000 nouveaux patients par an contre environ 170 000 en 1980. Cependant, avec l'amélioration des traitements et le dépistage précoce de certains cancers, la mortalité liée au cancer a diminué. L'incidence croissante du cancer a suscité l'engagement des pouvoirs publics et la mise en œuvre de trois « Plans Cancer » pilotés par l'Institut National du Cancer (INCA). Le dernier en date (2014-2019) a défini un certain nombre d'actions principalement autour de la prévention, du dépistage précoce, de la qualité et de la sécurité des prises en charge, de la formation des professionnels, de la coordination ville-hôpital, de la préservation de la qualité de vie chez les « survivants » et de la lutte contre les inégalités d'accès à tous les niveaux.

Évolutions des thérapeutiques

Dans l'étude « UNICANCER : Quelle prise en charge des cancers en 2020 ? » sont décrites les évolutions des thérapeutiques considérées comme les plus structurantes pour le développement de la cancérologie d'ici 2020 :

- ▶ **Le développement de la chirurgie ambulatoire** : on estime que le nombre de séjours devrait plus que doubler dans les prochaines années. Elle devrait représenter en particulier la moitié de la chirurgie du cancer du sein.
- ▶ **Le développement de la radiothérapie hypofractionnée**. On estime que la réduction du nombre de séances concernera la moitié des traitements des cancers du poumon et 45 % des traitements des cancers du sein. La radiothérapie per-opératoire permettra de remplacer 25 séances de radiothérapie par une seule au moment de la chirurgie.
- ▶ **Le développement des chimiothérapies orales et des thérapies ciblées** qui agissent électivement sur des mécanismes spécifiques aux cellules cancéreuses. D'ici à 2020, la proportion de traitements par voie orale pourrait passer des 25 % actuels à 50 %. Les choix thérapeutiques seront de plus en plus variés et complexes avec une file de patients en grande augmentation du fait notamment de la chronicisation de la plupart des stades métastatiques.
- ▶ **Le développement de la caractérisation des tumeurs à l'aide de la biologie moléculaire**. Le dépistage des populations à risque devrait se développer grâce à ces techniques qui devraient également profiter aux patients métastatiques.
- ▶ **Le développement de la radiologie interventionnelle** qui permet de réaliser des actes plus précis et moins agressifs pour les patients (par cryo-ablation, radiofréquence ou thermo-ablation par exemple).
- ▶ **Le développement des soins de support** pendant et après le traitement en mettant en place avec des équipes pluridisciplinaires des programmes « après cancer ».

Enjeux scientifiques

Développer les nanotechnologies qui ouvrent de nouvelles perspectives pour le diagnostic, les traitements et les modalités de prise en charge des cancers. L'imagerie de certaines tumeurs s'est déjà améliorée en utilisant des micro-agents de contraste. Les chimiothérapies vectorisées commencent également à utiliser des nanoparticules. L'idée étant d'adresser spécifiquement le médicament à un tissu cible sans qu'il soit distribué ailleurs dans l'organisme ce qui pourrait améliorer la balance bénéfico-risque des médicaments. Enfin les puces à ADN et les microarrays permettent d'analyser le niveau d'expression des gènes d'un échantillon biologique et pourraient servir à repérer les prédispositions à une maladie.

Développer la médecine génomique personnalisée

L'amélioration des connaissances scientifiques du génome humain et des mécanismes d'action des gènes et de leurs mutations conduit à proposer aux patients des traitements d'avantage personnalisés. Notamment, on assiste depuis quelques années à l'introduction de thérapies dites ciblées dans la prise en charge des patients. Ces thérapies associent un test à un médicament, l'éligibilité au médicament étant établie sur la base d'un test génétique (biomarqueur) ou génomique (profil d'expression de gènes d'intérêt). Cette approche thérapeutique est particulièrement présente en oncologie où la toxicité des traitements légitime sur un plan médical la démarche d'identification des patients susceptibles d'en bénéficier le plus.

Dans un contexte de dépenses de santé toujours en hausse, prescrire certains traitements aux seuls patients susceptibles d'en bénéficier pourrait participer à la réduction des dépenses de santé, mais les coûts d'identification de ces patients par biomarqueurs ou tests génomiques sont potentiellement substantiels. En d'autres termes, la question posée par ces traitements ciblés à l'Assurance maladie est de savoir si les surcoûts des tests sont compensés par un meilleur ratio coût-efficacité des traitements ciblés. Derrière cette interrogation en apparence technique, c'est la question des prix qui est posée.

La prise en charge par l'Assurance maladie des innovations thérapeutiques est en effet déterminante pour leur diffusion dans la pratique médicale courante. A cet égard, la France s'est distinguée par la décision de mettre en place, dès 2006, 28 plateformes de génétique moléculaire des cancers qui sont réparties sur le territoire. Ces plateformes (soutenues par l'Inca et la DGOS) ont pour objectif de permettre l'accès aux patients à l'ensemble des techniques disponibles de génétique moléculaire des cancers, et ce quel que soit le type d'établissement de prise en charge (CHU, CLCC, CH ou établissements privés). Alors que le dispositif d'enquête VICAN d'évaluation des plans cancer montre des inégalités socio-économiques d'accès au diagnostic et aux traitements des cancers, l'enjeu demeure de s'assurer que les patients accèdent aux thérapies innovantes, quelles que soient leurs caractéristiques socio-économiques et le type d'établissement de prise en charge médicale, et ce dans une perspective d'égalité des chances de survie des cancers.

Concernant la relation médecin-patient, qui est au cœur de la pratique médicale, l'incertitude sur les résultats de l'action médicale a progressivement conduit à reconnaître le patient en tant qu'individu-décideur et à valoriser son implication dans la décision médicale. Les thérapies ciblées renforcent cet enjeu d'implication des patients, notamment dans le cas où ces thérapies incluent un test génomique dont le résultat peut s'exprimer en termes de probabilité individuelle de réponse au traitement. Le recours aux thérapies ciblées relevant d'arbitrages entre toxicité et efficacité thérapeutique des traitements, communiquer aux patients leur probabilité individuelle de réponse est susceptible de favoriser des décisions informées notamment dans le cas où la probabilité individuelle est proche de la probabilité-seuil à partir de laquelle la prescription est recommandée.

L'enjeu de la médecine génomique personnalisée est à la fois scientifique et technologique. Il s'agit de renforcer la chaîne allant de l'exploration moléculaire des pathologies jusqu'au bénéfice thérapeutique du patients, en passant par l'utilisation des « big data » (données génomiques, biologiques et cliniques des patients ayant un cancer) pour nourrir les algorithmes de décision thérapeutique.

Avec le développement des techniques de génotypage et de séquençage haut débit on peut identifier les altérations somatiques caractéristiques d'une tumeur. L'étude des altérations génétiques des cellules tumorales doit permettre de développer de nouveaux outils diagnostiques et d'identifier de nouvelles stratégies thérapeutiques.

Dans le tout dernier plan France Médecine Génomique 2025 réalisé par Aviesan à la demande du gouvernement et présenté en avril 2016, il est prévu de mettre en place les instruments du parcours de soins de médecine génomique avec le déploiement d'un réseau de plateformes de séquençage couvrant l'ensemble du territoire français à l'horizon 2020.

Développer l'immunothérapie de précision en combinant immunothérapie et médecine génomique personnalisée à travers notamment le développement de vaccins thérapeutiques dirigés contre les antigènes tumoraux.

Les atouts de la région Paca

Pour répondre à ces enjeux scientifiques, la région Paca dispose de plusieurs atouts. Le centre de recherche en cancérologie de Marseille (CRCM) est l'un des centres leaders de la recherche biomédicale en France. Il rassemble 18 équipes de recherche qui travaillent en particulier sur les cancers du sein, les cancers hématologiques et les cancers uro-digestifs dont le cancer du pancréas. Par ailleurs, la région compte trois plateformes de séquençage et de bio-informatique : la plateforme Transcriptomique et Génomique Marseille-Luminy (TGML), la plateforme de

génomique fonctionnelle de Nice Sophia Antipolis et Paca BioInfo à Marseille, une plateforme de bio-informatique destinée à l'analyse de données de métagénomique.

Enjeux médicaux et sociaux

Mieux prendre en charge les deux localisations cancéreuses pour lesquelles la mortalité est en augmentation : le poumon et le pancréas

L'épidémiologie des cancers s'est modifiée ces dernières années. Chez l'homme, le poumon est la deuxième localisation de cancer en termes d'incidence derrière la prostate, mais il est la localisation cancéreuse la plus meurtrière. Entre 1980 et 2005, l'incidence du cancer du poumon a fortement augmentée chez la femme en relation avec l'augmentation du tabagisme féminin et on estime que dans les prochaines années le cancer du poumon deviendra également la première cause de mortalité chez la femme. La région Paca est particulièrement concernée par ce problème puisqu'elle présentait en 2011 une sur-incidence du cancer du poumon de 11 % chez les femmes par rapport à la France.

Le cancer du pancréas est quant à lui en forte augmentation chez les deux sexes. Plus de 12 500 nouveaux patients atteints d'adénocarcinome du pancréas ont été pris en charge en 2012 en France. Cette localisation représente actuellement la quatrième cause de mortalité par cancer en France et on estime que dans la prochaine décennie elle deviendra la seconde cause, derrière le cancer du poumon. Il n'existe pas de chiffres régionaux sur l'incidence du cancer du pancréas. Néanmoins le cancer du pancréas étant un cancer touchant dans 75 % des cas des personnes de plus de 60 ans, on peut estimer qu'il représentera un réel enjeu de santé publique en région Paca dont la population est plus âgée que la moyenne nationale (27,3 % de personnes de 60 ans et plus vs 23,7 % en France) et dont certains départements, comme les Alpes de Haute-Provence et les Alpes-Maritimes, ont une proportion de personnes de 60 ans et plus dépassant les 30 %.

Introduire le séquençage génomique dans le parcours de soins des patients

L'accès des patients à la médecine génomique représente un enjeu important. Grâce à l'exploration de leur génome, un grand nombre de patients pourront bénéficier d'une meilleure prise en charge en raison d'une démarche diagnostique plus précise avec des délais raccourcis, ainsi que d'orientations thérapeutiques plus efficaces avec des effets secondaires limités.

Certains Centres de Lutte Contre le Cancer, comme l'IPC à Marseille, proposent déjà l'analyse moléculaire des cellules de certaines tumeurs comme les tumeurs du sein métastatiques ou localement avancées réfractaires aux médicaments classiques. Seules une cinquantaine d'altérations de gènes peuvent actuellement faire l'objet d'un ciblage thérapeutique. On est encore loin de l'enjeu du séquençage génomique qui est d'étudier de façon systématique 400 gènes dans les cellules tumorales.

Réorganiser le premier recours de proximité

Avec le développement des chirurgies ambulatoires et des protocoles de chimiothérapie per os pouvant être administrés à domicile et parallèlement avec le transfert plus rapide de la prise en charge des patients des oncologues vers les médecins traitants, il existe un véritable enjeu autour de la communication et de la collaboration ville-hôpital. Actuellement la circulation de l'information entre l'hôpital et la ville est loin d'être optimale. Le troisième panel national de médecins généralistes libéraux a permis d'apporter des précisions sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leurs échanges avec les spécialistes, au niveau national, mais également régional. La vague d'enquête réalisée début 2016 auprès d'un échantillon national représentatif de médecins généralistes français a montré que seuls 18 % des médecins généralistes interrogés considèrent que les consignes transmises par le spécialiste ou l'équipe spécialisée correspondent toujours à leurs besoins et 15 % que ces consignes leur parviennent toujours dans les temps. Moins d'un médecin généraliste sur cinq reçoit systématiquement une information sur les effets secondaires attendus des traitements et plus d'un tiers n'est jamais sollicité pour donner son avis sur la faisabilité du retour ou du maintien à domicile.

Le rôle du médecin généraliste va s'accroître en oncologie. Le dialogue ville-hôpital doit se renforcer en utilisant les outils informatiques, mais aussi en trouvant une nouvelle organisation des soins.

Si le médecin traitant ne peut être présent physiquement aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP), la messagerie sécurisée pourrait être un outil favorisant sa présence virtuelle. Elle pourrait également autoriser dans des délais très brefs (et compatibles avec ceux de la décision médicale) un retour d'information ou un questionnement des membres de la RCP au médecin traitant.

Au-delà d'une meilleure utilisation des outils informatiques, le premier recours qui s'appuie sur le trépied médecin traitant, IDE, pharmacien doit s'organiser en véritable structure de santé et de soins de proximité. Pour organiser ces fonctions d'appui dans les territoires et aider à la coordination des parcours de santé, il a été prévu que les Agences Régionales de Santé puissent mettre en place des plateformes territoriales d'appui (PTA), en s'appuyant sur les initiatives des professionnels, notamment ceux de ville et des communautés professionnelles territoriales de santé (décret paru au journal officiel en juin 2016). Ces PTA devraient avoir tout leur intérêt en cancérologie et devenir les interlocuteurs privilégiés de l'hôpital.

Lutter contre les risques iatrogéniques et développer l'e-santé et les objets connectés

Le risque est inhérent à la pratique médicale, particulièrement en cancérologie où les thérapies médicamenteuses, chirurgicales ou la radiothérapie peuvent entraîner des complications.

Un des nouveaux challenges dans ce contexte des risques iatrogéniques est lié à l'introduction des thérapies ciblées comme le trastuzumab (herceptin) et les inhibiteurs de la tyrosine kinase (Glivec, Tarceva...) qui, si elles ont révolutionné la prise en charge et le pronostic de certains cancers, présentent également des toxicités cardiaques qui doivent être détectées et traitées de façon précoce afin de prévenir la survenue de complications cardiaques à long terme.

De plus, avec l'augmentation de la proportion de sujets âgés traités, ainsi que de patients fragiles ou ayant des comorbidités, les risques sont plus importants et leur gestion devient de plus en plus difficile.

Une autre difficulté est liée au développement de l'administration de produits anticancéreux au domicile. L'administration de chimiothérapies ou de thérapies ciblées par voie orale améliore le confort de vie des patients et limite les déplacements vers l'hôpital. Néanmoins les produits administrés sous cette forme ne perdent pas leur toxicité et en pratique ces toxicités sont souvent découvertes à un stade tardif. La gestion de la toxicité potentielle de ces thérapies orales est un réel enjeu pour la cancérologie des prochaines années.

Les opportunités de l'e-santé et des objets connectés innovants peuvent être une des réponses aux risques thérapeutiques et iatrogéniques. Ils sont encore peu développés mais certains ont déjà montré qu'ils pouvaient aider le suivi à distance des patients (ex Moovcare), améliorer le suivi des chimiothérapies (ex puces RFID) ou encore aider à la gestion de la survenue d'effets indésirables (Appli chimio) :

- ▶ Le système des puces RFID (Radio Frequency Identification), mis au point par Biolog-ID en partenariat avec l'Institut Curie, permet d'améliorer la traçabilité et le suivi des chimiothérapies anticancéreuses de la préparation jusqu'au lit du patient.
- ▶ Moovcare est une application sur smartphone destinée à détecter de façon précoce une rechute ou une complication chez des patients atteints de cancer du poumon. Le patient remplit chaque semaine un très court questionnaire de santé. Les données sont traitées via un algorithme et un message d'alerte est envoyé à l'équipe soignante si une évolution péjorative est suspectée. Au terme d'un essai clinique d'un an et demi au centre de cancérologie du Mans, il a été montré que cette application pouvait améliorer la survie des patients en accélérant leur prise en charge en cas de reprise brutale de la maladie.
- ▶ Enfin, le projet Appli Chimio porté par l'Institut Curie est un projet de télésurveillance à domicile de patients bénéficiant d'une chimiothérapie ou d'une thérapie ciblée administrée par voie orale. Le patient saisit quotidiennement sur son smartphone des infos sur les éventuels effets secondaires ressentis. Un algorithme expert déclenche des alertes qui sont prises en compte selon le niveau d'urgence par le réseau de santé de ville dont dépend le patient ou par l'hôpital. Le dispositif doit être testé auprès de patients en 2017.

Enjeux économiques

Ils sont majeurs si on souhaite que les innovations thérapeutiques et technologiques puissent être accessibles à tous.

Note thématique 3 : enjeux liés à la prévention de la dénutrition chez les personnes âgées

Problématique

Aujourd'hui, environ 1 400 000 habitants de la région Paca sont âgés de 60 ans ou plus (28 % de la population versus 25 % en France) et ils pourraient être 500 000 de plus d'ici 2040 selon les projections démographiques de l'Insee. Le vieillissement s'accompagne de modifications physiologiques (diminution progressive de la masse musculaire-sarcopénie, moindre sensation d'appétit, sensation de satiété accrue après un repas...) qui rendent les personnes âgées particulièrement vulnérables face au risque de dénutrition. La dénutrition est définie comme le résultat d'un déséquilibre entre les apports et les besoins nutritionnels de l'organisme. Sur ce terrain fragilisé, de multiples facteurs peuvent déclencher ou aggraver un état de dénutrition chez les personnes âgées : des pathologies (survenue d'une pathologie aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique...), des facteurs psychologiques (dépression...), des facteurs sociaux (isolement social, deuil...). Les estimations de la prévalence de la dénutrition varient selon les outils diagnostics utilisés et les groupes de populations étudiés : de 4 à 10 % chez les personnes âgées vivant à domicile, de 15 à 38 % chez celles en institution et de 30 à 70 % chez les malades âgés hospitalisés. La prévalence de la dénutrition augmente avec l'âge. Les premières conséquences de la dénutrition sont une diminution des défenses immunitaires et une fonte musculaire aggravant le risque de chute et de fracture (fracture du col du fémur notamment). Chez la personne âgée, la dénutrition peut par ailleurs entraîner ou aggraver une perte d'autonomie et favoriser la survenue de morbidités. Elle est également associée à une aggravation du pronostic des maladies sous-jacentes et augmente le risque de décès.

Enjeux

La HAS[1] a publié en 2007 des recommandations concernant la stratégie de prise en charge d'une dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Les enjeux de prévention de la dénutrition restent majeurs. La récente loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement insiste d'ailleurs sur l'importance des bonnes pratiques de nutrition et de promotion de l'activité physique chez les personnes âgées pour prévenir la perte d'autonomie. Au niveau international, des interventions menées auprès de personnes âgées vivant à domicile suggèrent un impact positif d'actions d'éducation nutritionnelle sur les consommations alimentaires et de diverses actions de prévention des chutes. En France, et en Paca en particulier, de multiples actions sont menées dans ces domaines mais force est de constater qu'elles touchent majoritairement des personnes âgées dynamiques et déjà sensibilisées à ces problématiques et que des données objectives sur leur efficacité manquent. Par ailleurs, les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) offrent des perspectives intéressantes dans le domaine de la prévention, mais leur pertinence et efficacité auprès des personnes âgées ne sont pas évaluées. Des évaluations médico-économiques, permettant d'identifier les interventions ayant le meilleur rapport coût-efficacité, font également défaut en France comme à l'étranger.

Dans le domaine de la prévention de la dénutrition chez les personnes âgées, il paraît donc essentiel : 1) d'évaluer l'impact des actions existantes, notamment les plus anciennes et celles qui permettent de toucher un large public, y compris du point de vue médico-économique ; 2) de tester l'apport de nouveaux modules à ces actions, afin d'améliorer le repérage du public cible et sa participation et d'en améliorer l'efficacité en explorant notamment la pertinence des NTIC.

Note thématique 4 : Priorités d'actions en santé publique dans le domaine des hépatites virales et des addictions

Améliorer le parcours de soins VHC et VHB

Tester l'efficacité de plusieurs approches pour améliorer le parcours de soins des hépatites B et C (du dépistage à la guérison) pour les usagers de drogues et les migrants. Ces populations restent, selon l'InVS, les groupes qui nécessitent un renforcement des actions de repérage et prise en charge de l'hépatite B et C. La région Paca avec l'Île de France restent les zones avec une très haute prévalence d'hépatite C. Des approches de type communautaire pour le dépistage et l'implication des structures mobiles mais aussi des réseaux de médecins généralistes (de type microstructures) pourraient améliorer la capillarité des actions et permettre de joindre des populations encore exclues du système de soins. La diminution du réservoir des personnes infectées par hépatite C ou non virémiques (pour l'hépatite B) contribue de façon considérable à l'éradication du VHC et du VHB comme plusieurs travaux de modélisation l'ont montré.

La prévention combinée de l'hépatite C

Ces travaux de modélisation ont également mis en évidence qu'il y a une interaction entre les dispositifs réduction des risques liés à l'usage de drogues et que la prévention combinée, c'est-à-dire l'accès simultané à deux ou plusieurs outils de prévention permet d'éviter plus de cas qu'un accès classique. Cela veut dire que des systèmes parvenant à réunir certains dispositifs ou outils de réductions de risque dans le même lieu ou dans des lieux très connectés reste le moyen le plus efficace pour lutter contre l'épidémie d'hépatite C (ex : distributeur de seringues, kit sniffing et de préservatifs doivent être disponibles dans les lieux où existent les programmes de traitements de substitution). Bien sûr cela est également valable pour les détenus, et des approches de prévention combinée adaptées au milieu pénitentiaire doivent également être mises en place.

Des approches innovantes de prévention et de dépistage de l'hépatite C pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) qui utilisent des drogues dans des contextes sexuels à haut risque (chemsex) sont nécessaires. Ces interventions doivent être mises en place par l'intermédiaire de lieux ad hoc (structures communautaires, service de santé sexuelle) plus adaptés que des CSAPA (Centres de soins et d'accompagnement et de prévention des addictions) ou des CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue) qui sont destinés à d'autres profils d'usagers de drogues. L'utilisation d'approches par applications mobiles pour engager ces populations dans les actions de prévention peuvent se révéler efficaces comme cela a été déjà montré à l'étranger.

La consommation excessive d'alcool et le « binge drinking »

La consommation excessive d'alcool et le « binge drinking » - ce dernier en particulier chez les plus jeunes - sont associés à une morbidité et une mortalité (hépatique, cardiovasculaire, tumorale, etc.) élevées, à un risque élevé d'accidents de la route et de troubles psychiatriques. Il s'agit d'une question de santé publique qui mérite des approches combinées et innovantes pour le repérage des personnes concernées et la prise en charge individualisée. Il existe actuellement un large éventail d'approches, pharmacologiques ou non, pour la prise en charge des personnes présentant une consommation d'alcool nocive pour la santé. Par ailleurs, les objectifs thérapeutiques, précédemment fondés seulement sur l'abstinence, sont en train d'évoluer. En effet, la « consommation contrôlée » d'alcool est à présent aussi envisagée comme une étape clinique importante capable de modifier le pronostic des

patients. Le plus souvent, les personnes concernées par une consommation nocive d'alcool ne reconnaissent pas leur condition comme pathologique. De plus, d'autres facteurs, comme par exemple la stigmatisation, pourraient représenter un obstacle à la démarche de soin. Pour ces raisons il est important de privilégier toute action capable de diminuer le stigma et augmenter l'accès aux soins pour les personnes en difficulté avec la consommation d'alcool et d'expérimenter des approches innovantes pour diminuer le risque de binge drinking chez les plus jeunes.

Le tabagisme

Des travaux récents internationaux montrent désormais l'efficacité de la e-cigarette pour l'arrêt de la consommation de tabac. Malheureusement, la prudence excessive de certains décideurs ou chercheurs sur les risques inconnus à long terme de la e-cigarette ont créé des représentations erronées sur le fait que fumer et « vapoter » ont des risques comparables pour la santé. Des interventions de sensibilisation sur les dommages et risques liés au tabagisme et sur le rapport bénéfices / risques de la cigarette électronique sont nécessaires. Des interventions visant à évaluer le rôle de la e-cigarette et d'autres approches (psychosociales, pharmacologiques, médico-sociales) contre le tabagisme pourraient se combiner et être individualisées selon les profils addictifs des personnes concernés (histoire de consommation, épisodes d'arrêt, co-consommations de produits psychoactifs).

Les stimulants

La consommation de stimulants augmente et appelle aujourd'hui à de nouveaux moyens de prévention et de soins. Pour la dépendance à la cocaïne ou au crack, il n'existe aucun traitement pharmacologique même si certains médecins utilisent parfois (de manière hors AMM) des médicaments psychotropes ou psychostimulants pour ces patients. En effet, les traitements des troubles liés au déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH) tels que le méthylphénidate en France ou les sels d'amphétamine (aux Etats-Unis) ont montré quelques effets prometteurs. Il serait important d'identifier les besoins des personnes dépendantes aux stimulants mais aussi les pratiques des médecins face à cette problématique.

L'injection

De plus, les pratiques à risque associées à l'usage de stimulants par injection (fréquence, partage de matériel, ...) mais aussi associées à l'injection d'opiacés et notamment buprénorphine et sulfate de morphine, nécessitent des moyens de prévention adaptés et des réponses pharmacologiques combinés. Les salles de consommation de drogues à moindre risque sont une réponse pertinente aux pratiques à risque liées à l'injection chez les personnes les plus précaires ou ayant une mode de vie instable. Ce dispositif est reconnu pour attirer les usagers vers les soins. Parallèlement, la mise à disposition d'un traitement injectable pour les personnes dépendantes aux opiacés réfractaires aux traitements de substitution opiacés (TSO) permettrait de les attirer vers une prise en charge globale.

Les comportements addictifs chez les jeunes

Il est désormais clair que l'environnement social de l'enfance a un impact majeur sur la survenue de comportements addictifs pendant l'adolescence. Une approche pédagogique connue comme « Good Behavior Game » (GBG) peut être utilisée dans les écoles primaires. Cette approche a montré une efficacité sur le risque des comportements addictifs (abus d'alcool et d'autres drogues, tabagisme), de développer une personnalité antisociale et sur les comportements violents et criminels chez les adolescents et les adultes. Le GBG est une stratégie de gestion du comportement en salle de classe de niveau primaire que les enseignants utilisent en même temps que le programme d'enseignement normalisé de l'école et incite les enfants à socialiser et à réduire le comportement agressif et perturbateur. Une étude pilote est en cours en région Paca (Nice) mais il serait vraiment important d'étaler cette expérience à d'autres écoles et de prévoir un suivi longitudinal des enfants éduqués avec cette stratégie pédagogique.

Note thématique 5 : la vaccination : un nouvel enjeu de santé publique en raison d'une crise de confiance

Une couverture vaccinale plus faible qu'en France, pour certains vaccins

La vaccination est un des outils majeurs de santé publique en matière de prévention. Mais la politique vaccinale traverse une crise de confiance dans la population générale, laquelle est confrontée à une multiplication des controverses sur différents vaccins : une partie de la population semble plus préoccupée par les risques potentiels liés aux vaccins que par les maladies que ces vaccins permettent de prévenir. Cette crise se traduit, entre autres, par une baisse de couverture vaccinale pour certains vaccins ayant d'ailleurs conduit à la résurgence d'épidémies à maladies à prévention vaccinale. Tel a en effet été le cas pour la rougeole dont une épidémie sans précédent depuis plusieurs dizaines d'années s'est produite en Europe. Avec plus de 23 000 cas déclarés entre 2008 et 2012, la France est le pays qui a été le plus fortement touché par cette épidémie. La région Paca fait partie des régions les plus affectées (2 500 cas en 2011 dont plus de 20 % ont nécessité une hospitalisation).

En 2011, la couverture vaccinale était très élevée dans la région comme en France pour les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (99 % pour 3 doses à l'âge de 24 mois), la coqueluche (98 % pour 3 doses), le pneumocoque (86 % pour 2 doses + rappel) et l'*Haemophilus influenzae* de type b (97 % pour 3 doses).

Par contre, les objectifs de couverture vaccinale sont loin d'être atteints concernant certaines vaccinations : par exemple, en 2011 en Paca, seuls 64 % des enfants âgés de 24 mois avaient reçu deux doses de vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), alors que l'objectif est fixé à 80 %, et 64 % avaient reçu 3 doses de vaccin contre l'hépatite B, alors que la couverture au niveau national pour ce vaccin était de 74 %.

Le constat est encore moins bon pour le vaccin contre les infections à papillomavirus humain (HPV) : en 2007-2009, seulement 16 % des filles de 14-16 ans avaient reçu trois doses de vaccin (pour la France, le taux de couverture s'élevait à 31 % à l'âge de 16 ans en 2012). Quant à la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la couverture en 2012 était plus faible en Paca qu'en France (48 % et 53 % respectivement en France sur la saison 2014-2015, 49 % des 65 ans et +). La couverture pour ce vaccin ne cesse de baisser depuis la campagne de vaccination de masse contre la grippe pandémique A/H1N1 en 2009 : l'écart entre la couverture de 2008 et celle de 2012 est actuellement d'environ dix points de pourcentage.

Une perception des risques et des doutes sur l'utilité des vaccins plus élevés chez les médecins généralistes de Paca qu'ailleurs

Une enquête réalisée en Paca en 2014 dans le cadre du panel de médecins généralistes de ville montre que la majorité (96 %) de ces médecins sont favorables à la vaccination en général (74 % très favorables). Mais 13 % pensent que leur rôle n'est pas d'inciter leur patients à se faire vacciner lorsque ceux-ci sont réticents (8 % en France métropolitaine).

En Paca comme en France, la plupart des médecins généralistes déclarent être à l'aise pour expliquer à leurs patients l'intérêt et la sécurité des vaccins. Par contre, 64 % des médecins généralistes en Paca (57 % en France) indiquent éprouver des difficultés à expliquer le rôle des adjuvants. Ceci est probablement dû aux incertitudes perçues par les médecins généralistes concernant les effets indésirables des adjuvants : 33 % des médecins généralistes de Paca considèrent probable à très probable que les adjuvants provoquent des complications à long terme (32 % en France).

Par ailleurs, plus d'un médecin généraliste de Paca sur dix considère que la vaccination contre l'hépatite B peut être responsable d'une sclérose en plaque bien que ce lien n'ait pas été retrouvé par de multiples études épidémiologiques. Plus de 70 % des MG de la région Paca considèrent que les vaccins proposés par les autorités sont utiles, mais seuls 33 % en sont certains (38 % pour l'échantillon national). En outre, les doutes sur l'utilité des vaccins sont significativement plus importants dans la région Paca qu'en France.

Les résultats de cette enquête en Paca montrent la présence d'une hésitation vaccinale chez les médecins généralistes plus fréquente et plus marquée en Paca que dans le reste de la France. Ce constat, rapproché de celui d'une moindre couverture vaccinale dans notre région pour plusieurs maladies à prévention vaccinale, est tout à fait préoccupant. Il souligne la nécessité d'une politique régionale ambitieuse pour prendre à bras le corps le problème de l'hésitation vaccinale et de placer les médecins généralistes au cœur de celle-ci.

Note thématique 6 : les enjeux du vieillissement

Depuis le 1^{er} janvier 2016 est entrée en vigueur la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, qui a pour objectif « d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement. La loi donne la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions. Enfin, en renforçant les droits et libertés des personnes âgées, elle vise à leur apporter une meilleure protection »[2].

Cette loi était fortement attendue, du fait des multiples enjeux liés au vieillissement de la population[3]. À l'heure actuelle, la France fait d'ailleurs partie des 15 pays les plus âgés dans le monde, du fait d'une espérance de vie parmi les plus élevées. En l'espace de vingt ans, l'espérance de vie des femmes a progressé de 3,6 ans, celle des hommes de 5,6 ans[4]. Bien que le processus de vieillissement démographique ait eu lieu à un rythme relativement lent, on observe récemment une phase d'accroissement plus soutenue, avec l'arrivée des premières classes du baby-boom à des âges plus avancés.

La région Paca est particulièrement concernée par la question du vieillissement. En effet, les personnes âgées de 60 ans et plus constituent 27,7 % de la population régionale en 2015, contre 24,8 % en France métropolitaine. Les 75 ans et plus représentent 10,6 % des habitants de la région Paca, contre 9,3 % au niveau national[5]. En outre, l'espérance de vie à 60 ans y est aussi plus élevée qu'au niveau France entière, notamment pour les hommes (23,5 ans vs 23,1 ; chez les femmes : 27,6 ans vs 27,7).

Pour autant, avancer en âge ne veut pas toujours dire vieillir en bonne santé. Le vieillissement, bien qu'inégal quant à l'âge où il survient et hétérogène quant aux formes qu'il prend, s'accompagne souvent d'un déclin des capacités physiques, cognitives et sensorielles, pouvant conduire à des limitations dans la vie quotidienne[6]. Le département des Bouches-du-Rhône se distingue particulièrement en ce qui concerne l'état de santé de sa population âgée : 24 % des 75 ans et plus se déclarent en mauvaise santé (contre 21 % au niveau national et dans les autres départements de la région) ; 65 % souffrent d'un problème de santé chronique (contre 62 % en France) ; 56 % sont limités dans les activités quotidiennes (contre 53 % au niveau national)[7].

Le plus souvent, la prise en charge par les pouvoirs publics se fait au travers de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), dont la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement a réformé les modalités[8]. Les coûts actuels et futurs de cette prestation soulignent les enjeux économiques et financiers liés au vieillissement de la population[9].

La région Paca se distingue du reste du pays, avec, dans chacun des six départements, des taux de bénéficiaires de l'APA inférieurs à la moyenne nationale : de 17,8 % des 75 ans et plus dans le 04 à 20,4 % dans le 05 contre 20,7 % en France[10]. Bien qu'aucune étude régionale n'ait été menée à ce jour, on peut penser que les raisons qui expliquent ce constat sont liées d'une part à un phénomène de non-recours, et d'autre part à des disparités dans les modalités locales d'attribution et de gestion de l'allocation[11].

Si l'on considère l'offre de places en hébergement ou en SSIAD pour répondre aux besoins de soins de la population âgée, force est de constater que la région Paca souffre d'un déficit de structures de prise en charge, en comparaison du reste du territoire. Par exemple, on compte respectivement 16,9 et 15,2 places en SSIAD pour 1 000 personnes de 75 ans et plus dans le 13 et le 83, alors que ce taux est de 19,5 ‰ au niveau national. L'écart est encore plus marqué concernant le nombre de places d'hébergement : seul le 04 est au même niveau que la moyenne nationale (121,7 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus), tous les autres départements sont en-dessous, avec des

taux allant de 99,2 % dans le 13 à 108,8 % dans le 05)[12]. Ces données laissent penser que l'offre de prise en charge sanitaire et médico-sociale n'est pas en totale adéquation avec les besoins de la population âgée, et qu'il subsiste vraisemblablement des situations non couvertes (listes d'attente pour entrer en établissement, délai d'obtention d'un rendez-vous chez un neurologue, etc.). Il y a également lieu de s'interroger sur la concrétisation de la coopération renforcée entre la ville et l'hôpital, qui devrait être encore accentuée avec la mise en place du dispositif PAERPA[13]. Ce dernier a pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, en mettant fin aux difficultés ou ruptures dans leur prise en charge. En partant des besoins de la personne et de ses aidants, les différentes actions mises en œuvre visent ainsi à mieux coordonner les multiples intervenants en ville, à l'hôpital, ou dans le médico-social. En particulier, les professionnels de santé en ville s'organisent pour éviter un recours excessif à l'hospitalisation – souvent dommageable pour l'autonomie des personnes âgées. Le pilotage au niveau régional est assuré par l'ARS. Le dispositif s'appuie notamment sur le plan personnalisé de santé élaboré par une coordination clinique de proximité, une plateforme d'appui aux professionnels et aux familles au niveau territorial visant à favoriser l'information, l'orientation, les échanges entre professionnels et une gestion des transitions ville-hôpital-EPHAD. À ce jour, dans la région Paca, seul un territoire, situé dans l'est du Var, est concerné par la mise en place de ce dispositif.

Malgré ces évolutions, il convient d'attirer l'attention sur des populations confrontées à des problématiques saillantes :

Les populations handicapées vieillissantes

Bien que l'espérance de vie reste plus courte pour les personnes souffrant de certains troubles et / ou pathologies (troubles du développement, poliomyélite, paralysie cérébrale par exemple), cet allongement de la durée de vie a aussi profité à une majorité de personnes en situation de handicap[14]. De ce fait, un nombre croissant de personnes va vivre assez longtemps pour connaître les conséquences à la fois du vieillissement et du handicap[15]. Bien que ce processus ne se distingue pas, fondamentalement, du vieillissement habituel de la population générale, les conséquences sont bien différentes pour des personnes handicapées qui voient survenir de nouvelles déficiences liées à l'âge proprement dit, ainsi qu'une possible aggravation des déficiences existantes[16]. Cela peut se traduire par une diminution des capacités fonctionnelles, une aggravation des déficiences sensorielles, l'apparition de handicaps ajoutés, la survenue de maladies dégénératives, l'augmentation d'épisodes aigus, etc.[17]

Il n'existe que peu de données et d'études sur les populations handicapées vieillissantes, que ce soit au niveau national ou régional. Cependant, d'après les travaux menés en région par le CREAI Paca notamment, on sait que ces populations sont en augmentation dans la région[18].

Les personnes souffrant de maladies neurodégénératives

Les maladies neurodégénératives (MND), au premier rang desquelles la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, affectent un nombre croissant de personnes[19]. Le plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019 est développé autour de quatre axes stratégiques, dont notamment soigner et accompagner tout au long de la vie et sur l'ensemble du territoire, et favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des maladies neuro-dégénératives et atténuer les conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne[20]. Or, on observe un déficit patent de structures de répit et d'accueil temporaire pour les malades, ainsi que des difficultés de coordination ville / hôpital pour assurer une prise en charge de qualité.

Là encore, les informations chiffrées relatives au nombre de personnes concernées et à leurs besoins sont très difficiles à obtenir. D'après les données du SNIIR-AM, qui reflètent partiellement la situation réelle, on dénombre 51 000 personnes soignées pour ce type de pathologie en région Paca, dont 88 % ont 75 ans et plus, et 59 % sont prises en charge au titre de l'Affection Longue Durée (ALD).

En région Paca, et notamment dans les trois départements du littoral méditerranéen, les taux d'équipement en structures dédiées à la prise en charge des personnes souffrant de ces pathologies sont inférieurs à la moyenne nationale, qu'il s'agisse de places d'hébergement médicalisé et de places spécialisées Alzheimer. Les taux en lieux de diagnostic, d'information et / ou de coordination gérontologiques et dans une moindre mesure, en structures assurant l'aide aux aidants sont nettement inférieurs à la moyenne nationale[21].

Les aidants

L'insuffisance des ressources publiques amène à faire reposer la prise en charge des personnes âgées sur les familles et l'entourage des personnes âgées. Par exemple, on estime qu'en France, 3,4 millions de personnes aident

un proche âgé de 60 ans ou plus à domicile. Cette aide a des répercussions sur la vie de ceux qui la prodiguent, aussi bien sur le plan personnel et émotionnel qu'au niveau social et financier[22], si bien qu'ils sont parfois qualifiés de « secondes victimes »[23]. La littérature fait d'ailleurs état de départs en retraite anticipés, de morbidité et de mortalité prématurée plus fréquentes chez les aidants. Les effets sont plus accentués ou défavorables dans le cas des maladies neurodégénératives, du fait des exigences d'attention et de soins requises ou de la charge émotionnelle liée au déclin cognitif des personnes malades. L'investissement des proches aidants est souvent majeur et croît au fur et à mesure de la progression de la maladie. En conséquence, le fardeau des aidants devient de plus en plus pesant.

À notre connaissance, on ne dispose pas de données régionales concernant les effectifs d'aidants, les caractéristiques de l'aide qu'ils apportent et les conséquences que cela induit sur leur vie quotidienne. Cependant, il est évident, au vu du déficit d'offre de structures de prise en charge professionnelle, que l'implication des proches est majeure. C'est pourquoi, les pouvoirs publics ont développé et continuent de mettre en place des actions pour promouvoir l'aide aux aidants. La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement crée par exemple un droit au répit pour permettre aux proches aidants de se reposer ou de dégager du temps, et accorde une aide financière ponctuelle en cas d'hospitalisation du proche aidant pour assurer la prise en charge de la personne aidée restée seule à domicile. En région Paca, l'ARS soutient par des appels à candidatures régionaux des projets de formation des aidants sur l'ensemble du territoire [24].

Les évolutions sociales et démographiques, telles que la diminution de la taille des familles, l'éloignement géographique parents-enfants, la hausse des séparations, et l'accroissement de l'activité féminine, vont vraisemblablement réduire le nombre potentiel d'aidants informels dans les années à venir. Il est par conséquent probable qu'une part plus importante des aidants informels soit tenue d'intensifier les soins prodigués. Sans soutien adéquat, l'aide informelle pourrait exacerber les inégalités d'emploi et de santé[26]. Les actions en faveur des aidants sont donc essentielles non seulement sur le plan matériel, mais également sur le plan psychologique, afin d'éviter l'épuisement des aidants, et d'assurer une qualité de vie et des soins à la hauteur des besoins des personnes âgées.

Plusieurs besoins essentiels sont à souligner : la détection des personnes en difficultés, la veille pour les personnes déjà suivies, la gestion des situations de crise, la coordination permanente des différents intervenants et l'insertion des personnes âgées dans la vie locale[27].

Références

1. HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine; 2007. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitration_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf
2. Source : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-veillissement>
3. Grand A. (2016). Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France. *Vie sociale*, (3), 13-25.
4. Bellamy V, Beaumel C. (2016). Bilan démographique 2015 : le nombre de décès au plus haut depuis l'après-guerre. *Insee Première*, 1581.
5. Source : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=TCRD_021#tab_1=2&col_1=6
6. Gohet P. (2013). L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion. Paris, IGAS.
7. Source : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/061016.pdf>
8. Hazif-Thomas C, Bordage C, Thomas P. (2015). L'adaptation par la loi de la société au vieillissement. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 15(88), 231-235.
9. Marbot C, Roy D. (2015). Projections du coût de l'APA et des caractéristiques de ses bénéficiaires à l'horizon 2040 à l'aide du modèle Destinie. *Economie et statistique*, 481(1), 185-209.
10. Source : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/061016.pdf>
11. Arrighi Y, Davin B, Trannoy A, Ventelou B. (2015). The non-take up of long-term care benefit in France: A pecuniary motive?. *Health Policy*, 119(10), 1338-1348.
Branchet B, Weil G. (2015). Les disparités communales de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 33(4), 253-275.
Bourreau-Dubois C, Roquebert Q, Gramain A. (2015). Les disparités départementales dans la mise en œuvre de l'APA à domicile, reflets des choix de politiques locales ?. <https://hal-paris1.archives-ouvertes.fr/hal-01158419/document>
Ramos-Gorand M. (2015). Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine. Thèse pour l'obtention du doctorat en géographie, Université Paris Est Créteil.
12. Source : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/061016.pdf>
13. Source : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp-extensionpaerpa.pdf>
14. Agree EM. (2014). The potential for technology to enhance independence for those aging with a disability. *Disability and health journal*, 7(1), S33-S39.
Azéma B, Martinez N. (2005). Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé; qualité de vie. *Revue française des affaires sociales*, (2), 295-333.
15. Freedman VA. (2014). Research gaps in the demography of aging with disability. *Disability and health journal*, 7(1), S60-S63.
Washko MM, Campbell M, Tilly J. (2012). Accelerating the translation of research into practice in long term services and supports: a critical need for federal infrastructure at the nexus of aging and disability. *Journal of gerontological social work*, 55(2), 112-125.
16. Gohet P. (2013). L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion. Paris, IGAS.
17. ANESM. (2015). L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
18. Source : http://www.creai-pacacorse.com/_depot_creai/documentation/100/100_17_doc.pdf
19. Jacqmin-Gadda H, Alperovitch A, Montlahuc C, et al. (2013). 20-Year prevalence projections for dementia and impact of preventive policy about risk factors. *European journal of epidemiology*, 28(6), 493-502.
20. Source : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf
21. Source : [http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/Informez-vous/La-Lettre-de-l-Observatoire/Archives\(n°37,mars32015\)](http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/Informez-vous/La-Lettre-de-l-Observatoire/Archives(n°37,mars32015))
22. Bremer P, Cabrera E, Leino-Kilpi H, et al. (2015). Informal dementia care: consequences for caregivers' health and health care use in 8 European countries. *Health Policy*, 119(11), 1459-1471.
23. Samitca S. (2004). Les « secondes victimes » : vivre au quotidien auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. *Sciences sociales et santé*, 22(2), 73-95.
24. Source : <http://www.ars.paca.sante.fr/Formation-des-aidants.116144.0.html>
25. Colombo F, Llana Nozal A, Mercier J, Tjadens F. (2011). Help Wanted? Providing and paying for long term care, Paris, OCDE.
26. Gwiazdzinski L, Cholat F, Colleoni M. (2015). Face au vieillissement: le rôle des territoires. *Population & Avenir*, (3), 17-19.

SIRS



PACA

ORS

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

SYSTÈME D'INFORMATION RÉGIONAL EN SANTÉ PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

www.sirsepaca.org

Cartographie interactive :

- A l'échelle de différents échelons géographiques...



Indicateurs :

- Données sur le logement
- Indicateurs d'offre de soins
- Statistiques de mortalité par pathologie...



Thèmes :

- Cancers
- Maladies chroniques
- Recours aux soins
- Offre de prise en charge...

(2,8%) 5,5



**Observatoire Régional de la Santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur**

Faculté de Médecine - 27 boulevard Jean Moulin - 13385 Marseille cedex 5

Courriel : accueil@orspaca.org | Tél. 04 91 32 48 00