

Etats de santé et inégalités en région Provence-Alpes-Côte d'Azur 2010

Document préparatoire du Projet Régional de Santé
élaboré pour l'Agence Régionale de Santé PACA

Madame la Directrice

Observatoire Régional de la Santé PACA
23 rue Stanislas Torrents
13006 MARSEILLE

Marseille, le 14 juin 2010

Madame la Directrice,

Une des premières missions confiées aux Agences Régionales de Santé qui viennent d'être créées par le décret 2010-336 du 31 mars 2010 est l'élaboration du Projet Régional de Santé.

La première étape de cette entreprise est le plan stratégique régional de santé qui nous permettra de préciser les principes de fonctionnement de l'agence et les priorités de santé que nous allons, après une large concertation, définir.

Ces priorités, qui n'excluent bien entendu pas les autres domaines de notre responsabilité, seront déclinées dans l'ensemble des schémas sectoriels, programmes et plans locaux qui composeront le Projet Régional de Santé.

Je suis convaincu que ces travaux ne peuvent être menés dans les meilleures conditions qu'à partir d'une description précise de l'état de santé de la région. Certes, de nombreux travaux issus de votre Observatoire et d'autres institutions existent mais je souhaite une mise en forme et une présentation claire et pédagogique de ce dossier, eu égard essentiellement aux consultations menées dans le cadre de la démocratie sanitaire.

Je vous demande d'élaborer et de mettre en forme un document composé de :

- Les États de santé en région Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Les diagnostics sociaux sanitaires des six départements de la région
- Des fiches d'indicateurs statistiques thématiques concernant les domaines les plus importants

pour le 15 septembre 2010.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de ma considération distinguée.

Dominique DEROUBAIX



Etats de santé
et inégalités en région
Provence-Alpes-Côte d'Azur
2010

Préambule

Ce rapport, élaboré à la demande du Directeur de l'Agence Régionale de Santé et en collaboration étroite avec ses services, propose une synthèse des sources de données sur les états de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ainsi qu'une série de cartes et de chiffres issus du Système d'information régional en santé de l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (SIRSéPACA) et d'autres bases de données. Il s'efforce d'analyser les données en identifiant les différentes inégalités des états de santé : différences ou inégalités par rapport à la moyenne nationale, disparités géographiques entre territoires de la région, différences entre groupes de population (selon le sexe, l'âge, la situation sociale...).

Ce rapport est composé de cinq chapitres. Le premier est consacré à des données de contexte sur les inégalités de santé en région Paca. Les chapitres 2 à 5 présentent les différences, disparités ou inégalités relatives aux états de santé de la région et s'articulent autour de quatre axes fondamentaux afin d'exemplifier les grandes étapes et les processus de constitution des inégalités de santé, et de faire ressortir de grandes priorités pour la région Paca : la morbi-mortalité prématurée ou évitable, les maladies chroniques, les déterminants des états de santé, les âges de la vie et les situations de vulnérabilité face à la santé.

- La morbi-mortalité prématurée ou évitable : la mortalité prématurée, c'est-à-dire survenant avant l'âge de 65 ans, constitue l'étape de révélation des inégalités de santé mais aussi de leur renforcement éventuel, par le biais des processus d'accès aux soins et ceux de perte d'autonomie ; cette partie permettra notamment de souligner des enjeux de prévention tertiaire et d'efficience du système de soins. La mortalité prématurée est un indicateur qui traduit un des aspects les moins favorables de la santé en France comparativement à d'autres pays européens, et constitue un puissant marqueur d'inégalités sociales de santé et de genre : les trois principales causes de mortalité prématurée en Paca sont les cancers, les traumatismes et les maladies de l'appareil circulatoire.

- Les maladies chroniques : du fait du vieillissement de la population et des progrès de la médecine, la prévalence des maladies chroniques s'est continuellement accrue au point de devenir à la fois un enjeu sanitaire et sociétal majeur. Pour le système de soins, il s'agit de prendre en charge les personnes souffrant de ces maladies en préservant autant que possible leur autonomie et leur qualité de vie. Pour la société, il s'agit notamment de répondre aux problèmes de maintien en emploi chez les actifs handicapés par les conséquences de ces maladies, et aux problèmes de dépendance chez les personnes âgées. Dans les deux cas, les réponses se doivent d'être adaptées aux besoins et équitables, c'est-à-dire de tenir compte des inégalités de ressources psychosociales et économiques des individus.

Parmi les maladies chroniques figurent les problèmes de santé mentale : ils recouvrent un continuum d'états pathologiques allant de troubles relativement mineurs ou n'apparaissant que durant une période limitée de la vie à des états chroniques graves ; ou des troubles aigus sévères avec risques de passage à l'acte (tentatives

de suicide). Les problèmes de santé mentale sont très fréquents et sont souvent associés aux maladies chroniques. Ils relèvent de facteurs individuels, génétiques, familiaux, sociaux et environnementaux. Leur prévention, repérage et prise en charge ; afin notamment de limiter leurs conséquences fonctionnelles, d'améliorer la qualité de vie et d'éviter l'aggravation et la propagation d'inégalités de santé ; représentent un enjeu majeur à tous les âges de la vie.

- Les déterminants des états de santé : les inégalités d'exposition à ces déterminants sont à la racine des inégalités de santé ; cette partie permettra notamment d'identifier les grandes priorités de prévention primaire et secondaire et leur articulation avec certaines politiques sectorielles. Concernant ces déterminants, deux grands types sont distingués selon leur temporalité ou leur cinétique :

- des déterminants à temporalité longue (ou cinétique lente) : il s'agit de déterminants ayant un impact sur la santé à l'issue d'un processus d'exposition s'étalant sur de longues périodes de temps ; la modification substantielle de ces déterminants ne peut être obtenue, la plupart du temps, que sur des échelles de temps longues. Parmi ces déterminants, deux catégories sont à nouveau distinguées : 1) les déterminants attitudeux et comportements des individus, que ceux-ci soient des usagers du système de soins ou bien des acteurs sanitaires et sociaux (comportements à risques, attitudes face à la vaccination au dépistage...) ; 2) les déterminants liés aux conditions et au milieu de vie (environnement, habitat, travail) ;

- des déterminants à temporalité courte (ou cinétique rapide) : pour ces derniers, des temps d'exposition brefs peuvent induire des risques sanitaires (à court ou long terme), et ils peuvent appeler des interventions rapides, voire urgentes : certaines épidémies d'agents toxiques ou infectieux, catastrophes environnementales, attentats terroristes...

- Les âges de la vie et les situations de vulnérabilité face à la santé : ces étapes ou situations sont exemplaires de processus dynamiques de constitution d'inégalités de santé et pointent différentes opportunités de prévention ou de compensation de ces inégalités ; cette partie contribuera à l'identification de cibles prioritaires dans un objectif de réduction, voire d'anticipation des inégalités de santé, à la fois pour les politiques de santé et les politiques sectorielles. Le rapport revient de façon plus approfondie sur les inégalités de santé à trois étapes de la vie : périnatalité-petite enfance-enfance, adolescence-jeunesse et vieillesse. Il aborde aussi trois situations relativement spécifiques de vulnérabilité : les vulnérabilités économiques, celles liées à la situation de migrant, et celles liées aux situations de handicap physique ou mental.

Un deuxième document intitulé « Indicateurs statistiques thématiques et cartographies SIRSéPACA » vient compléter ce rapport. Il est composé de 30 documents thématiques auxquels il est fait référence dans les chapitres du rapport et de diagnostics socio-sanitaires à l'échelle des 6 départements de la région.

États de santé et inégalités en région Provence-Alpes-Côte d'Azur 2010

1. CONTEXTE RÉGIONAL : DÉTERMINANTS TERRITORIAUX ET SOCIO-ÉCONOMIQUES DE LA SANTÉ	5
2. MORBI-MORTALITÉ PRÉMATURÉE OU ÉVITABLE : PRINCIPALES CAUSES EN RÉGION PACA	17
3. MALADIES CHRONIQUES.....	35
4. DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ	61
5. ÂGES DE LA VIE ET SITUATIONS DE VULNÉRABILITÉ FACE À LA SANTÉ.....	85
BIBLIOGRAPHIE.....	125
INDEX	151
GLOSSAIRE.....	155

Etats de santé
et inégalités en région
Provence-Alpes-Côte d'Azur
2010

Contexte régional : déterminants territoriaux et socio-économiques de la santé

CHAPITRE 1

1.	Un territoire régional différencié marqué par de forts contrastes sociaux et géographiques	8
1.1.	Finis terres et territoires industriels	8
1.2.	Disparités de santé inter et infra-urbaines	8
1.3.	Choix de logement contraints et progression de l'urbanisation	9
2.	Une région marquée de fortes disparités économiques	9
2.1.	Expositions professionnelles et risques pour la santé .	10
2.2.	Spécificités régionales en matière d'emploi	10
2.3.	Absence d'activité : un risque majeur pour la santé	11
2.4.	Écarts de rémunération importants conjugués à des taux de pauvreté élevés	11
3.	Les processus : la formation des inégalités de santé	12
3.1.	Âges de la vie et états de santé	12
3.2.	Catégories sociales et santé, une étroite relation	12
3.3.	Effets de genre sur la santé : disparités hommes-femmes et dynamiques de transformation	14

Etats de santé
et inégalités en région
Provence-Alpes-Côte d'Azur
2010

Contexte régional :
déterminants territoriaux et
socio-économiques de la santé

Affichant un bon état de santé global, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) s'inscrit dans les grandes tendances de la population française en matière de santé. Au cours des cinq dernières années, l'espérance de vie à la naissance a progressé au même rythme qu'en France. En 2007, la région se situait au 9ème rang des régions métropolitaines pour l'espérance de vie à la naissance chez les femmes (84,6 ans) et au 4ème rang chez les hommes (78 ans). La région Paca se situe au 8ème rang des régions métropolitaines pour l'espérance de vie à 60 ans pour les femmes (27 ans contre 26,7 ans en France métropolitaine en 2007) et au 6ème rang pour les hommes (22,4 ans contre 21,9 ans). Le taux de mortalité infantile a considérablement diminué au cours des cinquante dernières années et se place en région Paca à un niveau inférieur à celui de la France métropolitaine (3,3 pour 1 000 naissances vivantes en 2007 contre 3,6 ; 6ème taux le plus faible parmi les régions métropolitaines).

Partageant les progrès du pays, la région Paca en partage aussi les retards. A ce titre, trois indicateurs continuent de distinguer négativement la France d'autres pays de niveau socio-économique équivalent : une mortalité prématurée et une mortalité évitable pour les hommes, ainsi qu'une espérance de vie sans incapacité, élevées [1]. Si en région Paca, la mortalité prématurée a diminué de plus de 30 % en 25 ans, chaque année plus de 8 000 personnes décèdent avant 65 ans dont 68 % sont des hommes. Un tiers de ces décès (39 % chez les hommes et 24 % chez les femmes) sont associés à des causes de décès évitables par la réduction des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses, suicides, etc.). Les écarts de mortalité entre catégories socioprofessionnelles (CSP) demeurent élevés : la mortalité toutes causes confondues chez les hommes de 25-54 ans en Paca était 2,5 fois plus élevée chez les employés-ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures en Paca sur 1991-2005 (3,1 en France métropolitaine). Les différences de mortalité selon la CSP étaient significatives quoique moindres en Paca qu'en France.

Cette vision d'ensemble, qui souligne les bons résultats de la région par comparaison à la situation nationale, tend cependant à gommer la diversité des situations régionales face à la santé et les disparités territoriales et sociales qui la caractérisent. Il est donc important de lui substituer une vision plus nuancée de l'état de santé territorial ouvrant une large place à ses contrastes internes.

- L'approche territoriale de la santé constitue le premier niveau de cadrage pour comprendre le contexte qui participe à la formation des états de santé régionaux, et apprécier les contrastes régionaux de santé. Lieu de vie et d'accès aux ressources, le territoire est par ailleurs le premier lieu de concentration et d'expression des inégalités sociales face à la santé.

- C'est ensuite la situation socio-économique régionale qu'il convient d'observer pour saisir les disparités de conditions de vie, de travail et de ressources situées en amont de la formation, de la prévention ou de l'entretien de la santé. Contexte résidentiel et d'activité, conditions de vie et de travail, statut d'emploi et niveau de rémunération, constituent les facteurs structurels qui déterminent les contextes de vie des personnes et qui favorisent en amont la formation d'un capital initial d'avantages et de désavantages en matière de santé.

- Mais si le territoire et l'économie constituent des clés essentielles à la compréhension des risques comme des ressources pour la santé des populations en région, c'est ensuite l'échelle du temps qu'il convient de mobiliser pour analyser les processus de formation des états de santé. Temps biographiques majeurs, l'enfance,

la jeunesse et la vieillesse constituent autant de moments critiques pour l'état de santé. Les temps sont aussi ceux des comportements et des modes de vie favorables ou défavorables à la santé ou à sa prévention.

- Enfin, il conviendra de rappeler que d'autres processus sociaux, de ségrégation, d'exclusion ou de stigmatisation, à l'égard de personnes fragiles ou de groupes particuliers, viennent se superposer ou renforcer ces tendances.

1. Un territoire régional différencié marqué par de forts contrastes sociaux et géographiques

Espace d'activité, de résidence, de mobilité, d'accès à des équipements, le territoire est façonné par la géographie, l'histoire et par des politiques économiques et d'aménagement dont l'action échappe en grande partie à l'individu, mais dont il subit les effets cumulés, plus particulièrement en matière de santé. C'est d'abord par l'analyse des caractéristiques du territoire régional que débute l'analyse de l'état de santé régional. Sous ces premiers aspects, la région Paca est marquée par de forts contrastes. Montagneuse et maritime, rurale et urbaine, ouverte et enclavée, à la fois densément et faiblement peuplée, la région Paca est caractérisée par un large éventail de territoires. Alors que sa bande littorale concentre 90 % de sa population régionale et la majeure partie de ses pôles d'activité économiques, les zones rurales et alpines connaissent des densités de peuplement très faibles [2]. La région conjugue à la fois des problématiques de modes de vie urbains (avec son cortège d'expositions aux nuisances environnementales, ses problématiques d'habitat et de transports), et celles inhérentes aux territoires isolés marqués par les difficultés d'accès aux équipements et infrastructures, et le vieillissement de leurs populations.

1.1. Finis terres et territoires industriels

Sur ce point, les données infra-régionales de morbi-mortalité laissent entrevoir la situation peu satisfaisante des territoires situés aux extrémités de la région : zones alpines isolées de l'Est et du Nord-Est, plaines de la Crau. Leurs indicateurs de santé contrastent avec ceux plus favorables des côtes et des grandes villes, suggérant le cumul d'une série de désavantages face à la santé conjuguant exposition, mode de vie, ressources limitées et moindre accès à la prévention ou aux soins. Les zones d'activité industrielle actuelles ou passées de l'Ouest de la région se distinguent aussi dans une moindre mesure par des indicateurs de santé plus défavorables qui reflètent probablement les expositions anciennes à des pollutions d'origine professionnelle.

1.2 Disparités de santé inter et infra-urbaines

Mais loin d'être limités aux finis terres régionaux, les contrastes territoriaux en matière de santé touchent aussi le cœur des territoires urbains. Ils peuvent se traduire par des disparités d'indicateurs de santé entre villes proches (c'est par exemple le cas sur la Côte d'Azur), ou entre quartiers, reflétant la concentration et la relégation de populations désavantagées induites par les politiques en matière de logement. Au-delà de l'expression de l'inégal capital économique et culturel de

ses habitants, le territoire peut jouer un effet propre sur la santé par le biais de son aménagement. Le progrès de l'analyse multiniveaux permet aujourd'hui de mieux apprécier la contribution propre du lieu de résidence à l'état de santé [3]. Les disparités d'état de santé entre quartiers renvoient aussi à des expositions inégales de leurs habitants aux nuisances environnementales (pollution atmosphérique et sonore), à la plus ou moins grande qualité de l'habitat et accessibilité à des espaces verts et équipements de loisirs. Résultat de politiques d'aménagement, de dynamiques de ségrégation ou de captivité sociale, la gestion de villes expose inégalement ses habitants à des risques globaux pour la santé selon leur niveau de ressources, leur activité, voire leur origine. La notion « d'injustice environnementale » traduit, on ne peut mieux, cette idée d'inégalité sociale d'exposition aux risques cumulés pour la santé, ancrée dans les territoires. Par ailleurs, comme l'atteste un nombre croissant de publications internationales [4], si les populations plus modestes sont plus fréquemment et plus intensément exposées aux polluants de par leur zone d'activité et de résidence, elles y sont aussi plus vulnérables du fait de leur moins bon état de santé. Le Sud-Est de la France n'échappe pas à ce constat [5].

1.3. Choix de logement contraints et progression de l'urbanisation

D'une manière plus spécifique, rappelons que la région Paca, en raison de l'attractivité de ses zones côtières, est marquée par de fortes tensions immobilières liées à la valeur élevée du foncier. Cette caractéristique se traduit par une proportion plus faible de ménages occupant un logement individuel par comparaison à la France, plus particulièrement parmi les plus modestes d'entre eux [6]. Les habitants modestes ont de grandes difficultés à se loger en raison du montant des loyers du secteur privé et de l'offre insuffisante de logement social. Enfin, les problématiques de vie dans des logements indignes participent à créer un ensemble de conditions de vie défavorables à la santé. Sur un tout autre plan, la concentration de la population sur les côtes et l'expansion continue des villes, engendrent des niveaux de trafics routiers élevés, plus associés que dans d'autres régions à une mortalité prématurée et juvénile évitable.

2. Une région marquée de fortes disparités économiques

L'activité économique et le niveau de ressources de la population constituent ensuite la deuxième clé de lecture de l'inégale distribution des avantages et désavantages face à la santé en région. Loin de se limiter à la prise en compte des effets de la grande pauvreté sur la santé, la réduction des inégalités sociales face à la santé doit s'inscrire dans une vision large du gradient social et des conditions d'activité qui fait place aux situations intermédiaires comme aux processus de déclassement ou de fragilisation économique et sociale. La perte des sécurités attachées au salariat pour une frange croissante d'actifs, la multiplication de situations d'insécurité économique et professionnelle, et la montée d'une pauvreté laborieuse invalide, font éclater le cadre antérieur de représentations inclusion/exclusion, travail/chômage fondant l'intervention publique en matière de réduction des inégalités de santé.

2.1. Expositions professionnelles et risques pour la santé

Les conditions de travail constituent un risque pour la santé, inégalement distribué selon les catégories professionnelles. La situation est ici encore contrastée. C'est le secteur tertiaire, avec une forte orientation des services et du commerce, qui constitue le secteur économique dominant de la région, avec une spécificité touristique marquée des départements des Hautes-Alpes et des Alpes-Maritimes. La région est également dotée d'un important pôle industriel pétrochimique et métallurgique dans la région de Fos-Berre qui représente un peu plus de 10 % de l'emploi salarié. Enfin, les activités agricoles, dédiées à la viticulture, à l'oléiculture, à la culture fruitière et à l'activité maraîchère, caractérisent les départements du Vaucluse, du Var et dans une moindre mesure des Bouches-du-Rhône. Cette diversité d'activités détermine, via les bassins d'emploi, des profils diversifiés de main d'œuvre locale, placés dans une situation d'inégale vulnérabilité face aux risques professionnels, et dotés de ressources matérielles et culturelles très inégales pour y faire face [2, 7]. Ouvriers des zones industrielles de l'étang de Berre, du BTP cumulent plus que les autres catégories des risques importants pour leur santé. Qu'ils soient liés à des polluants, à des accidents du travail, ou à l'organisation du travail, ces risques se traduisent par la prévalence plus élevée de certaines pathologies, de troubles musculo-squelettiques, de cancers, de troubles psycho-sociaux, pouvant expliquer une grande part de l'inégalité sociale face à la santé. Du fait du recours aux entreprises sous-traitantes, ces risques se voient renforcés pour les travailleurs intérimaires, moins protégés.

2.2. Spécificités régionales en matière d'emploi

A ces profils de travailleurs exposés viennent aujourd'hui s'ajouter d'autres catégories d'actifs « vulnérables » qui s'inscrivent dans un mouvement plus général de précarisation de l'emploi peu qualifié, travail à temps partiel (dont la proportion est plus élevée dans notre région qu'en France) ou Contrat à durée déterminée (CDD) [8]. Le secteur de la grande distribution est l'exemple typique. Soumis à des fortes cadences ou à des conditions de travail dégradées à l'origine de troubles musculo-squelettiques ou de stress, cumulant bas revenus et conditions de vie difficiles, ces actifs constituent une catégorie en expansion désignée sous le terme des « travailleurs pauvres ». Ce phénomène dessine des formes de pauvreté éloignées des situations d'exclusion sociale ou de grande pauvreté, plus difficiles à enregistrer par l'appareil statistique, mais ayant des effets sur la santé, par leur dimension cumulative et le contexte d'insécurité personnelle qu'elles alimentent.

Certains emplois, typiques des régions touristiques, tels que les saisonniers de l'hôtellerie-restauration, partagent des conditions de travail similaires. Le cumul de longs horaires de travail, de salaires faibles, de conditions de travail pénibles, de périodes d'activité discontinues, et d'un isolement vis-à-vis du milieu familial, contribue à faire de ces actifs des catégories plus exposées et moins protégées que d'autres pour leur santé.

Exposées à des risques inégaux pour leur santé, les différentes catégories de travailleurs sont confrontées à des risques inégaux en matière de perte d'emploi. Les bassins d'emploi industriels ou agricoles à la main d'œuvre plus spécialisée et moins qualifiée, présentent des taux de chômage ou de précarité plus élevés que les autres.

2.3. Absence d'activité : un risque majeur pour la santé

Mais, si l'activité professionnelle confronte les individus de façon inégale aux risques pour leur santé, c'est encore l'absence d'activité qui continue de constituer le risque le plus lourd en la matière. Dans les enquêtes menées dans l'Union européenne, les répondants sans emploi déclarent un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais plus souvent que les actifs [9]. Or, le tribut payé au chômage par la région est important. Malgré sa plus grande résistance à la crise par comparaison à d'autres régions, l'emploi salarié s'est dégradé depuis 2008, phénomène enregistré par la hausse du recours aux prestations sociales. Le taux de recours au Revenu de solidarité active (RSA) en 2009 était plus élevé en Paca (particulièrement dans les Bouches-du-Rhône) qu'en France entière (6,4 % versus 5,1 %).

2.4. Écarts de rémunération importants conjugués à des taux de pauvreté élevés

Sur le plan des ressources économiques de ses habitants, la situation de la région Paca est encore une fois contrastée. Si son niveau de vie mesuré par le niveau de ressources monétaires paraît bon au regard d'autres régions, la région Paca n'en connaît pas moins de grands écarts de ressources entre ses habitants et des taux de pauvreté interne élevés. Les disparités de niveau de vie y sont fortes. Le rapport entre les deux déciles extrêmes s'élevait à 6,6 en 2007, soit le 3ème écart le plus élevé mesuré dans les régions de province (écart de 5 en province). Le poids des secteurs à bas salaires dans l'économie régionale (lié à la forte proportion de petits établissements inhérents notamment à l'activité touristique) plaçait la région au 9ème rang français en matière de rémunération la même année. Un quart des salariés gagnait moins de 830 euros par mois contre un sur cinq en France métropolitaine [10].

Cette donne fait de la pauvreté une caractéristique forte de la région Paca qui partage avec l'Île-de-France le fait de concentrer la plus forte proportion hexagonale de ménages pauvres. Particulièrement marquée dans les départements des Bouches-du-Rhône, du Vaucluse et des Alpes-de-Haute-Provence, dont la situation se rapproche de celle des départements du nord de la France, la pauvreté touche davantage les jeunes et les femmes, plus concernés que les hommes par l'emploi à temps partiel ou les CDD. La pauvreté est inscrite dans l'activité salariée elle-même, montrant, loin s'en faut, que le travail ne protège pas de la pauvreté. Loin de se limiter aux adultes, la pauvreté touche une proportion importante d'enfants en région par le biais de leurs parents et principalement des familles monoparentales : un enfant de moins de 6 ans sur quatre appartient en Paca à un ménage pauvre contre un sur cinq en France métropolitaine [10, 11]. Revenus modestes et situations de vulnérabilité socioprofessionnelle jouent négativement sur l'état de santé en exposant les personnes à des conditions de travail, de vie et de logement dégradées. Les ressources limitées peuvent occasionner par exemple le renoncement à des activités de loisir concourant à l'équilibre personnel, mais plus gravement à des privations débouchant sur des situations d'insécurité alimentaire. Enfin, fragilité économique et pauvreté sont souvent associées à une moindre protection maladie complémentaire ; elles occasionnent plus souvent le report ou le renoncement de soins notamment dans les domaines peu couverts par les régimes de protection maladie obligatoire tels que la dentisterie, les prothèses auditives et visuelles.

3. Les processus : la formation des inégalités de santé

3.1. Âges de la vie et états de santé

Petite enfance, enfance, adolescence et vieillesse constituent des étapes critiques de l'existence en termes de formation, de reproduction et d'installation des inégalités. C'est au cours des différents âges de la vie que se jouent les expositions, que sont mises en œuvre les mesures de prévention, et que se constituent les habitudes favorables ou défavorables à la santé.

La petite enfance est, faut-il le rappeler, le moment capital pour la construction de la bonne santé future pour l'adulte, la prévention des maladies chroniques et plus largement l'insertion économique et sociale. Les conditions de vie auxquelles les enfants sont exposés, sont susceptibles d'exercer des répercussions à long terme sur leur développement ultérieur. Les programmes internationaux de lutte contre les inégalités insistent particulièrement sur ce moment crucial de la vie et la promotion de l'équité dès le départ [12].

L'adolescence constitue elle aussi une période critique au cours de laquelle peuvent se cristalliser des attitudes par rapport aux risques se différenciant fortement selon le milieu social, et déterminant des styles de vie favorables ou défavorables à la santé qui pourront être adoptés ultérieurement : expérimentation des usages de produits psychoactifs, adoption de conduites à risque dans les activités de loisirs, lors de la conduite routière, ou dans la vie sexuelle... Si l'on sait bien que l'information sur les risques ne suffit pas à modifier des comportements dont les déterminants sont complexes, le rôle de l'éducation en général et celui de l'éducation à la santé en particulier n'en restent pas moins essentiels dans la genèse des inégalités de santé, selon le milieu social et culturel.

La vieillesse constitue aussi une étape critique. Non plus tant dans la formation des états de santé mêmes -- dans la mesure où ceux-ci résultent largement des conditions et des habitudes de vie antérieures, même si celles-ci restent importantes -- mais dans le maintien, face à d'importantes comorbidités, d'une autonomie et d'une qualité de vie. Là encore, les inégalités sociales contribuent, dans la mesure où elles déterminent les ressources psychosociales et économiques des individus, à de fortes différenciations : un isolement social plus ou moins prononcé, un accès plus ou moins facile à une aide informelle ou formelle face à la dépendance, la possibilité de poursuivre des activités valorisantes et valorisées par l'individu, ont, entre autres, à ce moment de la vie, un poids important dans le maintien de l'autonomie. Dans une sorte de cercle vertueux, le maintien de l'autonomie favorise à son tour un meilleur état de santé en contribuant à préserver une bonne santé mentale, et en protégeant contre les phénomènes de « glissement » que favorisent au contraire un désinvestissement des activités et la dépendance.

3.2. Catégories sociales et santé, une étroite relation

Qu'elles soient réalisées en France, à l'échelle européenne ou internationale, toutes les observations s'accordent à souligner la forte corrélation entre catégorie socioprofessionnelle et santé. Cette dimension constitue un axe transversal majeur de l'ensemble des données présentées dans ce rapport. A l'origine des conditions de vie et d'activité, le statut socio-économique, mesuré le plus souvent par la profession ou le niveau de revenu, joue un rôle déterminant dans la constitution de l'état de santé et dans les capacités matérielles et sociales de sa préservation.

Le niveau de formation scolaire y contribue également de manière importante par la formation des normes en santé et le développement de la plus ou moins grande réceptivité aux messages de prévention. Enfin, depuis la célèbre étude de Whitehall conduite par Michael Marmot, nous savons que la place occupée dans la hiérarchie d'une organisation contribue à l'état de santé psychique comme somatique. Les données présentées dans ce rapport concourent à documenter les grands traits des inégalités sociales de santé en région en rappelant la persistance des écarts de mortalité prématurée, de morbidité mais aussi de qualité de vie au sein même la maladie entre catégories sociales modestes et aisées. Elles montrent aussi que ces écarts entre catégories sociales sont accrus par le bénéfique différentiel des progrès thérapeutiques et des avancées de la prévention. L'exemple de la lutte contre le tabagisme est de ce point de vue édifiant [13]. Si les mesures adoptées en France comme dans d'autres pays ont globalement entraîné une diminution du tabagisme dans la population, et particulièrement chez les cadres, cette tendance n'est que peu vérifiée chez les ouvriers, et pas du tout chez les chômeurs. En matière de prévention du cancer, c'est aussi le niveau de recours au dépistage qui continue de différencier les catégories sociales au détriment des catégories les plus modestes. Enfin, le cas de la levée de l'obligation vaccinale en matière de BCG, en l'absence de mesures d'accompagnement ciblées, montre la régression des comportements de protection, particulièrement chez les populations paradoxalement les plus exposées au risque [14].

Mais au-delà de l'inégalité qui oppose la situation de santé des plus riches à celle des plus pauvres, les observations menées au plan national et surtout européen, insistent sur l'existence d'un gradient social continu liant santé et position sociale. Loin de se réduire à l'écart des conditions de vie et des ressources entre les catégories sociales extrêmes, souvent réduite dans la majeure partie des données disponibles à l'opposition cadres/ouvriers, le lien entre position sociale et santé se manifeste de manière constante tout au long de l'échelle sociale. Les exemples du recours à l'activité physique et des habitudes alimentaires détaillés dans ce rapport sont tout à fait éclairants : la fréquence de la pratique sportive de loisirs augmente au fur et à mesure que le niveau de diplôme s'élève ; le recours à une alimentation équilibrée suit la courbe d'augmentation des revenus. Ce gradient moins visible parce que moins bien documenté, montre que le lien entre santé et position sociale ne se limite pas à la question de la pauvreté, problématique sur laquelle se fondaient les politiques de lutte contre les exclusions de la fin des années quatre vingt-dix, mais renvoie à celui de l'inégale distribution des ressources face à la santé liées à la profession, des revenus ou des diplômes.

Les inégalités en santé sont ensuite renforcées par les situations de stigmatisation et de discrimination dans lesquelles se trouvent placés certains groupes de la population de par leur origine ethnique, leur statut juridique voire leur état de santé [15, 16]. La relégation spatiale et résidentielle conduisant à des conditions de vie insalubres, en constitue un élément majeur ; les conditions de travail pénibles et déqualifiées, un élément favorisant ; les réglementations et décisions restreignant l'accès aux soins, le fondement juridique. Désavantages, objectifs et processus de discrimination cumulent leurs effets pour fragiliser l'état de santé et les conditions de sa réparation, mais aussi l'attention dont celle-ci peut faire l'objet de la part des personnes. Ces situations concernent particulièrement les gens du voyage, les personnes en situation irrégulière et les migrants. Les situations « limites » ou de rupture, auxquelles sont plus souvent exposés que le reste de la population les groupes stigmatisés ou discriminés (sortie de prison, pathologies mentales, handicaps), renforcent les risques pour leur santé.

3.3. Effets de genre sur la santé : disparités hommes-femmes et dynamiques de transformation

Le genre constitue l'un des déterminants majeurs de la santé. Souvent réduite à la question de la santé des femmes, la question du genre en santé est essentielle pour la compréhension de la formation des états de santé et de leur dynamique de transformation. Loin d'être une donnée naturelle, ou une simple différence biologique, l'appartenance de genre s'inscrit dans un système complexe de division des rôles sociaux, de hiérarchies, de processus de socialisation qui gagnerait à être mieux connu pour la promotion de la santé. Les données recueillies en région Paca montrent la pertinence de cette entrée pour la compréhension de la formation des attitudes de prévention. En matière de prévention nutritionnelle par exemple, hommes et femmes se distinguent nettement, les premières semblant mieux connaître que les seconds les normes diététiques et afficher de meilleures connaissances. Cette observation, qui n'est pas sans rapport avec la division des rôles dans la production domestique des repas et avec les pressions qui s'exercent sur l'apparence corporelle des femmes, pose, à l'inverse, la question des modes de sensibilisation des hommes à leur alimentation, de la bonne entrée des campagnes de sensibilisation. En matière de comportements dangereux, les femmes ont trois fois moins de risques que les hommes d'être tuées ou blessées dans un accident de la circulation. Si les femmes sont objectivement moins exposées aux risques routiers (se déplaçant plus souvent en transport en commun, mais aussi moins impliquées dans les activités économiques de transport et de livraison), elles entretiennent aussi un rapport différent à la transgression des normes, effet de la définition des identités de genre et des processus de socialisation distincts. Reflet de leur position plus dominée ou des ajustements qu'elles sont amenées à opérer entre vie familiale et professionnelle, au sein de la famille, les femmes se distinguent par une prévalence plus élevée de dépression et de consommation de médicaments psychotropes, pendant que les hommes sont massivement plus exposés aux risques professionnels.

L'insuffisante problématisation des effets du genre sur la santé tient ensuite à la difficulté à désenclaver ses effets propres d'autres facteurs comme la catégorie sociale ou le statut d'activité. Plus complexe à appréhender, la catégorie sociale des femmes n'est pas toujours présente ou exploitable dans les données de santé (c'est le cas par exemple des données de mortalité). Pourtant le statut social des femmes semble constituer, tout comme pour les hommes, un élément de différenciation des comportements à l'égard de la santé. Si les femmes semblent plus réceptives que les hommes aux injonctions en matière de prévention, elles se différencient entre elles par leur niveau social. En région, les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) affichent par exemple des niveaux plus faibles de participation vis-à-vis des autres assurées au dépistage du cancer du sein, qu'il soit individuel ou organisé. Autre exemple, la progression du tabagisme chez les femmes ou la plus grande progression du cancer du poumon, ne peuvent pas être analysées au niveau régional au regard de la catégorie sociale ou du diplôme, dont on peut supposer pourtant qu'ils jouent, autant que pour les hommes, un rôle important de différenciation.

Plus dominées mais plus informées, les femmes s'inscrivent dans un mouvement de transformation de leur place dans la société qui n'est pas sans effet sur leur santé. Plus valorisés, mais plus exposés, les hommes apparaissent aussi plus captifs de rôles sociaux qui les préparent moins bien à protéger leur santé. C'est au sein de cette dialectique que peut s'inscrire la prise en compte des effets du genre sur la santé.

Enfin, en clôture de cette partie, rappelons que les déterminants sociaux de la santé n'arrêtent pas leurs effets au seuil du système de santé. Si le système curatif français a pu jusqu'à maintenant garantir l'égalité de traitement entre catégories sociales, la crise économique actuelle semble alimenter des évolutions en sens inverse. Elles se manifestent dans des phénomènes comme l'évitement des populations pauvres par l'exercice en secteur 2 ou le dépassement d'honoraires ; la stigmatisation ou le refus des bénéficiaires de la CMU en médecine de ville ; une offre thérapeutique plus restreinte à l'égard des personnes atteintes de pathologies mentales ou de handicaps.

Etats de santé
et inégalités en région
Provence-Alpes-Côte d'Azur
2010

Morbi-mortalité prématurée ou évitable :
principales causes en région Paca

Morbi-mortalité prématurée ou évitable : principales causes en région Paca

CHAPITRE 2

1.	Vue d'ensemble	19
2.	Cancers	20
2.1.	Cancer du poumon	20
2.2.	Cancer du côlon-rectum	21
2.3.	Cancer du sein	22
2.4.	Cancers du col et corps de l'utérus	23
3.	Traumatismes	24
3.1.	Suicidalité	24
3.2.	Accidents de la circulation	26
3.3.	Accidents de la vie courante	27
4.	Maladies de l'appareil circulatoire : cardiopathies ischémiques	30
5.	Maladies infectieuses (hors VIH)	31
5.1.	Infections sexuellement transmissibles hors VIH	31
5.2.	Rougeole	32
6.	Iatrogénie	33
6.1.	Ensemble des événements indésirables graves	33
6.2.	Événements indésirables graves liés aux médicaments	33
6.3.	Événements indésirables graves liés aux infections nosocomiales	34

Etats de santé
et inégalités en région
Provence-Alpes-Côte d'Azur
2010

Morbi-mortalité prématurée ou évitable :
principales causes en région Paca

1. Vue d'ensemble

La mortalité prématurée (c'est-à-dire survenant avant l'âge de 65 ans) est supérieure en France par rapport à celle observée dans les autres pays européens [1]. Elle constitue un puissant marqueur d'inégalités sociales de santé et de genre, car elle très inégalement répartie entre les catégories socioprofessionnelles et entre hommes et femmes.

Mortalité

En Paca, chaque année, plus de 8 000 personnes décèdent avant 65 ans dont 67 % sont des hommes. Un tiers de ces décès (39 % chez les hommes et 24 % chez les femmes) est associé à des causes de décès évitables par la réduction des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses, suicides, etc.). En Paca, les trois principales causes de mortalité prématurée sont les cancers (41 % des décès prématurés), les traumatismes (17 %) et les maladies cardio-vasculaires (13 %).

Evolution temporelle

En Paca, la mortalité prématurée a diminué de plus de 30 % en 25 ans (entre 1980-1982 et 2004-2006), comme en France. En 2004-2006, elle était légèrement plus faible qu'en France métropolitaine : -2 % chez les femmes (10ème taux le plus faible parmi les régions métropolitaines) et -5 % chez les hommes (6ème rang).

Différences selon le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle

En France, les inégalités sociales de mortalité – écarts de mortalité entre les personnes ayant les niveaux d'études les plus faibles et celles ayant les niveaux d'études les plus élevés -- se sont accrues entre 1968-74 et 1990-96, chez les hommes comme chez les femmes. Chez les hommes, les inégalités ont augmenté pour les décès par cancer et par maladies cardio-vasculaires, et chez les femmes pour l'ensemble des causes [17].

On observe une hausse de la contribution de la mortalité par cancer aux inégalités sociales de mortalité générale, cette cause de décès expliquant 40 % de ces inégalités depuis 1980 chez les hommes. Chez les femmes, on observe aussi une hausse régulière de la contribution de la mortalité par cancer aux inégalités de mortalité générale : la part expliquée par les maladies cardio-vasculaires a diminué depuis 1968-74 et elle était proche de 30 % et un peu inférieure à celle des cancers en 1990-96 [18].

En Paca, sur la période 1991-2005, chez les hommes de 25-54 ans, la mortalité toutes causes était 2,5 fois plus élevée chez les employés-ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures (3,1 en France métropolitaine).

2. Cancers



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°1

Chez les hommes, en termes d'incidence, les localisations cancéreuses les plus fréquentes sont dans l'ordre, les cancers de la prostate, du poumon et du côlon-rectum ; ces cancers représentant 45 % des décès par tumeur. Chez les femmes, les cancers les plus fréquents sont, dans l'ordre, les cancers du sein, du côlon-rectum et du poumon ; ils représentent 40 % des décès par tumeur. En termes de mortalité prématurée, chez les hommes, les localisations cancéreuses les plus fréquentes sont dans l'ordre, les cancers du poumon, les tumeurs malignes des tissus lymphatiques et hématopoïétiques et les cancers du côlon-rectum. Chez les femmes, les cancers les plus fréquents sont, dans l'ordre, les cancers du sein, du larynx, du poumon et les cancers du côlon-rectum.

On n'abordera dans cette partie que les localisations de cancers les plus fortement associées à une mortalité prématurée : le cancer de la prostate et celui de la vessie sont traités dans le chapitre 3 « Maladies chroniques ». Le cancer du poumon et du côlon-rectum seront présentés en premier, puis seront abordés les cancers spécifiques aux femmes : cancer du sein et de l'utérus.

2.1. Cancer du poumon



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°4

Incidence

En Paca, le cancer du poumon (cancers de la trachée et des bronches inclus) représente 10 % des nouveaux cas de cancers, et touche les hommes dans 76 % des cas. Les personnes âgées sont les plus concernées par ce cancer (pic d'incidence autour de 75 ans). Néanmoins, le nombre de cas est important dès 50 ans : en Paca, 107 nouveaux cas pour 100 000 hommes par an chez les 50-54 ans. En Paca, depuis la fin des années 1990, l'incidence diminue chez les hommes, comme en France, en raison de la diminution de la consommation tabagique. Chez les femmes au contraire, une augmentation considérable de l'incidence (+243 % en Paca) a été observée entre 1980 et 2005, en relation avec l'augmentation du tabagisme chez les femmes. Cette tendance évolutive devrait se poursuivre d'après les projections nationales [19]. Ainsi, le cancer du poumon reste plus fréquent chez les hommes, mais l'écart entre les hommes et les femmes diminue.

La région présente une sur-incidence du cancer du poumon de 11 % chez les femmes par rapport à la France. Ceci peut être expliqué par la plus forte proportion de femmes fumant quotidiennement en Paca par rapport au niveau national (27 % versus 23 % chez les 15-75 ans en 2005 [20]). L'augmentation des cas de cancer du poumon chez les femmes est très préoccupante et renforce la nécessité de poursuivre la lutte contre le tabagisme, d'autant plus que le cancer du poumon demeure un cancer de mauvais pronostic (moins de 20 % de survie relative à 5 ans) [21].

Mortalité

En Paca, en 2005-2007, 2 646 décès par tumeur du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon sont survenus en moyenne chaque année, dans trois quarts des cas, chez des hommes. Il s'agit de la première cause de décès par tumeur chez les hommes (27 % des décès par tumeur sur 2005-2007) et la quatrième chez les femmes (11 %). Il est responsable de 36 % des décès prématurés par tumeur chez

les hommes et 17 % chez les femmes ; il est aussi responsable de 32 % des années potentielles de vie perdues par tumeur chez les hommes, et de 16 % chez les femmes. En Paca, comme en France, entre 1980-1982 et 2003-2005, la mortalité a diminué chez les hommes mais elle a augmenté chez les femmes (+117 %). La région présente une surmortalité par cancer du poumon de 12 % chez les femmes par rapport à la France.

Le tabagisme est responsable de la majorité des cancers du poumon, avec respectivement chez les hommes et les femmes, 83 % et 70 % des cas de cancer du poumon dus au tabac [22].

Différences selon les départements de la région

Les départements côtiers présentent les taux de mortalité par cancer du poumon les plus élevés de la région quel que soit le sexe. Chez les femmes, la mortalité est significativement supérieure à celle de la France dans ces départements. Les Hautes-Alpes présentent au contraire les taux de mortalité les plus faibles de la région, en particulier chez les femmes, avec une sous-mortalité significative par rapport à la France.

Différence selon la catégorie socioprofessionnelle

De fortes inégalités sociales de mortalité existent pour le cancer du poumon en Paca comme en France. Chez les hommes, les ouvriers et employés ont un risque trois fois plus élevé de décéder d'un cancer du poumon que les cadres et professions intellectuelles supérieures. Cela est probablement dû aux inégalités d'exposition aux facteurs de risque et, en particulier, au tabagisme plus fréquent chez les ouvriers que chez les cadres [20] mais aussi aux expositions professionnelles aux cancérogènes.

2.2. Cancer du côlon-rectum

Les données sur le dépistage du cancer du côlon-rectum sont présentées dans le chapitre 4.



*CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS&PACA N°2*

Incidence

Le cancer colorectal représente 11 % des nouveaux cas de cancer. Il est la troisième localisation de cancer la plus fréquente pour les hommes et la deuxième pour les femmes. Ce cancer concerne principalement les personnes de plus de 60 ans, le nombre de nouveaux cas augmentant avec l'âge.

Le risque de développer un cancer colorectal est plus faible en Paca que dans le reste de la France (-15 % chez les hommes et -10 % chez les femmes). Chez les hommes, après une augmentation entre 1980 et 2000, l'incidence stagne ; chez les femmes, elle est en constante augmentation depuis 1980 en Paca comme en France.

Mortalité

Ce cancer, de pronostic intermédiaire (environ 55 % de survie relative à 5 ans) [21], représente la troisième cause de mortalité par tumeur en Paca chez les hommes comme chez les femmes. Il est responsable de 6 % des décès prématurés par tumeur et de 5 % des années potentielles de vie perdues par tumeur. Le risque de décéder de ce cancer est plus faible en Paca que dans le reste de la France (-9 % et -6 % chez les hommes et les femmes respectivement). La mortalité est en diminution pour les deux sexes, en raison de l'amélioration de la prise en charge thérapeutique [23].

Différences selon les départements de la région

Les Alpes-Maritimes présentent une sous-mortalité significative par rapport à la France pour les deux sexes ; ce département participe au programme pilote de dépistage organisé (DO) depuis janvier 2005. De même, les Bouches-du-Rhône, où le DO a été mis en place en décembre 2002, présentent une sous-mortalité significative par rapport à la France pour les femmes uniquement. D'importantes disparités géographiques existent dans la région, la mortalité variant de manière importante selon les cantons de la région.

2.3. Cancer du sein

Les données sur le dépistage du cancer du sein (dépistages individuel et organisé) sont présentées dans le chapitre 4.



*CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRSéPACA N°3*

Incidence

En Paca, comme en France, en 2005, le cancer du sein était le cancer le plus fréquent chez les femmes : il représentait 35 % des nouveaux cas de cancers chez celles-ci. En Paca, entre 1980 et 2005, l'incidence du cancer du sein a fortement augmenté (+75 %), comme en France. L'extension du dépistage individuel, ainsi que la mise en place d'un dépistage organisé depuis les années 1990, expliquent en partie ce phénomène. D'autres facteurs liés à l'environnement ou aux comportements sont discutés. En Paca, en 2005, le risque de présenter un cancer du sein était inférieur à la moyenne nationale (-7 %).

Alors que l'incidence du cancer du sein est maximale autour de 65 ans, 30 % des cas surviennent chez des femmes de moins de 55 ans. Les cancers survenant chez des femmes jeunes ont un pronostic moins favorable que ceux survenant ultérieurement [24].

Mortalité

Bien qu'il s'agisse d'un cancer de bon pronostic (plus de 80 % de survie relative à 5 ans) [21], ce cancer est la première cause de décès par tumeur chez les femmes en Paca comme au niveau national. Il constitue une cause majeure de mortalité prématurée chez les femmes, avec en Paca sur 2005-2007, 24 % des décès prématurés par tumeur et 23 % des années potentielles de vie perdues par tumeur. En Paca, en 2005, le risque de décéder d'un cancer du sein était inférieur à la moyenne nationale (-6 %).

La mortalité par cancer du sein a diminué depuis la fin des années 1990. L'extension du dépistage permet de découvrir des tumeurs à des stades précoces, et donc d'en améliorer le pronostic. L'amélioration des pratiques professionnelles, avec notamment la mise en place de protocoles thérapeutiques et l'utilisation de traitements plus performants, participent probablement aussi à cette évolution.

Différences selon les départements de la région

Les départements des Alpes-Maritimes et du Var présentaient une sous-mortalité significative (-13 %) par rapport à la France. De plus, le Var présentait le meilleur taux de participation au dépistage (individuel et organisé) de la région, ce qui pourrait contribuer à la sous-mortalité dans ce département. Par ailleurs, la mortalité variait fortement selon les cantons de la région.

Différences selon la catégorie socioprofessionnelle

En France, l'incidence du cancer du sein est plus faible chez les femmes appartenant aux catégories socioprofessionnelles (CSP) les moins favorisées comparativement aux CSP les plus élevées : les premières ont eu en moyenne des grossesses plus précoces et plus nombreuses, deux facteurs protecteurs. Au début des années 1970, cette plus faible incidence se traduisait par une sous-mortalité par rapport aux femmes de CSP les plus favorisées. Aujourd'hui, ces dernières ont à la fois les taux d'incidence les plus élevés et la meilleure survie, en raison d'un meilleur accès au système de soins et d'un recours au dépistage plus important que les femmes ayant une situation sociale moins favorable [25].

Différences selon la taille des communes d'habitation

En Paca, les femmes résidant dans des zones rurales consultent plus tardivement après la découverte de signes suspects. De plus, le délai entre la consultation et le début du traitement est plus long chez les femmes vivant dans des villes de taille moyenne (< 200 000 habitants) que chez celles vivant dans des villes de plus de 200 000 habitants ou en zone rurale (Cohorte Elipse 40 en région Paca, ORS Paca).

2.4. Cancers du col et corps de l'utérus

Les données sur le dépistage du cancer du col de l'utérus sont présentées dans le chapitre 4.



*CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRSpACA N°5*

Incidence

En France, en 2005, les cancers du col et du corps de l'utérus représentaient respectivement 2 et 4 % des nouveaux cas de cancers chez les femmes [23]. Alors que le cancer du corps concerne essentiellement les femmes âgées (pic d'incidence à 75 ans), le cancer du col concerne les femmes jeunes avec un nombre de nouveaux cas déjà important à l'âge de 30 ans et un pic d'incidence à 40-45 ans. Ces cancers sont de plutôt bon pronostic avec plus de 70 % de survie relative à 5 ans [21].

L'incidence du cancer du col de l'utérus est inférieure en Paca par rapport à la France (-4 %). Entre 1980 et 2005, l'incidence du cancer du col de l'utérus a diminué grâce au dépistage par frottis cervico-utérin. Néanmoins, cette diminution a été plus faible en Paca qu'au niveau national (-46 % versus -52 %).

L'incidence du cancer du corps de l'utérus est plus faible en Paca qu'en France (-13 %), et elle est constante depuis les années 1980 en Paca comme en France.

Mortalité

Les données de mortalité ne permettent pas de distinguer les cancers du col de ceux du corps de l'utérus : en Paca, en 2005-2007, ils ont été responsables de 5 % des décès par tumeur, 6 % des décès prématurés par tumeur et 6 % des années potentielles de vie perdues par tumeur.

Le risque de décéder d'un cancer de l'utérus est inférieur en Paca par rapport à la France (-7 %). On peut noter que le taux de prise en charge pour des lésions précancéreuses est particulièrement élevé en Paca par rapport à la France d'après les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [26]. Néanmoins, alors que la mortalité française par cancer de l'utérus diminue depuis 1980, la mortalité en Paca augmente depuis les années 2000 après avoir diminué entre 1980 et 2000.

Différences selon les territoires de proximité

La mortalité par cancer de l'utérus est particulièrement faible dans les territoires de proximité les plus favorisés (Menton, Aix-en Provence et Pertuis) ainsi qu'à Marseille. Cela pourrait être dû à la facilité d'accès aux consultations gynécologiques. A l'inverse, la mortalité est significativement supérieure à celle de la France dans la région d'Apt.

3. Traumatismes

Parmi les traumatismes, les suicides et les accidents de la circulation contribuent majoritairement à la mortalité prématurée (respectivement 41 % et 24 % des décès prématurés par traumatismes).

3.1. Suicidalité

3.1.1. En population générale



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRSéPACA N°17

Incidence des tentatives de suicide et des idées suicidaires en population générale

En Paca, en 2005, le nombre de personnes ayant tenté de mettre fin à leurs jours a été estimé à 9 116¹. Le risque de suicide est beaucoup plus élevé chez les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide que chez les autres [28].

Mortalité par suicide

En Paca, sur la période 2005-2007, en moyenne, 834 personnes sont décédées par suicide chaque année. Si l'on tient compte du sous enregistrement des suicides, estimé à 20 %², ce nombre serait après correction de près de 1 000 décès annuels. La mortalité par suicide est plus faible en Paca qu'en France chez les hommes (-10 %) mais pas chez les femmes. Après une baisse importante observée entre les périodes 1980-1982 et 1996-1998, on observe une tendance à la stabilisation de la mortalité par suicide depuis une dizaine d'années, en Paca comme en France.

En Paca, le suicide représente la deuxième cause de mortalité prématurée évitable pour les hommes comme pour les femmes [1]. S'il constitue la deuxième cause de décès après les accidents de la circulation chez les 15-24 ans, les taux de décès par suicide sont nettement plus élevés pour les hommes âgés que chez les jeunes et les femmes.

¹ Prévalence des tentatives de suicide observée dans le Baromètre santé 2005 [334] appliquée à la population de la région Paca de 2006.

² Le nombre de décès par suicide est sous-estimé du fait de la difficulté, pour certains décès, de reconnaître ou d'affirmer leur nature intentionnelle. De plus, certains instituts de médecine légale ne transmettent pas toujours les résultats des autopsies au Centre d'épidémiologie sur les causes de décès (CépiDC) de l'Inserm. Il en résulte qu'un certain nombre de décès par suicide sont classés en « causes inconnues » ou « traumatisme et empoisonnement non déterminé quant à l'intention ».

Prévention et prise en charge

La prévention de la récurrence de tentative de suicide doit donc constituer une priorité d'action. La prise en charge initiale aux urgences et celle du suivi post hospitalier des suicidants sont donc essentielles [29]. Un audit clinique réalisé sur la prise en charge de 100 suicidants dans les hôpitaux sud de Marseille en 2004, de leur accueil aux urgences jusqu'au projet de sortie a mis en évidence que des améliorations devaient être apportées, notamment au niveau de l'information donnée aux patients et aux familles, de l'évaluation de la situation sociale du patient, de l'organisation de la sortie et du suivi post-hospitalisation [30].

Les médecins généralistes ont un rôle clé dans l'identification et la prise en charge des personnes ayant des idées suicidaires [31]. En effet, 50 à 75 % des personnes qui se sont suicidées ont consulté leur médecin généraliste dans les semaines ou mois précédant le passage à l'acte [32]. Or, les idées suicidaires ne sont pas bien identifiées lors de la prise en charge d'un patient pour une dépression (en médecine générale) notamment lorsqu'un traitement antidépresseur est initié [33].

3.1.2. En milieu carcéral

Taux de suicide en milieu carcéral

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît qu'il existe une « sursuicidalité carcérale » dans tous les pays du monde [34]. En France, cette sursuicidalité par rapport à la population générale est de l'ordre de 6,5 à 7. Cependant, ce taux est calculé par rapport à la population générale. Pour être plus réaliste, il devrait être calculé par rapport à la part de la population présentant les mêmes caractéristiques que celle incarcérée, c'est-à-dire cumulant plusieurs facteurs de fragilité. En 2006, d'après les données de l'enquête SPACE I (Statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe), la France présentait un taux de suicide en milieu carcéral 2 fois supérieur à la moyenne européenne (21,2 contre 10,2 suicides pour 10 000 détenus) et enregistrait un des taux les plus élevés de toute l'Europe [35].

Evolution temporelle du taux de suicide en milieu carcéral

En France, le taux de suicide en milieu carcéral n'a pratiquement pas cessé d'augmenter depuis 1980 pour atteindre son maximum en 1996 avec 24,4 suicides pour 10 000 personnes écrouées. Ce taux a ensuite baissé entre 2002 et 2008 (de 21,2 à 17,2 suicides pour 10 000 détenus), notamment grâce au plan Terra, mis en place en 2003 [36]. Ce plan a conduit à la formation massive des personnels pénitentiaires au repérage de la crise suicidaire, à la mise en place de procédures de détection de la crise suicidaire (notamment au travers d'une grille systématiquement renseignée lors des entretiens d'accueil des détenus arrivants) et, la disparition dans les nouveaux établissements des dispositifs pouvant faciliter le passage à l'acte.

Depuis 2008, on assiste de nouveau à une augmentation du nombre de suicides (109 décès par suicide en France en 2008, 115 en 2009). Le bilan de l'année 2009 porte ainsi le taux de suicide à 18,1 suicides pour 10 000 détenus en 2009, contre 17,2 en 2008. Suite à ce constat, le Ministère de la Justice a mis en place un Plan d'action de prévention du suicide des détenus en 2009, visant notamment à renforcer la formation du personnel pénitentiaire, à appliquer des mesures particulières pour les détenus en crise suicidaire aiguë, à humaniser l'univers carcéral et à lutter contre le sentiment d'isolement. Ce plan ambitieux comprend à la fois des mesures de portée générale à application immédiate dans tous les établissements pénitentiaires, et des mesures expérimentales conduites dans quelques sites [37].

Facteurs de risque de suicide chez les personnes détenues

Les explications de cette sursuicidalité sont nombreuses : la promiscuité carcérale, la surreprésentation des troubles mentaux chez les personnes incarcérées et l'importance des troubles non reconnus et/ou non traités avant ou pendant l'incarcération, la perte des liens affectifs, le stress précédant le jugement ou encore la prise de conscience de faits insupportables. Les personnes incarcérées appartiennent également très souvent à une population très fragilisée tant sur le plan social, économique, psychologique qu'affectif [38].

Une analyse effectuée à partir des données individuelles de la base de gestion informatisée des détenus en établissements (GIDE) a permis d'identifier plusieurs facteurs de risque de suicide carcéral : le sexe (les hommes présentent un risque légèrement supérieur), l'âge (les personnes âgées de 30 ans à 50 ans sont plus à risque que les mineurs), la nationalité (les personnes de nationalité française sont plus à risque que celles de nationalité étrangère), ou encore le lieu de détention (sur-risque en maison d'arrêt par rapport aux établissements pour peine). Un risque accru de suicide a été relevé en début de détention (4 premiers mois) ou avant la sortie. Les personnes condamnées à de longues peines présentent également un risque de suicide supérieur. Un autre facteur déterminant est la nature des infractions : le risque de suicide est 7 fois plus élevé pour les personnes écrouées pour meurtre que pour celles incarcérées pour violence volontaire. Le fait d'être affecté dans une cellule avec au moins un autre détenu diminue le risque de passage à l'acte. Enfin, les personnes incarcérées dans un établissement éloigné de leur domicile présentent un risque supérieur de suicide [37].

3.2. Accidents de la circulation



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°24

L'objectif national de réduction du nombre de décès et de séquelles lourdes suite à un accident de la circulation bénéficie des actions conduites par les pouvoirs publics depuis plusieurs années.

Indicateur d'accidentologie locale de la région

Les résultats observés concernant l'accidentologie des départements et des régions sont fortement dépendants de l'exposition au risque (des parcours) très variable d'un département à l'autre notamment en raison de sa taille, de son nombre d'habitants, de sa densité, de la répartition du trafic selon les réseaux ou la catégorie d'utilisateurs. De ce fait, l'Observatoire national interministériel de sécurité routière suit depuis 2001 un Indicateur d'accidentologie locale (IAL) qui prend en compte le nombre de tués sur une longue période (cinq années) et le trafic selon les réseaux (autoroute, routes nationales et départementales...) par rapport à la référence constituée par les données nationales [39]. Alors que la moyenne nationale est de 1, la région Paca affiche pour la période 2004-2008, un IAL de 1,31 (sur-risque de 31 % par rapport aux autres régions), ce qui la place au 3ème rang parmi les régions françaises. Certains départements comme les Alpes-Maritimes ou les Alpes-de-Haute-Provence ont un risque supérieur de respectivement 57 % et 45 % au risque de l'ensemble des départements français métropolitains.

Mortalité

En Paca, en 2008, 388 personnes ont été tuées à la suite d'un accident de la route (décès survenant dans les 30 jours) et 4 098 blessées, avec une hospitalisation de plus de 24 heures (437 tuées et 4 741 blessées hospitalisées en 2007). Les

femmes ont environ trois fois moins de risque d'être tuées et deux fois moins d'être blessées et hospitalisées que les hommes. Le taux de mortalité à 30 jours dans l'ensemble de la population régionale est estimé à 80 pour 1 million d'habitants (69 en France). Mais, parmi les 15-24 ans, il atteint 173 pour 1 million d'habitants dans la région (142 en France). C'est cette classe d'âge, en particulier chez les hommes, qui reste la plus à risque en Paca comme en France [40].

Catégories d'usagers

En Paca, en 2008, les motocyclistes représentaient plus du quart des personnes tuées dans les accidents de la route (19 % en France). Ce pourcentage est lié au nombre de motocyclettes dénombrées dans la région, plus élevé que celui observé au niveau national.

En Paca, en 2008, la part des piétons tués représentait 18 % des personnes tuées (13 % en France). Ce résultat est à mettre en parallèle avec le nombre de personnes âgées plus important en Paca qu'en France (25 % contre 21 % en France métropolitaine), et avec la part de personnes âgées tuées parmi les piétons (46,7 % en France) [40].

Déficiences après un accident de la route

Enfin, en Paca, en 2008, le nombre de personnes souffrant d'une déficience suite à un accident de la route a été estimé à 61 700 (estimations réalisées à partir de l'Enquête Handicap Santé volet Ménages - HSM 2008 - exploitation ORS Paca). Parmi les déficiences citées, 75 % relevaient de problèmes moteurs, et 10 % de troubles de l'orientation ou de la mémoire.

Différences selon la catégorie socioprofessionnelle

Certains groupes sociaux sont plus particulièrement à risque de décès par accident de la circulation : en Paca, sur 1991-2005, le taux comparatif de mortalité par accident de la circulation chez les hommes de 25-54 ans était 3 fois plus élevé chez les ouvriers et employés que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures. Ceci pourrait être lié, en partie, à des accidents routiers liés au travail.

3.3. Accidents de la vie courante



*CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°23*

Vue d'ensemble

Définition

Un accident de la vie courante (AcVC) est un traumatisme « non intentionnel » qui n'est ni un accident de la circulation, ni un accident du travail [41]. Les accidents de la vie courante sont couramment classés selon le lieu ou l'activité : les accidents domestiques se produisant à la maison ou dans ses abords immédiats (jardin, cour, garage et autres dépendances) ; les accidents survenant à l'extérieur (dans un magasin, sur un trottoir, à proximité du domicile, etc.) ; les accidents scolaires incluant ceux survenant lors du trajet, durant les heures d'éducation physique et dans les locaux scolaires ; les accidents de sport ; les accidents de vacances et de loisirs [41].

Incidence

En France, en 2004, le taux d'incidence trimestriel de survenue des accidents de la vie courante a été estimé à 5,5 accidents pour 100 personnes (enquête Santé et protection sociale). Sur une année, le taux peut ainsi être estimé à 22 pour

cent personnes. Sous l'hypothèse d'une situation comparable en région Paca par rapport à la France, le nombre annuel de nouveaux cas d'accidents de la vie courante donnant lieu à un recours aux soins peut être estimé à environ 1 000 000 en Paca (4 800 000 d'habitants en Paca en 2006).

Mortalité

Malgré leur importance, les AcVC n'occupent pas la place qui devrait leur revenir dans les préoccupations de santé publique. En 1999, la France se situait parmi les pays européens présentant les plus forts taux de mortalité par accidents de la vie courante (chute, intoxication, noyade, feu) [42]. Ceci est peut-être le reflet, ou la conséquence, d'une faible perception du risque qu'ils constituent. Le fait que les causes et circonstances de survenue des AcVC soient très diverses contribue probablement à brouiller la perception de leur importance. En effet, les différentes causes d'AcVC sont nombreuses et variées, mais chacune prise individuellement provoque souvent peu d'accidents. On peut aussi évoquer des réflexes de refus par rapport à des recommandations de protection ou de prévention, vécues comme limitant la liberté individuelle ou le plaisir de certaines activités (sportives notamment).

En Paca, sur la période 2005-2007, les AcVC ont été à l'origine de 1 600 décès en moyenne par an, soit 3,6 % de l'ensemble des décès et 5 % de l'ensemble des années potentielles de vie perdues. L'indice comparatif de mortalité par AcVC dans la région Paca n'est pas significativement différent de celui observé en France.

Evolution temporelle

En France, entre les périodes 2000-2002 et 2004-2006, le taux de mortalité par accidents de la vie courante a diminué de 17 %. Cette diminution a été un peu plus importante chez les femmes (-19 %) et a été plus forte chez les moins de 15 ans (-24 %). Les décès par noyades (-13 %), par chute et par suffocation (-11 %) ont plus fortement diminué que les autres accidents [43].

Différences selon les départements

En Paca, les départements des Hautes-Alpes et des Bouches-du-Rhône sont en surmortalité pour les AcVC par rapport au niveau national, contrairement aux Alpes-Maritimes qui sont en sous-mortalité.

Lieu de survenue et description des accidents de la vie courante

Près de la moitié des accidents déclarés ont lieu au domicile, 20 % sont des accidents de sport, 11 % ont lieu sur un lieu de loisirs et 9 % en milieu scolaire. Les autres types d'accidents (13 %) surviennent dans des endroits divers (dans la rue, dans des lieux publics, etc.). Les résultats d'une étude³ montrent que les moins de 15 ans représentent près de la moitié des victimes d'accidents de la vie courante. Au-delà de 15 ans, on observe une décroissance de la fréquence des accidents avec l'âge jusqu'à 70 ans environ, âge à partir duquel on observe à nouveau une augmentation. Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 13 % des victimes [44]. Jusqu'à 40 ans, ce sont les hommes qui sont le plus victimes d'accidents. Les accidents de sport, très fréquents entre 10 et 40 ans,

³ L'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC), extension française du recueil européen EHLASS (European home and leisure accident surveillance system), fournit des informations sur les accidents de la vie courante qui ont été enregistrés dans les services d'urgence de 11 hôpitaux français (Annecy, Besançon, Béthune, Blaye, Fontainebleau, Ile de la Réunion, Le Havre, Limoges, Marseille, Paris et Vannes) en 2007 [44].

les concernent principalement. Au-delà de 40 ans, la situation s'inverse et ce sont les femmes qui sont le plus souvent victimes d'accidents de la vie courante. Les accidents domestiques sont notamment plus fréquents chez les femmes de plus de 20 ans [45]. Les chutes sont à l'origine de 60 % des accidents de la vie courante et en représentent le mécanisme le plus fréquent. Viennent ensuite les coups (16 %), les contacts-corps étrangers (13 %), le surmenage physique (8 %). Les chutes concernent principalement les enfants (61 % des accidents avant 10 ans) et les personnes âgées (91 % des accidents chez les 75 ans et plus) [44].

Noyades

En France, entre le 1er juin et le 30 septembre 2009, 1 366 noyades accidentelles (suivies d'une hospitalisation ou d'un décès) ont été recensées (enquête NOYADES 2009), soit un taux d'incidence de 2,1 pour 100 000 habitants. Parmi elles, 462 (34 %) ont conduit à un décès. Les personnes âgées de 45 ans et plus sont les principales victimes des noyades accidentelles, elles représentent 41,4 % des victimes en 2009 [46].

En Paca, du 1er juin au 30 septembre 2009, 208 noyades accidentelles (162 en 2003) ont été enregistrées, plaçant la région au 2ème rang des régions les plus concernées, après le Languedoc-Roussillon (230 noyades) [46]. Sur ces 208 noyades accidentelles, 55 ont conduit à un décès (26,4 %). Le nombre de noyades recensées est en augmentation de 28 % par rapport à 2003, mais la part des noyades mortelles a diminué (40,7 % en 2003). En Paca, sur la période 2003-2005, il existait une surmortalité significative par noyade de 16 % par rapport à la France métropolitaine.

Accidents liés aux sports d'hiver

La pratique des sports d'hiver expose à divers risques sanitaires, et chaque année, en France, près de 150 000 blessés sont pris en charge par les médecins de montagne. L'association « Médecins de montagne » réalise une étude épidémiologique annuelle dans le but d'étudier les causes les plus fréquentes d'accidents. Durant l'hiver 2007-2008, l'incidence du risque était de 2,77 blessés pour 1 000 journées skieurs (forfaits vendus) [47]. Depuis 1992, le risque global sur les pistes augmente, ceci étant sans doute lié à l'apparition de nouvelles pratiques. L'évolution de ce taux d'incidence est notamment très dépendante de l'incidence du risque en snowboard [47] : le nombre d'utilisateurs de snowboard ne cesse de croître, et ce sport engendre 1,5 fois plus de risque que le ski alpin. En revanche, le miniski, nouvellement pratiqué, présente moins de risque que les autres types de glisse [48]. La région Paca est caractérisée par un important relief montagneux où est installée une quinzaine de stations de sports d'hiver (de plus de 25 pistes) [49].

4. Maladies de l'appareil circulatoire : cardiopathies ischémiques



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°8

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent la deuxième cause de décès en France et en Paca après les cancers (12 500 décès en moyenne par an sur 2005-2007 en Paca) et la troisième cause de mortalité prématurée (1 098 décès avant 65 ans, soit 13 % des décès prématurés) après les cancers et les traumatismes.

Les maladies de l'appareil circulatoire comprennent les rhumatismes articulaires aigus, les cardiopathies rhumatismales chroniques, les maladies hypertensives, les cardiopathies ischémiques, les troubles de la circulation pulmonaire, d'autres formes de cardiopathies (myocardite aiguës, trouble du rythme cardiaque...), les maladies vasculaires cérébrales, les maladies des artères, artérioles et capillaires, les maladies des veines et des vaisseaux lymphatiques et autres maladies de l'appareil circulatoire. Nous nous intéresserons ici uniquement aux cardiopathies ischémiques car il s'agit de la première cause de mortalité prématurée (les deux sexes confondus) parmi l'ensemble des maladies cardio-vasculaires. Les autres pathologies cardio-vasculaires sont présentées dans le chapitre 3 « Maladies chroniques ».

Incidence

Les cardiopathies ischémiques regroupent l'ensemble des manifestations cliniques liées à la souffrance du muscle cardiaque du fait d'un rétrécissement des artères coronaires. Au cours de la période 1985-1994 le projet international MONICA (MONitoring trends and determinants in CARDiovascular disease) a permis d'observer une baisse notable de l'incidence des cardiopathies ischémiques dans les trois centres français participant à l'étude : Lille, Strasbourg et Toulouse [50]. Depuis l'arrêt de l'étude, ces trois centres français ont mis en place un nouveau système d'enregistrement des cardiopathies ischémiques. Les taux d'incidence d'événements coronaires dans ces 3 régions durant la période 1997-2002 sont compris entre 196 pour 100 000 habitants (Toulouse) et 276 pour 100 000 habitants (Lille) chez les hommes, et entre 26 pour 100 000 habitants (Toulouse) et 66 pour 100 000 habitants (Lille) chez les femmes. Ces taux témoignent d'un gradient décroissant Nord-Sud. Ces taux d'incidence chez les hommes sont restés stables à Strasbourg et à Lille mais ont augmenté à Toulouse [50]. On ne dispose pas de données d'incidence sur les cardiopathies ischémiques en Paca.

Mortalité

En Paca, sur la période 2005-2007, les cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde principalement) ont représenté à elles seules 3 145 décès en moyenne par an (25 % des décès cardio-vasculaires) et 428 décès avant 65 ans (5 % de l'ensemble des décès prématurés et 39 % des décès prématurés par maladies cardio-vasculaires). En Paca, le taux de mortalité par cardiopathie ischémique est plus faible qu'en France (-11 %) et le taux d'hospitalisation plus élevée (+17 %).

Evolution temporelle

En Paca, entre 1999-2001 et 2003-2005, la mortalité par cardiopathie ischémique a diminué de 8 % (11 % en France) alors que le taux des hospitalisations pour cette maladie a peu évolué. La tendance à la baisse des décès par cardiopathie ischémique s'inscrit dans le prolongement d'une tendance plus ancienne, ayant débuté à la fin des années 1970 pour les personnes de moins de 75 ans et au milieu des années 1990 pour les plus âgées. Ces évolutions sont attribuées

aux améliorations progressives tant de la prévention primaire, individuelle mais aussi collective, que de la prise en charge des malades à la phase aiguë et de la prévention secondaire [51].

Différences selon les départements de la région

En Paca, en 2003-2005, tous les départements étaient en sous-mortalité significative par rapport à la France métropolitaine (à l'exception des Bouches-du-Rhône).

Différences selon le genre et la catégorie socioprofessionnelle

En Paca comme en France, le taux d'hospitalisation en 2007 et le taux de mortalité en 2003-2005 par cardiopathies ischémiques étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes (respectivement 3 fois et 2 fois). La mortalité par cardiopathies ischémiques était également 2,5 fois plus élevée chez les hommes de 25-54 ans employés-ouvriers que chez les cadres-professions intellectuelles supérieures en Paca sur 1991-2005. Ces différences selon le genre et le statut socioprofessionnel reflètent en partie des différences d'exposition aux facteurs de risque cardio-vasculaires (tabac, obésité, alimentation, activité physique).

5. Maladies infectieuses (hors VIH)

Les données sur le Sida et le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sont présentées dans le chapitre 3 « Maladies chroniques ».

5.1. Infections sexuellement transmissibles hors VIH

En France, les indicateurs de suivi des infections sexuellement transmissibles (IST) sont en progression régulière depuis le début des années 2000.

5.1.1. Vue d'ensemble

Concernant les IST, en France, en 2005, parmi les personnes âgées de 15-54 ans sexuellement actives, 2,8 % des femmes et 1,5 % des hommes ont déclaré avoir contracté une IST au cours des 5 dernières années. La majorité des IST déclarées était de nature virale. La faible prévalence observée dans cette enquête suggère une insuffisance du dépistage des IST en France. En dehors d'un dépistage systématique actif, c'est souvent les complications ou les séquelles de ces IST qui constituent leur mode de révélation.

5.1.2. Infection à *Chlamydia trachomatis* urogénitale

L'infection à *Chlamydia trachomatis* urogénitale est l'IST bactérienne la plus fréquente en France. Cette infection est particulièrement grave chez les femmes jeunes du fait de son retentissement sur la fertilité. Contrairement aux autres IST bactériennes comme la gonococcie et la syphilis qui concernent des sous-groupes de la population ayant une sexualité à risque (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et/ou séropositifs), l'infection à *Chlamydia* est endémique en France. Le nombre de diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis* augmente depuis 2000 en France selon les données des réseaux de surveillance

des IST [52]. L'augmentation du nombre de cas diagnostiqués est à mettre en relation avec la progression du dépistage et sa facilité de réalisation (prélèvement urinaire ou auto-prélèvement vaginal). La Haute autorité de santé a recommandé, en 2002, de proposer systématiquement un dépistage à toutes les femmes de 15 à 25 ans et tous les hommes de 15 à 30 ans, consultant en Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST), en Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ou en centre de planning familial. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique avait fixé comme objectif d'offrir ce dépistage à toutes les femmes à risque en 2008. Cet objectif n'est pas atteint, les pratiques de dépistage variant selon les centres.

Dans les CIDDIST des Bouches-du-Rhône, où le dépistage systématique est proposé aux femmes de moins de 25 ans et aux personnes présentant des facteurs de risque ou des symptômes, 6 % des femmes et 5 % des hommes dépistés étaient infectés en 2009. Les femmes jeunes étaient les plus touchées : entre 20 et 24 ans, 7 % des tests de dépistage étaient positifs [53].

5.1.3. Infections à gonocoques

La moitié des cas d'infection à gonocoques en France concerne des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, et 15 % surviennent chez des personnes infectées par le VIH. De plus, la résistance du gonocoque à la ciprofloxacine augmente de manière continue en France.

Les résultats de la surveillance des infections à gonocoques suggèrent une prévalence plus faible en Paca qu'au niveau national. En Paca, en 2007, le nombre de gonocoques isolés par laboratoire de biologie participant au réseau de surveillance Renago s'élève à 1,6 (versus 3,1 en France).

5.2. Rougeole

Une épidémie de rougeole est constatée en France depuis début 2008 : le niveau insuffisant et hétérogène de la couverture vaccinale contre la rougeole l'aurait favorisé [54]. Même si cette épidémie reflète probablement une meilleure déclaration des cas (la rougeole est à déclaration obligatoire depuis 2005), elle témoigne surtout de la diffusion du virus et d'une augmentation du nombre de foyers de cas groupés.

En Paca, 44 cas ont été déclarés en 2009 (1 541 cas en France la même année). La circulation du virus s'est intensifiée début 2010 (94 cas ont déjà été déclarés en Paca --données provisoires au 18 juin 2010). Ce nombre est sous-estimé du fait de la sous-déclaration de cas de rougeole en France et en Paca en particulier. Au sein de la région, l'incidence en 2009 a été plus élevée dans le Vaucluse (22 cas, soit une incidence de 4,1 pour 100 000 contre 2,5 en France). Dans ce département, les cas étaient essentiellement liés à des cas groupés parmi les gens du voyage. Les foyers épidémiques les plus récents ont aussi concerné des crèches, des collectivités scolaires, des étudiants et des hôpitaux.

En Paca comme en France, près de 40 % des cas déclarés début 2010 ont concerné des personnes âgées de 20 ans ou plus alors que les complications (neurologiques ou pulmonaires notamment) étaient plus fréquentes et sévères chez l'adulte. Cette situation souligne le niveau d'immunité insuffisant des jeunes adultes parmi lesquels certains groupes sont particulièrement à risque : femmes enceintes (risque de fausse couche, de mort intra utérine, de prématurité, de rougeole congénitale et non transmission des anticorps maternels au nourrisson),

personnes immunodéprimées. L'épidémie actuelle doit conduire à renforcer les activités de vaccination contre la rougeole des jeunes enfants (dès 9 mois si gardés en collectivités), ainsi que celles visant au rattrapage de la vaccination des enfants, adolescents et jeunes adultes jusqu'à 30 ans [54].

6. Iatrogénie

La iatrogénie correspond à la survenue d'événements indésirables graves (EIG) liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention. Elle est souvent due aux effets indésirables des médicaments ou aux infections contractées en milieu hospitalier, encore appelées infections nosocomiales. Nombre d'événements iatrogènes relèvent d'erreurs ou d'accidents. Cependant, ceux-ci peuvent être favorisés par des attitudes et des comportements installés dans la durée.

6.1. Ensemble des événements indésirables graves

La première enquête nationale sur les EIG liés aux soins (ENEIS), réalisée en 2004 est en cours de réédition (les résultats sont attendus pour 2010). En France, en 2004, on estimait qu'entre 350 000 et 450 000 EIG étaient survenus dans les unités de court séjour à l'exception des services d'obstétrique, soit 6,6 pour 1 000 journées d'hospitalisation. Parmi les EIG survenus pendant la période d'hospitalisation, 35,4 % étaient considérés comme évitables. Les actes invasifs, et en particulier les interventions chirurgicales (49 %), sont à l'origine du plus grand nombre d'EIG survenant durant l'hospitalisation [55].

Les EIG ont été à l'origine de 3,9 % de l'ensemble des séjours hospitaliers au cours de la période d'enquête. Les deux tiers faisaient suite à une prise en charge extra-hospitalière, les autres étant une réadmission consécutive à une prise en charge hospitalière antérieure. Les médicaments et les actes invasifs étaient chacun à l'origine de près de 40 % de ces EIG.

6.2. Événements indésirables graves liés aux médicaments

La iatrogénie due aux médicaments en particulier peut être suffisamment grave pour nécessiter une hospitalisation. En 2004, dans l'ensemble des établissements de santé, la proportion de séjours motivés par des EIG médicamenteux était estimée à 2,8 % et la proportion globale pour l'ensemble des services de médecine et chirurgie publics et privés à 1,6 % [55].

Tous les types d'unités et d'établissements sont concernés par les EIG. Cependant, une plus grande attention doit être portée aux EIG survenant dans la période péri-opératoire. En ce qui concerne les événements générés en médecine de ville, la grande fréquence et surtout le caractère très souvent évitable des événements liés aux médicaments, comme par exemple les anticoagulants et les psychotropes notamment chez les personnes âgées, plaide pour la poursuite et le renforcement des actions coordonnées entre médecins, pharmaciens et biologistes, patients et leur entourage.

6.3. Événements indésirables graves liés aux infections nosocomiales

En Paca, en 2006, la prévalence des infections nosocomiales a été estimée à 4,9 %⁴ (5,4 % en France). Les infections urinaires, les infections sur site opératoire et les pneumopathies infectieuses représentaient respectivement 34 %, 17 % et 13,3 % de l'ensemble des infections nosocomiales recensées en Paca (30 %, 14 %, 15 % en France). Les trois micro-organismes les plus fréquemment responsables d'infection nosocomiale étaient *Escherichia coli* (24 %), *Staphylococcus aureus* (19 %, dont 44 % résistants à la méticilline) et *Pseudomonas aeruginosa* (10 %). Au total, la prévalence des infections nosocomiales à staphylocoque doré résistant à la méticilline était estimée à 0,3 % en Paca (0,4 % en France). La prévalence de patients infectés a légèrement baissé entre 2001 et 2006 (de 4,8 % à 4,6 %), mais des études complémentaires sont nécessaires pour vérifier que ce n'est pas dû à une différence dans les types d'établissements participant aux enquêtes de 2001 et 2006 [56].

⁴ Prévalence des patients présentant au moins une infection nosocomiale active le jour de l'enquête dans les établissements publics et privés répondants de Paca (n=239, taux de participation=81 %).

Maladies chroniques

CHAPITRE 3

1.	Cancers	37
1.1.	Ensemble des cancers	37
1.2.	Cancer de la prostate	39
1.3.	Cancer de la vessie	39
2.	Maladies cardio-vasculaires	40
2.1.	Maladies cérébro-vasculaires	41
2.2.	Insuffisance cardiaque chronique	42
3.	Maladies respiratoires	42
3.1.	Ensemble des maladies respiratoires	43
3.2.	Asthme	43
3.3.	Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)	45
4.	Surpoids et obésité	46
5.	Diabète	47
6.	Insuffisance rénale chronique terminale	48
7.	Troubles musculo-squelettiques	49
8.	Sida et VIH	50
8.1.	Sida	50
8.2.	VIH	50
8.3.	Conditions de vie des personnes infectées par le VIH	51
8.4.	Co-infections VIH et virus des hépatites	52

Maladies chroniques

CHAPITRE 3

9.	Hépatites chroniques	52
9.1.	Hépatite C	52
9.2.	Hépatite B	53
9.3.	Co-infections par le VHC et les virus VIH et VHB	54
10.	Tuberculose	54
11.	Problèmes de santé mentale	55
11.1.	Prévalence des problèmes de santé mentale.....	55
11.2.	Comorbidité	56
11.3.	Consommation de médicaments psychotropes	56
11.4.	Prévention des problèmes de santé mentale.....	57
11.5.	Prise en charge des problèmes de santé mentale	57
11.6.	Recours aux soins pour un problème de santé mentale	58
12.	Education thérapeutique	58
12.1.	Définition et enjeux de l'éducation thérapeutique	58
12.2.	Education thérapeutique en région Paca	59
12.3.	Vers une éducation thérapeutique véritablement intégrée aux soins.....	59

Du fait du vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques s'est continuellement accrue au point de devenir à la fois un enjeu pour le système de soins et un enjeu pour la société :

- enjeu pour le système de soins : celui-ci doit 1) prendre en charge les personnes souffrant de ces maladies, fréquemment associées chez les personnes âgées (comorbidités) 2) et tenter d'en prévenir les complications tout en préservant la qualité de vie ;
- enjeux pour la société : lorsque ces maladies chroniques surviennent chez des personnes en âge de travailler, elles peuvent faire obstacle au maintien dans l'emploi du fait de leur impact fonctionnel : comment, alors, permettre aux personnes atteintes de maladies chroniques et qui désirent continuer à travailler, de les maintenir dans un emploi ? Quelles réponses notre société est-elle en mesure d'apporter, avec quelle efficacité ? Quelles aides notre société peut-elle apporter, pour ces personnes, lorsque ces maladies chroniques ont réduit de façon substantielle leur autonomie ?

Dans cette partie, sont abordées certaines maladies importantes du point de vue de leur fréquence et de leur sévérité.

1. Cancers

1.1. Ensemble des cancers



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°1

Incidence et évolution temporelle

Les cancers occupent une place de plus en plus importante en termes de morbidité en France comme en Paca.

En Paca, en 2005, le réseau français des registres du cancer (Francim) estimait le nombre de nouveaux cas à environ 25 000, dont 56 % chez les hommes. Chez ces derniers, les localisations cancéreuses les plus fréquentes sont dans l'ordre, les cancers de la prostate, du poumon et du côlon-rectum. Chez les femmes, ce sont les cancers du sein, du côlon-rectum et du poumon.

En Paca, en 25 ans (1980-2005), le nombre de nouveaux cas de cancer, toutes localisations confondues, a doublé chez l'homme comme chez la femme. Le vieillissement des populations et l'essor démographique de la région expliqueraient plus de la moitié de cette augmentation (essor démographique plus important qu'au niveau national, part plus importante de personnes âgées) [23]. La prise en compte de la structure d'âge et de la taille de la population, en Paca, ramène l'estimation de l'augmentation du taux d'incidence à 33 % chez les hommes et 48 % chez les femmes. L'augmentation de la survie et de l'incidence des cancers aboutit à une croissance rapide du nombre de personnes vivant après un diagnostic de cancer. Il est important de prendre cela en compte notamment pour l'organisation des soins et les mesures d'accompagnement des personnes dans l'après cancer [21]. En Paca, depuis le début de cette période (1980), le risque de présenter un cancer est inférieur à celui observé en France, en particulier chez les hommes (en 2005 : -12 % chez les hommes et -4 % chez les femmes).

Mortalité et évolution temporelle

En Paca, en 2004, les tumeurs sont devenues la première cause de décès pour l'ensemble de la population régionale comme dans la population française, devant les maladies cardio-vasculaires, en raison de la forte baisse des décès par maladies cardio-vasculaires. Le cancer est principalement une pathologie du sujet âgé. En Paca, en 2005, 47 % des cancers survenaient chez les personnes âgées de 70 ans ou plus.

En Paca, entre 1980 et 2005, la mortalité par cancer a diminué (-16 % chez l'homme et -11 % chez la femme), et le risque de décéder d'un cancer est resté inférieur par rapport à la France, en particulier chez les hommes, depuis le début de la période (-7 % chez les hommes et -2 % chez les femmes en 2005).

Divergence d'évolution entre l'incidence et la mortalité

En Paca comme en France, la divergence d'évolution entre incidence et mortalité, s'explique par une double évolution : l'incidence de tumeurs agressives (œsophage, estomac, voies aéro-digestives supérieures) a diminué ces dernières années chez l'homme, en lien avec la diminution de la consommation alcoolotabagique, tandis que celle de cancers de pronostic plus favorables, pouvant être diagnostiqués très précocement, a augmenté (sein, prostate) [23]. L'amélioration des pratiques de prise en charge participe également à la diminution des décès par cancer.

Différences selon les départements de la région

Au niveau départemental, en 2003-2005, le risque de décéder d'un cancer est également significativement inférieur à la moyenne nationale dans chaque département de la région chez les hommes. Chez les femmes, seuls les départements des Alpes-Maritimes et des Hautes-Alpes présentent un risque de décès par cancer significativement inférieur au niveau national. Aucun département de la région n'est en surmortalité significative par rapport à la France métropolitaine.

Différences selon la catégorie socioprofessionnelle

Le cancer contribue de façon importante aux inégalités sociales de santé en France : 40 % des décès en excès chez les non diplômés seraient dus au cancer chez les hommes et 30 % chez les femmes en 1996 [17, 18]. En Paca, chez les hommes, les ouvriers et employés ont un risque 2,6 fois plus important de décéder d'un cancer que les cadres et professions intellectuelles supérieures (3,2 au niveau national). Ces inégalités traduisent probablement des inégalités d'exposition aux facteurs de risque, d'accès aux mesures de prévention ou de dépistage voire d'accès aux soins. Une étude menée par les registres français des cancers digestifs sur le cancer du côlon indique en effet que les patients vivant dans des zones défavorisées ou loin d'un service de cancérologie ont un moins bon pronostic, même après prise en compte de facteurs pronostiques cliniques (stade, âge) [57] mais l'impact de ces facteurs est variable selon les tumeurs [25]. En France, chez les hommes, les cancers du poumon et ceux des voies aéro-digestives supérieures sont ceux qui contribuent le plus aux inégalités sociales de mortalité par cancer ; viennent ensuite les cancers de l'œsophage, du foie et ceux du pancréas. Chez les femmes, les inégalités de santé liées au cancer sont moins marquées. Les localisations en cause sont avant tout l'utérus, l'estomac et le poumon [17, 25].

1.2. Cancer de la prostate



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°6

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme (32 % des nouveaux cas de cancers). Bien que certaines formes de ce cancer puissent être agressives, il s'agit généralement d'un cancer peu symptomatique et d'évolution souvent lente [58]. Son pronostic est bon avec plus de 80 % de survie relative à 5 ans [21], mais les conséquences fonctionnelles sont parfois très handicapantes.

Incidence

En Paca, en 2005, 4 466 cas de cancer de la prostate ont été recensés. En 2003-2005, le risque de présenter un cancer de la prostate en Paca était inférieur au risque constaté en France. Enfin, sur la période 1980-2005, le taux d'incidence du cancer de la prostate a augmenté de 361 % (366 % en France). Cette augmentation peut s'expliquer par l'introduction du dépistage par dosage du Prostate specific antigen (PSA). L'intérêt de ce dépistage est discuté en raison du sur-diagnostic et du sur-traitement liés à la détection de lésions peu évolutives qui seraient restées ignorées jusqu'au décès du sujet, alors que l'amélioration de la survie après dépistage pour l'ensemble de la population concernée n'est pas établie [59, 60]. D'après les projections nationales de l'InVS, l'évolution de l'incidence du cancer de la prostate devrait se stabiliser voire s'inverser après 2005 [19]. Cette évolution pourrait être due au fait que la plupart des cancers prévalents ont été diagnostiqués dans les années précédentes grâce au dépistage, et à la prise de conscience du risque de sur-diagnostic par les professionnels.

Mortalité

En Paca, en 2005-2007, ce cancer représentait 9 % des décès par tumeur chez les hommes, soit la 4ème cause de décès par tumeur. Du fait de sa mortalité survenant tardivement [23], le cancer de la prostate ne représente que 1 % des années potentielles de vie perdues par tumeur. La mortalité diminue depuis les années 1990, en raison de l'amélioration des conditions de prise en charge [23].

En Paca, en 2003-2005, le risque de décéder d'un cancer de la prostate était inférieur à celui observé en France. Ce risque était significativement plus faible dans les trois départements côtiers de la région.

1.3. Cancer de la vessie



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°7

Incidence

En Paca, en 2005, 1 003 nouveaux cas de cancer de la vessie sont survenus (soit 4 % des cas de cancers) ; 84 % d'entre eux sont survenus chez les hommes. La région Paca est en sur-incidence par rapport à la France pour le cancer de la vessie, pour les hommes comme pour les femmes. Cette sur-incidence pourrait être en lien avec des expositions professionnelles en Paca, du fait de certaines activités industrielles.

Le risque de présenter un cancer de la vessie augmente avec l'âge. En Paca, les évolutions de l'incidence sont parallèles à celles de la France.

Evolution temporelle de l'incidence selon le genre

En Paca, chez les hommes, après une augmentation de l'incidence jusqu'au milieu des années 1990, une baisse est observée. Cette diminution pourrait être en rapport avec une diminution de l'exposition des hommes aux principaux facteurs de risque de ce cancer (diminution du tabagisme et meilleure maîtrise des risques professionnels) ; le tabac serait en effet responsable de plus de la moitié des décès par cancers de la vessie chez les hommes, et les expositions professionnelles seraient responsables de 5 % des décès par cancers de la vessie chez ces derniers.

En Paca, chez les femmes, le taux d'incidence a diminué de 27 % entre 1980 et 2005 en Paca. Cette diminution contraste avec l'augmentation importante de l'incidence du cancer du poumon dans cette population, alors que ces deux cancers sont liés au même facteur de risque : le tabac. Celui-ci serait en effet responsable de presque 40 % des décès par cancers de la vessie chez les femmes [61]. Deux hypothèses pourraient expliquer ce contraste : 1) un temps de latence plus élevé pour le cancer de la vessie que pour celui du poumon et un recul encore insuffisant pour mettre en évidence l'impact du tabac sur la vessie ; 2) un effet sur la vessie ne se manifestant que pour des niveaux d'exposition plus importants que pour le poumon [23]. Les expositions professionnelles seraient responsables de 0,6 % des décès par cancers de la vessie chez les femmes [61].

Mortalité

Ce cancer, de pronostic intermédiaire avec plus de 50 % de survie relative à 5 ans [21], se situe au 6ème rang chez les hommes et au 12ème chez les femmes en termes de mortalité par tumeur en Paca. Il représente 1,6 % et 0,7 % des années potentielles de vie perdues par tumeur respectivement chez les hommes et les femmes. Quel que soit le sexe, la mortalité par cancer de la vessie diminue régulièrement, en Paca comme en France. Mais le risque de décès par cancer de la vessie est supérieur en Paca par rapport à la France depuis 1980, quel que soit le sexe. La mortalité est en particulier plus importante dans les Bouches-du-Rhône et dans le Var.

2. Maladies cardio-vasculaires

Les organes cibles des maladies cardio-vasculaires sont le cœur, le cerveau, les poumons, le rein et les artères des jambes. En Paca, en 2008, l'hypertension artérielle sévère, l'insuffisance cardiaque grave, les maladies coronaires, les artériopathies chroniques et les accidents vasculaires cérébraux (AVC)⁵ ont été à l'origine de 39 000 admissions en Affection de longue durée (ALD), soit 36 % de l'ensemble des admissions (régime général). Plusieurs objectifs de la loi relative à la politique de santé publique de 2004 ont trait aux maladies cardio-vasculaires en population générale, en ciblant différents facteurs de risque, particulièrement la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité, des consommations de sel et d'alcool, et l'augmentation de l'activité physique.

⁵ Il existe différents types d'AVC : les AVC constitués avec une lésion à l'imagerie, et les accidents ischémiques transitoires. Les AVC constitués incluent les infarctus cérébraux qui représentent 80 % des AVC (liés à l'athérosclérose, aux embolies cardiaques, aux lacunes des petites artères) et les hémorragies cérébrales non traumatiques (liées à l'hypertension artérielle, aux coagulopathies, aux malformations vasculaires,...). L'accident ischémique transitoire est défini par un épisode bref de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale cérébrale ou rétinienne, dont les symptômes durent typiquement moins d'une heure et sans preuve d'infarctus aigu à l'imagerie cérébrale.

2.1. Maladies cérébro-vasculaires



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°9

Les maladies cérébro-vasculaires regroupent l'ensemble des maladies qui provoquent une altération de la circulation cérébrale. Ces affections se manifestent le plus souvent subitement, sous forme d'un accident vasculaire cérébral (AVC)⁵ comme un déficit brutal d'une fonction cérébrale focale sans autre cause apparente qu'une cause vasculaire. Les maladies cérébro-vasculaires constituent une cause importante de mortalité et de handicap. Les séquelles des AVC représenteraient la première cause de handicap fonctionnel acquis de l'adulte et la deuxième cause de démence.

Incidence

Un taux d'incidence des AVC n'a pu être établi qu'à partir du seul registre existant à ce jour en France, celui de la ville de Dijon. Entre 2000 et 2004, le taux d'incidence des AVC à Dijon était de 99,1 pour 100 000. Il n'a pas évolué depuis 20 ans (97,9 pour 100 000 entre 1985 et 1989). Ce taux est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 124,5 et 80,1 pour 100 000), et atteint 996,7 pour 100 000 pour les personnes âgées de 85 ans ou plus. Le vieillissement est une cause importante de survenue des maladies cérébro-vasculaires (après 55 ans les taux d'incidence sont multipliés par deux pour chaque tranche d'âge de 10 ans). Après un premier AVC, le risque de récurrence est important, estimé entre 30 et 43 % à cinq ans [51].

Mortalité

En Paca, sur 2005-2007, les maladies cérébro-vasculaires ont été la cause initiale de 2 811 décès en moyenne chaque année (dont 196 avant 65 ans), soit 23 % de l'ensemble des décès cardio-vasculaires. La mortalité par maladies cérébro-vasculaires est plus faible en Paca qu'en France (-4 %), mais un excès de mortalité est constaté dans le Vaucluse depuis le début des années 80 (+8 % sur 2003-2005). La relative stabilité des taux d'hospitalisations pour AVC contraste avec une diminution continue (et ancienne) des taux de décès par maladies cérébro-vasculaires, à la fois en France (- 65 % entre les périodes 1980-1982 et 2003-2005) et en Paca (- 66 % entre 1980-1982 et 2003-2005).

Handicap

Les données du registre de Dijon montrent que 21 % des personnes ayant eu un AVC entre 2000 et 2004 présentaient un handicap léger ou modéré un mois après l'événement, et 42 % étaient incapables de marcher sans assistance. En Paca, en 2008, plus de 23 000 personnes souffriraient d'au moins une déficience suite à un AVC (estimation faite à partir de l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires 2008 – exploitation ORS Paca).

Différences selon la catégorie socioprofessionnelle

Les risques de maladies cérébro-vasculaires se différencient selon la catégorie socioprofessionnelle : en Paca comme en France, sur la période 1991-2005, chez les hommes de 25-54 ans, les ouvriers-employés avaient un risque trois fois plus élevé de décéder d'une maladie cérébro-vasculaire que les cadres ou professions intellectuelles supérieures.

Recours aux soins

En Paca, en 2008, les AVC constitués ont motivé 7 641 séjours hospitaliers en court séjour, et les accidents ischémiques transitoires 2 360 séjours. En cas d'hospitalisation pour AVC constitué, le diagnostic principal correspondait à un accident hémorragique dans 29,4 % des cas (5,8 % d'hémorragies sous-arachnoïdiennes et 23,6 % d'hémorragies intracérébrales ou autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques), à un AVC ischémique dans 55,3 % des cas, et à un AVC de mécanisme indéterminé dans 15,3 % des cas [62].

En Paca, entre 2004 et 2008, l'analyse des bases PMSI montre une relative stabilité des taux d'hospitalisations pour AVC (136,8 pour 100 000 en 2004 et 131 pour 100 000 en 2008). Cette stabilité a aussi été observée au niveau national entre 2000 et 2005 [51].

2.2. Insuffisance cardiaque chronique

L'insuffisance cardiaque chronique est un syndrome hétérogène qui peut compliquer certaines pathologies cardio-vasculaires (cardiopathies ischémiques, valvulaires, cardiomyopathies, hypertension artérielle, etc.) ou non (embolie pulmonaire, infection pulmonaire, anémie sévère, etc.). Elle évolue en dents de scie, avec des phases de décompensation aiguë qui représentent une cause fréquente d'hospitalisation des personnes âgées. Une part importante des réhospitalisations pour décompensation cardiaque pourrait être évitée par une prise en charge multifactorielle adaptée à la pathologie.

Mortalité

En Paca sur 2005-2007, l'insuffisance cardiaque chronique a été à l'origine de 2 157 décès en moyenne chaque année (dont 82 avant 65 ans). Entre 2000 et 2005, le taux a diminué de 9 % en Paca (13 % en France) mais il est resté supérieur au taux national (+13 %) [63].

Recours aux soins

En Paca, en 2005, l'insuffisance cardiaque a motivé 13 900 séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique, soit un taux d'hospitalisation standardisé sur l'âge plus faible qu'en France (-13 %). Ce taux est resté relativement stable entre 2000 et 2005 en France (+2,6 %) [51].

3. Maladies respiratoires

Les maladies respiratoires regroupent des affections très différentes et difficiles à classer, en particulier chez le sujet âgé. Elles peuvent être aiguës, essentiellement d'origine infectieuses (bronchite aiguë, pneumonie, pathologies des voies respiratoires supérieures) ou d'évolution chronique comme la bronchite chronique ou encore l'asthme. Les maladies respiratoires les plus fréquentes sont l'asthme, les cancers broncho-pulmonaires et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Le principal facteur de risque de ces maladies est le tabagisme. Cependant, il existe une large variété d'autres causes incluant des facteurs génétiques, nutritionnels, environnementaux, professionnels et des facteurs liés à la pauvreté. De plus, l'appareil respiratoire humain est vulnérable vis-à-vis de nombreux agents infectieux, comme l'a rappelé en 2002-2003 l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) [64].

3.1. Ensemble des maladies respiratoires



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°12

Mortalité

En Paca, les maladies de l'appareil respiratoire représentent globalement la 5ème cause de décès (4ème cause de décès pour les hommes). En Paca, sur la période 2005-2007, 2 840 décès par maladies respiratoires ont été enregistrés en moyenne par an. Sur cette même période, 2,4 % des années potentielles de vie perdues étaient attribuables aux maladies respiratoires.

En Paca, entre les périodes 2000-2002 et 2003-2005, le taux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire a augmenté de 3,3 %, avec une progression chez les femmes et une stabilité chez les hommes. Cette tendance était similaire à celle observée en France.

En Paca, sur la période 2003-2005, les femmes étaient 2 fois plus nombreuses que les hommes à décéder d'une maladie de l'appareil respiratoire.

Différences selon les catégories socioprofessionnelles et les départements de la région

Entre 1991 et 2005, les employés et les ouvriers étaient 4,5 fois plus nombreux à décéder de ce type de pathologies que les cadres et professions intellectuelles supérieures. Les variations des taux de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire entre les départements de la région sont peu marquées.

Recours aux soins

Le taux de recours à l'hospitalisation pour ces maladies a diminué de 17 % entre 2000 et 2007 ; en France ce taux a diminué de 14 %.

3.2. Asthme



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°13

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires caractérisée par une hyperréactivité des muqueuses bronchiques. Cette pathologie se manifeste par des symptômes variables : sifflements, gêne respiratoire, ou encore toux nocturne. L'asthme peut être causé ou déclenché par de nombreux facteurs : hérédité, facteurs de risque endogènes (hormonaux, psychologiques, digestifs) et exogènes (tabagisme, allergènes, exercice physique, pollution atmosphérique, facteurs météorologiques). Les degrés de sévérité de cette affection sont très variables. La prévention de l'asthme ne fait pas encore l'objet de recommandations précises, mais il est avéré qu'une meilleure prise en charge de l'asthme évite les hospitalisations et est susceptible de réduire la mortalité. La loi de santé publique de 2004 avait fixé comme objectif de réduire de 20 % entre 2000 et 2008 la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation.

Prévalence de l'asthme et mortalité

En Paca, en 2002-2003, 4,2 % des habitants de 15 ans ou plus ont déclaré avoir eu une crise d'asthme au cours des 12 derniers mois, et 4,8 % prendre un traitement pour asthme (enquête décennale santé). Au total, en Paca comme en France, la prévalence de l'asthme a été estimée à 6 % [65].

Après une stagnation durant les années 90, la mortalité liée à l'asthme décroît plus

nettement depuis l'an 2000, en particulier chez l'adulte de moins de 45 ans [1]. En Paca, sur 2005-2007, l'asthme a été à l'origine de 82 décès en moyenne chaque année. Mais ceci doit être interprété avec prudence compte tenu de l'important sous diagnostic de cette maladie.

Comorbidité

L'asthme est également associé à de nombreuses comorbidités. En France, en 2006, près de 20 % des asthmatiques tous âges confondus, ont déclaré une dépression et/ou une anxiété, contre 13 % des personnes indemnes d'asthme. Les personnes non asthmatiques sont également 2 fois plus nombreuses que les autres à déclarer un eczéma (10 % contre 5 %), et 5 fois plus nombreuses à déclarer une rhinite allergique (>25 % contre 5 %) ce qui souligne un contexte fréquent d'atopie [66].

Recours aux soins

En Paca, en 2007, l'asthme a été à l'origine d'au moins 3 600 séjours hospitaliers en court séjour, soit un taux de séjours hospitaliers plus faible que la moyenne nationale. Le taux d'hospitalisation a diminué entre 2000 et 2007, de façon plus marquée dans la région qu'en moyenne en France.

Différences de la prévalence de l'asthme selon le statut socio-économique

Comme d'autres enquêtes françaises et internationales, dans l'enquête décennale santé réalisée en 2002-2003, la prévalence de l'asthme chez l'adulte était plus élevée dans les milieux socio-économiques défavorisés. Cette association reflète probablement les différences dans les expositions actuelles, mais aussi passées, à différents facteurs environnementaux (pollution de l'air, expositions professionnelles...) ou comportementaux (tabac, alimentation...). En Paca, en 2008, la proportion de personnes de 18-49 ans traitées pour asthme (au moins 2 remboursements d'antiasthmiques dans l'année) était deux fois plus élevée chez les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) que chez les non bénéficiaires : 8,0 % contre 3,7 %.

Différences des taux de mortalité par asthme selon les départements

Les départements des Alpes-Maritimes, du Var et des Bouches-du-Rhône présentent des taux de mortalité par asthme plus faibles que le reste de la région. Sur la période 2003-2005, ces taux étaient de 1,42 dans les Alpes-Maritimes et de 1,48 dans les Bouches-du-Rhône, contre 2,23 dans les Alpes-de-Haute-Provence et 2,34 dans le Vaucluse.

Différences du recours aux soins selon les départements

Les taux de personnes de 18-49 ans traitées pour asthme (au moins deux remboursements d'antiasthmiques dans l'année), ainsi que les taux de recours à l'hospitalisation pour asthme sont les plus élevés dans les départements côtiers de la région (Alpes-Maritimes, Var et Bouches-du-Rhône). A l'échelle des zones d'emploi, les taux de personnes de 18-49 ans traitées par antiasthmiques en 2008 varient de 3 % à Gap à 4,5-4,7 % dans les zones d'emploi de la côte ouest de la région, d'Arles à Toulon (4,1 % en Paca).

3.3. Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

La BPCO est une maladie chronique lentement progressive, caractérisée par une diminution non complètement réversible des débits aériens. Cette pathologie représente un poids important en termes de morbidité et de coûts. L'OMS estime que la BPCO constituera la 5ème cause de décès dans le monde en 2030, et que cette pathologie sera particulièrement fréquente dans les pays à hauts revenus [67]. La part des BPCO attribuable au tabagisme serait de 80 à 90 % [68], mais des facteurs professionnels peuvent aussi jouer un rôle dans la survenue de la BPCO. Les principales substances associées, en milieu professionnel, à un risque accru de BPCO sont la silice, les poussières de charbon, les poussières de coton et de céréales. Les activités professionnelles avec risque avéré de BPCO sont le secteur minier, le secteur du BTP, la fonderie et la sidérurgie et certains travaux agricoles (milieu céréalier, production laitière, élevage de porcs). En 2006, seuls 88 cas de BPCO ont été déclarés en maladie professionnelle (MP) pour un nombre de cas de MP estimé entre 25 000 et 38 000 [69].

Prévalence

La prévalence de la BPCO est difficile à estimer. En France, actuellement, certains auteurs l'estiment à 7,5 % [70]. Mais cette maladie est largement sous-diagnostiquée et donc, insuffisamment traitée : 75 % des personnes atteintes de BPCO ne seraient pas diagnostiquées [71], y compris aux stades sévères [72]. Ce sous-diagnostic est en partie dû à une mauvaise connaissance de la maladie et à une banalisation des symptômes [73]. Pourtant, un diagnostic le plus précoce possible, ainsi qu'une prise en charge adaptée sont nécessaires afin d'éviter l'aggravation de la maladie et l'évolution vers l'insuffisance respiratoire chronique [71].

Mortalité

En Paca, sur la période 2005-2007, les BPCO ont été la cause principale de 589 décès chez les personnes âgées de 45 ans et plus, et la cause associée de 1 197 décès. La région Paca présente une sous-mortalité liée à la BPCO de plus de 20 % par rapport à la moyenne française. Mais ceci doit être interprété avec prudence compte tenu de l'important sous diagnostic de cette maladie [72].

Recours aux soins

En Paca, on ne dispose pas de données sur la prévalence de la BPCO, mais en 2008, 616 personnes ont été admises en affection longue durée pour BPCO (CnamTS, exploitation Fnors et ORS Paca). En Paca, en 2006, le taux de recours à l'hospitalisation lié à des exacerbations de BPCO était semblable à celui observé en France [72].

Conséquences d'une BPCO sur la qualité de vie

Les exacerbations de BPCO sont un facteur d'altération de la fonction respiratoire ce qui réduit l'autonomie des personnes atteintes et leur qualité de vie. L'objectif n°76 de la loi relative à la politique de santé publique de 2004 vise à « réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité liées à la BPCO ». Une enquête réalisée en France auprès de 4 764 personnes atteintes de BPCO a mis en évidence un état de santé général et une qualité de vie dégradés, mais aussi les conséquences sur la vie professionnelle des malades, avec par exemple 4 fois plus de jours d'arrêt de travail déclarés que chez les salariés non malades [70].

4. Surpoids et obésité



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRSpACA N°11

L'excès de poids et la sédentarité, souvent associés, sont des facteurs de risque importants de diabète et de maladies cardio-vasculaires.

Prévalence de l'obésité et du surpoids

Comme partout dans le monde occidental, la prévalence de l'obésité⁶ dans la population est en augmentation en Paca et en France : elle est passée de 6,8 % et 8,5 % en 1997 à 11,5 % et 14,5 % en 2009 chez les personnes âgées de 18 ans et plus [74]. Elle augmente toutefois moins rapidement en Paca qu'en France. Par ailleurs, en Paca, le surpoids⁷ touche environ deux hommes sur cinq et près d'une femme sur quatre comme en France métropolitaine⁸ [76].

Différences selon le statut socio-économique

La prévalence de l'obésité est plus élevée dans les groupes socialement défavorisés, particulièrement chez les femmes [77]. De plus, indépendamment des facteurs de risques individuels de l'obésité, le fait de résider dans un territoire marqué par une précarité socio-économique constitue aussi un facteur de risque d'obésité [78]. Enfin, l'obésité est un facteur associé à une perte d'employabilité : les personnes avec une obésité perdent leur travail plus souvent que la population générale active et ont plus de difficultés à trouver ou retrouver du travail [79]. L'obésité suscite en effet parfois des réactions de stigmatisation et de discrimination pouvant limiter la progression sociale des individus qui en sont victimes. Ces attitudes de stigmatisation peuvent également avoir un impact sur le recours aux soins et à la prévention (crainte d'être pesé et ou de recevoir le conseil de perdre du poids...) [80, 81].

Recours aux soins

Les médecins généralistes ont un rôle particulièrement important à jouer dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge des problèmes de poids [82] mais la prise en charge de l'obésité en médecine générale rencontre des difficultés. Ce constat a été établi dans différents pays occidentaux [83-85] et confirmé en région Paca lors d'une étude auprès de 600 médecins généralistes en 2003. Celle-ci a montré que 58 % des médecins généralistes se sentaient peu ou pas efficaces lors de la prise en charge des problèmes de poids chez l'adulte et 66 % chez l'enfant. Concernant les pratiques de prise en charge, elles étaient dans l'ensemble proches des recommandations mais les objectifs de perte de poids établis par les médecins généralistes étaient souvent trop exigeants et certains outils de suivi et d'éducation peu utilisés (carnets alimentaires...). Des facteurs attitudeux interviennent aussi : la majorité des médecins imputait la responsabilité des problèmes de poids et de leur amélioration aux patients eux-mêmes, alors que les patients attribuent quant à eux leur obésité à des facteurs qu'ils ne peuvent pas contrôler [86].

⁶ Obésité : Indice de masse corporelle –IMC– (poids en kg / taille au carré en m²) ≥ 30 kg/m²

⁷ Surpoids : IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m².

⁸ Les données de poids et de taille reposent sur des données déclaratives et non sur des mesures réelles. Il est classiquement observé une sous-estimation de la corpulence dans ce type d'enquête [335].

5. Diabète



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°10

Le diabète constitue un important problème de santé publique en raison 1) de l'augmentation de sa prévalence -due au vieillissement de la population et à l'augmentation de l'obésité et des comportements sédentaires-, 2) de ses conséquences handicapantes sur la vie quotidienne 3) de ce qu'il favorise d'autres états pathologiques. Les plus graves d'entre eux sont l'infarctus du myocarde, la cécité, l'insuffisance rénale chronique terminale, l'artériopathie des membres inférieurs, le mal perforant plantaire (lésion cutanée résultant de la neuropathie et de l'artériopathie pouvant conduire à l'amputation).

Prévalence du diabète

On ne dispose pas de données d'enquête épidémiologique de prévalence ou d'incidence sur le diabète en Paca. En Paca, en 2007, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline était estimée à 3,8 % (3,9 % en France métropolitaine), soit plus de 150 000 personnes. En Paca, en 2008, le diabète représentait 14 % des admissions en ALD, soit 1 400 assurés du régime général nouvellement admis en ALD pour un diabète sucré non insulino-dépendant, et près de 14 000 pour un diabète insulino-dépendant, dans la région.

Mortalité

En Paca, entre 2004 et 2006, le diabète a été la cause principale de 900 décès et la cause associée de 2 500 décès en moyenne chaque année (soit respectivement 2 % et 6 % des décès).

Différences selon le statut socio-économique

La prévalence du diabète est plus élevée parmi les populations de niveau socio-économique moins favorisé, notamment en raison de la plus forte prévalence de l'obésité parmi celles-ci. En Paca, en 2008, la proportion de personnes traitées pour un diabète était près de deux fois plus élevée parmi les bénéficiaires de la CMUC (4,8 %) que dans le reste de la population (2,6 %). La prévalence du diabète traité varie du simple au double selon les cantons de la région. Elle est plus élevée dans les zones de forte précarité [87].

Recours aux soins

La surveillance des personnes diabétiques est un enjeu essentiel. Des recommandations de bonnes pratiques cliniques ont été développées et diffusées [88]. La loi relative à la politique de santé publique de 2004 a fixé l'objectif de parvenir à un taux de 80 % de personnes diabétiques bénéficiant d'une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique. En Paca, en 2008, 27 % des diabétiques traités avaient eu un dosage de l'albuminurie, 38 % un électrocardiogramme ou une consultation de cardiologie, 41 % trois dosages annuels d'hémoglobine glyquée et 42 % un fond d'œil ou une consultation d'ophtalmologie.

6. Insuffisance rénale chronique terminale

L'insuffisance rénale chronique est l'atteinte progressive, importante et définitive de la fonction rénale. La loi relative à la politique de santé publique de 2004 a fixé comme objectif la stabilisation de l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (objectif n°80). En France, le réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN) – auquel la région Paca participe depuis 2003 – permet d'estimer l'incidence de l'insuffisance rénale terminale traitée. Les données recueillies peuvent raisonnablement être utilisées pour estimer l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale, notamment chez les personnes de moins de 65 ans [89].

Incidence et de l'insuffisance rénale terminale traitée

En Paca, en 2008, 792 personnes ont commencé un traitement de suppléance (dialyse ou greffe préemptive) pour insuffisance rénale terminale, soit un taux standardisé de 147 par million d'habitants, identique à celui observé en moyenne sur les 20 régions participant au réseau en 2008. Entre 2004 et 2008, l'incidence de l'insuffisance rénale terminale traitée est restée stable dans la région, comme dans le sous-groupe des régions ayant participé au réseau sur cette période. Dans ces régions, l'incidence a cependant évolué différemment selon les groupes d'âge. Chez les moins de 65 ans, une stabilisation voire une baisse de l'incidence est observée, reflétant peut-être les effets bénéfiques des traitements visant à ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique. Après 75 ans, une augmentation de l'incidence est constatée. Celle-ci pourrait être liée au vieillissement de la population, à l'amélioration de la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires (diminution des effets dits de « compétition » entre causes de mortalité aux grands âgés), à un meilleur accès aux traitements de suppléance, ou au décalage vers les âges plus élevés du début de l'insuffisance rénale terminale [89]. En Paca, fin 2008, 3 300 personnes étaient traitées par dialyse et 2 300 étaient porteuses d'un greffon rénal fonctionnel [89].

Qualité de vie des personnes avec une insuffisance rénale

Pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique, les contraintes associées à la dialyse sont particulièrement lourdes. La qualité de vie des patients dialysés apparaît très altérée par rapport à celle de la population générale et de façon plus marquée dans les dimensions à composante physique (limitations ou difficultés pour effectuer certaines activités telles que marcher, monter des escaliers, soulever des objets...). La qualité de vie des patients greffés apparaît nettement meilleure que celle des patients dialysés. Pour les dialysés, l'absence de comorbidités cardio-vasculaires, l'absence de handicaps, une mise en dialyse récente, les modes de dialyse favorisant l'autonomie des patients font partie des facteurs associés à la qualité de vie. Pour les patients greffés, la tolérance des traitements immunosuppresseurs (absence d'effets secondaires) est associée à de meilleurs scores de qualité de vie [1, 90].

7. Troubles musculo-squelettiques

Les troubles musculo-squelettiques sont extrêmement fréquents et responsables de coûts économiques considérables du fait des arrêts de travail dont ils sont responsables par les incapacités fonctionnelles qu'ils engendrent. Par exemple, dans la population générale, les lombalgies non spécifiques touchent jusqu'à 90 % des adultes à un moment ou à un autre de leur vie. Les épisodes typiques de lombalgies se résolvent en quelques semaines, mais entre 2 % et 33 % des personnes souffrant de lombalgie aiguë voient leur affection passer à la chronicité. Les lombalgies aiguës ou chroniques peuvent entraîner des incapacités empêchant le retour au travail chez les personnes en activité. La majorité des ressources nécessaires à la prise en charge et l'indemnisation des personnes souffrant de lombalgies est consacrée à celles souffrant de lombalgie chronique [91, 92]. Nous n'avons pas connaissance de données épidémiologiques sur les troubles musculo-squelettiques non professionnels dans la région Paca. Leur survenue s'explique principalement par les conditions de travail (facteurs de risque biomécaniques et psychosociaux). Pourtant, il existe également des facteurs de risque extra-professionnels. Ainsi, le risque de survenue des troubles musculo-squelettiques est supérieur chez les femmes que chez les hommes, et augmente avec l'âge. Ensuite, certains antécédents médicaux sont associés à un risque supérieur du canal carpien : le diabète, l'hypothyroïdie ou encore une fracture du poignet avec des séquelles. Des états fonctionnels, tels que la grossesse et la ménopause, peuvent également favoriser la survenue de tels troubles du membre supérieur. Enfin, certaines activités de loisirs (sport, pratique instrumentale...) ou domestiques (ménage, couture, bricolage) constituent des facteurs de risque de survenue de troubles musculo-squelettiques [93].

Différences selon la catégorie socioprofessionnelle et conséquences sur l'employabilité

Les troubles musculo-squelettiques sont plus fréquents parmi les hommes et dans les catégories ouvrières que dans le reste de la population, probablement en partie du fait des risques professionnels qu'ils encourent. Qu'ils soient ou non liés à des expositions professionnelles, ils ont des conséquences sur l'employabilité. Ainsi les personnes souffrant de lombalgie ont plus de risque de perdre leur emploi et de difficultés à en retrouver que le reste de la population [94]. De plus, les conséquences sur l'employabilité ne se répartissent pas de la même manière selon le sexe et la catégorie socio-économique. Il a en effet été montré que les femmes et les ouvriers peu ou non qualifiés sont significativement plus vulnérables au risque de perdre leur emploi lorsqu'ils souffrent d'un trouble musculo-squelettique [95].

8. Sida et VIH



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRSE PACA N°14

8.1. Sida

Incidence

Avec 7 689 cas de sida déclarés entre le début de l'épidémie et le 30 juin 2009, la région Paca est la deuxième région de France la plus touchée par l'épidémie de sida, après l'Île-de-France. Le nombre total cumulé de cas de sida en Paca représente 12 % de ceux déclarés en France depuis le début de l'épidémie alors que la région Paca représente 7,7 % de la population française [96].

En France, en 2008, 51 % des cas de sida ont été diagnostiqués chez des personnes qui ignoraient leur séropositivité VIH. En Paca, cette proportion de diagnostics tardifs est de 41 %, et elle est en augmentation constante depuis plusieurs années. Cette tendance est liée à l'évolution du mode de contamination dans la région Paca. Historiquement, l'usage de drogue par voie intraveineuse était le principal mode de contamination dans notre région. L'évolution ces dix dernières années vers des modes de transmission plus fréquemment sexuels, rapproche la région des chiffres nationaux.

Différence selon les départements de la région

Les Alpes-Maritimes, avec un taux de 2 701 cas de sida par million d'habitants et les Bouches-du-Rhône, avec un taux de 1 469 cas par million, représentent les deux départements les plus touchés par l'épidémie en Paca [96].

8.2. VIH

Incidence

Selon les estimations disponibles, 8 000 à 15 000 personnes vivent avec le VIH en Paca [97]. En 2008, au moins 270 nouvelles découvertes de séropositivité VIH ont été déclarées (données non corrigées pour la sous déclaration et non redressées pour les retards de déclaration)⁹. Les indicateurs montrent une épidémie persistante et active en région Paca. Les nouvelles contaminations concernent toutes les tranches d'âge. Les rapports hétérosexuels représentent 49 % de ces nouvelles séropositivités, les rapports homosexuels 49 %, et les contaminations par usage de drogues par voie intraveineuse (UDVI) 2 %.

Découvertes de séropositivité selon les populations

En France, le taux d'incidence de séropositivité VIH est 18 fois supérieur chez les UDVI que chez les hétérosexuels [96].

Le taux de nouvelles contaminations est 200 fois supérieur dans la population des hommes homosexuels que dans la population hétérosexuelle française [96]. En Paca, en 2008, le taux de découvertes de séropositivité VIH chez les hommes homosexuels ou bisexuels était de 93 cas par million d'habitants âgés de 15 à 64 ans (versus 63 par million en France), soit un doublement depuis 2003. Cette augmentation est plus importante que dans les autres groupes de transmission.

⁹ L'exhaustivité de la déclaration du VIH s'est améliorée depuis la mise en place du système en 2003 ; elle a été estimée à 66 % en 2005. En Paca, elle était inférieure au niveau national en 2003 et 2004 et l'a rejoint en 2005.

En Paca, le pourcentage de la population originaire d'Afrique subsaharienne parmi les nouvelles séropositivités déclarées, a baissé depuis 2005 (de 18 % à 7 % en 2008). Ceci peut être lié à différents facteurs : les actions d'incitation au dépistage ont permis beaucoup de diagnostics au milieu des années 2000 ; la population des migrants augmentant peu, on comptabilise moins de nouveaux dépistages. De plus, l'application depuis deux ans de nouvelles lois sur l'immigration a pu, à travers les craintes et les contraintes qu'elles font peser sur les migrants notamment ceux en situation irrégulière, freiner l'accès de ses populations à l'information et le recours au dépistage de l'infection à VIH. Enfin, l'évolution globale des conditions de vie et la période de crise économique actuelle tendent à précariser ces personnes, et les études sociologiques montrent un déficit de prise en charge de la santé tant au niveau des soins, que du dépistage et de la prévention dans les groupes de population les plus précaires.

Différences selon le statut socio-économique

La proportion de personnes séropositives suivies dans les hôpitaux de Paca appartenant au tirage au sort de l'étude VESPA-ANRS réalisée en 2003, qui a déclaré bénéficier d'une allocation pour adultes handicapés ou qui a déclaré percevoir le revenu minimum d'insertion (RMI) ou une allocation parent isolé, est significativement plus élevée que parmi l'ensemble des personnes séropositives au VIH suivies en milieu hospitalier (35 % versus 22 %). L'épidémie en Paca a été largement alimentée par les usages de drogues contrairement au reste de la France. Les usagers de drogues sont fortement précarisés et le restent encore aujourd'hui (même lorsqu'ils ne sont plus des usagers actifs). Même si les nouveaux cas de VIH ne sont pas contaminés par usages de drogues, le poids de l'ancienne génération pèse encore lourdement dans l'ensemble de la population des personnes séropositives au VIH en Paca. De plus, cette population est également plus affectée par des co-infections VIH-Virus de l'hépatite C (VHC) (31 % en Paca versus 22 % pour le reste de la France).

8.3. Conditions de vie des personnes infectées par le VIH

Qualité de vie, emploi et insécurité alimentaire des personnes séropositives au VIH

Les conditions de vie des personnes infectées par le VIH ont été étudiées dans l'enquête VESPA-ANRS réalisée en 2003 auprès d'un échantillon représentatif de patients séropositifs suivis dans des hôpitaux en France métropolitaine. Les personnes contaminées par le VIH sont confrontées aux contraintes d'une maladie grave, de son traitement et aux risques de transmission et d'exclusion.

Dans cette étude, les personnes séropositives ont déclaré une moins bonne qualité de vie que le reste de la population générale de même âge et de même sexe [98]. De plus, le taux d'emploi était plus faible chez les personnes séropositives par rapport à la population générale [99]. Les personnes séropositives étaient plus souvent en insécurité alimentaire¹⁰ en comparaison à la population générale (11 % chez les personnes infectées nées en France contre 5 % chez celles non infectées ; 18 et 3 % chez les personnes nées au Maghreb, 25 et 4 % chez celles nées en Afrique Subsaharienne) [99].

¹⁰ L'insécurité alimentaire est évaluée par le fait de ne pas pouvoir se nourrir correctement par manque d'argent.

Vie affective et sexuelle des personnes séropositives au VIH

L'étude montre l'importance des conditions de vie sociale et affective sur la vie sexuelle des personnes séropositives relativisant ainsi la place des seules causes médicales. Un mode de vie sans relation stable au moment de l'enquête, un environnement social et affectif fragilisé par un nombre important de ruptures et de deuils, des antécédents de discrimination liés au VIH, des interactions avec autrui chargées d'anxiété et une forte dégradation de l'image de soi, apparaissent comme les principaux facteurs associés à l'abstinence et aux problèmes sexuels, une position sociale dévalorisée et la précarité économique étant aggravants [100, 101].

Anxiété et états dépressifs des personnes séropositives au VIH

Enfin, cette étude montre que 25 % des patients présentaient un état anxieux (plus souvent de femmes, des personnes avec un bas niveau d'études, des personnes sans emploi, n'ayant pas de partenaire principal ou ressentant les effets indésirables du traitement comme gênants ou très gênants) et 11 %, un état dépressif. Celui-ci était associé, toutes choses égales par ailleurs, à l'absence d'emploi, à des conditions de logement défavorables, à un manque de soutien social, et à la présence d'effets indésirables gênants des traitements [100].

8.4. Co-infections VIH et virus des hépatites

Les co-infections VIH-VHC (virus de l'hépatite C) et VIH-VHB/VHD (virus de l'hépatite B ou delta) sont devenues les premiers facteurs de co-morbidité et de mortalité en dehors du VIH, en grande partie car la durée de vie des personnes traitées pour le VIH a augmenté.

En France, en 2004, la séroprévalence de l'infection par le VHC chez les patients infectés par le VIH a été estimée à 24,3 % [102]. Cette prévalence varie beaucoup d'une étude à l'autre, et surtout selon les modes de transmission des infections virales : de moins de 10 % chez les homosexuels ou bisexuels jusqu'à 90 % chez les usagers de drogues injectables. En 2004, on estimait que 37,6 % de la population atteinte par le VIH présentaient des marqueurs sérologiques témoignant d'une infection ou d'un contact ancien avec le VHB [102].

9. Hépatites chroniques

En Paca, chaque année, les hépatites virales chroniques sont à l'origine de 1 400 admissions en affections de longue durée (régime général, 2006-2008) et d'une centaine de décès (2005-2007). Par rapport à la France métropolitaine, le taux d'admissions en ALD et celui de mortalité sont plus élevés en Paca de respectivement +30 % et +58 % [103].

9.1. Hépatite C



*CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS&PACA N°15*

L'infection par le VHC est caractérisée par un risque élevé de passage à la chronicité (de l'ordre de 80 %). En France, le VHC serait à l'origine de 66 % des décès par hépatites virales (chroniques ou pas). Les complications telles que la cirrhose et le cancer primitif du foie sont responsables de la majorité des décès par infection par les virus des hépatites B et C [104].

Prévalence du VHC

En 2004, la prévalence estimée des anticorps anti-VHC en population générale dans la grande région couvrant le quart sud est de la France (Auvergne, Corse, Languedoc-Roussillon, Paca, Rhône-Alpes) était de 1,1 % [105]. En Paca, sur la période 2004-2008, 46 498 consultants ont été testés pour le VHC dans un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ou un centre d'examens de santé (CES) de la région, et environ 2 % étaient positifs [106].

Facteurs de risque du VHC

Les principaux facteurs de risque du VHC, dont la transmission s'effectue par voie sanguine, sont l'usage de drogues par voie intraveineuse et le fait d'être originaire de pays ayant une forte endémicité de VHC (pays du Moyen-Orient). L'usage de drogue par voie nasale, une transfusion avant 1992, être originaire d'une zone de moyenne endémie VHC sont également des facteurs de risque [104].

Si la politique de réduction des risques a permis une diminution importante de la transmission du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), la situation épidémiologique vis-à-vis du VHC reste très préoccupante avec des taux de prévalence élevés. En Paca, sur la période 2004-2008, parmi les UDVI consultants des CDAG ou des CES, 37,1 % étaient séropositifs au VHC. La séroprévalence du VHC était plus élevée parmi les consultants de CDAG de maison d'arrêt que parmi ceux des autres CDAG (3,2 % contre 1,1 % en 2008). Une tendance significative à la baisse de la séroprévalence du VHC parmi les consultants UDVI des CDAG et des CES de la région Paca a été observée entre 2004 à 2008 : elle est passée de 43,5 % à 23,0 %. Cette tendance n'était pas observée parmi les usagers de drogues (UD) sniffeurs exclusifs [106].

Prévalence du VHC chez les usagers de drogues

Toutefois, l'étude Coquelicot réalisée par l'Institut national de veille sanitaire souligne une persistance de pratiques à risque chez les UD, telles que le partage de petit matériel ou l'initiation à l'injection par des personnes plus âgées et donc, plus à risque d'être déjà infectées par le VHC [107]. A Marseille, en 2004, 65,9 % des UD consultant dans les services issus de la chaîne thérapeutique spécifique à cette population, ont été dépistés positif au VHC [107] (moins de 1 % en population générale).

9.2. Hépatite B

Le virus de l'hépatite B (VHB) se transmet par l'intermédiaire des liquides et sécrétions biologiques, et les expositions à risque le plus souvent rencontrées sont les comportements sexuels et les voyages en pays de moyenne ou forte endémie. La surveillance des hépatites B a été renforcée avec l'inscription de l'hépatite B aiguë symptomatique sur la liste des maladies à déclaration obligatoire depuis mars 2003. Toutefois, l'exhaustivité de la déclaration obligatoire pour les hépatites aiguës B symptomatiques a été estimée à 23,4 % [108].

Les données de couverture vaccinale contre l'hépatite B sont présentées dans le chapitre 5 « Santé des enfants ».

9.3. Co-infections par le VHC et les virus VIH et VHB

Sur la période 2004 à 2008, parmi les consultants des CDAG et des CES de la région, la séroprévalence de l'infection par le VIH chez les patients infectés par le VHC était de 4,2 %. Sur cette même période, parmi les consultants des CDAG (consultants CES exclus) infectés par le VHC, 4,1 % étaient porteurs de l'antigène HbS, 41,2 % avaient une hépatite ancienne ou guérie, et 15,1 % étaient vaccinés contre le VHB¹¹.

10. Tuberculose



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRSpACA N°16

La vaccination des enfants par le BCG est abordée dans la partie « Santé des enfants » du chapitre 5.

Incidence

En Paca, en 2008, 379 cas de tuberculose maladie ont été déclarés, soit un taux d'incidence de 7,7 pour 100 000 contre 9,9 en France métropolitaine. La diminution du taux d'incidence de la tuberculose déclarée se poursuit en Paca alors qu'une stabilité est observée en France depuis 2004. Pour la nouvelle loi de santé publique de 2010, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) préconise d'atteindre en 5 ans en métropole (hors Ile-de-France) une incidence moyenne de 6 cas pour 100 000 habitants.

Traitement de la tuberculose maladie

Afin de prévenir les rechutes et la sélection de bacilles résistants, l'observance du traitement est un enjeu majeur. Pour la documenter, la déclaration obligatoire des issues de traitement a été mise en place en 2007. Pour la nouvelle loi de santé publique de 2010, le HCSP préconise d'atteindre 85 % de succès thérapeutiques chez les patients de moins de 60 ans traités pour tuberculose maladie. Dans les Bouches-du-Rhône, où l'issue des traitements est étudiée depuis 2005, le traitement a été mené à son terme dans 75 % des cas de tuberculose maladie sur la période 2005-2007.

Différences de l'incidence selon les départements de la région

Les disparités territoriales et sociales concernant la tuberculose sont importantes et invitent à poursuivre la mise en place d'actions ciblées. En Paca, en 2008, le taux d'incidence de la tuberculose déclarée atteignait 10,4 pour 100 000 dans les Alpes-Maritimes. Dans les 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} arrondissements de Marseille, elle se situait entre 25 et 50 pour 100 000.

Différences selon le statut socio-économique

Certains groupes sociaux sont particulièrement à risque : les migrants originaires de pays de forte incidence, les personnes en situation de précarité, celles sans domicile fixe et les populations en maison d'arrêt. En Paca, sur 2004-2006, le taux d'incidence chez les 25-39 ans est 18 fois plus élevé chez les personnes de nationalité étrangère que celles de nationalité française.

¹¹ *Système de surveillance continue du virus de l'hépatite C dans les CDAG et les CES de la région Paca [106].*

11. Problèmes de santé mentale

Cette partie est consacrée aux adultes. Les problèmes de la santé mentale chez les enfants sont présentés dans la partie « Santé des enfants » du chapitre 5.

Les problèmes de santé mentale recouvrent un continuum d'états allant de troubles relativement mineurs ou n'apparaissant que durant une période limitée de la vie (souffrance psychique, trouble du comportement passager, etc.) à des états chroniques graves (psychose chronique) ou à des troubles aigus sévères avec risques de passage à l'acte (suicide, mise en danger d'autrui). Les maladies mentales constituent un facteur de risque important de suicide. Les autopsies psychologiques mettent en évidence que les maladies mentales sont présentes 9 fois sur 10 chez les suicidants, et contribuent au risque de suicide de la population à hauteur de 47 à 74 %. La dépression caractérisée, notamment, est retrouvée plus d'une fois sur deux chez les personnes qui se sont suicidées [109].

11.1. Prévalence des problèmes de santé mentale



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS&PACA N°17

Les maladies mentales sont très fréquentes : en France, une enquête réalisée entre 2001 et 2003 indique que 13 % des Français de plus de 18 ans ont souffert au cours de leur vie d'une dépression caractérisée, et 14 % d'un trouble anxieux [110]. Les maladies mentales sont pour la plupart chroniques et à l'origine d'altérations importantes de la qualité de vie à la fois pour le malade et pour son entourage. Leurs répercussions économiques sont considérables, tant par le poids de ces pathologies au sein du système de soins, que par leurs conséquences sur le travail et la vie sociale. La dépression caractérisée est notamment la première cause d'incapacité dans le monde ; elle pourrait devenir d'ici 10 ans la deuxième cause d'invalidité après les maladies cardio-vasculaires et la première dans les pays développés [29].

En Paca, une enquête réalisée entre 2002 et 2007 montre qu'un tiers de la population adulte (18 ans et plus), soit environ 1 245 000 personnes, a déclaré une maladie mentale¹² au moment de l'enquête. Les femmes sont davantage touchées - excepté pour la consommation d'alcool et de drogue et les syndromes psychotiques - ainsi que les personnes en situation de précarité et celles vivant seules (divorce ou séparation, veuvage) [111].

Souffrance psychique au travail

En Paca, la souffrance psychique représente la 2ème cause de déclaration de maladie à caractère professionnel (MCP) en 2007 (28,7 % de l'ensemble des MCP). Le nombre de cas déclarés a doublé entre 2006 (233 déclarations) et 2007 (463 déclarations). Les femmes étaient 2 fois plus nombreuses à avoir déclaré une MCP pour souffrance psychique que les hommes. Les cadres et professions intellectuelles supérieures, de même que les professions intermédiaires, étaient davantage touchées. Le secteur d'activité le plus à risque est celui des activités financières, suivi du secteur industriel. Les violences psychologiques étaient le principal facteur de risque signalé à l'origine de la souffrance psychique, dans les deux sexes et pour les deux années étudiées, avec le dysfonctionnement managérial et les problèmes de collectif de travail [112].

¹² Maladies mentales évaluées à l'aide du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

En Paca, en 2008, 14 % des salariés auraient présentés au moins un symptôme psychique (fatigue, lassitude, anxiété, troubles du sommeil...) estimé en lien probable ou certain avec l'activité du travail par les médecins du travail (réseau EVREST). La fréquence des symptômes augmente en fonction du nombre de contraintes psychiques au travail déclarées par les salariés (manque de reconnaissance dans son travail, ergonomie insatisfaisante, mauvaises relations avec les collègues, avec la hiérarchie...) [113].

11.2. Comorbidité

Il existe une importante comorbidité psychiatrique et somatique. Tout d'abord, des études mettent en évidence une influence de l'état de santé physique sur la santé mentale. Par exemple, on observe une prévalence supérieure de dépression caractérisée chez les personnes atteintes d'une maladie chronique [114] ou souffrant de douleurs chroniques [115]. En Paca, une étude réalisée en 2004 a montré que des prescriptions répétées d'antalgiques, d'anti-inflammatoires ou d'examen radiologiques constituent un facteur prédictif d'initiation de traitement antidépresseur [116].

Des études montrent également l'influence des maladies mentales sur l'état de santé physique. Les personnes souffrant de maladies mentales telles que la schizophrénie ont un état de santé somatique dégradé, et présentent une espérance de vie diminuée de 15 à 25 ans par rapport à la population générale [117]. Cette mortalité prématurée tiendrait notamment à la prévalence très élevée de maladies cardio-vasculaires, 2 à 3 fois plus fréquentes chez ces personnes qu'en population générale [118]. Elle s'explique aussi par des risques supérieurs d'obésité et de syndrome métabolique, d'hypertension et de diabète [119], risques eux-mêmes favorisés par certains traitements médicamenteux prescrits à ces personnes.

Les personnes ayant des troubles de santé mentale et notamment une dépression caractérisée, adoptent plus fréquemment divers comportements à risque : usage ou dépendance tabagique [120], alcoolisme [121], activité physique ou sportive insuffisante [122, 123] et mauvaises habitudes alimentaires [124].

Enfin, la dépression favorise la co-occurrence de ces différents comportements à risque chez l'adulte [125]. La dépression caractérisée chez des personnes atteintes de maladie chronique favorise aussi des comportements de moindre observance thérapeutique. Enfin, la prévalence de la dépression caractérisée est plus élevée chez les personnes en situation de handicap ou d'invalidité : 40,1 % des femmes atteintes d'un handicap ou invalides seraient atteintes d'une dépression majeure (7 % chez les femmes en population générale) [126].

11.3. Consommation de médicaments psychotropes



*CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°28*

Prévalence de la consommation de médicaments psychotropes

La France est un des pays européens qui consomme le plus de médicaments psychotropes. En France, entre 2001-2003, 21 % des personnes âgées 18 ans et plus et non institutionnalisées ont déclaré avoir consommé au moins un médicament psychotrope (anxiolytiques, antidépresseurs ou antipsychotiques) dans l'année, contre 12 % en moyenne dans l'ensemble des 6 pays ayant participé à l'étude [127].

La région Paca est la 6ème région française la plus consommatrice de médicaments psychotropes, avec 26,6 % de consommateurs en 2000. En Paca, la proportion des assurés du régime général ayant reçu un remboursement de médicaments psychotropes est plus élevée qu'en France, quelle que soit la catégorie de psychotropes considérée [128].

Différences selon les départements de la région et selon le statut socio-économique

En Paca, en 2000, la prévalence de consommateurs de psychotropes la plus élevée est observée dans le département des Bouches-du-Rhône (27,9 %) [128]. Des données de l'ex-Union régionale des caisses d'assurance maladie indiquent que la part de personnes de la région ayant eu au moins 6 remboursements d'anxiolytiques-hypnotiques ou d'antidépresseurs (indicateur de « consommation chronique ») est 2 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes et augmente avec l'âge avec un plateau entre 60 et 70 ans. Elle est aussi 1,5 fois plus élevée chez les bénéficiaires de la CMUC que chez les non bénéficiaires, pour les anxiolytiques-hypnotiques et les antipsychotiques [129].

11.4. Prévention des problèmes de santé mentale

Les maladies mentales relèvent de facteurs individuels, génétiques, familiaux, sociaux et environnementaux [130]. Leur prévention et la promotion de la santé mentale devraient donc reposer sur diverses stratégies complémentaires, comme par exemple : améliorer les compétences psychosociales des enfants/jeunes et les compétences parentales ; développer le dépistage et la prise en charge précoce des troubles notamment à l'adolescence ; favoriser l'accès aux soins des personnes en situation d'exclusion, notamment par le développement des équipes mobiles et de rue ; renforcer le soutien aux aidants de personnes avec une maladie mentale ; développer la prévention des risques psychosociaux en milieu de travail ; mettre en place des campagnes de sensibilisation du grand public et de lutte contre la stigmatisation ; améliorer la formation des professionnels de première ligne des secteurs sanitaires et sociaux au repérage, à l'orientation et à la prise en charge des personnes ayant des troubles de santé mentale ; développer le travail partenarial entre professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social ; favoriser l'insertion professionnelle, sociale et l'accès au logement des personnes ayant une maladie mentale ; développer les alternatives à l'hospitalisation et notamment les appartements thérapeutiques et associatifs.

11.5. Prise en charge des problèmes de santé mentale

La loi relative à la politique de santé publique de 2004 préconise de diminuer de 20 % le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus. En effet, les troubles de santé mentale sont souvent mal repérés et/ou diagnostiqués par les professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes [131]. Une enquête réalisée auprès de médecins généralistes de la région Paca a mis en évidence une faible concordance entre le diagnostic du médecin d'épisode dépressif caractérisé et sa présence effective ; cette enquête indiquait aussi un sous repérage important des idées suicidaires et des troubles anxieux [33].

11.6. Recours aux soins pour un problème de santé mentale

Malgré la forte prévalence des troubles de santé mentale, le recours aux soins spécialisés ou non en santé mentale est assez faible. En France, seules 2 personnes sur 3 concernées par une dépression caractérisée (légère, moyenne ou sévère) ont eu recours à un professionnel ou une structure spécialisée en santé mentale. Le taux de recours aux soins en présence d'un trouble de santé mentale n'était que de 53,3 % chez les hommes, 32,4 % chez les jeunes de 20 à 25 ans et 59 % chez les plus de 65-75 ans [132]. Ce faible recours peut être expliqué en partie par les représentations négatives qui persistent à l'égard des personnes atteintes de maladies mentales, excepté peut-être pour celles atteintes d'une dépression. Les personnes atteintes de maladies mentales sont encore souvent assimilées par la population et certains professionnels à l'image du « fou », irresponsable, dangereux, violent, non guérissable et désinséré socialement [111, 133]. Le faible recours aux soins peut aussi s'expliquer par les difficultés à se repérer dans le système de soin, considéré comme peu lisible par les usagers, et par le manque de connaissances des ressources de soins existantes [133].

12. Education thérapeutique

12.1. Définition et enjeux de l'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » [134] ; elle se distingue de la simple information délivrée au patient.

En France, l'éducation thérapeutique se décompose en 3 modalités opérationnelles distinctes :

- les programmes d'éducation thérapeutique du patient dont l'approche est médicalisée ;
- les actions d'accompagnement qui ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie ;
- les programmes d'apprentissage ayant pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant (Article 84 de la loi n°879-2009 du 21 juillet 2009).

Pour bon nombre de pathologies, il est démontré que l'éducation thérapeutique des patients permet d'améliorer l'efficacité des soins, de réduire la fréquence et la gravité des complications, mais aussi d'améliorer la qualité de vie du patient [135-137]. C'est ainsi qu'une part importante du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 est consacrée à l'éducation thérapeutique du patient [138].

12.2. Éducation thérapeutique en région Paca

En Paca, en 2008-2009, un état des lieux a été réalisé sur l'ETP, auprès des établissements de santé, des structures ambulatoires et des réseaux de santé de la région [139]. Plus de la moitié (54,5 %) des établissements de santé (n=312), 26,6 % des structures ambulatoires (n=173) et la totalité des réseaux (n=13) ont déclaré mener des activités d'ETP (2,5 en moyenne).

Dans les structures ambulatoires, près de la moitié (49,1 %) des actions n'étaient en fait que de simples activités d'information et non pas de l'ETP. Seules 4 actions recensées sur 10 correspondaient à une activité complète d'ETP.

Dans les établissements de santé et les réseaux, 2 actions sur 3 étaient des activités d'ETP complètes et le tiers restant correspondait à des activités engagées mais incomplètes.

Sur le plan de la formation, dans les établissements de santé, plus d'un professionnel sur 2 impliqué dans les activités d'ETP n'avait suivi aucune formation spécifique sur l'ETP. Ils n'étaient que 33,3 % dans les structures ambulatoires et 29,6 % dans les réseaux de santé à ne pas avoir suivi de formation spécifique sur ce thème [139]. Ces dispositifs ont un effet bénéfique sur les connaissances du patient. Ainsi, les patients qui n'avaient suivi aucune activité d'ETP (4,1 %) présentaient des connaissances beaucoup plus faibles que ceux qui en avaient suivi. De plus, ceux qui n'étaient pas satisfaits des activités d'ETP auxquelles ils avaient participé, présentaient également un score au quizz de connaissances significativement inférieur à ceux qui étaient satisfaits [139].

12.3. Vers une éducation thérapeutique véritablement intégrée aux soins

Compte tenu du nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques (environ 15 millions actuellement en France), les besoins en la matière sont importants, mais ne peuvent être comblés par les seuls établissements hospitaliers [140]. L'éducation thérapeutique de premier recours devrait être développée, notamment par les médecins généralistes. Pour cela, la formation initiale des médecins devrait intégrer des éléments sur les spécificités des maladies chroniques, leur accompagnement et l'éducation thérapeutique des patients. Le Haut conseil à la santé publique (HCSP) a émis des recommandations pour améliorer l'éducation thérapeutique en France et l'intégrer véritablement au processus de soin. L'éducation thérapeutique devrait 1) être présente tout au long de la chaîne de soins, être intégrée à une stratégie globale de prise en charge et devrait être régulièrement évaluée et réajustée, 2) s'appuyer sur une évaluation partagée, faire l'objet d'une coordination et d'un partage d'informations entre soignant et soigné, 3) être centrée sur le patient, en prenant en compte ses besoins, attentes et possibilités, mais aussi ceux de son entourage et 4) être officiellement reconnue et valorisée [140].

Etats de santé
et inégalités en région
Provence-Alpes-Côte d'Azur
2010

Déterminants de
l'état de santé

Déterminants de l'état de santé

CHAPITRE 4

1.	Déterminants à temporalité longue	63
1.1.	Comportements à risque et comportements de prévention.....	63
1.2.	Conditions et milieu de vie	72
2.	Déterminants à temporalité courte	78
2.1.	Agents infectieux	78
2.2.	Risques naturels	81
2.3.	Risques industriels	83

Etats de santé
et inégalités en région
Provence-Alpes-Côte d'Azur
2010

Déterminants de
l'état de santé

Ce chapitre est consacré aux principaux déterminants de la santé : deux logiques sont ici retenues selon la dynamique temporelle des déterminants : des déterminants à temporalité longue (ou cinétique lente) et des déterminants à temporalité courte (ou cinétique rapide).

1. Déterminants à temporalité longue

Il s'agit de déterminants qui peuvent avoir un impact sur la santé, le plus souvent à l'issue d'un processus d'exposition s'étalant sur de longues périodes de temps ; la modification substantielle de ces déterminants ne peut être obtenue, la plupart du temps, que sur des échelles de temps longues elles aussi. Ces déterminants sont liés aux conditions et au milieu de vie et aux attitudes et comportements des individus, qu'ils soient des usagers du système de soins ou bien des acteurs sanitaires et sociaux.

1.1. Comportements à risque et comportements de prévention

Les comportements à risque et les comportements de prévention constituent des déterminants majeurs de santé, traversés par de très fortes inégalités de genre, sociales et culturelles. L'impact de ces inégalités sur les comportements, attitudes et savoirs vis-à-vis de la santé et sur la santé elle-même répond à un processus qui démarre dès le plus jeune âge. Il se constitue progressivement selon plusieurs logiques : 1) certains comportements dès la petite enfance – par exemple liés à l'alimentation – peuvent avoir des conséquences qui vont perdurer à l'adolescence ou à l'âge adulte (risque d'obésité et ses complications) ; 2) les ressources psycho-sociales et celles liées à l'éducation acquises dans l'enfance ou à l'adolescence sont susceptibles d'influer sur les attitudes et comportements vis-à-vis de la santé. Les paragraphes qui suivent se centrent pour l'essentiel sur les adultes, les problématiques rencontrées chez les enfants et les jeunes étant traitées de façon plus approfondie dans les parties « Santé des enfants » et « Santé des jeunes » du chapitre 5.

1.1.1. Usages d'alcool, de tabac et de substances illicites

a) Usage d'alcool



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°19

La consommation d'alcool peut exposer à des risques importants : accidents (diminution de la vigilance), comportements de violence, agression sexuelle, suicide, homicide (perte de contrôle de soi), ainsi qu'une vulnérabilité aux agressions. La consommation régulière d'alcool, quand elle est excessive, augmente le risque de nombreuses pathologies : cancers (notamment de la bouche, de la gorge, de l'œsophage), maladies du foie (cirrhose) et du pancréas, maladies cardio-vasculaires, hypertension artérielle, maladies du système nerveux et troubles psychiques (anxiété, dépression, troubles du comportement).

En France, l'abus d'alcool est à l'origine d'une part significative de la morbidité et de la mortalité prématurée (cancers des voies aéro-digestives supérieures, cirrhose hépatique, psychose alcoolique).

Evolution temporelle et prévalence de l'usage de l'alcool

En Paca comme en France, la consommation d'alcool a diminué au cours des dernières décennies. En France, elle est passée de 26,1 litres d'alcool pur par adulte et par an en 1961, à 13,2 litres en 2003. Elle reste une des consommations les plus hautes d'Europe. La France se situe en 2005 au sixième rang mondial après le Luxembourg, la Hongrie, l'Irlande, la République Tchèque et l'Allemagne. Son usage à risque reste encore très important, surtout pour les hommes. En Paca, depuis 2000, les usages d'alcool se sont peu distingués de la moyenne nationale, en niveau comme en tendance.

En Paca, en 2005, 17 % des personnes âgées de 18-75 ans ont déclaré consommer de l'alcool quotidiennement (Baromètre santé 2005, Inpes, exploitation ORS Paca, données non redressées)¹³ (versus 15 % en France). Parmi les 15-75 ans, environ un tiers des personnes interrogées en région Paca a déclaré une consommation d'alcool considérée à risque (mesuré à l'aide de l'Audit-C)¹⁴ : avec un risque ponctuel pour 25 % d'entre elles, un risque chronique pour 8 % et un risque de dépendance pour 1 %.

Différences selon la catégorie socioprofessionnelle

En Paca, en 2005, ce sont les ouvriers de 18-65 ans qui rapportaient le plus souvent des niveaux de consommation à risque chronique ou de dépendance, ou l'absorption de grandes quantités d'alcool concentrées sur de courtes périodes de temps (6 verres d'affilée et plus au cours d'une même occasion au moins une fois par mois). Parmi les femmes, ce type de comportement est aussi plus fréquent parmi les moins aisées.

Mortalité et différence selon la catégorie socioprofessionnelle

Enfin, en Paca, le taux comparatif de mortalité par pathologies liées à l'alcool (cancers des voies aéro-digestives supérieures, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, maladies alcooliques du foie) chez les hommes de 25-54 ans était 4,5 fois plus élevé chez les ouvriers et employés que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures sur la période 1991-2005.

b) Usage de tabac



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°18

L'ensemble des composants du tabac agit en particulier sur la fonction vasculaire (le tabac augmente la pression artérielle, accélère le rythme cardiaque et détériore les artères), la fonction respiratoire (les fumeurs s'exposent à des troubles sur l'ensemble de l'appareil respiratoire, notamment aux risques de bronchite chronique et de cancer du poumon) et la fonction digestive (la nicotine augmente la sécrétion

¹³ Les données présentées en Paca pour les usages d'alcool, de tabac et de substances illicites sont issues d'exploitations régionales d'enquêtes réalisées au niveau national. Les données n'ont pas été redressées au niveau de la région. Les pourcentages présentés ne sont donc pas des prévalences mais ils permettent d'avoir des indications sur les consommations des personnes interrogées en région Paca.

¹⁴ L'Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test) est un outil international qui repère les individus buveurs excessifs d'alcool à l'aide d'un score obtenu en sommant les réponses à 10 questions. L'Audit-C se résume aux trois premières questions. Il s'agit de recueillir la fréquence des jours de consommation au cours des 12 derniers mois, le nombre de verres bus en un jour typique de consommation et la fréquence de consommation d'au moins 6 verres en une seule occasion. Plutôt que la définition d'un seuil binaire repérant les buveurs excessifs, a été retenu un algorithme défini par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) qui repère six types de consommateurs [141].

des acides gastriques). Le tabagisme est l'un des problèmes de santé publique les plus importants en France en raison de ses répercussions sur la mortalité et la morbidité. Il est la première cause de mortalité prématurée.

Prévalence de l'usage de tabac

En Paca comme en France, la fréquence du tabagisme est en baisse depuis quelques années : la proportion de fumeurs quotidiens chez les 15-75 ans est passée de 33 % à 28 % chez les hommes de 2000 à 2005 et de 30 % à 27 % chez les femmes (Baromètre santé 2005, Inpes, exploitation ORS Paca, données non redressées).

Le tabagisme féminin s'est nettement développé au cours des dernières décennies au point de rattraper celui des hommes. Alors que la fréquence du tabagisme est similaire en Paca et en France pour les hommes (28 % versus 29 %), le tabagisme féminin est plus fréquent en Paca qu'au niveau national (27 % versus 23 %), en particulier chez les femmes jeunes de 15-44 ans. La baisse de la consommation de cigarettes des femmes a débuté une dizaine d'années plus tard que celle des hommes (1991 versus 1980) [142].

Différences selon la catégorie socioprofessionnelle

En Paca, comme au niveau national, le tabagisme varie selon la catégorie socioprofessionnelle : le tabagisme quotidien est 2 fois plus fréquent chez les chômeurs et les ouvriers que chez les cadres, et diminue lorsque le niveau de revenu du ménage augmente. Ces différences de consommation selon la catégorie socioprofessionnelle sont plus marquées chez les hommes que chez les femmes en France [143]. La baisse de la fréquence du tabagisme a été plus importante chez les cadres français que chez les ouvriers et les chômeurs entre 2000 et 2007 [144]. De même, les personnes ayant un haut niveau d'étude élevé réussissent plus fréquemment à arrêter de fumer que les autres, cet effet étant plus marqué chez les femmes [20].

c) Usages de substances illicites



*CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°20*

Compte tenu des conséquences sanitaires et sociales qui leur sont associées, l'usage de produits illicites constitue un problème important de santé publique. Les risques d'une consommation régulière de cannabis sont multiples : difficultés de concentration, difficultés scolaires, isolement social, perte de motivation, risques liés aux contacts avec des circuits illicites pour obtenir le produit, apparition, révélation ou aggravation de troubles psychiques.

Usage de cannabis

En Paca, en 2005, 10 % des hommes et 6 % des femmes âgés de 15-34 ans ont déclaré consommer régulièrement (≥ 10 fois par mois) du cannabis (5 % chez les hommes et 2 % chez les femmes âgés de 15-64 ans). Ces usages se distinguent peu de la moyenne nationale (Baromètre santé 2005, Inpes, exploitation ORS Paca, données non redressées).

En Paca, en 2005, la consommation régulière de cannabis chez les adultes de 18-65 ans était 3,5 fois plus fréquente parmi les ouvriers en emploi que parmi les cadres en emploi.

Usage d'autres drogues et traitement de substitution

La consommation des autres drogues illicites est moins rare en région qu'en métropole. En Paca, en 2005, la part des 15-34 ans ayant expérimenté (≥ 1 fois dans la vie) la cocaïne, l'ecstasy ou l'héroïne était de 11 % chez les hommes (7 % en France) et 5 % chez les femmes (3 % en France).

Deux médicaments sont utilisés pour le traitement de substitution aux opiacés : la Méthadone, dont la prescription initiale ne peut se faire que dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les établissements de soins, et la buprénorphine haut dosage (Subutex®), qui peut être prescrite par l'ensemble des médecins. En Paca, en 2008, 393 949 boîtes de Subutex® et 499 614 flacons de Méthadone ont été vendus plaçant ainsi notre région au second rang pour la vente du Subutex® et au 6ème rang pour la vente de Méthadone. Ces deux chiffres sont à mettre en parallèle avec le taux de personnes de 20-39 ans ayant eu recours aux CSST, plus élevé en Paca qu'en France (93 versus 60 pour 10 000 habitants).

Usagers de drogues par voie intraveineuse

Les personnes ayant recours par voie intraveineuse à certains médicaments psychotropes destinés à la voie orale constituent un groupe à risque assez bien identifié. En Paca, ces médicaments détournés sont essentiellement représentés par le méthylphénidate (Ritaline®), le trihexyphénylidyle (Artane®), certaines benzodiazépines, ainsi que les opioïdes oraux tels que la buprénorphine (Subutex®) et les sulfates de morphine (Skenan®).

Parmi les usagers de buprénorphine haut dosage, les pratiques d'injection étaient plus fréquentes et plus à risque dans les populations marginalisées telles que les personnes sans abri ou les patients atteints de comorbidités psychiatriques [145]. Les pratiques à risque associées à l'injection s'observent dans des populations caractérisées non seulement par une forte précarité mais aussi par de nombreuses comorbidités telles que l'infection par le VIH et par le VHC. Les usagers de drogues en situation de précarité sans assurance maladie ou bénéficiant de la CMUC ou de l'Aide médicale d'état (AME) ont un accès très limité aux campagnes de prévention ainsi qu'au dépistage du virus de l'hépatite C [146].

1.1.2. Usage du préservatif

Le recours au préservatif lors du premier rapport sexuel a régulièrement et fortement augmenté entre 1987 et 1995 pour atteindre un niveau relativement élevé qui, depuis, se maintient. En France, en 2005, 87,6 % des hommes et 84,2 % des femmes ayant eu leur premier rapport sexuel entre 2000 et 2005 ont déclaré avoir utilisé un préservatif [147]. Ce comportement ne semble toutefois pas toucher tous les milieux sociaux de la même façon : l'usage du préservatif au premier rapport était moins fréquent parmi les femmes moins diplômées et parmi celles qui accordent une grande importance à la religion [147]. L'utilisation du préservatif chez les jeunes est détaillée dans la partie « Santé des jeunes » du chapitre 5.

1.1.3. Alimentation, activité physique

a) Alimentation



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS&PACA N°21

Le deuxième Programme national nutrition santé (PNNS) 2006-2010 vise l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur la nutrition et l'activité physique. L'un des outils de ce programme est la promotion

de repères de consommation afin de diffuser la notion d'alimentation équilibrée et d'activité physique adaptée.

Prévalence des habitudes alimentaires

En Paca, en 2008, 84 % des personnes de 18-75 ans ont déclaré suivre le repère « viande-poisson-céufs » et 65 % celui pour les féculents. Concernant le poisson, le repère était moins suivi (50 % sur les 15 derniers jours) et seuls 24 % et 13 % des habitants de la région déclaraient respecter les repères concernant les produits laitiers et les fruits et légumes. Cette enquête n'a pas mis en évidence de différence de consommations alimentaires pour les principaux groupes d'aliments entre les habitants de la région et les autres Français, quel que soit l'âge [148]. Il semble ainsi que les consommations alimentaires s'uniformisent entre la région Paca et le reste de la France, y compris chez les seniors. En Paca, le régime méditerranéen n'est pas plus fréquemment suivi qu'en France, à part une utilisation plus fréquente de l'huile d'olive.

Différences selon le statut socio-économique

En Paca, comme en France et dans d'autres pays développés, un faible statut socio-économique (revenu, niveau d'éducation) est associé à une moindre consommation de certains aliments favorables pour la santé notamment fruits, légumes et poisson [148]. Par exemple, lors du Baromètre santé nutrition 2008, 56 % des personnes les plus aisées ont déclaré avoir consommé au moins trois fois des fruits et légumes la veille contre 44 % des personnes les plus pauvres. Chez les personnes en insécurité alimentaire¹⁵, la consommation de fruits, de légumes et de poisson était encore plus faible que chez celles ayant un faible revenu. Les personnes en insécurité alimentaire doivent souvent faire face seules à des dépenses élevées hors alimentation, notamment pour le logement [149]. En Paca, 3,1 % de la population de 18-75 ans ont déclaré ne pas avoir assez à manger, souvent ou parfois (1,9 % en France métropolitaine – différence non statistiquement significative) lors du Baromètre santé nutrition 2008.

b) Activité physique



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS&PACA N°22

Prévalence de l'activité physique

Les habitants de la région Paca ne se distinguent pas non plus des autres Français en matière d'activité physique : moins d'un habitant sur quatre pratique une activité physique intense¹⁶ dans le cadre des loisirs, et la moitié déclare effectuer habituellement des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo, comme en France [76].

¹⁵ En France, plusieurs enquêtes récentes ont permis d'étudier l'insécurité alimentaire (Baromètre santé nutrition 2008, enquête INCA 2, ENNS). L'insécurité alimentaire a été évaluée à l'aide de la question suivante : « Parmi les quatre situations suivantes, quelle est celle qui correspond le mieux à la situation actuelle de votre foyer ? 1- Vous pouvez manger tous les aliments que vous souhaitez ; 2- Vous avez assez à manger mais pas tous les aliments que vous souhaiteriez ; 3- Il vous arrive parfois de ne pas avoir assez à manger ; 4- Il vous arrive souvent de ne pas avoir assez à manger ». Dans l'enquête INCA 2, pour les modalités 2, 3 et 4, une question supplémentaire était posée sur les raisons de ces limitations (question de régime, de temps, d'argent, etc.). Les personnes ayant répondu ne pas avoir assez à manger souvent ou parfois, ou avoir assez à manger mais pas toujours les aliments souhaités pour une question d'argent ont alors été considérées comme étant en « situation d'insécurité alimentaire pour raisons financières » [149].

¹⁶ Dans le Baromètre santé nutrition 2008, l'activité physique a été évaluée à l'aide du « Global physical activity questionnaire (GPAQ) » de l'Organisation mondiale de la santé. Celui-ci définit l'activité physique intense comme une activité qui entraîne un essoufflement ou une accélération forte du pouls pendant au moins 10 minutes d'affilée [150]. L'intensité ayant été évaluée par les individus eux-mêmes et non à partir d'outils plus spécifiques tels que l'échelle de perception de Borg ou la mesure de la fréquence cardiaque [151], ces résultats doivent être interprétés avec une certaine prudence.

Différences selon le statut socio-économique

En matière d'activité physique, les personnes ayant un faible statut socio-économique ont, plus souvent que les autres, une activité physique intense dans le cadre de leur travail ; mais ce type d'activité a fréquemment des conséquences négatives sur la santé (par exemple des troubles musculo-squelettiques).

En Paca, la pratique d'une activité physique intense dans le cadre des loisirs est deux fois plus fréquente chez les personnes ayant un niveau d'éducation élevé que chez celles n'ayant aucun diplôme [76].

1.1.4. Dépistage des cancers

Un autre aspect des comportements de prévention concerne les dépistages des cancers. Dépister les cancers permet de les diagnostiquer à un stade précoce voire à un stade précancéreux (dépistage du cancer du col de l'utérus). Il existe en France deux programmes de dépistage organisé, généralisés sur l'ensemble du territoire : le dépistage du cancer du sein et le dépistage du cancer colorectal. D'autres tumeurs sont par ailleurs dépistées de façon individuelle, sur la base de recommandations officielles (cancers du col de l'utérus) ou d'associations professionnelles (cancers de la prostate).

a) Dépistage du cancer du sein



*CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°27*

Dépistages individuel et organisé du cancer du sein

Le dépistage du cancer du sein par mammographie chez les femmes de 50 à 74 ans tous les deux ans permet de diagnostiquer les tumeurs à un stade précoce et d'en améliorer le pronostic [152]. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a fixé un objectif de couverture de 80 % pour le dépistage de ce cancer. Le programme de dépistage organisé (DO), généralisé à l'ensemble de la France depuis 2004, cohabite avec le dépistage individuel (DI), réalisé à l'initiative de la femme et de son médecin. Contrairement au DO, le DI ne comporte pas de double lecture, n'est pas adossé à un protocole d'assurance qualité et n'est pas évalué. Quant au DO, il n'est pas toujours bien accepté par les femmes [153].

Recours aux dépistages individuel et organisé du cancer du sein

Peu de données sont disponibles au niveau national concernant le dépistage individuel, contrairement au dépistage organisé pour lequel des données sont collectées en permanence [154]. En France, en 2005-2006, selon les données de l'Assurance maladie issues de l'Echantillon permanent des bénéficiaires (Epib), 57 % des femmes de 50-74 ans avaient eu au moins une mammographie au cours de ces deux années (DO ou DI) [155].

En Paca, en 2007-2008, 65 % des femmes de 50 à 74 ans du régime général ont bénéficié d'une mammographie, au titre du dépistage individuel dans 40 % des cas. La participation au programme de DO en Paca est l'une des plus faibles de France : 45,5 % versus 52,8 % au niveau national en 2008-2009. Seules l'Île-de-France et la Corse ont des taux plus faibles.

Différences selon les territoires infra-régionaux

De fortes disparités de participation existent entre les départements ou les cantons de la région. La part de recours au DO par rapport au DI est également très variable selon les zones géographiques. Dans les Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes-Alpes, la participation au DO est élevée, mais la proportion de femmes

dépistées est similaire à celle de la région en raison d'un faible recours au DI. Dans le Vaucluse, en raison d'un faible recours au DI et d'un taux modéré de participation au DO, le taux de couverture pour le dépistage du cancer du sein est le plus faible de la région. Dans les départements côtiers, de nombreuses femmes recourent au DI plutôt qu'au DO. Le Var est ainsi le département de la région où les femmes se font le plus dépister. Les Bouches-du-Rhône présentent le plus faible taux de participation au DO de la région et le 5ème taux le plus faible parmi les départements français (données 2008-2009). Ainsi, malgré un recours important au DI, la proportion de femmes dépistées est faible dans ce département.

Différences selon le statut socio-économique

En Paca comme en France, la participation au dépistage du cancer du sein varie selon le statut socio-économique. Les femmes de 50-70 ans, dont les revenus sont élevés ou ayant un suivi médical régulier, participent plus au dépistage que les autres. Toutefois, en France, entre 2000 et 2005, la participation au DO a plus augmenté chez les femmes à revenus modestes grâce aux actions d'information [156].

En Paca, le taux de participation au dépistage (individuel et organisé) est inférieur chez les bénéficiaires de la CMUC par rapport aux non bénéficiaires (55 % versus 69 %).

Handicap physique ou mental et recours au dépistage

En Paca, comme en France, les femmes avec un handicap physique ou mental bénéficient moins fréquemment d'un dépistage du cancer du sein que la population générale. Ceci est lié à la fois aux attitudes et représentations des médecins vis-à-vis des personnes handicapées mais aussi à des difficultés pratiques pour réaliser la mammographie (matériel pas toujours adapté, par exemple) [157]. Le problème se pose aussi pour les femmes avec un handicap se trouvant en institution [158].

b) Dépistage du cancer du col de l'utérus

Recours au frottis cervico-utérin

Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin (FCU) permet de diagnostiquer des lésions précancéreuses, et ainsi de diminuer l'incidence du cancer du col. Une meilleure couverture du dépistage pourrait permettre de diminuer encore l'incidence de ce cancer. En France, en 2005, 81 % des femmes de 25 à 65 ans ont déclaré avoir eu un FCU au cours des trois dernières années [159]. Les données ne sont pas disponibles au niveau régional.

Des programmes pilotes de DO par FCU sont en cours dans plusieurs départements. Dans les Bouches-du-Rhône, les femmes de 25 à 69 ans sans frottis depuis plus de 2 ans reçoivent un kit pour un auto prélèvement vaginal ou une invitation pour frottis [53].

La stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus n'est pas stabilisée, notamment en raison de la montée en puissance de la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) [25], et du développement de méthode de détection des HPV [160, 161].

Différence selon l'âge et le statut socio-économique

La couverture de dépistage par FCU varie selon l'âge et la catégorie socioprofessionnelle (CSP). Les femmes en activité professionnelle et ayant moins de 60 ans, dont le ménage avait un revenu mensuel par unité de consommation supérieur à 1 500 euros, ayant un diplôme supérieur au baccalauréat déclaraient effectuer

plus souvent un FCU que les autres. L'inverse était observé pour les femmes sans couverture médicale complémentaire. Les inégalités sociales de participation au dépistage sont plus importantes pour ce cancer que pour le sein [26]. Les principaux freins au dépistage sont sa méconnaissance, la gêne des femmes par rapport à l'examen et des problèmes d'accès (faible démographie médicale, secteur 2, refus de CMU...) [26].

c) Dépistage du cancer du côlon-rectum

Le dépistage par la détection de sang occulte dans les selles permet de réduire la mortalité par cancer colorectal de 33 à 39 % chez les participants grâce à la détection des cancers à des stades précoces ou précancéreux, de meilleur pronostic [162]. Le DO du cancer colorectal a été généralisé en 2009 chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, celles-ci étant invitées à pratiquer le test tous les 2 ans. Pour réduire significativement la mortalité dans la population, le taux de participation devrait être d'au moins 50 % [162]. Actuellement, ce taux n'est pas atteint en France.

Recours au dépistage du cancer colorectal dans les Bouches-du-Rhône

Dans les Bouches-du-Rhône (seul département de la région ayant un recul suffisant) le taux de participation au dépistage était de 43,9 % lors de la première campagne (qui a débuté en 2002 et a duré 2 ans) et 33,6 % lors de la seconde, contre 42,9 % et 40,4 % en moyenne pour l'ensemble des départements français participants. La participation plus faible lors de la deuxième campagne est à considérer avec prudence car les chiffres n'étaient pas consolidés au moment de la rédaction de ce document [163].

Différences selon le genre, l'âge et le statut socio-économique

En France, la participation au DO est plus faible chez les hommes, chez les personnes les plus jeunes et celles résidant dans les zones les moins favorisées [164].

1.1.5 Vaccinations

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale (CV) constituent des éléments clés dans le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses. Les résultats d'un programme de vaccination s'évaluent non seulement par la surveillance de l'incidence des maladies cibles, les données sérologiques, le recensement des éventuels effets secondaires des vaccins, mais aussi par la mesure régulière des taux de couverture vaccinale dans la population. Pour les maladies en voie d'élimination (poliomyélite, etc.), ce suivi doit permettre d'identifier rapidement toute diminution de couverture vaccinale pouvant conduire à la résurgence de ces maladies. En outre, la persistance de cas sporadiques de tétanos pour les personnes âgées, associée à l'augmentation des voyages vers les pays où persistent des cas de poliomyélite, impliquent le maintien du suivi de la couverture vaccinale chez les adultes pour ces deux maladies aussi.

Les seules données disponibles en région Paca sur la population adulte concerne la vaccination antigrippale. Les données de couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'*Haemophilus influenzae* B, l'hépatite B, le BCG et la vaccination rougeole-oreillons-rubéole, sont présentées dans le chapitre 5 « Santé des enfants ».

a) Grippe



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRSéPACA N°26

La vaccination antigrippale fait l'objet d'une attention particulière. Maladie infectieuse fréquente et généralement banale, la grippe est responsable de complications graves voire mortelles pour les personnes âgées et les personnes atteintes d'affections chroniques ou susceptibles d'être aggravées par le virus. Les recommandations vaccinales concernent les personnes de 65 ans ou plus, les professionnels de santé et celles atteintes de l'une des neuf ALD pour lesquelles l'Assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe. L'objectif fixé par la loi relative à la politique de santé publique de 2004 est d'atteindre une couverture vaccinale de 75 % dans ces groupes cibles.

Taux de vaccination antigrippale chez les personnes âgées

En Paca, durant l'hiver 2008-2009, le taux de vaccination antigrippale chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (régime général) était de 59 % (64 % en France métropolitaine durant l'hiver 2007-2008, [1]). Durant l'hiver 2006-2007, il était estimé à 90 % dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa), et semble stable depuis 2005 dans ces établissements. Il est plus faible dans les logements-foyers (structures non médicalisées) que dans les maisons de retraite ou les unités de soins de longue durée. Par ailleurs, 32 % des résidents des Ehpa ont été vaccinés contre le pneumocoque en 2008-2009, soit une augmentation encourageante par rapport aux années précédentes (20 %) [165].

Différences selon les territoires infra-régionaux

Les variations de couverture vaccinale entre les départements étaient modérées (de 56,5 % dans les Alpes-Maritimes à 60,6 % dans le Var). Mais dans 10 des 159 cantons de la région, moins d'une personne âgée sur deux avait été vaccinée. Ces cantons étaient pour la plupart situés en zone de montagne (Tende, Barcelonnette, Aiguilles) ou dans l'arrière pays grassois.

Taux de vaccination antigrippale chez les professionnels de santé

En France, le taux de vaccination antigrippale des professionnels de santé reste par ailleurs insuffisant : 66 % pour les médecins généralistes, 31 % pour les infirmiers libéraux et 38 % pour les personnels de maison de retraite en 2004-2005. En Paca, en 2008-2009, le constat était similaire : 40 % des personnels des Ehpa étaient vaccinés (de 27 % dans le Vaucluse à 48 % dans le Var) [165].

b) Opinion des Français sur les vaccinations

Selon le Baromètre santé 2005, neuf Français sur dix sont favorables à la vaccination en général. Cette opinion positive est moins répandue chez les personnes les plus âgées et chez les femmes. En 2005, la vaccination contre l'hépatite B et celle contre la grippe étaient celles qui suscitaient le plus de réticence. Parmi les facteurs qui freinent ou favorisent la vaccination, le fait de se faire soigner par homéopathie et/ou acupuncture est toujours très lié à un avis défavorable sur la vaccination. L'âge est également un élément majeur, avec des populations jeunes mieux vaccinées et plus favorables que leurs aînés. Un suivi médical régulier et une bonne information sur le sujet sont aussi associés à une attitude plus favorable au geste vaccinal [166].

Le rôle des médecins, et notamment des médecins généralistes, dans la vaccination de la population est essentiel. Ils peuvent convaincre leurs patients de l'intérêt des vaccinations en les informant sur les bénéfices des vaccinations et les effets

secondaires. Ceci a été montré notamment s'agissant de l'adhésion à la vaccination contre la grippe A-H1N1 [167]. Cependant, certains médecins adeptes de médecines dites « douces » peuvent être défavorables à la vaccination.

1.2. Conditions et milieu de vie

1.2.1. Environnement et habitat

L'environnement influe sur l'état de santé. Si les expositions professionnelles sont d'intensité bien supérieure aux niveaux d'exposition de la population générale aux facteurs environnementaux, certains de ces facteurs sont préoccupants car le grand nombre de personnes exposées conduit à des impacts sanitaires potentiellement importants. Ainsi, huit objectifs de la loi de santé publique de 2004 étaient consacrés à la surveillance de facteurs environnementaux et à leur impact sur la santé de la population. Cependant, beaucoup d'inconnues demeurent : quantification des effets pour l'homme de toxiques connus, impact de certains nouveaux produits, effets des mélanges de substances.

L'exposition à divers facteurs environnementaux (pollution atmosphérique, bruit, risques industriels, qualité de l'habitat...) varie en fonction de la catégorie sociale des individus. Ce constat quasi universel est conceptualisé par le terme « d'injustice environnementale » : celui-ci désigne le cumul de désavantages sociaux et de situations d'exposition à des nuisances environnementales. De telles injustices sont présentes en Paca du fait de l'importance des inégalités sociales et de certains facteurs environnementaux dans la région.

Une réactualisation du tableau de bord santé environnement en région Paca, publié en 2005 par l'ORS Paca est en cours, et sera publiée à l'automne 2010.

a) Qualité de l'air

La qualité de l'air est un enjeu retenu en région Paca par le Groupement régional santé environnement dans le cadre du Plan régional santé-environnement 2009-2013, tant pour l'air extérieur, que pour celui des locaux d'habitation et de travail.

• Air extérieur

Il est aujourd'hui bien établi qu'à court terme, la pollution atmosphérique aggrave les symptômes asthmatiques, et entraîne un certain nombre de décès anticipés et qu'à long terme, elle augmente le risque de décès.

Mortalité et morbidité

En France, en 2000, on estimait à 32 000 le nombre de décès annuels attribuables à une exposition de long terme à la pollution atmosphérique urbaine, dont plus de la moitié seraient causés par la pollution automobile. En termes de morbidité, entre 60 000 et 190 000 crises d'asthme, ainsi que 110 000 bronchites sont également attribuées chaque année à la qualité de l'air.

Caractéristiques de l'air extérieur en région Paca

La région Paca est une des régions françaises les plus émettrices de SO₂, de NO_x, de composés organiques volatiles non méthaniques et de CO₂. Elle se caractérise ainsi par une forte pollution industrielle et urbaine, conséquence d'une concentration industrielle et d'un taux d'urbanisation importants, de l'augmentation de l'usage du véhicule individuel, du retard des transports en commun, d'un

réseau routier très dense et de la présence de reliefs favorisant la stagnation des masses d'air.

Du fait de ses conditions climatiques, elle est également une des régions d'Europe les plus touchées par la pollution photochimique à l'ozone. Ce polluant peut être considéré comme un marqueur de pollution de l'air, et favorise certains effets sanitaires, en particulier chez les personnes asthmatiques. En Paca, en 2008, le seuil de recommandation pour ce polluant a été dépassé pendant 22 jours. Ce nombre reste plus élevé que dans les autres régions également sensibles à la pollution photochimique.

Dans certaines zones très urbanisées de la région, il existe une pollution de fond par le NO₂, les particules et le benzène. La région industrielle de l'étang de Berre se caractérise par des pollutions de pointe au SO₂, mais celles-ci semblent en diminution ces dernières années. Le département des Bouches-du-Rhône, fortement industrialisé et urbanisé, est de loin le principal émetteur de polluants atmosphériques. Néanmoins, les polluants émis dans une zone peuvent être dispersés et transportés sur de longues distances. Certains points du territoire, concentrant des activités industrielles et un trafic dense, cumulent ainsi des expositions à de multiples polluants. Lutter contre ces points noirs environnementaux, constitue un enjeu majeur, considéré comme prioritaire dans le Plan national santé-environnement 2.

• Air intérieur

Alors que nous passons 70 à 90 % de notre temps dans les espaces clos, l'habitat comporte différentes sources de polluants chimiques, physiques ou biologiques susceptibles de présenter des risques pour la santé humaine (équipements, matériaux de construction, animaux domestiques, activités de bricolage...). L'exposition à ces nuisances peut varier selon le niveau social.

L'Observatoire de la qualité de l'air intérieur a réalisé une étude dans 567 résidences principales en France (dont 27 en région Paca) sur la période 2003-2005. Parmi les produits mesurés figurent les particules (PM₁₀ et PM₂₅), le formaldéhyde, le tétrachloréthylène, le benzène, le monoxyde de carbone, le radon, différents allergènes, le taux d'humidité et les débits de ventilation dans les différentes pièces¹⁷.

En France, sur la période 2003-2005, dans 45 % des logements étudiés, les niveaux de concentrations étaient très faibles pour l'ensemble des polluants mesurés. Selon le polluant, de 5 à 30 % des logements présentaient des valeurs nettement plus élevées que les concentrations trouvées en moyenne dans le parc, et 9 % présentaient des concentrations très élevées pour plusieurs polluants simultanément [168].

La qualité de l'air intérieur est encore relativement peu documentée dans la région, et constitue donc un enjeu important d'observation.

Intoxications au monoxyde de carbone

Le monoxyde de carbone est un gaz toxique, incolore, inodore et non irritant, issu d'une combustion incomplète. Il présente une forte affinité pour l'hémoglobine, entraînant une mauvaise oxygénation des tissus après quelques heures d'exposition. Les décès par intoxication au monoxyde de carbone constituent la première cause de mortalité par inhalation toxique en France. Cette intoxication est due à des appareils de chauffage mal réglés et à une mauvaise ventilation des locaux.

¹⁷ En France, des valeurs repères pour l'aide à la gestion de la qualité de l'air intérieur sont disponibles pour un nombre restreint de composés, comme par exemple le formaldéhyde, le benzène et le tétrachloréthylène.

En Paca, en 2008, la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) Sud a enregistré 112 foyers d'intoxication (toutes causes confondues), 362 personnes intoxiquées, 244 personnes hospitalisées aux urgences et 5 décès [169]. Dans 92 % des cas, la circonstance était un accident domestique. Le principal facteur favorisant les intoxications au monoxyde de carbone est l'absence ou le manque d'aération des locaux d'habitation.

En Paca, 90 % des habitants considèrent que le monoxyde de carbone présente un risque élevé pour la santé, mais seuls 13 % se sentent personnellement à risque. Près d'un habitant sur cinq pense, à tort, que le monoxyde de carbone se détecte à l'odeur. Cette idée fautive est plus répandue chez les personnes les moins diplômées ou ayant un faible niveau de revenu, lesquelles cumulent une utilisation plus fréquente d'une source d'énergie à combustion, un déficit d'information sur le sujet, un niveau de connaissance inférieure et une crainte plus prononcée par rapport au risque d'intoxication au monoxyde de carbone [170, 171].

Amiante

L'inhalation de fibres d'amiante est responsable de pathologies graves, principalement pulmonaires : plaques pleurales, fibroses, cancers broncho-pulmonaires et de la plèvre (mésothéliomes). Ces pathologies proviennent majoritairement d'expositions professionnelles (voir la partie « Situations de travail » de ce même chapitre). Mais les expositions environnementales à l'amiante existent. Par exemple, l'amiante était très utilisée dans les logements (bardage, enduits, colles...). Il n'existe pas de données sur les expositions environnementales à l'amiante en région Paca.

Radon

Le radon est un gaz radioactif présent à l'état naturel dans certaines zones géologiques et se concentrant dans les locaux. Il est classé cancérigène certain par le Centre international de recherche contre le cancer. L'exposition domestique au radon est, après le tabac, la seconde cause de cancer du poumon en France : 5 % à 12 % des décès par cancer du poumon observés chaque année en France lui sont attribuables.

En Paca, le département des Hautes-Alpes est classé parmi les départements prioritaires concernant la problématique « radon », sur la base de mesures dans des habitations. Des zones à fort potentiel d'émanation de radon se trouvent aussi dans les Alpes-Maritimes et le Var. Des techniques de correction permettent d'abaisser les concentrations de radon dans les maisons : l'OMS recommande qu'elles soient mises en œuvre dans les habitations dont la concentration en radon dépasse une valeur de 100 à 300 Bq/m³, selon les pays. Les valeurs de gestion du radon dans les habitations sont en cours de révision au moment où ce rapport est rédigé.

b) Qualité de l'eau

La qualité de l'eau est le deuxième enjeu retenu en région Paca par le Groupement régional santé environnement dans le cadre du Plan régional santé-environnement 2009-2013. La qualité de l'eau est encadrée par des normes européennes qui concernent les contaminants biologiques (bactéries traceuses) et chimiques (pesticides par exemple). Ces paramètres font l'objet d'une surveillance régulière par les responsables de la production et de la distribution des eaux des ex-Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass). En France, la qualité de l'eau de consommation est globalement satisfaisante au regard de ces

normes, mais elle doit être améliorée dans les unités de distribution de petite taille (moins de 500 habitants) [172].

Par ailleurs, on constate en France une dégradation continue de la qualité de l'eau dans le milieu naturel (cours d'eau, nappes phréatiques). Le Plan national santé-environnement de 2004 avait retenu l'accélération des procédures de protection des captages et la limitation des rejets polluants comme priorités. En France, entre 2000 et 2008, la part de la population alimentée par de l'eau non conforme en permanence en matière microbiologique a diminué de 8,8 % à 3,8 %. S'agissant des pesticides, la population alimentée par de l'eau en permanence conforme a légèrement diminué entre 2006 et 2007 (de 94,9 % à 91,6 %).

En Paca, pour la période 2006-2008, la part de population desservie par une eau de mauvaise qualité microbiologique n'était que de 0,4 % avec toutefois des disparités géographiques : 3 % dans le département des Alpes-de-Haute-Provence et 7 % dans celui des Hautes-Alpes.

En Paca, en 2008, plus de 95 % de la population régionale ont été desservis par une eau conforme en permanence aux limites de qualité pour les pesticides (France : 91,9 %) [173].

Cependant, certains agents ne sont pas dégradés par les stations d'épuration et sont retrouvés dans l'environnement. C'est le cas notamment de certains résidus médicamenteux (hormones, anti-inflammatoires non stéroïdiens, médicaments anticancéreux...), ou d'autres substances agissant comme des perturbateurs endocriniens dont la présence, en particulier dans les milieux aquatiques, soulève des questions quant à d'éventuels impacts sur la santé humaine. On estime qu'environ 60 à 70 % des médicaments sont éliminés par les stations d'épuration, avec des rendements très variables (de 8-10 % à 97 %) [174]. La pollution de l'eau par ce type de substances est un enjeu émergent particulièrement préoccupant en France comme en Paca vis-à-vis des eaux rejetées par les établissements de soins.

c) Habitat indigne

La notion d'habitat indigne recouvre des logements et immeubles menaçant de tomber en ruine, des locaux insalubres, des hôtels meublés dangereux, des habitats précaires : leur suppression ou réhabilitation relève des pouvoirs de police administrative exercés par les maires et les préfets. L'impact sur la santé des habitats indignes est peu étudié, mais le fait d'habiter dans ce type d'habitat favorise l'exposition à différentes nuisances (risques d'intoxications au plomb, risques liés à des systèmes de chauffage défectueux, à l'humidité...).

En France, en 2005, entre 400 000 et 600 000 résidences principales sont considérées comme « indignes », se répartissant à peu près également entre locataires et propriétaires occupants [175].

En Paca, il n'existe pas de recensement des habitats indignes. L'enquête « Logement », menée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) en 2006, estime à 12 000 le nombre de logements de la région qui ne disposent pas du confort sanitaire de base (douche ou baignoire et WC intérieurs) ; 87 % d'entre eux ont été construits avant 1949. La proportion de logements sans ce niveau minimal de confort (0,6 %) est deux fois moins élevée dans la région qu'au niveau national [176].

La lutte contre l'habitat indigne est à la fois un enjeu de politique sanitaire et de politique sectorielle. Les besoins de recensement dans ce domaine sont importants.

1.2.2. Situations de travail



TABLEAU DE BORD 2010, SANTÉ SÉCURITÉ ET CONDITIONS DE TRAVAIL EN RÉGION PACA CONSULTABLE SUR LE SITE DE L'ORS PACA

Le travail demeure un important facteur d'inégalités sociales et d'inégalités sociales de santé [177] : les expositions aux risques professionnels (accidents de travail, troubles périarticulaires, bruits, rythmes et modes d'organisation du travail) sont fortement différenciées selon les catégories socioprofessionnelles. Plusieurs éléments doivent être cependant soulignés : 1) les risques sont moins bien maîtrisés dans les petites et moyennes entreprises, qui représentent la très grande majorité des entreprises de la région, 2) les grandes entreprises font effectuer de plus en plus souvent certains types de travaux par des entreprises sous-traitantes. Il s'opère ainsi un transfert vers ces entreprises et sur les travailleurs sous-traitants ou intérimaires de certaines tâches à risque (politique d'externalisation des risques). La formation aux risques de ces salariés n'est pas toujours réalisée dans des conditions optimales, et le suivi médical est moins strict que celui des autres salariés [178].

a) Accidents du travail

Les accidents du travail restent un enjeu majeur de santé au travail. La tendance à la diminution du taux de fréquence d'accidents du travail (AT), observée depuis le début des années 1990, s'est poursuivie en 2008 en région Paca-Corse comme en France. L'écart avec la moyenne nationale dans le régime général et le régime agricole semble s'amoinrir, mais les taux de fréquence d'AT restent supérieurs en Paca-Corse par rapport à la France [113].

En Paca-Corse, les accidents avec arrêt concernent plus souvent des salariés de moins de 40 ans (59,4 %), et les accidents avec attribution d'incapacité permanente concernent davantage les plus de 40 ans (62,5 %) (la répartition de ces AT par âge est similaire au niveau régional et national). Le secteur du BTP, secteur particulièrement présent en Paca-Corse, est le plus fortement touché mais une forte réduction des AT y a été observée entre 2004 et 2008 : -14,5 % pour l'ensemble des AT et -13,8 % pour les AT graves. Les taux d'accidents routiers mortels ont été divisés par 2 de 2000 à 2008, mais une baisse similaire est aussi observée pour les accidents de la route hors contexte professionnel. La région Paca-Corse est aussi en situation défavorable par rapport à la France en matière de risque routier au travail.

Enfin, parmi les salariés de Paca-Corse, les ouvriers, qualifiés ou non, sont les victimes les plus fréquentes des accidents du travail.

b) Maladies professionnelles autres que les cancers

Les risques liés à des problématiques d'organisation du travail (troubles musculo-squelettiques et risques psychosociaux) constituent un enjeu important de santé au travail en Paca comme en France.

Troubles musculo-squelettiques

En Paca, après une très forte augmentation jusqu'en 2005, le taux de reconnaissance des maladies professionnelles (MP) semble s'infléchir en 2008, tendance qui n'est pas observée au niveau national, et devra être suivie dans les années à venir.

En Paca, en 2008, les troubles musculo-squelettiques restent la première cause de MP reconnues et indemnisées : ils représentent 74,9 % des MP reconnues dans

le régime général. Un salarié de la région sur deux, vu par le médecin du travail, déclare être exposé à des travaux pénibles sur le plan physique, et 16,6 % de ces salariés seraient atteints d'une pathologie ostéoarticulaire en lien avec le travail selon le médecin du travail (EVREST, région Paca, 2008)¹⁸. Les troubles musculo-squelettiques sont observés dans de multiples secteurs d'activité, et dans tous les bassins d'emploi de la région. En Paca, au cours des années 2005 à 2008, 40 % des MP reconnues par les médecins conseils ont été identifiées dans les Bouches-du-Rhône, département qui représentait 43,9 % des salariés de la région d'après les données fournies par la CRAM Sud-Est.

Risques psychosociaux

Les risques psychosociaux au travail représentent un des principaux problèmes émergents en santé au travail. Ce terme désigne un ensemble de facteurs dits stressants liés aux conditions de travail, mais aussi les effets de l'exposition à ces facteurs. En Paca, parmi les salariés vus par les médecins du travail : 26,4 % seraient exposés à une pression psychologique au travail, 13,6 % présenteraient des symptômes psychiques liés au travail selon le médecin du travail (EVREST en région Paca 2008) et 1,4 % a présenté une maladie psychique qui a été déclarée par le médecin du travail en maladie à caractère professionnelle (quinzaine MCP 2006-2007)¹⁹.

Surdité et allergies

Les cas de surdité reconnus en maladie professionnelle sont en diminution depuis 2004. Mais 21,4 % des salariés de la région vus par les médecins du travail auraient été exposés à un bruit supérieur à 80 décibels²⁰ et 1,4 % des salariés serait atteint d'un trouble de l'audition en lien avec le travail d'après les médecins du travail du réseau EVREST (EVREST, région Paca, 2008). Les affections de méca-nisme allergique sont également en diminution.

c) Expositions aux cancérogènes

La prévention des expositions professionnelles aux cancérogènes est aussi un enjeu prioritaire. En Paca, entre 2000 et 2008, les cancers professionnels représentaient 6 % des MP reconnues dans le cadre des tableaux de MP du régime général. Sur 2001-2007, il existait une surmortalité par cancer de la plèvre et mésothéliome en Paca (+13 % par rapport à la France).

En Paca, l'amiante est responsable de près de 90 % des cancers professionnels. Parmi les causes des 10 % restants, on retrouve essentiellement le benzène, les rayonnements ionisants, les goudrons de houille et les poussières de bois. Mais la sous-déclaration des cancers professionnels non liés à l'amiante reste importante, et entraîne un manque de lisibilité des indicateurs construits à partir des reconnaissances de cancers professionnels. Elle constitue un véritable enjeu d'observation.

Les taux de reconnaissance de cancers professionnels les plus importants sont enregistrés dans les zones d'emploi de Fos-sur-Mer et de La Ciotat-Aubagne, puis celles de Toulon et de l'Etang-de-Berre.

¹⁸ Evrest (*Evolutions et Relations en Santé au Travail*) : outil de veille en santé au travail conçu sur le modèle d'un observatoire et constitué d'un réseau de médecins du travail volontaires.

¹⁹ Quinzaine MCP (*Maladie à caractère professionnel*) : programme de surveillance épidémiologique des maladies à caractère professionnel initié par l'InVS et l'Inspection médicale du travail. Ce programme s'appuie sur un réseau de médecins du travail volontaires qui durant une période de 2 semaines signalent toutes les maladies ou symptômes qu'ils jugent en lien avec le travail.

²⁰ 80 décibels est le seuil à partir duquel les employeurs sont tenus de mettre à la disposition des travailleurs des protecteurs auditifs individuels, et à partir duquel les travailleurs bénéficient d'un examen audiométrique préventif [179].

2. Déterminants à temporalité courte

Il s'agit d'aborder ici des agents ou facteurs associés à des risques aigus, qui peuvent impliquer une gestion d'urgence ou de crise. Cependant, la prévention des expositions à ces agents peut relever d'actions à long terme, comme par exemple, les politiques de réduction des vulnérabilités vis-à-vis des catastrophes naturelles. Deux types de déterminants seront abordés dans ce paragraphe : certains agents infectieux et les catastrophes environnementales (naturelles ou industrielles). Si ces agents sont associés à des risques aigus, ils peuvent aussi entraîner des conséquences à long terme. Ainsi, les catastrophes et accidents industriels peuvent être responsables de pollutions durables, et ces dernières avoir des effets à moyen ou long terme sur la santé des populations exposées.

D'autres agents - comme les toxi-infections alimentaires -, ou événements - comme les attentats terroristes, les grands rassemblements, les accidents d'avion...-, relèvent aussi de temporalités courtes en termes de gestion sanitaire, et ne seront pas abordés dans ce paragraphe qui ne vise pas à être exhaustif.

2.1. Agents infectieux

De multiples agents infectieux peuvent être à l'origine d'une épidémie et nécessiter des actions urgentes de protection et de prise en charge de la population. Ce paragraphe ne vise pas à en dresser la liste, mais à pointer certains de ces agents soit parce que des mesures de prévention appropriées permettent d'éviter des épidémies (légionellose par exemple), soit parce que la présence de ces agents dans la région Paca est plus attendue du fait de ses particularités.

2.1.1. Légionellose

La légionellose est une maladie bactérienne transmise par voie respiratoire. Le deuxième Plan national santé-environnement a inscrit dans son action n°38 la prévention de la survenue de cas de légionellose liés aux réseaux d'eau chaude sanitaire, le renforcement du système de surveillance et l'amélioration de l'investigation des agrégats de cas de légionellose.

L'agent infectieux, présent dans le milieu naturel, se multiplie très facilement dans les réseaux d'eau et peut être inhalé lorsqu'il se retrouve en suspension dans l'air : douches, jets d'eau, fontaines, certains systèmes de climatisation, brumisateurs. Les tours aéroréfrigérantes à voie humide (TARH) et les réseaux d'eau chaude (établissements de santé, hôtel...) constituent des sources de risque. Par exemple, en Paca, en 2008, 1 002 TARH étaient dénombrées.

Incidence et évolution temporelle

En France et en Paca, le nombre de nouveaux cas de légionellose déclarés a augmenté régulièrement entre 1997 – date à laquelle la surveillance de cette infection a été renforcée – et 2005 (de 8 à 164 cas en Paca). Depuis, on observe une diminution, plus marquée en Paca qu'en France (respectivement -29 % et -21 %). En Paca, en 2009, 116 cas de légionellose ont été déclarés, soit une incidence de 2,4 pour 100 000 (1,8 en France).

Mortalité

La mortalité attribuable à la légionellose concerne particulièrement les sujets fragilisés (personnes âgées, immunodéprimées, consommateurs de tabac, d'alcool, patients diabétiques ou atteints de maladies respiratoires chroniques, etc.). Mais elle reste faible (de l'ordre d'une centaine de cas annuels en France).

2.1.2. Agents présents en région Paca

Sa situation au Sud-Est de la France, son climat méditerranéen et son rôle historique de lieu de passage de différentes immigrations, ont un impact sur les pathologies qu'on retrouve en région Paca. D'une part un certain nombre de pathologies d'importation sont traitées dans les hôpitaux de la région. Il s'agit des hépatites A et E endémiques en Afrique du Nord, du paludisme, de la tuberculose provenant le plus souvent d'Afrique subsaharienne, du Chikungunya surtout retrouvé chez des ressortissants des îles des Comores et de la Réunion, de la fièvre Q et de la dengue provenant des Antilles françaises, d'autres îles des Caraïbes et du Sud-Est asiatique.

D'autre part, le climat méditerranéen lui-même, accentué par le réchauffement climatique, explique la présence de cas autochtones de pathologies vectorisées par des insectes. Il s'agit de la fièvre boutonneuse méditerranéenne et autres rickettsioses, de la leishmaniose viscérale, de la fièvre à virus West Nile. Avec la diffusion de moustiques du genre *Aedes albopictus*, implanté depuis 2005 dans les Alpes-Maritimes, et plus récemment dans le Var et les Bouches-du-Rhône, le risque de voir apparaître des cas de Chikungunya et de dengue autochtones se précise [180-182].

Nous n'aborderons pas dans ce rapport tous les agents infectieux, mais seulement ceux qui sont récemment apparus ou réapparus dans notre région.

a) Virus West Nile

Le virus West Nile est transmis par un moustique commun du genre *Culex*. Les oiseaux assurent le cycle de la transmission et l'amplification virale. Le cheval et l'homme sont des hôtes accidentels, mais ne participent pas au cycle de transmission. La transmission du virus West Nile est aussi possible au cours de transfusions et de transplantations d'organe.

Evolution de la présence du virus West Nile depuis 2000 dans le sud de la France

Entre les mois d'août et de novembre 2000, une épizootie équine s'est développée en Petite Camargue. L'épicentre du foyer était situé dans le département de l'Hérault. Une enquête sérologique avait alors révélé que 8,3 % des 5 133 chevaux testés étaient porteurs d'anticorps contre le virus West Nile. Aucun cas humain n'a été répertorié. Le virus West Nile a sans doute été présent en Camargue en 2001, mais il a très peu circulé. Le système de surveillance n'a détecté aucun cas équin ni humain, et aucun isolement viral n'a été fait sur les moustiques en 2001 et 2002.

En 2003, 9 cas humains ont été confirmés dont 4 cas de méningoencéphalites. Les 7 cas autochtones résidaient dans le Nord-Est du Var. A ceux-ci se sont ajoutés 2 cas importés (USA et Tunisie). De plus, 4 cas cliniques équins et 300 chevaux séropositifs ont été détectés. En 2004, le virus West Nile a été à nouveau détecté en Camargue (32 cas équins et 13 séroconversions aviaires), ainsi que dans le département des Pyrénées-Orientales fin septembre 2006 (5 cas équins). Aucune activité virale n'a été détectée en 2007 et 2008.

Transmission du virus et transfusion

Le risque transfusionnel a été estimé pour le Var en 2003 à environ 1 donneur virémique au moment du don parmi 16 000 donneurs, ce qui conduirait à observer 1 donneur virémique tous les 8 ans (circulaire du 24 juillet 2009 relative aux mesures visant à limiter la circulation du virus West Nile en France métropolitaine). Des mesures de prévention visant à maîtriser le risque de contamination par transfusion sanguine ont été réalisées par l'établissement français du sang en 2003 dans le Var (exclusion temporaire des donneurs, suppression des collectes programmées dans la zone définie à risque) [183].

L'infection virale est le plus souvent asymptomatique chez l'homme (80 %). Les formes sévères apparaissent dans environ 1 cas sur 150, et se traduisent par des manifestations neurologiques principalement décrites chez des sujets âgés. La mortalité a été évaluée à 2 % des infections et 7 à 9 % chez les patients présentant des formes neurologiques. La circulation confirmée du virus nécessite le rappel des mesures de protection individuelle contre les moustiques et le renforcement de la coordination des réseaux d'alerte et l'actualisation des réglementations.

b) Virus du chikungunya

Le virus du chikungunya est un arbovirus de la famille des *Togaviridae* transmis d'homme à homme par l'intermédiaire de moustiques du genre *Aedes* (*Aedes albopictus*, *Aedes aegypti*). Les principaux signes cliniques sont une fièvre élevée d'apparition brutale, accompagnée d'arthralgies pouvant être intenses, principalement aux extrémités et d'un rash cutané.

En 2005 et 2006, une circulation intense du virus a été observée dans certaines îles de l'océan indien, notamment à la Réunion et à Mayotte où en 2006 une épidémie de chikungunya a sévi, atteignant ainsi pour la première fois le territoire français. Pour la Réunion, le nombre de personnes ayant présenté une forme clinique a été estimé à 266 000 (soit 35 % de la population). C'est en juillet 2007 qu'une épidémie est rapportée en Italie (région Emilie Romagne) avec 249 cas touchant principalement 2 communes voisines, alors que la zone de circulation connue du virus ne concernait jusque là que des pays à climat tropical.

Cette épidémie autochtone démontre que la syndronisation saisonnière est un pré-requis indispensable au développement d'épidémies d'arboviroses en zone tempérée à partir de cas importés, mais que ce risque est réel et doit être pris en considération. Des formes asymptomatiques ont été estimées à 13 % des cas lors de l'épidémie à la Réunion. Des formes persistantes sont retrouvées dans 30 à 60 % des cas. La surmortalité enregistrée lors de l'épidémie à la Réunion a permis d'évaluer la létalité à 1/1000. Les décès concernaient essentiellement des patients âgés et/ou fragilisés par d'autres pathologies chroniques.

En 2006, *A. albopictus* était présent, en densité relativement faible dans une zone géographique limitée de la Côte d'Azur. Début juillet 2006, le système de surveillance mis en place a identifié huit communes de la Côte d'Azur colonisées par *A. albopictus* [184, 185]. Début juin 2010, l'activité du vecteur *Aedes albopictus* avait repris intensément dans les Alpes-Maritimes, et débutait dans le Var et les Bouches-du-Rhône [180].

c) Dengue

La dengue est une arbovirose transmise à l'homme par la piqûre d'un moustique diurne du genre *Aedes*. Le virus, dont on distingue quatre sérotypes (DEN1, DEN2, DEN3, DEN4), est un *Flavivirus*. Dans 1 à 5 % des cas, la maladie se présente sous

une forme sévère [186], avec des troubles hémorragiques et/ou un syndrome de choc pouvant entraîner le décès.

La dengue est l'arbovirose la plus répandue dans le monde et la maladie vectorielle qui progresse le plus rapidement. L'OMS estime que 2,5 milliards de personnes (les 2/5 de la population mondiale) sont exposées, et que le nombre d'infections survenant chaque année s'élève à 50 millions [187].

Des épidémies de dengue surviennent périodiquement dans certains départements français d'Amérique (DFA) : Guadeloupe, Martinique, Guyane. On recense plus de 70 % de la charge de morbidité en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique occidental.

En France métropolitaine

Du 1er juillet 2006 au 31 décembre 2008, en France métropolitaine, 132 cas, tous importés, ont été détectés. Tous étaient potentiellement virémiques, mais 39 % (n=52) ont été diagnostiqués plus de 7 jours après le début des signes. Au final, 16 % (n=22) des cas étaient virémiques au moment de la confirmation diagnostique : 6 en 2006, 9 en 2007, 7 en 2008. Ceci indique qu'il est primordial de réduire le délai entre le prélèvement et la confirmation diagnostique. Quatre patients ont présenté une dengue hémorragique (3 en 2007 et 1 en 2008), aucun décès n'a été rapporté. Les cas revenaient principalement des Antilles françaises (41 %) et d'Asie (27 %).

En région Paca

Les régions d'Île-de-France (n=45) et Paca (n=21) représentent 51 % des cas déclarés. Sur la période d'étude, 12 cas concernant des patients domiciliés dans un département où le vecteur est implanté ont été déclarés, tous pendant la période d'activité du moustique. Sur ces 12 cas, 9 étaient domiciliés dans le département des Alpes-Maritimes dont 4 virémiques. La Corse du Sud et le Var, en niveau 1 depuis 2007, ont enregistré respectivement 1 et 2 cas en 2008 [185, 188].

Entre le 1er mai et le 17 juin 2010, 25 cas importés de dengue virémique ont été observés en Paca-Corse. Ceci est préoccupant et représente un risque non négligeable d'introduction de cette maladie dans la région. L'extension de l'aire de colonisation d'*Aedes albopictus*, et son éventuelle prolifération après les pluies abondantes majorent ce risque [180].

Dès 2006, un plan national anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole a été mis en place pour limiter le risque.

2.2. Risques naturels

La région Paca est une des régions françaises les plus exposées aux risques naturels : inondations, feux de forêt, avalanches, coulées de boue, risque sismique...

En Paca, pour la période 2004-2008, 720 arrêtés de catastrophes naturelles ont été publiés au journal officiel dans 343 communes (base de données Gaspar). 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.

Le risque inondation existe dans 90 % des communes de la région ; sur 2004-2008, 270 communes ont été concernées par au moins un arrêté de catastrophe naturelle pour cause d'inondation.

La région Paca est la région de France métropolitaine la plus soumise au risque sismique, tant en termes d'étendue que d'intensité du phénomène. Depuis quelques décennies, les Alpes-Maritimes enregistrent un séisme de magnitude supérieure à 4,0 tous les 5 à 6 ans.

Certains bassins de risques, exposés à la survenue de divers aléas, présentent des enjeux importants en termes de population et de voies de communication : zone côtière des Alpes-Maritimes, zone de Marseille dans les Bouches-du-Rhône, zone de Toulon dans le Var notamment.

Impact des risques naturels sur la santé

Les impacts des catastrophes naturelles sur la santé sont somatiques (fractures, lésions, intoxications...), mais aussi psychologiques et sociaux : aggravation ou déclenchement de troubles psychologiques, augmentation de la consommation de soins... Ces troubles peuvent persister plusieurs années après l'événement [189]. Par ailleurs, au cours de catastrophes naturelles, des sites industriels peuvent être endommagés et des produits toxiques libérés dans l'environnement, pouvant par la suite provoquer une contamination des eaux et des aliments.

Les catastrophes peuvent entraîner des conséquences sociales multiples : relogement, pertes matérielles, difficultés financières, interruption d'activité professionnelle voire perte de travail, dissociation familiale, fermeture des commerces et services de proximité, fermeture des écoles... Les personnes touchées sont ainsi placées devant la nécessité de constamment tout penser en même temps : retrouver des proches, trouver un point de chute, un emploi, une école, faire valoir ses droits à indemnisation et, pour cela, trouver des experts... Ceci peut les conduire à reléguer au second plan les problèmes de santé, ce qui retarde le recours aux soins, et augmente les risques de séquelles physiques [190]. Les personnes touchées peuvent se trouver en concurrence les unes par rapport aux autres pour entrer en relation avec leur assurance, fournir une expertise pour être remboursées, trouver une entreprise qui puisse réaliser les travaux de réparation. Conséquences sociales, médicales et mentales sont souvent intriquées : l'enchaînement des bouleversements sociaux et économiques induits par les catastrophes peut avoir, dans un second temps, une influence sur les maladies cardio-vasculaires, la mortalité globale [191] et la santé mentale [189, 192].

Pour se préparer à de tels événements, les communes à risques devraient mettre en place des plans de prévention des risques. Fin 2009, 428 communes de la région s'étaient engagées dans cette procédure, et 251 communes (26 %) avaient un plan prévention des risques approuvé (base de données Gaspar).

Canicules

Les canicules font partie des événements naturels susceptibles d'avoir un impact sanitaire élevé. Au cours de l'été 2003, la France a connu une vague de chaleur exceptionnelle par l'importance de l'élévation des températures et par sa durée. En dépit d'une relative habitude vis-à-vis de la chaleur, cette canicule a entraîné une surmortalité de 35 % dans la région Paca. Cet excès était relativement modéré par rapport à d'autres régions françaises, mais reste significatif. Les personnes peu autonomes, telles que les personnes âgées, les personnes souffrant d'un handicap physique, ou d'une maladie mentale ont été les plus vulnérables à la chaleur. Le vieillissement de la population et les conséquences du réchauffement climatique, susceptibles d'être associés à une augmentation de la fréquence des épisodes caniculaires, incitent à renforcer la prévention dans ce domaine [193].

2.3. Risques industriels

Secteur industriel en région Paca

Malgré la présence d'une industrie lourde, la région Paca n'est pas une région de grande tradition industrielle. Seuls 11 % des emplois salariés de la région concernent le secteur industriel, contre 17 % en moyenne en France [194]. L'industrie régionale concentre des activités liées à l'industrie agro-alimentaire, aux équipements mécaniques, à la construction navale, aéronautique et ferroviaire, aux équipements électriques et électroniques. Le secteur de la chimie est fortement implanté dans la zone de Marseille et de l'étang de Berre, celui de la métallurgie autour de Fos-sur-Mer, celui du bois-papier dans l'ouest du Vaucluse et autour d'Arles. La construction navale et aéronautique est représentée par les pôles industriels de Toulon et Marignane, respectivement. Les entreprises du secteur électrique et électronique et les industries pharmaceutiques sont dispersées au sein de la région [194].

Établissements Seveso et accidents survenus dans la région

En Paca, en août 2010, 77 sites industriels relevaient de la directive Seveso II, dont 53 « seuil haut » appartenant majoritairement aux secteurs de la chimie, de la pétrochimie et du stockage de produits inflammables. La zone de l'étang de Berre concentre 60 % des établissements Seveso II les plus à risque de la région (32 sur 53 établissements) [195].

Pour certains établissements industriels, la nature des produits utilisés, stockés ou fabriqués, les procédés, la situation géographique (proximité de voies de communications importantes, de zones d'habitation, densité de population élevée) peuvent leur conférer un caractère particulièrement dangereux. En France, en 2009, 1 195 accidents technologiques sont survenus dont 121 en région Paca [196]. De plus, les transports de matières dangereuses sont une source potentielle d'accidents graves. Ces transports sont probablement nombreux en Paca. Mais les chiffres disponibles remontent 1997 : le nombre de poids lourds transportant des matières dangereuses traversant chaque jour les Bouches-du-Rhône avait alors été estimé à plus de 1 500 [197].

Gestion des risques en région Paca

Suite à la Loi n°2003-699 du 30 juillet 2003 relative à la prévention des risques technologiques et naturels et à la réparation des dommages, les Plans de prévention des risques technologiques (PPRT) ont été mis en place, de même que les Comités locaux d'information et de concertation (Clic). Les PPRT concernent uniquement les établissements classés Seveso « seuil haut ». Ils visent à limiter les effets d'éventuels accidents industriels qui pourraient toucher les populations : maîtrise de l'urbanisation autour des installations dangereuses et réaménagement dans les zones à risque, surveillance et prévision des phénomènes, études de dangers exigées pour les nœuds ou plates-formes de transports de matières dangereuses, information et éducation sur les risques, etc. Les Clic réunissent 5 collègues d'acteurs de l'environnement industriel, et constituent un lieu de concertation d'où peuvent émaner des propositions sur la prévention des risques et des pollutions industrielles.

Actuellement, la région comporte 28 PPRT (3 dans les Alpes-de-Haute-Provence, 1 dans les Alpes-Maritimes, 17 dans les Bouches-du-Rhône, 4 dans le Var et 3 dans le Vaucluse) et 18 Clic [198].

Dans la région, 4,5 % de la population sont concernés par un Plan particulier d'intervention (PPI), c'est-à-dire un plan établi pour faire face aux risques particuliers liés à l'existence ou au fonctionnement d'ouvrages ou d'installations dont l'emprise est localisée et fixe. Ce pourcentage atteint un maximum (9 %) dans les Bouches-du-Rhône [199].

Impacts sanitaires potentiels liés aux accidents industriels

Conséquences d'une fuite accidentelle d'un toxique

Les situations accidentelles peuvent entraîner des effets sanitaires importants. En cas de fuite accidentelle d'un toxique dans l'environnement, les conséquences sur la santé sont liées aux caractéristiques de la substance polluante mais également aux conditions environnementales. Il existe alors deux types d'exposition : une exposition directe dans les minutes ou les heures après l'accident par inhalation, contact cutané voire par voie digestive (déglutition secondaire de produits inhalés). Dans ce cas, les populations non protégées peuvent être exposées de manière aiguë, puisque l'exposition intervient dans un laps de temps très réduit. L'exposition peut également être indirecte, c'est-à-dire être consécutive à un transfert de contamination dans les milieux en fonction des caractéristiques de la substance et de sa persistance dans l'environnement. Les substances chimiques peuvent être transférées à distance de la source par transfert aérien, contamination de la chaîne alimentaire ou contamination hydrique [200].

Conséquences d'une explosion

Les accidents industriels peuvent aussi menacer la santé des populations lors d'explosions. Les conséquences les plus visibles de telles catastrophes sont les lésions traumatiques : plaies, fractures, fracas ou arrachement des membres, contusions d'organe, brûlures, etc. [200]. Les travailleurs représentent la population la plus concernée par ce type de risques puisqu'ils se situent généralement à l'intérieur des établissements industriels. Néanmoins, dans certains cas comme celui de l'explosion de l'usine AZF (AZote Fertilisants) de Toulouse en 2001, de tels impacts ont été observés dans la population générale [201, 202].

Risques psychosociaux suite à un accident industriel

Des risques psychosociaux dont la nature peut être comparable à ceux occasionnés par une catastrophe naturelle, peuvent également découler d'un accident industriel. Le risque le plus spécifique d'un traumatisme collectif est l'état de stress post-traumatique (ESPT) ; il semble cependant que ce trouble soit moins fréquent dans le cas de catastrophes qualifiées d'« invisibles » (fuite d'un nuage toxique par exemple), que lors de catastrophes dites « visibles » (explosions, inondations, tremblement de terre...). D'autres troubles peuvent aussi survenir comme des dépressions, des troubles anxieux ou encore des phénomènes de toxicodépendance. Enfin, les catastrophes peuvent entraîner la rupture d'un certain nombre de liens sociaux habituels (famille, voisinage) pouvant favoriser l'isolement. La désorganisation sociale résultant d'une catastrophe (isolement, chômage transitoire ou de longue durée, sentiment d'abandon et d'indifférence sociale, etc.) peut conduire à une modification des comportements (habitudes alimentaires, consommations d'alcool, de tabac, pratiques sportives) susceptible d'avoir un impact sanitaire à long terme [203].

Âges de la vie et situations de vulnérabilité face à la santé

CHAPITRE 5

1. Santé des enfants	87
1.1. Données de cadrage démographique et socio-économique	87
1.2. Mortalité infantile et maternelle	88
1.3. Santé des enfants nés prématurés	89
1.4. Troubles de santé mentale	90
1.5. Traumatismes dans la petite enfance	91
1.6. Troubles de l'apprentissage	92
1.7. Saturnisme	93
1.8. Surpoids et obésité	93
1.9. Vaccinations	94
1.10. Santé bucco-dentaire	96
2. Santé des jeunes	97
2.1. Données de cadrage démographique et socio-économique.....	97
2.2. Comportements de santé.....	98
2.3. Mortalité	102
2.4. Morbidité.....	103

Âges de la vie et situations de vulnérabilité face à la santé

CHAPITRE 5

3.	Personnes âgées	105
3.1.	Données de cadrage démographique et socio-économique.....	105
3.2.	Morbi-mortalité	106
3.3.	Consommation médicamenteuse et risques de iatrogénie	109
3.4.	Prévalence des incapacités et dépendance	110
4.	Situations de vulnérabilité	111
4.1.	Vulnérabilités économiques	111
4.2.	Vulnérabilités dans la population des migrants.....	116
4.3.	Vulnérabilités chez les personnes en situation de handicap.....	120

1. Santé des enfants

1.1. Données de cadrage démographique et socio-économique

Données démographiques et natalité

En Paca, en 2008, il y avait 842 722 enfants âgés de 0 à 14 ans soit 17,2 % de la population régionale (18,3 % en France). En Paca, au cours de l'année 2008, le nombre de naissances, en forte hausse, a atteint un niveau exceptionnel avec près de 59 000 naissances comptabilisées (niveau jamais observé au cours des 10 dernières années). Cela représente une hausse de 2,7 % par rapport à l'année précédente. Sur l'ensemble de la France métropolitaine, le mouvement est comparable. Cet accroissement est observé dans tous les départements de la région à l'exception du département des Hautes-Alpes qui enregistre une 6ème baisse en 7 ans [204].

Pauvreté des enfants

La région Paca figure parmi les régions les plus touchées par la pauvreté des enfants et des jeunes²¹ : en 2009, 290 000 enfants de moins de 18 ans étaient concernés sur le million d'enfants que compte la région [205]. La pauvreté des enfants est sur-représentée en Paca au regard de celle enregistrée à l'échelle nationale (taux de pauvreté infantile de 28,5 % en Paca contre 22 % en France). Cinq des six départements de la région présentent des taux de pauvreté supérieurs à celui de la France métropolitaine (le maximum est observé dans les Bouches-du-Rhône --31 %--, le minimum dans les Hautes-Alpes --19 %). Des disparités sont aussi observées au niveau infra-départemental avec notamment une forte concentration de la pauvreté dans les villes centres telles que Marseille ou Avignon, ou dans certaines communes du pourtour de l'étang de Berre. Sur les 290 000 enfants vivant sous le seuil de bas revenus en Paca, plus de 42 % vivent dans des familles allocataires du revenu de solidarité active (RSA).

La pauvreté des enfants est étroitement liée à la structure familiale à laquelle ils appartiennent. En Paca, parmi les foyers à bas revenus²², 1 famille sur 2 est monoparentale alors que, parmi les autres foyers, la structure familiale est majoritairement représentée par les couples (85 %). Les caractéristiques des familles monoparentales (féminines dans 90 % des cas, peu diplômées, souvent confrontées au chômage ou à une forte précarité professionnelle), peuvent pour partie expliquer leur sur-représentation parmi les foyers à bas revenus [205].

L'un des premiers éléments explicatifs de la pauvreté des enfants est ainsi lié à l'absence d'activité professionnelle des parents. En Paca, 48 % des enfants vivant dans des familles à bas revenus n'ont aucun de leurs parents en activité. Les contraintes liées à la conciliation de l'exercice d'un emploi avec la vie de famille sont souvent à l'origine de cette absence d'activité professionnelle. En effet, les modes de garde sont peu accessibles aux familles à bas revenus car trop onéreux, et incitent souvent les mères de famille à se retirer du marché du travail ou à ne pas s'y présenter. Ainsi, en Paca, la majorité des enfants pauvres de moins de 3 ans est gardée par le parent qui est sans emploi (83 % contre 25 % des enfants dont le niveau de vie est supérieur au seuil de bas revenus) [205].

²¹ La pauvreté des enfants et des jeunes est mesurée par le taux d'enfants pauvres qui est le taux d'enfants de 0 à 17 ans vivant dans des familles à bas revenus. Ce dernier taux rapporte l'ensemble des enfants connus des caisses d'allocation familiales vivant dans un foyer allocataire à bas revenus à l'ensemble des enfants du même âge au dernier recensement de la population.

²² Le seuil de bas revenus est calculé par l'Insee à partir d'un seuil de 60 % du revenu disponible médian avant impôt. Le seuil mensuel appliqué sur les données allocataires 2009 s'élève à 942 euros par unité de consommation.

1.2. Mortalité infantile et maternelle

Mortalité infantile

En Paca, de 1982 à 2008, 245 enfants de moins de 1 an sont décédés en moyenne chaque année. En Paca, en 2007, le taux de mortalité infantile était de 3,3 décès pour 1 000 naissances vivantes, un taux légèrement inférieur à la moyenne française (taux de 3,6 pour 1 000). Cependant, des différences existent à l'intérieur de la région où l'on observe une surmortalité par rapport à la France métropolitaine dans les départements des Alpes-Maritimes (4,4 ‰) et du Vaucluse (3,7 ‰), et une sous mortalité dans les autres départements (taux de 0,9 à 3,4 ‰).

La mortalité infantile se décompose en mortalité néonatale²³ (2,06 ‰ en région Paca) et en mortalité post-néonatale²⁴ (1,24 ‰ en région Paca) qui sont toutes les deux proches de la moyenne française (respectivement 2,4 ‰ et 1,2 ‰). En Paca, depuis 1988, la mortalité infantile a été divisée par 2,4. Cette tendance à la baisse suit celle de la France métropolitaine, même si on observe une certaine stagnation depuis quelques années.

Un autre indicateur concernant la mortalité des enfants est celui de la mortalité périnatale (décès à moins de 7 jours)²⁵. En France métropolitaine, en 2007, le taux de mortalité périnatale est de 10,8 pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie (10,0 pour 1 000 en 2002). En Paca, en 2007, il était de 11,2 pour 1 000.

Mort subite du nourrisson

La mort subite du nourrisson (classée dans les états morbides mal définis) est le décès brutal, inattendu, d'un nourrisson âgé de moins d'un an, apparemment en bonne santé, pendant son sommeil. Depuis 1990, la mise en évidence de la nocivité de la position couchée sur le ventre du bébé et du tabagisme maternel, ainsi que des campagnes de prévention et d'information, ont permis de réduire considérablement le nombre de décès annuel par mort subite du nourrisson. En Paca, entre 1992 et 2007, il est passé de 75 à 15. En France, pendant la même période, le nombre de décès a diminué de 1 291 à 210. Les garçons étaient plus touchés que les filles (près de 3 garçons pour 1 fille en 2007).

Mortalité maternelle

En France, durant la période 2004-2006, le taux corrigé²⁶ de mortalité maternelle²⁷ était estimé entre 8 et 12 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit annuellement 70 à 75 femmes qui décèdent de leur grossesse ou de ses suites. En Paca, durant la période 2004-2006, ce taux était de 7,5 pour 100 000 naissances vivantes (6,5 pour la période 2001-2003) [207]. Le bilan de la prise en charge de

²³ Le taux de mortalité néonatale est égal au nombre de décès d'enfants survenus avant 28 jours sur le nombre de naissances vivantes.

²⁴ Le taux de mortalité post-néonatale est le nombre de décès d'enfants entre 28 jours et 1 an rapporté au nombre de naissances vivantes.

²⁵ Il faut souligner que des changements de modalités d'enregistrement des morts-nés sont intervenus en 2002. Auparavant, l'Etat civil prenait en compte les morts-nés à partir de 28 semaines d'aménorrhée (SA) ; depuis 2002, ils sont pris en compte à partir de 22 SA ou d'un poids de 500 grammes. Ceci s'est traduit par une hausse brusque et artificielle du taux de mortalité périnatale : il a été multiplié par un facteur 1,5. Il est donc impossible de comparer les données avant et après 2002 [206].

²⁶ Le taux corrigé résulte de l'addition simple des décès identifiés par l'enquête nationale et confidentielle sur la mortalité maternelle (ENCMM) et des cas repérés à partir du certificat médical de décès, mais pour lesquels l'ENCMM n'a pas abouti.

²⁷ D'après la Classification internationale des maladies (CIM), la mort maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ».

la santé maternelle en France est donc globalement satisfaisant. Cependant, les avantages du système de soins ne bénéficient pas de façon égale à toute la population : des politiques ou des prises en charge plus adaptées, qu'il importerait d'évaluer dans le futur, seraient nécessaires pour certains sous-groupes de population (migrantes, femmes césarisées, femmes résidant dans les DOM) [208].

1.3. Santé des enfants nés prématurés

Prévalence des enfants nés prématurés

Chaque année en France, environ 10 000 enfants (1,3 %) naissent grands prématurés, c'est-à-dire avant 33 semaines d'aménorrhée (SA). Cette population fait l'objet d'une attention particulière en raison des conséquences sur la santé liées à la prématurité et des possibilités croissantes de prise en charge [209].

En Paca, en 2009, d'après les données disponibles dans les réseaux Naître et Devenir et Sécurité Naissance, 796 grands prématurés ont été recensés, soit un taux de 1,35 % sur une base annuelle de 58 828 naissances (Insee 2008).

Les enfants nés prématurément peuvent être recensés à partir des certificats de santé du 8ème jour. Sur cette base, dans les Bouches-du-Rhône, en 2005, on comptabilisait 4,7 % de prématurés (enfants nés avant 37 SA), 0,9 % de grands prématurés et 0,2 % de très grands prématurés (enfants nés à moins de 28 SA). Les taux de naissances prématurées n'ont pas beaucoup évolué entre 1998 et 2005 (de 5,2 % à 5,8 %) (Conseil général des Bouches-du-Rhône, direction de la PMI et de la Santé, certificats de santé du 8ème jour).

Etat de santé des enfants nés prématurés

Les informations manquent dans notre région sur cette population. L'étude Epipage était la première enquête de cohorte prospective en population menée dans neuf régions françaises²⁸ en 1997, et elle va être reconduite en 2011 [209]. Toutes les naissances et interruptions médicales de grossesses survenues à moins de 33 SA et 2 échantillons d'enfants nés respectivement à 33-34 SA et à 39-40 SA ont été inclus. À 5 ans, un bilan complet de l'état de santé et du développement a été organisé dans des centres créés pour les besoins de l'étude. Les résultats de cette étude ont montré que plus l'âge gestationnel était faible, plus les troubles du développement étaient importants. Au total, 40 % des grands prématurés présentaient à 5 ans un trouble moteur (paralysie cérébrale) ou un retard intellectuel ou une déficience sensorielle, contre 12 % des enfants nés à terme [209].

En Paca, parmi les 285 enfants nés avant 33 SA fin 2007 ou en 2008, et examinés à nouveau à l'âge de 12 mois dans le cadre du réseau Naître et Devenir, seuls 46 % étaient indemnes de toute pathologie. Les troubles les plus fréquemment rencontrés étaient des plagiocéphalies (22 % des enfants), des problèmes de comportement (10 %), des problèmes de vision (8 %), d'hypertonie périphérique (7 %), des problèmes pulmonaires (7 %) et des retards psychomoteurs (4 %). Ces résultats soulignent les problèmes posés par la prise en charge à la naissance de ces enfants, nés aux limites de la viabilité, mais plus encore les besoins de suivi et d'évaluation des interventions proposées au cours de la petite enfance.

²⁸ Alsace, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Haute-Normandie, Pays-de-la-Loire (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Vendée) et Paris-Petite-Couronne.

Petits poids de naissance chez les enfants nés prématurés

La prévalence des petits poids de naissance est un indicateur approché du risque périnatal reflétant la prématurité (ou le retard de croissance intra-utérine). En France métropolitaine, en 2003, l'enquête nationale Périnatale indiquait que 8 % de l'ensemble des enfants nés (vivants ou morts-nés) pesaient moins de 2 500 grammes (7,2 % des naissances vivantes en métropole en 2003) [1].

L'analyse des certificats de santé du 8ème jour des six départements de notre région, ainsi que les résultats de la deuxième enquête Eval Mater (enquête en cours réalisée auprès d'un échantillon représentatif d'enfants âgés de 3,5-4,5 ans scolarisés dans les écoles maternelles de la région en 2009-2010) devraient apporter des éléments. De plus, les réseaux de santé intervenant dans le champ de la périnatalité sont eux aussi à même de fournir des données sur l'anténatal, les naissances et l'état de santé des enfants « vulnérables » dont font partie les enfants nés très prématurément et les hypotrophes. Un groupe de travail réunissant les 3 réseaux qui couvrent la région (Perinat Sud, Sécurité Naissance et Naître et Devenir) a d'ailleurs été mis en place en 2010 pour proposer un recueil systématique d'informations et d'indicateurs de santé régionaux sur la santé des enfants prématurés.

1.4. Troubles de santé mentale

Chez les enfants, on distingue généralement les troubles dits envahissants (psychoses, autisme), les troubles dits extériorisés (troubles des conduites, oppositionnels, de l'attention avec hyperactivité) et ceux dits intériorisés (angoisse de séparation, anxiété généralisée, phobies, troubles dépressifs) [210]. Ces troubles peuvent être évalués à l'aide du « Dominique interactif », un instrument validé en français [210].

Prévalences des troubles de santé mentale chez les enfants

En Paca, en 2004-2005, une étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif d'enfants âgés de 6-11 ans scolarisés dans les écoles primaires de notre région a montré des prévalences de troubles intériorisés et de troubles extériorisés de respectivement 19,6 % et 12,6 % [211]. Les troubles extériorisés étaient un peu plus fréquents chez les garçons que chez les filles (14,5 % versus 10,4 %, différence non significative). A l'inverse, les filles présentaient significativement plus de troubles intériorisés que les garçons (23 % versus 16,3 %).

Recours aux soins

Dans cette enquête, plus de la moitié des enfants ayant un trouble de santé mentale nécessitant un soin spécialisé, ou au moins une évaluation, n'aurait pas été en contact avec un professionnel de santé mentale (psychiatre, pédopsychiatre, psychologue ou psychomotricien). Par contre, la majorité des enfants (82,6 %) avait été en contact avec un généraliste ou un pédiatre durant les 12 derniers mois. Cela souligne l'importance de la formation de ces professionnels de santé au dépistage des troubles mentaux chez les enfants et à la prise en charge des problèmes les moins sévères. De plus, cette étude montre qu'un cinquième des enfants qui n'avaient été vus que par des orthophonistes présentait des troubles de santé mentale nécessitant une évaluation spécialisée. Ceci pose la question de l'orientation adéquate de ces enfants vers le type de spécialiste qualifié dans leur prise en charge.

Facteurs socio-économiques associés aux troubles de santé mentale chez l'enfant

L'enquête montre l'existence de certains facteurs de risque socio-économiques liés à ces troubles. En Paca, en 2004-2005, ce sont les enfants dont le chef de famille était ouvrier qui rapportaient le plus souvent des troubles intériorisés ou extériorisés par rapport aux enfants dont le chef de famille était cadre supérieur (25,5 % versus 13 %). La présence des troubles de santé mentale semble également liée au niveau d'étude. Le pourcentage de troubles est plus fréquent chez les enfants dont les parents n'ont pas le diplôme du baccalauréat que chez ceux dont les parents ont au moins ce diplôme (29 % contre 18,8 %) [211].

Enfin, les besoins de soins en santé mentale des enfants sont plus élevés en Zone d'éducation prioritaire (ZEP) qu'en non-ZEP (30,6 % contre 20,9 %, $p=0,06$), et plus élevés chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadres. Les besoins de soins de pédopsychiatrie sont plus élevés chez les garçons et dans les familles monoparentales [210].

1.5. Traumatismes dans la petite enfance

Violences

Prévalence des violences chez les enfants

Dans son « Rapport mondial sur la violence et la santé » de 2002, l'OMS indiquait que les très jeunes enfants étaient les plus exposés au risque d'homicide. En France, 4 à 16 % des enfants subiraient des violences parentales et 10 à 20 % seraient témoins de violences entre leurs parents [212]. En France, chaque année, entre 300 et 500 enfants meurent à la suite de mauvais traitements. Près de 100 000 enfants étaient considérés comme étant en danger en France en 2006 [213]. Ce chiffre inclut les cas de maltraitance²⁹, 19 000 chaque année (chiffre stable), et les enfants en danger³⁰, environ 80 000 cas par an. La principale forme de maltraitance reste les violences physiques (33 % des cas), suivie des négligences lourdes (26 %), des violences sexuelles (23 %) et des violences psychologiques. Ces maltraitements concernent 3 fois sur 4 les enfants de moins de 7 ans, et s'exercent dans 85 % des cas dans le milieu familial [213].

En Paca, en 2004-2005, la prévalence des enfants de 6-11 ans victimes de violences a été estimée à environ 20 %. L'étude ne permet toutefois pas de distinguer la proportion de violences intrafamiliales [211].

Répercussion des violences

Le fait d'avoir vécu des violences familiales pendant l'enfance – même en n'étant pas la cible des violences – a des répercussions importantes sur la santé psychologique et physique et sur les relations sociales, et conduit fréquemment à des problèmes comportementaux pendant l'enfance et à l'âge adulte [214, 215]. L'exposition à la violence intrafamiliale pendant l'enfance est associée à des risques accrus de problèmes de santé mentale -- notamment stress post-traumatique et dépression majeure -- de suicide et de conduites violentes à l'âge adulte [216-218]. Les enfants victimes de violences familiales rencontreraient davantage de difficultés dans leur vie sociale et intime [219] et seraient plus à même de reproduire les violences dans leur propre famille à l'âge adulte [220].

²⁹ Un enfant maltraité est un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.

³⁰ Un enfant en risque est un enfant qui connaît des conditions d'existence risquant de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité.

Enfin, la violence subie pendant l'enfance pourrait également avoir des répercussions importantes sur l'état de santé physique à l'âge adulte. Par exemple, les enfants victimes de violence seraient plus nombreux à adopter des comportements à risque [221], et notamment à consommer des substances psychoactives [222]. Ils présenteraient également un risque supérieur d'obésité, dans les cas les plus sévères de violences physiques et psychologiques [223].

Accidents de la vie courante

La loi relative à la politique de santé publique de 2004 avait fixé comme objectif de réduire de 50 % la mortalité par accidents de la vie courante (AcVC) des enfants de 14 ans ou moins d'ici à 2008.

Mortalité

En Paca, sur la période 2005-2007, chez les enfants âgés de 14 ans ou moins, les AcVC ont été responsables de 21 décès en moyenne par an, soit un taux de mortalité pour cette tranche d'âge de 2,5 pour 100 000 personnes.

En Paca, sur la période antérieure 2000-2004, une surmortalité par AcVC chez les enfants de 14 ans ou moins était observée par rapport à la France. Pour cette tranche d'âge, la première cause de décès par AcVC était la noyade, suivie de la suffocation.

En Paca comme en France, de 2000 à 2007, le taux de mortalité par AcVC chez les enfants de 14 ans ou moins a diminué, chez les filles comme chez les garçons (diminution de 32 % en Paca et 23 % en France).

1.6. Troubles de l'apprentissage

Les troubles de l'apprentissage, souvent responsables d'échec scolaire, peuvent survenir dans un contexte de retard global ou être liés à des déficits plus spécifiques, limités à certains processus cognitifs. Ils peuvent aussi s'inscrire dans une problématique psychosociale. En France, l'ensemble des troubles de l'apprentissage toucherait 10 à 20 % des enfants. Les statistiques indiquent que 5 à 10 % des enfants et adolescents présentent des troubles du langage oral et écrit. Concernant les troubles spécifiques, la prévalence des troubles de la lecture du français varie en France de 6 à 14 % selon l'âge auquel on identifie le trouble [224].

Prévalence des troubles d'apprentissage chez les enfants

Les médecins de protection maternelle et infantile (PMI) jouent un rôle important auprès des jeunes enfants car ils permettent de dépister de nombreuses pathologies. En Paca, en 2003, les pourcentages des troubles dépistés par les médecins de PMI ont été documentés à l'aide d'un outil standardisé (Eval Mater) dans une étude auprès de 3 000 enfants. Cette enquête a montré [225] :

- pour les enfants âgés de 3 ans et 6 mois à moins de 4 ans :
 - une prévalence des troubles du langage de 38,1 % (31,2 % à revoir par les médecins de PMI et 6,9 % à orienter),
 - une prévalence des troubles psychomoteurs de 13,9 % (12,5 % à orienter et 1,4 % à revoir).
- pour les enfants âgés de 4 ans à 4 ans et 6 mois :
 - une prévalence des troubles du langage de 31,2 % (23,5 % à revoir et 7,7 % à orienter),
 - une prévalence des troubles psychomoteurs de 10,8 % (9,1 % à revoir et 1,7 % à orienter).

Suivi des enfants dépistés pour un trouble d'apprentissage

Un suivi de 180 enfants, scolarisés dans des écoles maternelles de Marseille et issus de l'échantillon représentatif de l'enquête réalisée dans les écoles maternelles de la région et examinés à l'aide d'Eval Mater, a montré que le taux d'enfants effectivement suivis (soit qu'ils aient été revus par le médecin de PMI à la suite de la première visite médicale dans l'école maternelle, soit que celui-ci ait été informé) est élevé (86 %). Parmi les enfants orientés, 40 % ont été pris en charge.

1.7. Saturnisme

L'intoxication par le plomb, ou saturnisme, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles, notamment des atteintes du système nerveux. Certains effets, notamment les retards psychomoteurs chez l'enfant, s'observent à des doses faibles sans seuil (< 100 µg/l). Le jeune enfant est particulièrement sensible à la toxicité du plomb et il est souvent plus exposé que l'adulte (ingestion de poussières par « activité main-bouche »). L'exposition générale de la population française a diminué depuis une vingtaine d'années à la suite de la suppression de l'usage du plomb dans l'essence. La principale source d'exposition qui subsiste est la peinture à la céruse dans les locaux anciens, les populations exposées étant surtout celles dont l'habitat est dégradé : c'est donc une pathologie très liée au contexte socio-économique.

En France, en 2008-2009, la prévalence du saturnisme infantile (enfants de 1 à 6 ans avec une plombémie de 100 µg/l ou plus) était estimée à 0,1 %, soit 4 400 cas. Ce chiffre correspond à une division par 20 du nombre de cas par rapport à 1995.

En Paca, en 2005 et 2006, le taux de plombémie moyen n'était pas différent de celui observé au niveau national [226]. La forte diminution de la prévalence du saturnisme infantile, observée en France, montre que les actions de prévention menées depuis 15 ans ont été efficaces, mais le saturnisme n'est toutefois pas éradiqué, en particulier chez les enfants logés dans un habitat dégradé et un environnement social défavorisé [226].

1.8. Surpoids et obésité



*CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS&PACA N°11*

Les problèmes de poids augmentent avec l'âge et s'observent très tôt dans l'enfance. L'obésité chez l'enfant peut avoir des retentissements multiples sur la santé : à court terme, des troubles cardio-vasculaires et métaboliques, et notamment une mauvaise estime de soi et une souffrance psychique ; à long terme, un risque accru d'obésité à l'âge adulte.

Prévalence des problèmes de poids chez l'enfant

En Paca, en 2002-2003, la prévalence du surpoids chez des enfants âgés de 3,5-4,5 ans, examinés par les médecins de PMI dans les écoles maternelles de la région, était de 8,2 % (hors obésité) et celle de l'obésité était de 2,1 % [3]. Une autre étude réalisée en 2004-2005 montre que 15,8 % des garçons et 18,8 % des filles de 6-11 ans de la région étaient en surcharge pondérale (surpoids ou obésité), et 2,9 % des garçons et 3,7 % des filles étaient obèses [227].

En 2005-2006, 12,6 % des enfants de 5-6 ans de la région Paca étaient en surcharge pondérale (surpoids ou obésité) (12,1 % en France entière) et 2,5 % étaient obèses (3,1 % en France – selon les données de l'Enquête du cycle triennal

auprès des élèves de grande section de maternelle, année scolaire 2005- 2006 – Drees – données provisoires).

Différences selon le statut socio-économique

La relation inverse entre le statut socio-économique et la prévalence de l'obésité existe dès l'enfance ; le lien est particulièrement fort lorsque le statut socio-économique des parents ou du chef de famille est mesuré par le niveau d'éducation [228, 229]. Dans la région Paca, ceci a également été constaté dans l'étude réalisée en 2002-2003 auprès d'enfants de 3,5-4,5 ans : la prévalence de l'obésité était significativement plus élevée chez les enfants dont la mère était inactive, chez ceux dont le père était ouvrier ou appartenant à la catégorie « agriculteur exploitant, artisan, commerçant, chef d'entreprise » ou à une profession intermédiaire par comparaison aux cadres et professions intellectuelles supérieures. Indépendamment du statut socio-économique des parents, la prévalence de l'obésité était d'autant plus élevée que les enfants résidaient dans une commune à niveau de précarité élevé [3]. Enfin, une autre étude en Paca, en 2004-2005, montrait que la prévalence du surpoids chez les 6-11 ans était significativement plus élevée dans les écoles situées en ZEP que les non ZEP [227].

Une étude effectuée dans le nord de la France chez des enfants de 5 ans scolarisés en maternelle a montré que la prévalence de l'obésité avait progressé de 1,8 à 4,9 % entre 1989 et 1999, et celle du surpoids de 9,6 à 16,9 % [230]. Chez les enfants issus des classes les plus favorisées, aucun changement dans l'indice de masse corporelle n'a été constaté sur cette période ; par contre, une augmentation de cet indice a été constatée chez l'ensemble des enfants des catégories les moins favorisées.

1.9. Vaccinations



*CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS&PACA N°26*

Le maintien d'un niveau élevé de couverture vaccinale (CV) est nécessaire afin d'assurer le contrôle efficace des maladies visées. La politique vaccinale française repose sur un calendrier vaccinal qui est en accord avec les orientations retenues par l'OMS-Europe dont l'un des objectifs est d'instituer une immunité par les primovaccinations chez le nourrisson.

Diptérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche et haemophilus influenzae B

Chez l'enfant, la mesure de la CV repose notamment sur l'analyse des certificats de santé du 24ème mois. En Paca, la mesure de la CV à 2 ans est possible dans les trois départements (Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône et Var) qui transmettent régulièrement ces certificats au niveau national. En 2007, les CV à 2 ans contre la diptérie et le tétanos (DT), la poliomyélite, la coqueluche et l'haemophilus influenzae B (HiB) étaient proches de l'objectif de 95 % de l'OMS pour lutter efficacement contre ces maladies. En effet, 92-95 % des enfants de 24 mois avaient reçu les 4 doses de vaccins (3 doses + 1 rappel) contre la DT, la poliomyélite et la coqueluche dans les Alpes-Maritimes, 92 % dans les Bouches-du-Rhône, et 89-90 % dans le Var. Pour le HiB, ces CV étaient de 88 % dans les Bouches-du-Rhône et 87 % dans le Var (résultat non interprétable pour les Alpes-Maritimes). Entre 2004 et 2007, ces CV ont progressé dans les Bouches-du-Rhône (+2 à 3 points) et n'ont pas varié (voire légèrement diminué) dans les Alpes-Maritimes [165].

L'analyse d'une étude, réalisée en Paca en 2002-2003 auprès d'un échantillon représentatif d'enfants âgés de 3,5-4,5 ans examinés par les médecins de PMI, a montré que certains enfants (pourcentage inférieur ou égal à 5 %) n'étaient pas vaccinés contre la diphtérie et le tétanos, la poliomyélite [231].

Rougeole-oreillons-rubéole, hépatite B

En revanche, la CV par le ROR (rougeole, oreillons, rubéole) et par le vaccin contre l'hépatite B doit être amélioré. En 2007, la CV par le ROR à une dose à 2 ans était inférieure à la moyenne nationale de 90 % dans les Bouches-du-Rhône (88,5 %) et le Var (87 %), et supérieure dans les Alpes-Maritimes (91,5 %). Pour le ROR, une couverture inférieure à 90 % à 2 ans et à 95 % à 6 ans est incompatible avec l'objectif, auquel la France a souscrit, d'éliminer la rougeole et la rubéole congénitale d'ici 2010. La CV contre l'hépatite B (3 doses) en 2007 était également plus faible dans les Bouches-du-Rhône (26,9 %) et le Var (27,3 %) qu'en France (41,9 %), et plus élevée dans les Alpes-Maritimes (43,2 %). Elle a progressé entre 2004 et 2007 dans les trois départements (+1 point dans les Bouches-du-Rhône ; +6 points dans les autres départements).

Le pourcentage d'enfants âgés de 3,5-4,5 ans examinés par les médecins de PMI, vaccinés contre l'hépatite B (3 doses), n'était que de 24,3 %, et ce taux était significativement différent selon la zone d'appartenance de l'école (couverture vaccinale plus élevée dans les ZEP). La couverture vaccinale par le ROR était estimée à 86,4 % avec, là encore, un taux significativement plus important dans les ZEP ($p=0,08$) [231].

Tuberculose et vaccination par le BCG

L'infection tuberculeuse latente chez un enfant de moins de 15 ans est une maladie à déclaration obligatoire depuis 2003. En Paca, depuis cette date, 440 cas ont été déclarés chez les moins de 15 ans, mais ce chiffre est certainement sous estimé en raison des problèmes de sous déclaration.

La CV par le BCG était plus faible qu'en France (78,2 %) quel que soit le département : 67,5 % dans les Alpes-Maritimes, 76,2 % dans les Bouches-du-Rhône et 71,9 % dans le Var. Comme en France, la CV a diminué entre 2004 et 2007 dans ces départements, la baisse ayant été plus importante dans les Bouches-du-Rhône (-14 % contre -8 % en France). Cette diminution est en partie liée à la disparition de la vaccination par multipuncture depuis janvier 2006, ne laissant sur le marché que le vaccin intradermique considéré comme plus difficile à utiliser chez le jeune enfant et induisant plus d'effets indésirables. Par ailleurs, depuis juillet 2007, la vaccination anti-tuberculeuse n'est plus obligatoire, sauf dans les groupes à risque. Début 2008 une enquête en médecine libérale a montré que seule la moitié des enfants résidant hors Ile-de-France, nés après la levée de l'obligation vaccinale et répondant aux critères de vaccination, avaient été vaccinés [14, 232]. La vigilance s'impose donc pour maintenir une vaccination par le BCG dans les populations les plus à risque.

Chez les enfants âgés de 3,5-4,5 ans, le taux de couverture vaccinale par le BCG le plus important était observé dans les ZEP (99,8 % versus 93,7 % en milieu rural, 96,3 % en milieu urbain et 94,7 % en milieu périurbain) [231].

1.10. Santé bucco-dentaire



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°25

La santé bucco-dentaire des enfants est une préoccupation de santé publique importante du fait de la fréquence élevée des affections bucco-dentaires et de leur retentissement sur la qualité de vie. La prévention joue un rôle primordial dans les affections bucco dentaires. En France, la mise en place en 1999 des examens bucco-dentaires de prévention à 15 et 18 ans pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, étendus par la suite aux enfants de 6, 9 et 12 ans, est une des mesures clé de l'amélioration de la prévention.

Recours aux examens bucco-dentaires

En Paca, aucune donnée permet actuellement de décrire la fréquence des affections bucco-dentaires chez les enfants (notamment l'indice carieux). En revanche, les données de l'Assurance maladie permettent d'évaluer le taux de recours aux examens bucco-dentaires. En Paca, en 2007, le recours à ces examens était plus important chez les enfants les plus jeunes (35 % des enfants de 6 ans contre seulement 21 % des jeunes de 18 ans – données du régime général de l'Assurance maladie).

Différences de recours aux examens bucco-dentaires selon le statut vis-à-vis de la CMUC

Les affections bucco-dentaires sont plus fréquentes chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadres, ainsi que chez les enfants scolarisés en ZEP par rapport à ceux scolarisés en milieu urbain hors ZEP. Ceci résulte des inégalités sociales de comportements à risque ou de prévention (alimentation, brossage des dents...) et de recours aux soins et à la prévention [15], comme en témoignent les données de remboursement de l'Assurance maladie en Paca : le recours aux examens bucco-dentaires de prévention est plus faible chez les enfants dont les parents sont couverts par la CMUC que chez les autres (de 15 à 20 % selon l'âge).

Différences géographiques de recours aux examens bucco-dentaires

Au sein de la région, des différences de recours aux examens bucco-dentaires sont observées selon les territoires de proximité : le taux de recours à 6 ans varie de 28,4 % dans le territoire de Marseille à 46,6 % dans celui de Gap. Ces disparités géographiques recoupent en partie les différences de statut socio-économique des populations entre les territoires.

2. Santé des jeunes

2.1. Données de cadrage démographique et socio-économique

Données démographiques

En Paca, en 2006, la population de la région comprenait près de 850 000 jeunes de 15 à 29 ans (soit 18 % de la population), dont 1 sur 5 était étudiant. Bien que cette part ait augmenté de près de 20 000 personnes en 7 ans (de 1999 à 2006), la région n'occupe encore que la 15^{ème} place en France pour la part des jeunes dans sa population [233]. Le taux d'activité des jeunes en région Paca est inférieur à la moyenne nationale, en particulier pour les jeunes femmes chez lesquelles il est inférieur de 2 points. Les conditions d'emploi des jeunes actifs sont plus difficiles que celles de leurs aînés, bien qu'ils soient plus diplômés.

Accès à l'emploi des jeunes

À 25 ans, la plupart des jeunes a terminé ses études. Le marché du travail des jeunes présente une dualité marquée : 52 % des jeunes de moins de 30 ans qui travaillent ont un Contrat à durée indéterminé (CDI) à temps complet tandis que 43 % ont un contrat à durée limitée (CDD ou intérim) ou à temps partiel. Les femmes, les moins de 25 ans et les moins diplômés sont les plus concernés par ces formes particulières d'emploi flexibles, plus fréquentes en Paca qu'au niveau national du fait d'une économie régionale fortement orientée vers les services. Accéder à un emploi stable s'inscrit dans un processus long : parmi les jeunes qui sortent d'un contrat à durée limitée ou à temps partiel au cours d'une période de six mois, un quart enchaîne sur un autre contrat de même type et un sur dix seulement accède à un CDI à temps complet. Ces difficultés se répercutent sur les revenus : 44 % des jeunes salariés perçoivent un bas salaire (inférieur à 826 € par mois sur l'année 2007) [234].

En Paca, en 2004, le Centre d'études et de recherche sur les qualifications (Cereq) a réalisé une étude auprès de 5 000 jeunes représentant les 59 000 jeunes sortis du système éducatif quel que soit leur niveau de formation [235]. Cette étude montre que 25 % d'une génération de jeunes sortis du système éducatif vont connaître de grandes difficultés d'insertion (décrochage de l'emploi --10 % des jeunes--, chômage persistant ou récurrent --8 %--, inactivité durable --3 %-- et formation ou reprise d'études de courte durée --4 %). Cela correspond, en Paca, à environ 15 000 jeunes qui, arrivant chaque année sur le marché du travail, vont être exposés à des risques de précarisation. Les autres accéderont sans encombre majeur à l'emploi. Les enfants d'agriculteurs (37 %) et d'ouvriers (30 %) encourent des risques professionnels plus élevés que la moyenne de connaître de grandes difficultés d'insertion, tandis que les enfants de cadres ou de professions intermédiaires sont moins exposés à ces difficultés (18 %).

Logement des jeunes

L'accès à l'emploi n'est pas une condition suffisante pour quitter le domicile parental : plus de 40 % des 18 à 24 ans qui travaillent et ont terminé leurs études, vivent encore chez leurs parents. Les difficultés d'accès au logement se renforcent tout particulièrement en région Paca, dans un contexte régional de pression démographique forte. L'accès au logement des jeunes est un problème aigu, notamment en raison de la pression foncière et du coût des logements.

Après recoupement de plusieurs sources statistiques, la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (Dreal) Paca estime à 100 000 le nombre de jeunes de 15-29 ans susceptibles d'être actuellement dans une situation problématique vis-à-vis du logement [236]. En effet, 70 000 jeunes (8 %) de 16 à 30 ans sont hébergés chez des tiers, dans une habitation mobile, dans des squats, ou sont sans logement, et 15 000 sont logés dans des logements « probablement » vétustes.

En Paca, entre 1999 et 2006, le nombre de logements autonomes occupés par les 16-29 ans a augmenté d'environ 2 000 alors que la population correspondante a augmenté de dix fois plus. Sur les 2 000 000 de résidences principales que comptait la région Paca en 2006, moins du quart sont des petits logements (de types T1 ou T2). Pourtant, deux tiers des ménages comptent seulement 1 ou 2 personnes ; cette part est de 80 % chez les ménages de moins de 30 ans [236].

Enfin, une analyse des loyers du parc privé des T1 et T2, sur les départements des Alpes-Maritimes, des Bouches-du-Rhône et du Var, montre que moins de 10 % des logements (T1-T2) sont accessibles pour moins de 400 € par mois et 35 % pour un loyer mensuel de 500 €. Compte tenu des revenus de la majorité des jeunes, les loyers du parc privé des petits logements, bien que variables suivant les villes et les quartiers, sont dans l'ensemble bien trop élevés.

Illettrisme, maîtrise des savoirs de base et de la langue française

Face aux exigences toujours accrues en termes de compétitivité sur le marché du travail, des difficultés à l'écrit³¹ constituent un facteur de fragilisation.

Selon l'enquête Information et Vie quotidienne (IVQ) réalisée par l'Insee en 2004 en France métropolitaine, 5 % des jeunes de 18-25 ans de Paca sont en difficulté importante face à l'écrit, 11 % des 26-49 ans et 18 % des 50-65 ans [237].

En 2007, d'après les données régionales de l'étude réalisée dans le cadre de la journée d'appel et de préparation à la défense auprès des jeunes (garçons et filles) de 17 ans, 10,9 % ont été repérés en difficulté face à l'écrit en Paca (12 % en France) dont presque la moitié (5,2 %) en grande difficulté : jeunes ne disposant pas de mécanismes efficaces de traitement des mots écrits et ayant une compréhension très déficiente et une lecture laborieuse. En Paca comme en France, les garçons sont plus nombreux à avoir des difficultés que les filles : parmi les jeunes de 17 ans en grande difficulté, 68 % sont des garçons et 21 % sont sortis du système scolaire [237].

2.2. Comportements de santé

Usages d'alcool, de tabac et de substances illicites

Usage d'alcool



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°19

En Paca, en 2008, 8 % des jeunes de 17 ans de la région ont déclaré un usage d'alcool régulier (≥ 10 fois par mois) contre 9 % en France, une consommation en diminution par rapport à 2003 (12 %) [238]. Mais dans le même temps, les ivresses répétées (≥ 3 fois dans l'année), qui constituent un déterminant de

³¹ Sont considérées en situation préoccupante face à l'écrit, les personnes qui ne parviennent pas à lire ou comprendre correctement un texte portant sur des situations de la vie quotidienne ou à écrire pour transmettre des informations simples.

problèmes comportementaux et sociaux sévères, apparaissent en hausse passant chez les garçons de 23 % en 2003 à 29 % en 2008, et chez les filles de 10 % en 2003 à 18 % en 2008. En Paca, en 2005, la part de la population ayant une consommation d'alcool considérée à risque (mesuré à l'aide de l'Audit-C)³² était plus élevée chez les 18-25 ans qu'en population générale, mais essentiellement pour le risque ponctuel : presque 1 jeune sur 2 (46 %) avait déclaré une consommation d'alcool à risque (risque ponctuel 35 %, risque chronique 9 %, risque de dépendance 2 %).

Enfin, en Paca, des données d'enquête sont disponibles à partir du baromètre sur les conditions de vie et la santé des étudiants en 1ère année d'université âgés de 18-24 ans, réalisé en 2005-2006 dans la région. En Paca, en 2005, un usage d'alcool régulier était déclaré par 11 % des garçons et 5 % des filles. S'agissant des ivresses, 31 % des étudiants et 17 % des étudiantes en déclaraient au moins une dans le mois précédant l'enquête [239].

Usage de tabac



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°18

À l'adolescence, les habitudes de consommation de tabac des garçons et des filles de 17 ans sont peu différenciées. En Paca, entre 2005 et 2008, l'usage quotidien de tabac a diminué de 34 % à 30 % chez les garçons et de 35 % à 28 % chez les filles. La proportion de filles de la région Paca fumant quotidiennement a rejoint celle observée au niveau national en 2008, alors qu'auparavant elles fumaient davantage (35 % en Paca et 32 % en France en 2005) [238].

En Paca, parmi les étudiants de 18-24 ans de première année de la région, 24 % des garçons et 25 % des filles fument quotidiennement [239].

Usage de substances illicites



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°20

Usage de cannabis : en Paca, en 2008, chez les jeunes garçons de 17 ans, l'usage de cannabis est significativement supérieur à la France (15 % versus 11 %). Cet écart entre la région Paca et la France avait déjà été observé en 2003, mais d'autres spécificités de la région Paca le sont aussi : par exemple, les jeunes interrogés en Paca en 2003 avaient plus souvent des parents séparés ou divorcés, tandis qu'ils étaient moins nombreux à avoir « décohabité » (en habitant ailleurs qu'au domicile des parents ou de l'un d'eux), sachant que la séparation des parents et la décohabitation sont des facteurs connus pour être positivement associés à l'usage de cannabis (notamment dans la mesure où l'une et l'autre soustraient les adolescents au contrôle parental).

Cette « surconsommation » régionale s'estompait, lorsque les effets de l'âge, du sexe, du fait d'avoir des parents séparés ou divorcés, ou de ne plus habiter avec eux, étaient pris en compte (analyses toutes choses égales par ailleurs). Tous ces effets étaient significatifs, tandis que l'effet régional déclinait. Enfin, si d'autres caractéristiques sociodémographiques (le fait d'avoir un travail, la profession des parents, le nombre de redoublements, le taux de chômage régional) étaient prises en compte, l'effet estimé pour la région Paca devenait négligeable [240].

³² L'Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test) est un outil international qui repère les individus buveurs excessifs d'alcool à l'aide d'un score obtenu en sommant les réponses à 10 questions. L'Audit-C se résume aux trois premières questions. Il s'agit de recueillir la fréquence des jours de consommation au cours des 12 derniers mois, le nombre de verres bus en un jour typique de consommation et la fréquence de consommation d'au moins 6 verres en une seule occasion. Plutôt que la définition d'un seuil binaire repérant les buveurs excessifs, a été retenu un algorithme défini par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) qui repère six types de consommateurs [141].

En Paca, en 2005, l'usage de cannabis au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours était déclaré par 10 % des garçons et 4 % des filles de 18-24 ans. L'inscription dans une filière littéraire était associée à l'usage du cannabis chez les filles et chez les garçons. Ne pas vivre dans sa famille durant la semaine était associé à l'usage du cannabis, uniquement chez les garçons ; recevoir une aide financière de la famille était associé à l'usage du cannabis, uniquement chez les filles [241].

Usages d'autres produits illicites : en Paca, en 2008, les niveaux déclarés par les adolescents concernant d'autres produits illicites (poppers, ecstasy, cocaïne à l'exception toutefois de l'héroïne)³³ se révèlent significativement plus élevés qu'en France : en Paca, 16 % des jeunes de 17 ans ont déclaré avoir consommé au moins une fois dans leur vie du poppers (contre 13,7 % en France), 5 % ont déjà consommé de la cocaïne (contre 3,2 % en France) [238].

Alimentation, activité physique



CONSULTEZ LES DOCUMENTS INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS&PACA N°21 et 22

Population générale

Le dernier Baromètre santé nutrition, et son extension régionale en Paca en 2008, montrent que les jeunes adultes de 18-34 ans ont une alimentation moins équilibrée que leurs aînés : consommation fréquente de snacks (43 % en ont consommé la veille de l'enquête contre 12 % des 55-75 ans), charcuterie, plats tout prêts, boissons sucrées type sirop, soda (20 % en ont consommé au moins deux fois la veille contre moins de 2 % des 55-75 ans). Leurs repas sont par ailleurs moins fréquents (notamment le petit-déjeuner : 89 % des 18-34 ans en ont pris un la veille contre la quasi-totalité des 55-75 ans) et plus simples (19 % des 18-34 ans n'ont pris qu'un plat lors du déjeuner de la veille contre 9 % des 55-75 ans par exemple). La fréquentation des lieux de restauration rapide est également une caractéristique chez les jeunes : 64 % des 18-34 ans y sont allés au moins une fois au cours des quinze jours ayant précédé l'enquête (6 % des 55-75 ans) [148, 242].

Sur le plan de l'activité physique, les jeunes sont plus nombreux que leurs aînés à pratiquer une activité physique intense, dans le cadre des loisirs comme du travail, mais ils sont aussi plus nombreux à passer plus de 4 h par jour en position assise ou allongée. Les hommes apparaissent plus actifs que les femmes, et cette différence est constatée dès l'adolescence. Les jeunes hommes paraissent particulièrement exposés aux activités de forte intensité dans le cadre de leur travail, lesquelles peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé (troubles musculo-squelettiques par exemple) [76].

Population étudiante

Chez les étudiants de 1ère année d'université, en Paca, en 2005-2006, les comportements alimentaires étaient sexuellement différenciés : 58 % des garçons et 47 % des filles ont déclaré consommer de la viande ou du poisson au moins une fois par jour. Seuls 12 % des garçons et 17 % des filles ont déclaré consommer au moins 5 fruits ou légumes par jour. Les filles consommaient moins de sel et elles étaient plus vigilantes vis-à-vis de la consommation d'aliments riches en graisse et en cholestérol que les garçons. Seulement 16 % des étudiants et 28 % des étudiantes

³³ Les poppers se présentent le plus souvent sous la forme d'un liquide très volatil, à inhaler, contenu dans des fioles de 10 à 15 ml. Ils provoquent dans les 30 secondes après inhalation une euphorie, une dilatation intense des vaisseaux et une accélération du rythme cardiaque. Ils sont utilisés pour améliorer les performances sexuelles masculines, en différant l'éjaculation et en augmentant la durée de l'orgasme. Leurs effets ne durent pas plus de deux minutes.

ont déclaré être attentifs à consommer des aliments riches en fibres [239]. Les résultats ont aussi montré que seuls 38,7 % des étudiants et 28,7 % des étudiantes de première année d'université fréquentent le restaurant universitaire régulièrement le midi en semaine. Chez les étudiantes, cette fréquentation était paradoxalement moins importante chez celles ayant le niveau socio-économique le plus faible. Manger régulièrement au restaurant universitaire était positivement associé à certaines habitudes alimentaires favorables à la santé : manger au moins 5 fruits ou légumes par jour et être attentifs à consommer des aliments riches en fibres chez les garçons ; manger de la viande ou du poisson au moins une fois par jour chez les filles et les garçons.

Sexualité des jeunes

Contraception d'urgence

Si le recours à la contraception est en augmentation chez les adolescentes [243], celles-ci l'utilisent encore moins souvent que les femmes plus âgées et plus fréquemment de manière épisodique ou discontinue [244]. D'autre part, les échecs de contraception sont plus fréquents chez les jeunes, car elles sont moins expérimentées [245, 246]. Il semble que, chez les adolescentes le manque de connaissance, d'expérience vis-à-vis de la contraception et les difficultés d'accès à la contraception (visite d'un médecin, informations sur les lieux de délivrance des contraceptifs...) puissent expliquer en partie son mauvais usage, son usage irrégulier ou son absence d'utilisation [244].

Par ailleurs, les jeunes constituent une population ayant davantage de rapports irréguliers et/ou de partenaires occasionnels, mettant en évidence des prises de risque plus importantes concernant les infections sexuellement transmissibles mais également les risques de grossesse. Plusieurs travaux ont souligné les liens complexes entre pratiques préventives à l'égard du VIH et des infections sexuellement transmissibles et pratiques contraceptives. L'accent mis sur la prévention du sida et l'usage du préservatif a pu faire ressortir la contraception comme un élément secondaire au regard de la protection au VIH par exemple, et ne pas inciter les femmes à des pratiques contraceptives plus systématiques ou plus sûres que le seul préservatif [243, 247]. D'autre part, on peut craindre que l'usage du préservatif tende à devenir occasionnel chez les jeunes lorsque le risque d'infection à VIH est écarté [248]. Enfin, au-delà du déficit d'information qui est souvent cité comme une cause des grossesses non désirées, beaucoup de jeunes filles peuvent vivre une sexualité cachée vis-à-vis de leur environnement familial (par pudeur ou par crainte de la réaction des parents liée à une sexualité trop précoce ou interdite...) pouvant constituer un obstacle à une démarche informative et effective vis-à-vis de la contraception (difficultés d'accès à l'information, aux professionnels de santé, ressources insuffisantes pour se procurer les contraceptifs ...).

En Paca, en 2005, le délai maximal pour la prise de la pilule du lendemain n'était connu que par une minorité des étudiantes de 18-24 ans de première année de notre région (21,8 %) tandis que son accès libre en pharmacie était connu de la majorité (90 %). Trois étudiantes sur dix âgées de 18 à 24 ans ont déjà eu recours à la contraception d'urgence.

Usage du préservatif

Chez les étudiants de 18-24 ans de première année ayant eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois, 19 % des garçons et 31 % des filles ont déclaré ne pas avoir toujours utilisé un préservatif [239]. Ce comportement, plus souvent féminin, a été souligné dans l'enquête nationale « Contexte de la Sexualité en France » réalisée en 2005-2006.

Interruption volontaire de grossesse

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est particulièrement fréquente chez les adolescentes. La fréquence des grossesses chez les adolescents a diminué de 1980 à 1990 en France mais s'est stabilisée depuis. Parallèlement, la fréquence des IVG semble avoir augmenté.

Si la majorité des IVG concerne les femmes de 20-34 ans, le taux d'IVG chez les mineures en Paca (12,6 ‰) est l'un des plus élevés des régions françaises en 2001. Les taux variaient selon les régions de 7 ‰ (Rhône) à 14,1 ‰ (Corse) [249]. D'après Vilain et al., les écarts mesurés d'une région à l'autre ne sont pas liés à des différences de structure par âge mais plus vraisemblablement à des différences comportementales (sexualité, contraception, désir d'enfant...) et socio-économiques (structures familiales, revenus...) [250]. Mais aucune étude, à l'heure actuelle, n'a été réalisée afin d'expliquer ces fortes disparités géographiques.

Parmi les étudiantes de 18-24 ans de notre région, 3 % ont déjà eu recours à une IVG au cours de leur vie. Ce résultat est identique à celui observé dans notre région à partir de l'analyse des données recueillies dans les établissements hospitaliers de la région en 2005 chez des filles âgées de 18 à 24 ans (3 %). Si l'on ne considère que les étudiantes sexuellement actives et âgées de 20-24 ans, pour permettre une comparaison avec le Baromètre santé national de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, la proportion de celles déclarant avoir eu recours à l'IVG au cours de leur vie atteint 8 % (9 % dans le Baromètre santé 2005 chez les 20-25 ans) [239].

Facteur de risque d'un recours tardif à l'IVG

L'âge et le niveau d'éducation des femmes sont des variables déterminantes d'un recours tardif à l'IVG : les femmes ayant un faible niveau d'éducation ont un risque plus important de se présenter tardivement pour une IVG, ainsi que les adolescentes de moins de 20 ans, sans doute du fait d'un moindre accès à l'information sur les lieux de recours à l'IVG. Chez les femmes jeunes (de moins de 25 ans), le choix de recourir à l'IVG est fortement corrélé au désir de poursuivre des études.

Vaccination contre le cancer du col de l'utérus

En Paca, fin 2008, un quart des filles de 14 ans a reçu au moins une dose de vaccin contre le cancer du col de l'utérus ; la proportion de filles vaccinées est inférieure chez les bénéficiaires de la CMUC de 17 % par rapport aux non bénéficiaires de la CMUC.

2.3. Mortalité

En Paca, sur 2003-2005, 388 jeunes de 15-24 ans sont décédés en moyenne chaque année. Ces décès représentent 0,66 % de l'ensemble des décès de la région et sont particulièrement marqués par la prédominance des morts violentes telles que les accidents de la route (112 décès en moyenne chaque année) et les suicides (48 décès en moyenne chaque année). Dans la région, la mortalité par traumatismes chez les jeunes de 15-24 ans est significativement plus élevée qu'en France métropolitaine (+9 % sur 2003-2005). On observe une baisse du taux de mortalité chez les 15-24 ans depuis 20 ans en Paca et en France, plus marquée chez les garçons que chez les filles.

Accidents de la circulation



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°24

Les accidents de la route constituent la première cause de mortalité chez les jeunes de 15-24 ans. En Paca, comme en France et dans les autres pays européens, le rapport des taux de mortalité par accident de la route entre les jeunes de 15-24 ans et le reste de la population est de l'ordre de 2 et n'a quasiment pas changé depuis plusieurs années.

En Paca, en 2008, le taux de mortalité à 30 jours chez les 15-24 ans atteignait 173 décès par million d'habitants (142 en France). Il existe donc un sur-risque de décéder par accident de la route chez les jeunes de la région par rapport aux autres jeunes Français. Ce sur-risque est également observé en population générale.

La différence observée entre la région Paca et la France chez les jeunes est liée aux accidents de motocyclettes : le deux roues est avant tout un mode de déplacement des jeunes et le nombre de motocyclettes est plus élevé en Paca qu'en France (6,5 motocyclettes pour 100 voitures de tourisme en Paca contre 4 en France).

Suicides

En Paca et en France, le suicide représente la 2ème cause de décès chez les 15-24 ans. En Paca, sur la période 2005-2007, 18 % des décès des 15-24 ans étaient dus à un suicide. Après une nette diminution des taux de suicide des moins de 25 ans dans les années 90, on observe en France une quasi-stagnation des taux de suicide au sein de cette classe d'âge depuis 2000. Les facteurs de risque de suicide chez les jeunes incluent l'existence d'un trouble psychiatrique, une histoire familiale de suicide ou de troubles psychiatriques, certains événements de vie négatifs ou encore l'accès à des armes à feu [251].

La prévention auprès des jeunes, la formation des professionnels médicaux, sociaux et éducatifs au repérage des jeunes à risque et l'amélioration de la prise en charge aux urgences doivent être poursuivis pour limiter le nombre de passages à l'acte et les récidives.

2.4. Morbidité

Obésité et surpoids chez les jeunes



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°11

A partir des données de poids et de taille déclarées par les individus eux-mêmes lors du Baromètre santé nutrition, 28 % des hommes et 18 % des femmes de 18-34 ans de la région Paca seraient en surpoids ou obèses, sans différence significative avec le reste de la France. Ces estimations, reposant sur des données déclaratives, sont cependant très probablement sous-estimées. Par ailleurs, la maigreur concernerait 9 % des femmes de 18-25 ans de la région [252].

En Paca, en 2005-2006, parmi les étudiants de première année d'université de la région, 12 % des garçons et 6 % des filles étaient en surpoids, et 2 % des garçons et 3 % des filles étaient obèses (pourcentages calculés à partir du poids et de la taille déclarés par les étudiants). La fréquence élevée de la maigreur chez les étudiantes de notre région (16 %), par rapport aux étudiants (6 %), souligne l'importance des troubles de l'alimentation chez les filles [239].

Asthme



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°13

Prévalence de l'asthme

En France, la prévalence de l'asthme a augmenté au cours des dernières décennies, toutes classes d'âge confondues. Par contre, les hospitalisations et la mortalité liées à l'asthme diminuent depuis 1998 chez les adolescents, reflétant une amélioration de la prise en charge [63].

En France, les données de l'enquête décennale santé 2003 chez les 11-14 ans et les données des enquêtes du cycle triennal en milieu scolaire, effectuées en classe de troisième (en 2003-2004) et en CM2 (en 2004-2005), montrent des prévalences des sifflements au cours des douze derniers mois variant de 8 à 10 % [253-255]. En France métropolitaine, en 2003-2004, 15,4 % des adolescents des classes de 3ème ont déclaré avoir eu au moins un épisode asthmatique³⁴ au cours de leur vie, et 9,3 % souffraient d'un asthme actuel³⁵. Parmi les jeunes ayant déclaré un asthme actuel, plus de 9 sur 10 suivaient un traitement anti-asthmatique [253, 254].

En Paca, la prévalence de l'asthme cumulé³⁶ chez les 11-14 ans était de 10,1 % (12,7 % en France) [255].

Différences selon le genre et la catégorie socioprofessionnelle

La prévalence des épisodes asthmatiques au cours de leur vie était plus élevée chez les garçons de 3ème que chez les filles (17,3 % contre 13,4 %).

La prévalence de l'asthme actuel variait de 11,2 % chez les enfants dont le père était ouvrier non qualifié à 5,4 % lorsque le père était agriculteur. Cette différence reflète probablement en partie des chiffres de milieu de vie, puisque 6,7 % des adolescents scolarisés en milieu rural déclarent avoir un asthme actuel contre 11,3 % des enfants vivant dans des villes moyennes (20 000 à 200 000 habitants) et 7,6 % des élèves de l'agglomération parisienne [253].

Problèmes de santé mentale chez les jeunes



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°17

Détresse psychologique

Selon l'enquête décennale santé 2002-2003, 22,7 % des jeunes de 15-24 ans de la région Paca expriment des signes de détresse psychologique. Ce pourcentage est plus élevé chez les filles (32,0 %) que chez les garçons (12,2 %). Chez les filles uniquement, il est plus élevé en région Paca qu'au niveau national (22,9 % en France) [256]. Chez les étudiants de 18-24 ans, en Paca, en 2005-2006, sa fréquence était estimée à 16 % et 33 % respectivement chez les garçons et les filles [239].

Suicidalité

En Paca, en 2005-2006 près d'un étudiant en première année sur dix avait un risque accru de crise suicidaire (8 % déclarent avoir fait un projet de suicide au

³⁴ Si l'adolescent a répondu « oui » à au moins une des deux questions suivantes : « As-tu déjà eu une crise d'asthme », « Au cours des 12 derniers mois, as-tu pris des médicaments contre les crises de sifflement ou d'asthme ».

³⁵ L'adolescent est considéré comme ayant un asthme « actuel » s'il a déclaré, lors de son entretien avec le médecin, avoir déjà eu, au cours de sa vie, une crise d'asthme et au cours des douze derniers mois des sifflements dans la poitrine ou un traitement contre l'asthme.

³⁶ L'asthme cumulé a été défini par une réponse affirmative à la question « Avez-vous déjà eu des crises d'asthme » ?

cours de leur vie et 3 % une tentative de suicide). Les antécédents de tentative de suicide sont moins fréquemment déclarés par les garçons (1 %) que par les filles (5 %), comme cela est observé dans les enquêtes auprès des adolescents et des jeunes adultes.

Troubles de santé mentale

La prévalence sur 12 mois des troubles psychiatriques³⁷ étudiés dans cette population estudiantine était de 25,7 %. Les troubles anxieux étaient les plus fréquents (15,7 % ; sexe-ratio filles/garçons : 2,3). La prévalence sur 12 mois de la dépression caractérisée était de 8,9 % (sexe-ratio : 1,4) et celle des troubles liés à la consommation d'une substance était de 8,1 % (sexe-ratio : 0,4). Une comorbidité psychiatrique (présence de 2 troubles ou plus) était présente chez 10 % des étudiants.

D'après les données d'une enquête européenne, seuls 32,4 % des jeunes ayant un problème de santé mentale ont recours aux soins [257]. Des résultats similaires ont été obtenus dans le Baromètre sur la santé des étudiants réalisé en Paca où seuls 30,5 % des étudiants présentant un trouble psychiatrique ont consulté un médecin généraliste ou un médecin spécialiste de santé mentale [258]. Ce taux de recours était peu modifié par la sévérité du trouble, le type de trouble et la présence d'une comorbidité psychiatrique.

3. Personnes âgées

3.1. Données de cadrage démographique et socio-économique

La population de la région Paca est plus âgée que la moyenne nationale. En Paca, en 2008, 1 230 200 personnes, dont 57 % de femmes, étaient âgées 60 ans et plus (soit 25,1 % de la population régionale, contre 21,7 % en France). De même, 485 700 personnes, dont 62,7 % de femmes, avaient 75 ans et plus (9,9 % de la population en Paca contre 8,5 % en France, Insee, 2008). Des différences existent entre les départements. Le département des Alpes-Maritimes est le département le plus âgé de la région, avec, en 2006, 123 personnes âgées de 60 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans (104 en Paca). À l'inverse, les Bouches-du-Rhône et le Vaucluse (100 jeunes de moins de 20 ans pour 92 personnes âgées de 60 ans ou plus) sont des départements plus « jeunes ».

Projections démographiques

À l'instar de la population française dans son ensemble, la population de la région va vieillir au cours des prochaines années, mais moins vite que beaucoup d'autres régions françaises. La région Paca ne devrait donc plus figurer parmi les régions les plus âgées en 2030. Selon l'Insee, en 2030, la région Paca devrait compter entre 1 670 000 et 1 750 000 personnes âgées de 60 ans et plus, soit deux tiers de plus qu'en 2000. Le vieillissement de la population est associé à des enjeux médicaux (impact de la progression de l'obésité, du diabète et des maladies neuro-dégénératives, recul de l'âge d'entrée et du temps passé en dépendance), mais aussi socio-économiques (augmentation des demandes de

³⁷ Les troubles psychiatriques ont été évalués à l'aide d'un outil basé sur les critères diagnostiques du *Diagnostic and Statistical Manual-IV (DSM-IV)* et a été largement utilisé dans des enquêtes de population au Canada et en Europe.

soins et d'aide, et baisse de l'offre d'aide et de soin, due à l'augmentation de l'activité féminine, de la distance parents-enfants, de la séparation des couples et des contraintes budgétaires). Des estimations réalisées par l'Insee, uniquement dans le département des Alpes-Maritimes, indiquent qu'à l'horizon 2020, environ 13 000 personnes de 85 ans ou plus seront potentiellement dépendantes dans ce département, engendrant un besoin de 1 200 emplois supplémentaires à domicile et 2 800 en institution [259].

Personnes âgées et pauvreté

Les personnes âgées constituent une population fragile, caractérisée par une précarité croissante. Selon l'observatoire des inégalités, la pauvreté augmente nettement depuis 2005 chez les plus âgés. En France, en 2005, le revenu médian par personne, pour les ménages ayant pour référent fiscal une personne âgée de 75 ans ou plus, est de 12 600 euros ; il est nettement plus faible (-33 %) que pour l'ensemble des ménages (16 300 euros) (Insee, enquête revenus fiscaux, exploitation Fiors). En France, en 2007, 13,4 % des femmes et 8,9 % des hommes âgés de plus de 75 ans vivent en dessous du seuil de pauvreté [260].

En Paca, en 2006, 7,5 % des personnes âgées de 65 ans et plus (contre 5 % en France métropolitaine) étaient bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse. Les faibles revenus constituent un frein important à l'accès aux soins, mais aussi aux structures d'hébergement pour personnes âgées (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées – Ehpa – et personnes âgées dépendantes -Ehpad). En plus de la précarité, les personnes âgées sont caractérisées par un isolement ; en Paca, en 2006, une personne âgée de 65 à 79 ans sur 4 vivait seule, proportion supérieure à celle de la France (22,9 %).

3.2. Morbi-mortalité

En Paca, en 2007, les personnes âgées de 60 ans et plus à domicile déclaraient en moyenne 5 maladies, et celles résidant en établissement (résidents) en déclaraient en moyenne 7. Les pathologies les plus fréquemment déclarées étaient les pathologies cardio-vasculaires (3/4 des résidents, 1/3 des personnes vivant à domicile), les pathologies ostéo-articulaires (50 % des résidents et 60 % des personnes vivant à domicile), les démences (entre 33 % et 50 % des résidents), les états dépressifs (1/3 des résidents, 10 % des personnes âgées à domicile) et les pathologies broncho-pulmonaires (20 % des résidents) [261] (Enquête Handicap Santé volet Ménages - HSM 2008 - exploitation ORS Paca).

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

La maladie d'Alzheimer est définie par l'association d'un syndrome démentiel (détérioration progressive des fonctions cognitives avec un retentissement significatif sur les activités sociales et professionnelles du malade) et l'existence de lésions cérébrales spécifiques. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées³⁸ constituent la cause principale de démence [262].

Diagnostic de la maladie d'Alzheimer et dépistage

La maladie d'Alzheimer et les autres démences restent souvent non détectées, notamment après 80 ans. Ce sous-diagnostic concerne environ un malade sur

³⁸ Il s'agit d'autres formes de démences, par exemple les démences vasculaires, à corps de Lewy, fronto-temporales ou encore celles associées à la maladie de Parkinson.

deux et est particulièrement fréquent au stade précoce de la démence, où seul un malade sur 3 seulement est diagnostiqué. Ceci est lié, à la fois à un défaut de recours aux soins par les malades et leurs familles, et à un défaut de mise en place de procédures diagnostiques par le médecin en cas de plainte cognitive [263]. Une des principales causes de retard au diagnostic réside dans la confusion entre démence débutante et vieillissement [264]. Les conséquences de ce sous-diagnostic sont nombreuses : perte de chance pour les malades en raison du retard ou du défaut de traitement, risques dans la vie quotidienne induits par l'ignorance de la maladie (erreurs dans la prise de médicaments, accidents iatrogènes, difficultés dans la conduite automobile, risque d'accidents domestiques), et difficultés importantes pour les familles, livrées à elles-mêmes, dans le doute et la détresse, sans prévention des situations de crise et sans anticipation des phénomènes de dépendance. Pour améliorer le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, il importe de développer le dépistage précoce de la maladie [265], d'informer la population pour rappeler l'existence de traitements à tous les stades de la maladie, et permettre de mieux repérer les premiers signes d'alerte de la maladie.

Prévalence, incidence, projections

En France, en 2005, environ 855 000 personnes étaient touchées par cette pathologie, et l'on estime à plus de 225 000 le nombre de nouveaux cas chaque année. Si l'on inclut l'entourage familial, ce sont ainsi près de 3 millions de personnes qui sont directement concernées par la maladie d'Alzheimer [262]. En France, en 2005, la maladie d'Alzheimer arrivait au 14ème rang des pathologies responsables de l'admission en ALD [266]. Du fait du vieillissement de la population et de l'amélioration du diagnostic, l'Insee estime que 1,3 million de personnes seront atteintes par la maladie d'Alzheimer en 2020 et 2,1 millions en 2040 [262]. En Paca, en 2005, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans souffrant de démence était estimé à plus de 72 000, dont près de 60 000 de la maladie d'Alzheimer³⁹ (données issues de la cohorte PAQUID) [267, 268].

La majorité des cas de démences se rencontre après 65 ans et même après 75 ou 80 ans [267]. Les femmes sont plus touchées que les hommes : en France, en 1998, 20,5 % des femmes de plus de 75 ans étaient touchées par cette pathologie, contre 13,2 % des hommes de la même classe d'âge [268]. Être célibataire, ne s'être jamais marié et être peu entouré, sont associés à un accroissement du risque de maladie d'Alzheimer [269]. Un faible niveau d'éducation est associé à une survenue plus précoce de la maladie [270].

Espérance de vie, dépendance et entrée en institution

La durée moyenne de survie des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer est estimée à 5 ans, à partir du diagnostic [271]. Mais, au préalable, la démence entraîne des conséquences en termes de dépendance. Dans l'enquête PAQUID, en 1998, parmi les personnes de 75 ans et plus atteintes de démence, 57 % présentaient au moins une dépendance dans une des activités de base de la vie quotidienne (contre 14 % de l'ensemble de l'échantillon des plus de 75 ans) et 14 % une dépendance pour au moins 3 activités parmi la toilette, l'habillement, la locomotion et l'alimentation (contre 2,8 % de l'ensemble de l'échantillon des plus de 75 ans) [268]. La démence constitue également la principale cause d'entrée en institution. Dans cette étude, près de 40 % des personnes atteintes de démence vivent en institution [268].

³⁹ Données issues d'une batterie de tests neuropsychologiques.

Offre de soin

Des disparités territoriales existent dans l'offre de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, qu'il s'agisse des lieux de diagnostic (consultations mémoires), des lieux d'information et de coordination, des structures de soins, d'accompagnement et de répit pour personnes âgées (Ehpa) et dépendantes (Ehpad).

En Paca, par exemple, en 2004, le Var et les Bouches-du-Rhône faisaient partie des départements les moins équipés en Centre local d'information et de coordination (Clic) de niveau 3⁴⁰. Ces deux départements présentaient en effet un taux d'équipement de 0,01 Clic pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, contre 0,06 en moyenne pour l'ensemble de la France. Cette situation se traduit par des délais d'attente importants [272].

Chutes



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRSpACA N°23

Prévalence des chutes

Chez les personnes de 65 ans et plus, les chutes constituent une partie importante (plus de 80 %) des AcVC. L'objectif de la loi relative à la politique de santé publique de 2004 est de réduire de 25 % le nombre annuel de chutes des personnes de 65 ans et plus. L'étiologie des chutes est souvent multifactorielle. On distingue deux grands types de déterminants dans la survenue des chutes : les facteurs intrinsèques liés à la personne et les facteurs extrinsèques liés à l'environnement.

En France, en 2004, on estimait à 450 000 le nombre de chutes chez les 65 ans et plus avec recours aux urgences hospitalières, soit une incidence annuelle de 4,5 % [1].

En France métropolitaine, en 2005, lors du dernier Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 24 % des personnes de 65 à 75 ans déclaraient être tombées au cours des 12 derniers mois.

Mortalité

En Paca, sur la période 2005-2007, chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, les chutes accidentelles ont causé en moyenne 716 décès par an, soit un taux de mortalité de 78,5 pour 100 000 personnes. Les chutes accidentelles sont la première cause de décès par AcVC dans cette tranche d'âge (58,1 % des décès par AcVC). Le taux de mortalité par chutes dans cette tranche d'âge, dans la région Paca sur la période 2000-2004, était significativement inférieur à celui observé en France.

En Paca, entre 2000-2002 et 2005-2007, le taux de mortalité par chutes accidentelles a diminué de 19 % chez les femmes et de 8 % chez les hommes de 65 ans ou plus. En France, le taux de mortalité par chutes accidentelles a diminué de 13 % entre 2000 et 2004 chez l'ensemble des personnes de 65 ans et plus.

⁴⁰ Les CLIC ont un label de niveaux 1, 2 ou 3 selon les fonctions qui leur sont attribuées. Les CLIC de niveau 3 ont pour missions d'informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux ; évaluer les besoins, élaborer un plan d'aide, accompagner ; assurer le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs, coordonner.

Suicide



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°17

L'allongement de la vie peut être synonyme de maladie et de douleur chroniques, de baisse de la mobilité et de l'autonomie. Le deuil et la solitude sont également fréquents chez les personnes âgées. La vieillesse est donc une période particulièrement à risque de dépression. Or, les signes de la dépression sont souvent masqués chez les personnes âgées, ou considérés à tort comme de simples corollaires de la vieillesse. La dépression est donc souvent mal détectée, et par conséquent peu traitée, ce qui peut expliquer le risque suicidaire particulièrement élevé pour cette classe d'âge chez les hommes [273].

Les personnes âgées sont moins nombreuses à tenter de se suicider, mais elles sont plus nombreuses à décéder par suicide que d'autres classes d'âge. Alors que le rapport entre tentative de suicide et suicide est, toutes classes d'âge confondues, de 10 pour 1, il est de 4 pour 1 chez les personnes âgées [274].

Les personnes âgées présentent des taux de suicide particulièrement élevés. A partir de 60 ans, les taux de suicide augmentent de façon significative. En Paca, sur la période 2003-2005, les hommes âgés de 85 ans et plus sont 7,5 fois plus nombreux que les hommes âgés de 20 à 24 ans à décéder par suicide. C'est dans cette tranche d'âge que les taux les plus importants sont observés (134 pour 100 000 hommes).

Les taux de suicide sont plus importants en maison de retraite qu'au domicile, notamment chez les femmes [275]. Pour les hommes, les taux de suicide en maison de retraite sont du même ordre que les taux enregistrés pour les personnes isolées vivant à domicile. Au contraire, pour les femmes, la maison de retraite apparaît comme un risque spécifique en soi avec des taux de suicide qui se détachent nettement des autres situations étudiées.

3.3. Consommation médicamenteuse et risques de iatrogénie



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°28

En France, en 2001, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 16 % de la population française, mais 39 % de la consommation de médicaments en ville [276]. La polymédication est, chez le sujet âgé, habituelle et souvent légitime. Mais elle augmente le risque iatrogénique, diminue probablement l'observance des traitements et a un coût élevé. Mieux prescrire chez le sujet âgé est ainsi un enjeu de santé publique [277]. Le médecin généraliste est le principal prescripteur chez les sujets âgés. Plusieurs modalités de prescription sub-optimale chez le sujet âgé ont été décrites : l'excès de traitements (« overuse »), la prescription inappropriée (« misuse ») et l'insuffisance de traitement (« underuse ») [278].

Consommation de psychotropes chez le sujet âgé

En France, la consommation des médicaments psychotropes est excessive et tend à se banaliser, particulièrement chez les personnes âgées. On estime qu'au-delà de 70 ans, une personne sur deux consomme de façon prolongée des médicaments anxiolytiques ou hypnotiques (benzodiazépines). Les femmes consommeraient deux fois plus de psychotropes que les hommes.

En Paca, en 2008, 37,2 % des personnes âgées de 65 ans et plus affiliées au régime général ont reçu un remboursement pour au moins un anxiolytique et/ou

hypnotique, 17,2 % pour au moins un antidépresseur et 4,1 % pour au moins un neuroleptique.

En Paca, en 2008, une étude a mis en évidence la présence de prescriptions inadaptées chez les personnes âgées de 70 ans et plus, à partir d'indicateurs de prescriptions à risque ou de co-prescriptions à risque ou dangereuses. Par exemple, 14,9 % des assurés du régime général stricto sensu âgés de plus de 70 ans ont eu un remboursement de benzodiazépines à demi vie-longue ; celles-ci sont déconseillées chez le sujet âgé. Les benzodiazépines ou produits apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune, sont préférables chez les personnes âgées afin de diminuer les effets indésirables [279].

De même, 0,6 % des assurés de cette classe d'âge ont eu une co-prescription de deux neuroleptiques. Dans les troubles du comportement liés à la maladie d'Alzheimer par exemple, la prescription de neuroleptiques est inutile et dangereuse. Les traitements antidépresseurs, en revanche, ne sont pas suffisamment prescrits pour soigner la dépression avérée, en raison de la difficulté à diagnostiquer cette maladie chez le sujet âgé notamment. Lorsque ces traitements sont prescrits, les doses et les durées ne sont pas optimales. Ainsi, moins d'une personne sur trois souffrant de dépression bénéficie d'un traitement approprié. Le suivi de l'efficacité du traitement et de la survenue d'effets secondaires (chute, accidents sur la voie publique, etc.) est essentiel. Un traitement mal indiqué, ou pris sur une période trop longue, fait courir aux patients des risques injustifiés [277]. Or, les personnes âgées sont très exposées à ces risques, pour plusieurs raisons : moindre résistance physique, métabolisme plus lent, etc. Il est donc important, chez ces personnes, de réduire, voire d'arrêter, la prise de psychotropes lorsque celle-ci n'est pas justifiée. Enfin, 3 % des assurés de la même classe d'âge ont eu au moins une co-prescription de deux anti-inflammatoires non stéroïdiens : la co-prescription de deux anti-inflammatoires non stéroïdiens n'est pas plus efficace qu'un seul mais multiplie le risque d'effets indésirables [279].

Iatrogénie médicamenteuse

La iatrogénie médicamenteuse a des conséquences non négligeables : elle serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations chez les sujets âgés, et de près de 20 % chez les octogénaires. Plusieurs études récentes montrent qu'une partie non négligeable de cette iatrogénie grave est évitable [278].

3.4. Prévalence des incapacités et dépendance

Incapacités

A partir des données nationales de l'enquête Handicap Santé volet Ménages (Enquête Handicap Santé volet Ménages - HSM 2008 - exploitation ORS Paca), il est possible d'estimer la prévalence de différentes incapacités dans la population des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile, soit 95 % des personnes âgées en Paca. En Paca, en 2008, 86 % des personnes âgées de plus de 60 ans seraient atteintes de troubles visuels et/ou auditifs, 44 % seraient atteintes d'une incapacité motrice (37 % des 60-74 ans et 55 % des plus de 75 ans). Enfin, 30 % des personnes de plus de 60 ans souffriraient de troubles intellectuels et/ou psychiques (25 % des 60-74 ans et plus d'1 sur 3 chez les plus de 75 ans).

Dépendance et besoin d'aide

En France, environ 6 % des personnes de 60 ans et plus vivant à domicile sont dépendantes, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent plus accomplir seules les activités de la vie quotidienne (GIR 1 à 4)⁴¹ [280]. En Paca, entre 192 000 et 248 000 personnes âgées de plus de 60 ans ont besoin d'aide pour les tâches ménagères (repas, courses, ménage, lessive, etc.) et entre 78 000 et 113 000 ont besoin d'aide pour les soins personnels (toilette, habillage, transferts, etc.). L'aide à la vie quotidienne est principalement assurée par l'entourage des personnes âgées. Cette aide informelle représenterait environ 55 000 emplois à temps plein (ETP) auprès des personnes âgées dépendantes en GIR 1 à 4 (contre 20 000 ETP d'aide formelle) et 127 000 ETP auprès de l'ensemble des personnes âgées de la région Paca (contre 42 000 ETP d'aide formelle) (Enquête Handicap Santé volet Ménages - HSM 2008 - exploitation ORS Paca).

L'enquête Ehpa [261] porte sur les personnes âgées résidant en établissement, représentant moins de 5 % des personnes âgées en Paca. Cependant, la proportion de résidents croît avec l'âge : 10 % des 75 ans et plus et 25 % des 85 ans et plus sont en institution. L'âge moyen des résidents en institution ne cesse d'augmenter. Ces résidents sont majoritairement des femmes (75 %) et des personnes seules, 90 % d'entre eux n'ayant pas ou plus de conjoint. La population âgée résidant en établissement est caractérisée par une forte proportion de personnes dépendantes, et présente des besoins de santé accrus par rapport aux personnes vivant à domicile. En effet, plus de 80 % des résidents en établissements de plus de 60 ans sont dépendants, dont 1 sur 2 très dépendants (GIR 1 et 2).

4. Situations de vulnérabilité

4.1. Vulnérabilités économiques

Les inégalités sociales font référence à la fois aux désavantages liés aux différences de conditions de vie ou de travail, de niveau d'éducation ou encore de niveau de revenus, réelles et perçues. Elles représentent une des principales inégalités de santé et peuvent également creuser des inégalités préexistantes [281]. Elles apparaissent dès le plus jeune âge et se cumulent tout au long de la vie. Une situation de vulnérabilité économique a des conséquences néfastes sur la santé des personnes, mais aussi sur la santé de leurs enfants. Ainsi, le statut économique des parents – et notamment celui de la mère – aurait des conséquences sur la santé de ses enfants pendant l'enfance et à l'âge adulte [282].

Revenus, emploi, logement

Les inégalités sociales de santé ne sont pas spécifiques à la région Paca. Mais cette région est caractérisée par de grands contrastes, en termes de revenus, d'emploi et de logement. La population régionale est donc particulièrement exposée aux inégalités sociales de santé.

⁴¹ La grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) classe les personnes âgées en 6 niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne effectués ou non par la personne, le GIR 1 désignant les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu toute autonomie, nécessitant une présence indispensable et continue d'intervenants.

a) Revenus et revenu minimum d'insertion

De grands écarts de ressources sont observés au sein de la population. En Paca, en 2007, le rapport entre les deux déciles extrêmes s'élevait à 6,6, soit le 3ème écart le plus élevé mesuré dans les régions de province (écart de 5 en Province). En Paca, en 2007, un quart des salariés gagne moins de 830 euros par mois (contre un sur cinq en France métropolitaine) et 18,2 % de la population vivent dans des foyers à bas revenus (inférieur à 60 % de la médiane).

Allocataires de minima sociaux

La région se caractérise également par un taux nettement supérieur d'allocataires de minima sociaux par rapport à la France métropolitaine (81,4 ‰ de la population âgée de 20 à 59 ans contre 67 ‰). En Paca, le nombre des allocataires du RMI, en baisse depuis plusieurs années, continue de se replier (-4,9 % sur un an) pour s'établir à 98 370 bénéficiaires fin décembre 2008 (soit 5 100 bénéficiaires de moins en un an). Sur l'ensemble de la France, la tendance à la baisse est toujours plus modérée (-2,3 %) [283]. Concernant les évolutions, deux départements se démarquent cependant : les Alpes-de-Haute-Provence, avec un recul plus faible que dans le reste de la région (-2,3 %) et les Hautes-Alpes qui est le seul département de la région à avoir vu le nombre de ses bénéficiaires augmenter durant l'année 2008 (+5,3 %) [283].

En Paca, au cours du 1er trimestre 2009, la tendance semble s'inverser comme en France. Au 31 mars 2009, la région enregistre une légère augmentation du nombre de personnes bénéficiaires du RMI (+1,5 % sur le 1er trimestre) [11].

Différences selon les départements

Cependant, des différences sont observées entre les départements de la région. En 2007, les Hautes-Alpes (17,4 allocataires pour 1000 habitants), les Alpes de Haute-Provence (23,2 pour 1000) et les Alpes-Maritimes (27,3 pour 1000) présentaient un taux d'allocataires du RMI inférieur à la moyenne régionale (41,5 pour 1000), tandis que les Bouches-du-Rhône présentait un taux supérieur à la moyenne régionale (55,1 allocataires pour 1000 habitants) [283]. En 2008, 48,1 % des allocataires du RMI de la région l'étaient depuis plus de 3 ans. Cette proportion a cependant diminué entre 2003 et 2008, de 51 à 48 %. Les allocataires de longue durée étaient plus nombreux dans les Bouches-du-Rhône (53 %) et moins nombreux dans les Alpes-Maritimes (34 %) et les Hautes-Alpes (36 %) [11].

b) Emploi

En Paca, fin 2009, le taux de chômage est plus élevé qu'en France métropolitaine (10,5 % versus 9,1 %) et il existe également une forte proportion d'actifs « vulnérables » : travail à temps partiel, CDD, travailleurs intérimaires, saisonniers. Ce phénomène dessine des formes de pauvreté éloignées des situations d'exclusion sociale ou de grande pauvreté, plus difficiles à enregistrer par l'appareil statistique, mais ayant des effets sur la santé, par leur dimension cumulative et le contexte d'insécurité personnelle qu'ils alimentent sur la santé. En termes d'inégalités sociales, il est important de signaler l'augmentation du nombre de travailleurs pauvres, dont les revenus du travail ne suffisent plus à faire face aux dépenses de la vie courante, et le fait que l'absence d'accès à un travail est un facteur d'inégalité de santé aussi important, voire plus [177].

c) Logement

Les difficultés d'accès au logement sont importantes en Paca. La région est marquée par de fortes tensions immobilières liées à la valeur élevée du foncier. Cette caractéristique se traduit par une proportion plus faible de ménages occupant un logement individuel par comparaison à la France. Les ménages modestes sont les plus touchés. Ils rencontrent de grandes difficultés à se loger en raison du montant des loyers du secteur privé et de l'offre insuffisante de logement social.

Personnes sans domicile fixe

En France, en 2009, le nombre de personnes sans domicile fixe (SDF) est estimé à 100 000⁴² [284]. Le fait d'être sans chez soi constitue un facteur de mortalité prématurée, indépendamment de tout autre facteur social défavorable [285]. Ainsi, ces personnes présentent une espérance de vie inférieure de 30 à 35 ans par rapport à la population générale [286].

En France, en 2001, parmi les personnes sans domicile fixe fréquentant les services d'aide, 16 % s'estiment être en mauvaise santé (soit 5 fois plus que dans la population générale), 65 % déclarent souvent souffrir d'une ou plusieurs maladies (soit 2 fois plus qu'en population générale). Quelle que soit la pathologie considérée (hypertension, maladies respiratoires...), la prévalence est toujours plus importante chez les sans domicile fixe que dans l'ensemble de la population, de même que la gravité de la pathologie. De plus, l'état de santé se dégrade proportionnellement à la durée globale passée dans la rue, et cela quelle que soit la maladie [287]. On observe une prévalence nettement supérieure des pathologies mentales et des problèmes d'addictions chez les personnes sans abri. Par exemple, cette population présenterait des prévalences de schizophrénie et de psychoses 5 à 30 fois supérieures à celles observées en population générale [288].

En plus d'être exposé à des risques pour la santé (manque d'hygiène, marche prolongée, contacts infectieux...), la vie dans la rue aggrave particulièrement les maladies chroniques qui deviennent alors plus complexes à prendre en charge et à traiter. Contrairement aux idées reçues, les personnes SDF n'ont pas moins recours aux soins que le reste de la population. Le recours aux soins est par contre souvent plus tardif et motivé par un état plus grave [289]. L'accès aux soins, mais aussi la continuité des soins, est plus difficile à assurer pour la population des sans abris que pour le reste de la population. Pour améliorer ces aspects, les équipes mobiles et les dispositifs bas seuils doivent être soutenus et multipliés.

État de santé et situation sociale

Les niveaux d'éducation et de revenus sont associés à la santé perçue. Indépendamment de leur état de santé réel, les personnes qui ne sont pas diplômées ou qui ont un faible niveau de diplôme se perçoivent en moins bonne santé physique, mentale et sociale que celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur. De même, plus les personnes disposent de faibles revenus, moins elles se sentent en bonne santé.

a) Espérance de vie, mortalité prématurée ou évitable

En France, les ouvriers vivent moins longtemps que les cadres (espérance de vie à 45 ans inférieure de 6 ans à celle des cadres). Ils vivent par ailleurs plus longtemps avec des incapacités ou un handicap que les cadres : il s'agit de la double peine des ouvriers [290].

⁴² L'enquête Sans Domicile 2001 de l'Insee comptabilise 86 500 personnes sans domicile fixe. Mais tous les observateurs s'accordent à dire que 8 ans plus tard, leur nombre a atteint un minimum de 100 000 personnes.

En France, les écarts de mortalité entre les personnes ayant les niveaux d'études les plus faibles et celles ayant les niveaux d'études les plus élevés se sont accrus entre 1968-74 et 1990-96, chez les hommes comme les femmes. Chez les hommes, les inégalités ont augmenté pour les décès par cancer et par maladies cardio-vasculaires, et chez les femmes pour l'ensemble des causes [17]. En Paca, sur la période 1991-2005, les hommes ouvriers et employés âgés de 25 à 54 ans présentaient un risque de décéder prématurément 2,5 fois plus élevé que les cadres et professions intellectuelles supérieures. Ils présentaient un risque 3 fois supérieur de décéder par cancer du poumon que les cadres et professions intellectuelles supérieures. La différence de mortalité selon la CSP était donc importante, mais moindre en Paca qu'en France.

b) Maladies chroniques

Certaines pathologies, comme les maladies chroniques, certaines maladies mentales, ou encore les situations de handicap et d'incapacités, ont des retombées importantes sur la situation sociale des personnes. Ces pathologies ont des conséquences sur la vie professionnelle (ruptures dans la vie professionnelle dues aux arrêts maladie, aux hospitalisations ; incapacité à travailler) et engendrent une perte de revenus importante [291]. Elles peuvent également coûter très cher aux malades, en occasionnant des frais médicaux très élevés et pas toujours pris en charge.

Surpoids, obésité, diabète, tuberculose, VIH



*CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS&PACA N°11*

En Paca, on observe une prévalence supérieure de surpoids et d'obésité dans les groupes sociaux défavorisés et notamment chez les femmes [77], et ce dès le plus jeune âge [227] comme en France. On observe les mêmes tendances pour le diabète, qui est par exemple 2 fois plus fréquent chez les bénéficiaires de la CMUC que chez les non bénéficiaires de la région [87]. En ce qui concerne la tuberculose, les groupes de population les plus à risque sont les populations précarisées et les sans domicile fixe (SDF).

Ces différences peuvent être expliquées en partie par les comportements à risque plus fréquemment adoptés par les populations en situation de vulnérabilité économique. Mais, indépendamment des caractéristiques personnelles des individus, vivre dans un quartier défavorisé est associé à un risque plus élevé de certaines pathologies telles que l'obésité ou le diabète [78, 87]. Cet effet peut notamment résulter d'une offre de produits alimentaires sains (fruit, légumes...) plus restreinte et d'un environnement de proximité moins favorable à la pratique d'une activité physique dans les quartiers moins favorisés.

Enfin, en France, en 2002-2003, le taux d'emploi était plus faible chez les personnes séropositives par le VIH que dans la population générale [99].

Troubles de la santé mentale et consommation de médicaments psychotropes



*CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS&PACA N°17*

En Paca comme en France, les problèmes de santé mentale touchent davantage les personnes en situation de précarité que les personnes plus aisées. Par exemple, les personnes disposant de 840 euros mensuels pour vivre avec leur famille présentaient un risque 30 % supérieur d'être touchées par un trouble de santé mentale que les personnes ayant trois fois plus de revenus dans la région

[111]. Ce résultat est également vrai pour les enfants issus de familles défavorisées. Ainsi, en 2004-2005, les enfants dont le chef de famille était ouvrier rapportaient plus souvent des troubles de santé mentale (intériorisés ou extériorisés) que ceux dont le chef de famille était cadre supérieur. De même, les enfants dont les parents n'avaient pas le baccalauréat rapportaient davantage de troubles que ceux dont les parents avaient ce diplôme [211]. Enfin, les personnes atteintes de certaines pathologies, comme les maladies mentales, sont victimes de stigmatisation. Cette stigmatisation peut conduire à des situations d'isolement et d'exclusion sociale [292].

La consommation de médicaments psychotropes est également associée à la précarité. En Paca, la prévalence d'au moins un remboursement de médicaments psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques et antidépresseurs) est supérieure chez les bénéficiaires de la CMUC que chez les non bénéficiaires. Ces médicaments seraient également plus consommés par les personnes ayant un statut socio-économique élevé [293].

Comportements de santé

Habitudes alimentaires

Un faible statut socio-économique était également associé à une moindre consommation de certains aliments favorables à la santé et à une pratique physique intensive dans le cadre des loisirs moins fréquente. Par exemple, les personnes ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat avaient une probabilité accrue d'être des « petits consommateurs » de légumes par rapport à celles ayant un niveau supérieur (35,9 % contre 34,1 %) [148].

En Paca, en 2008, 3,1 % de la population de 18-75 ans ont déclaré ne pas avoir assez à manger, souvent ou parfois (1,9 % en France métropolitaine – différence non statistiquement significative). Les personnes en insécurité alimentaire représentent un groupe distinct des personnes en situation de pauvreté monétaire : elles semblent devoir plus souvent faire face seules à des dépenses élevées hors alimentation, notamment pour le logement. Elles se trouvent dans une situation économique fragile, avec des contraintes importantes sur l'accès à l'alimentation ou aux soins. Les déséquilibres alimentaires sont donc encore plus marqués chez les personnes en insécurité alimentaire que les personnes ayant un faible revenu (plus faible consommation de fruits, de légumes et de poisson) [149].

Usages de tabac, alcool et substances psychoactives

En Paca comme en France, la consommation de tabac, d'alcool et de substances psychoactives était plus fréquente et plus importante chez les ouvriers, les personnes disposant de bas revenus, ou encore chez les personnes n'ayant pas fait d'études [143, 294]. Les pratiques à risque associées à l'injection s'observent dans des populations caractérisées non seulement par une forte précarité mais aussi par de nombreuses comorbidités telles que l'infection par le VIH et par le VHC. Les usagers de drogues en situation de précarité, sans assurance maladie ou bénéficiant de la CMUC ou de l'AME, ont un accès très limité aux campagnes de prévention ainsi qu'au dépistage du virus de l'hépatite C [146].

Perceptions, connaissances en matière de santé

Le statut socio-économique influence les perceptions liées à la santé. Cela a été démontré en Paca sur les questions d'environnement et de nutrition. Par exemple, la sensibilisation à l'environnement augmente avec le niveau de diplôme. De

même, les personnes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au baccalauréat étaient 2 fois plus nombreuses que les personnes ayant au moins le baccalauréat à être d'accord avec l'affirmation erronée « si un appareil de chauffage dégageait du monoxyde de carbone, je serais alerté par l'odeur » [171]. Sur le thème de la nutrition, alors que la majorité de la population perçoit l'acte alimentaire avant tout comme un plaisir, les personnes non diplômées ou ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat étaient plus nombreuses à considérer le fait de manger avant tout comme un acte qui coûte cher [252].

Des différences étaient également visibles en termes de connaissances, en fonction du niveau d'éducation. Ainsi, les personnes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat avaient de moins bonnes connaissances sur la nutrition que les personnes ayant au moins le baccalauréat [252].

Expositions à des risques pour la santé dans l'environnement domestique et professionnel

Les personnes en situation de vulnérabilité économique sont davantage exposées que les autres à des situations à risque pour leur santé, dans le cadre domestique et professionnel. Ainsi, le terme d'« injustice environnementale » renvoie au cumul de désavantages sociaux et de situations d'exposition à des nuisances environnementales, intérieures ou extérieures. Par exemple, le fait de vivre dans un logement insalubre ou vétuste comporte des risques pour la santé : risques d'intoxication au plomb, systèmes de chauffage défectueux, humidité... [175]. Les expositions aux risques professionnels (accidents de travail, troubles péri-articulaires, bruits, rythmes et modes d'organisation du travail) sont fortement différenciées selon les catégories socioprofessionnelles. Par exemple, les personnes ayant un faible statut socio-économique déclarent plus fréquemment une activité physique intense dans le cadre du travail, ce type d'activité pouvant avoir des répercussions négatives sur la santé [76]. De même, les troubles musculo-squelettiques touchent davantage les ouvriers que les cadres [112]. Enfin, les travailleurs intérimaires et sous-traitants sont davantage exposés aux risques que les autres salariés (phénomène d'externalisation des risques dans les grandes entreprises notamment) et bénéficient en parallèle d'un suivi médical moins strict [178].

Recours au dépistage et aux consultations de prévention

En Paca, les femmes disposant de faibles revenus, celles bénéficiant de la CMUC ou ayant un diplôme inférieur au baccalauréat, ont moins souvent recours au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus que les autres, en Paca comme en France [26, 156]. De même, la participation au dépistage organisé du cancer colorectal était également plus faible chez les personnes résidant dans les zones les moins favorisées [164]. Enfin, en Paca, le recours aux examens de prévention bucco-dentaire est plus faible chez les enfants dont les parents sont couverts par la CMUC que chez les autres.

4.2. Vulnérabilités dans la population des migrants

Données de cadrage démographique et socio-économique

En Paca, en 2004, 453 000 personnes immigrées (c'est-à-dire résidant en France mais nées à l'étranger, qu'elles soient de nationalité étrangère ou ayant acquis la nationalité française) habitaient dans la région, soit 9,7 % de l'ensemble

de la population régionale et 9 % de la population immigrée en France. La région Paca se classe au 3ème rang des régions présentant les plus fortes proportions de personnes immigrées parmi l'ensemble de la population, derrière l'Île-de-France (17 %) et l'Alsace (10 %). Cette part s'est stabilisée dans la région entre 1999 et 2004, alors qu'elle a augmenté au niveau national. Près d'une personne immigrée sur 2 résidant en Paca est originaire d'Europe (dont 41 % de l'Union européenne des 25) et 39 % du Maghreb. Au total, près de 2 personnes immigrées sur 3 sont originaires de 5 pays de l'arc méditerranéen : Italie, Espagne, Algérie, Maroc et Tunisie. Une personne immigrée résidant dans la région est présente en France en moyenne depuis 28 ans. Mais cette durée moyenne recouvre de fortes disparités selon le pays d'origine. Les personnes immigrées originaires du sud de l'Europe (Italie, Espagne) sont présentes depuis plus de 40 ans, alors que celles originaires d'un pays du Maghreb le sont depuis deux fois moins longtemps. Parmi les personnes immigrées de la région, 46 % ont acquis la nationalité française [295]. En Paca, en 2004, l'âge moyen de la population immigrée était de 48 ans et demi, un âge nettement supérieur à celui de l'ensemble de la population régionale (41 ans). Deux personnes immigrées sur 3 sont en âge de travailler (un pourcentage de 6 points de plus que celui de l'ensemble de la population de la région) et 29 % ont plus de 60 ans (contre 23 % des personnes non immigrées) [296].

En 2006, les personnes immigrées étaient plus nombreuses dans les Alpes-Maritimes (15,2 % de la population) et dans les Bouches-du-Rhône (11,5 %) et moins nombreuses dans les Hautes-Alpes (5,8 %) et dans les Alpes-de-Haute-Provence (8 %) par rapport à l'ensemble de la région [296].

Situations de précarité chez les migrants

En Paca, la population immigrée est plus souvent touchée par la précarité que l'ensemble de la population. Cette précarité est visible au travers des conditions de logement, de travail et de revenus.

Les personnes immigrées sont plus souvent locataires (54 % des ménages immigrés, contre 40 % en moyenne en Paca) et vivent dans un habitat plus ancien, plus petit et au confort moindre. Elles sont également plus nombreuses à vivre en habitat collectif [295]. En 2009, 81 % des places en hébergement collectif en foyer de la région Sud-Est étaient occupées par des personnes immigrées, dont la majorité était issue du Maghreb et avait plus de 60 ans [297]. Les ménages immigrés occupent des logements de moins bonne qualité que l'ensemble des ménages et ils en sont moins satisfaits. En Paca, 19 % des ménages immigrés jugent leurs conditions de logement insuffisantes ou très insuffisantes, contre 8 % de l'ensemble des ménages. En cohérence avec leurs conditions objectives de logement, ce sont les immigrés issus du Maghreb qui sont le moins satisfaits : 30 % trouvent insuffisantes ou très insuffisantes leurs conditions de logement, contre 6 % des immigrés issus de l'Union européenne des 15. Que ce soit sur l'insonorisation, l'entretien des parties communes, l'exposition, ou encore les facilités d'accès au logement, une plus grande part de ménages immigrés en a une mauvaise opinion par rapport à la population générale [295].

En 2004, une personne immigrée en âge de travailler sur 4 était au chômage, soit un taux de chômage 2 fois plus élevé que dans la population non immigrée [295]. La part des ouvriers chez les personnes immigrées est élevée (36 % en Paca sur la période 2004-2007, contre 20 % de l'ensemble de la population de la région (Insee, EAR 2004 – 2007). Les personnes immigrées connaissent des conditions de travail souvent difficiles.

Enfin, avec un revenu moyen de 1 200 euros par mois et par unité de consommation, les revenus des ménages immigrés sont de 22 % inférieurs au revenu moyen régional (1 550 euros) [295]. Près de 75 % des personnes immigrées de 15 ans et plus ne sont pas diplômées ou ont un CAP ou un BEP, contre 60 % des personnes non immigrées [296].

État de santé des migrants

a) Généralités

A leur arrivée dans le pays hôte, les personnes immigrées sont en meilleure santé que les natifs du pays hôte. Une revue de la littérature, publiée en 2001, montre par exemple des taux de mortalité plus faibles et un meilleur état de santé général chez les personnes immigrées arrivées depuis peu en France que chez les natifs français [298]. Ceci résulte principalement d'un effet de sélection dû à la migration : ce sont les personnes initialement en très bon état de santé et/ou issues de milieux plus aisés qui ont le plus de facilités à migrer. Cet effet de sélection, davantage marqué pour les personnes provenant des pays les plus pauvres, serait cependant compensé à long terme par un effet délétère de la migration, expliqué notamment par la situation sociale difficile des immigrés en France [299].

Les femmes immigrées se perçoivent plus souvent en mauvaise santé que les hommes [300]. Elles présentent davantage un surpoids [300] et font plus souvent l'expérience de grossesses non désirées et de complications obstétricales que les femmes nées en France [301].

Les enfants de parents immigrés sont également particulièrement vulnérables. En France, près de la moitié des enfants primo-dépistés pour le saturnisme entre 1995 et 2002 étaient originaires d'Afrique subsaharienne, près d'un quart d'Afrique du Nord ou de Méditerranée orientale [296]. De même, 2 enfants défenestrés sur 3 sont d'origine étrangère [296].

L'enquête « Passage à la retraite des immigrés » (PRI), réalisée par la Caisse nationale d'assurance vieillesse en 2002-2003, montre que les personnes âgées immigrées présentent globalement un état de santé moins favorable que l'ensemble de la population. Cette différence est principalement due aux conséquences des conditions dégradées de travail des personnes immigrées sur leur santé. Il demeure cependant une légère influence du pays d'origine, après contrôle des facteurs socio-économiques. Les ressortissants d'Europe du Nord et d'Afrique subsaharienne se distinguent par une meilleure santé, objective et subjective (et notamment les hommes), par rapport aux personnes originaires du Maghreb, d'Asie ou du Maghreb [302]. De plus, certaines personnes âgées sont particulièrement vulnérables. Ainsi, les personnes immigrées âgées vivant en foyer présentent un capital santé fortement dégradé et un vieillissement précoce [302].

b) Pathologies infectieuses

Certaines maladies infectieuses sont plus fréquentes chez les personnes immigrées que chez les personnes nées en France [298, 301]. Il s'agit notamment du VHC, de la tuberculose et des pathologies dites d'importation. Ce sont des maladies infectieuses, contagieuses ou transmissibles, introduites dans un pays ou une région différent de celui où la maladie a été contractée. Elles peuvent être importées par les hommes, les animaux, les aliments, ou avec les moyens de transport modernes. La population migrante est également particulièrement touchée par certaines infections sexuellement transmissibles, notamment par l'hépatite B, la syphilis et les infections à gonocoques.

La prévalence de la séroprevalence du VHC est de 10,17 % chez les personnes nées dans un pays du Moyen Orient (versus 0,84 % chez les personnes âgées de 18 à 80 ans nées en France) [105].

En Paca, sur la période 2004-2006, concernant la tuberculose, le taux d'incidence chez les 25-39 ans était 18 fois plus important chez les personnes de nationalité étrangère que chez les personnes qui étaient nées en France. Les pays de forte endémicité pour la tuberculose sont principalement les pays d'Afrique subsaharienne, mais également les pays d'Afrique du Nord et d'Asie. Les cas de multirésistance en France sont rares (1,4 %) mais sont observés plus de 8 fois sur 10 chez des personnes immigrées [303].

En France, d'après les données de surveillance du VIH, les personnes d'Afrique subsaharienne représentent un tiers des découvertes de séropositivité en 2003-2004 (51 % chez les femmes et 20 % chez les hommes) et celles de nationalité française 42 %. Les autres nationalités sont en proportions beaucoup plus faibles : Afrique du Nord 1,9 %, Amérique hors Haïti 2,9 %, Haïti 2,7 %, Asie 1,2 %, Europe de l'ouest 1,4 % et Europe de l'est 0,3 %. La nationalité n'est pas renseignée dans 15 % des cas [304]. En Paca, cependant, il faut noter que le pourcentage de la population d'origine d'Afrique subsaharienne, parmi les nouvelles séropositivités VIH déclarées, a baissé de 18 % à 7 % depuis 2005 [96].

Enfin, certaines pathologies rencontrées chez des personnes immigrées sont aussi des pathologies d'importation : les hépatites A et E (Afrique du Nord), le paludisme (Afrique subsaharienne principalement, mais aussi Asie et Amériques), le chikungunya (ressortissants des îles des Comores et de la Réunion) ou encore la dengue (ressortissants des Antilles françaises et d'Asie).

c) Troubles de santé mentale

Les personnes immigrées sont davantage touchées par certains troubles de santé mentale. Concernant les troubles dits « communs » (anxiété, dépression...), la littérature fait état de résultats inconsistants et ne permet pas de conclure à une prévalence supérieure des troubles chez les personnes immigrées [305]. Par contre, les résultats montrent une prévalence presque 2 fois supérieure de schizophrénie chez les personnes immigrées par rapport aux personnes natives du pays (méta-analyse sur 188 études dans 46 pays) [117].

Les personnes immigrées qui ont eu une expérience traumatisante (dictature, torture, guerre civile...) dans leur pays d'origine sont également fréquemment atteintes d'états de stress post-traumatiques [298].

L'état de santé mentale des migrants est influencé, à la fois par les expériences vécues dans le pays d'origine, et les conditions de vie dans le pays d'accueil. Certains auteurs avancent que l'échec social et l'échec d'intégration [306] seraient associés à un risque supérieur de survenue de troubles de santé mentale et de consommation d'alcool et de substances psychoactives [307].

L'âge d'arrivée dans un nouveau pays est aussi un facteur important, les adolescents et les personnes âgées ayant plus de difficultés à s'adapter à de nouvelles conditions de vie et à une nouvelle culture [308]. Les femmes constitueraient également un groupe plus à risque que les hommes [305]. Cette différence s'expliquerait par le fait que les hommes sont le plus souvent à l'origine de la décision de la migration, alors que les femmes se contentent de suivre leur conjoint.

Recours aux soins et au dépistage

D'après les données de l'enquête décennale santé, menée en 2002-2003 en France, les personnes immigrées présentent des taux de recours à la médecine de ville (généraliste et spécialiste) un peu plus faibles que le reste de la population française (81 % versus 85 %). Elles sont également moins nombreuses à se faire vacciner ou à se faire dépister pour l'hépatite C (11,5 % versus 14 %) ou le VIH (30 % versus 37 %). Ces différences s'expliqueraient davantage par une situation sociale défavorisée que par des différences d'âge, de sexe ou d'état de santé entre ces deux populations [309].

Une enquête qualitative réalisée en 2005 auprès de personnes immigrées de la région Paca a montré que le dépistage des cancers était un acte mal connu, mais tout de même pratiqué par environ un tiers d'entre elles dans la région. Le dépistage, quand il est fait, est surtout individuel. Le non recours au dépistage organisé est principalement dû, selon les personnes interrogées, à une absence d'information et d'accompagnement adaptés. Selon les professionnels, les stratégies actuelles de promotion de dépistage auprès des personnes immigrées sont ponctuelles, privilégient trop une approche médico-centrée, n'impliquent pas de façon structurée et durable les réseaux et acteurs de proximité et enfin, sont basées sur des supports écrits et un langage médical, trop peu accessibles pour des personnes ne maîtrisant pas le français [310].

Finalement, l'accès aux soins et à la prévention des personnes immigrées est rendu plus difficile pour plusieurs raisons : difficultés à comprendre et se repérer dans le système de soins, difficultés administratives, faibles revenus, barrière de la langue, mais aussi différences culturelles [301].

4.3. Vulnérabilités chez les personnes en situation de handicap

Les personnes atteintes d'un ou plusieurs handicaps, que ceux-ci soient liés à des incapacités motrices, neuropsychiques ou sensorielles, ont des besoins de soins qui font le plus souvent l'objet d'une prise en charge par les professionnels de santé et du secteur médico-social. Indépendamment des causes de leur handicap, ces personnes rencontrent les mêmes problèmes de santé que la population générale et ont des besoins en termes de soins et de prévention au moins aussi importants. Mais, « dans tous les pays, qu'ils soient riches ou pauvres, des indices montrent que les personnes handicapées reçoivent des soins de santé insuffisants et ont des besoins sanitaires auxquels personne ne répond » [311].

Définitions

Objectiver les problèmes et besoins de santé des personnes atteintes d'un handicap s'avère très difficile. Tout d'abord parce qu'il n'existe que peu de littérature et de données épidémiologiques fiables sur la santé des personnes touchées par un handicap, sur les phénomènes de non accès et non recours aux soins [312]. Ensuite, parce que derrière le terme de handicap, tel que défini par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS (2001), on retrouve plusieurs niveaux d'observation. Le handicap peut être défini comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cogni-

tives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (Loi 2005-102 du 11 février 2005). La déficience peut être temporaire ou permanente. Elle résulte d'une maladie ou d'un traumatisme et peut être définie comme la perte ou le dysfonctionnement de l'une des parties du corps. La limitation fonctionnelle (ou incapacité) résulte d'une ou plusieurs déficiences. Elle réside dans la difficulté ou l'impossibilité de réaliser des actes élémentaires physiques (comme se tenir debout, se lever...) ou psychiques (comme mémoriser). Finalement, la notion de handicap recouvre des situations et donc des besoins très différents – en fonction du type de handicap, de sa sévérité, du degré d'autonomie et du parcours de vie de la personne.

Prévalence des déficiences

En France, les enquêtes Handicap Incapacités Dépendance et Handicap Santé volet Ménages – HSM – 2008 ont apporté des informations précieuses. Mais les données manquent au niveau régional pour déterminer les besoins de services de soins des personnes avec un handicap, en fonction des types de maladies et d'incapacités en cause. Des données existent cependant sur l'offre de soin médico-sociale [313] et les effectifs d'allocataires (Allocation adulte handicapé – AAH – et Allocation d'éducation de l'enfant handicapé).

En Paca, en 2008, 2 644 215 personnes âgées de 18 à 60 ans seraient concernées par au moins une déficience. Les troubles les plus fréquents sont les troubles auditifs (allant d'une simple difficulté à entendre à la surdité) et visuels (allant d'une difficulté à voir de près ou de loin à la cécité). Ils concernent près de 1 500 000 personnes en Paca et représentent 56,6 % de l'ensemble des déficiences. Ensuite, les troubles intellectuels et psychiques concernent environ 480 000 personnes dans la région et représentent 18 % des déficiences déclarées. Cette catégorie de troubles comprend des troubles aussi variés que des troubles de l'orientation dans le temps et dans l'espace, des troubles importants de la mémoire, des troubles de l'humeur, anxieux ou encore les retards intellectuels et les troubles psychiques. Enfin, les troubles moteurs, touchent 430 000 personnes en Paca et représentent 16 % des déficiences déclarées. Cette catégorie comprend les paralysies complètes ou partielles d'une ou plusieurs parties du corps, les amputations, mais aussi les gênes importantes dans les articulations ou encore les troubles de l'équilibre.

Espérance de vie

L'espérance de vie des personnes atteintes d'un handicap s'est améliorée et est actuellement assez proche de celle de la population générale, excepté pour les personnes atteintes d'un trouble de type autistique et les personnes atteintes d'un handicap psychique [314]. Le nombre de personnes handicapées vieillissantes est en constante augmentation et pose le problème d'un « double handicap » : les troubles dégénératifs liés à l'âge se cumulent avec les incapacités préexistantes [312]. En Paca, il y avait en 2005 environ 30 000 allocataires de l'AAH âgés de 40 à 59 ans (CAF, 2005). Il s'agissait le plus souvent de personnes célibataires sans enfant et avec des handicaps sévères [315].

Une réflexion devrait également être menée autour de la fin de vie en institution des personnes présentant un handicap, et de l'amélioration de leur accès aux services de soins palliatifs [316, 317].

Problèmes de santé

Globalement, certains problèmes de santé sont plus fréquemment rencontrés chez les personnes avec un handicap qu'en population générale. Tout d'abord, les personnes avec un handicap sont davantage touchées que la population générale par les troubles sensoriels. Ainsi, la prévalence des surdités et des troubles de l'audition chez les personnes avec des déficiences intellectuelles (et notamment les personnes avec une trisomie 21) et les personnes atteintes d'une infirmité motrice cérébrale (IMC) est très élevée [318]. De même, les personnes atteintes de trisomie 21, d'un polyhandicap ou d'une insuffisance motrice cérébrale présentent, à des degrés divers, des atteintes de la vue précoces. Cinq à 30 % des personnes avec un handicap en institution souffrent de cécité, ceci augmentant régulièrement avec l'âge [318, 319]. Du fait de la fréquence des troubles sensoriels chez les personnes atteintes d'un handicap et des conséquences de ces troubles sur la qualité de vie, des contrôles de dépistage tous les 5 ans au minimum seraient nécessaires [320].

Ensuite, les problèmes bucco-dentaires sont plus fréquents chez les personnes avec un handicap qu'en population générale, dès l'adolescence, et ils évoluent aussi plus rapidement [321]. Pourtant, ce problème est souvent négligé : mauvaise hygiène, soins inappropriés, prothèses négligées ont des conséquences sur leur santé et leur qualité de vie [322, 323].

Les troubles de santé mentale sont très fréquents chez les personnes atteintes d'un handicap mais sous-diagnostiqués. Par exemple, une étude longitudinale a relevé une prévalence de 41 % de troubles de santé mentale, notamment des troubles du comportement, chez les personnes avec une déficience intellectuelle [324].

Accès aux soins et recours au dépistage

a) Accès aux soins

Un autre problème majeur concerne l'accès aux soins et à la prévention qui est réduit chez les personnes touchées par un handicap [325]. Le médecin généraliste constitue souvent le premier interlocuteur de ces personnes [326]. Pourtant, plusieurs études ont montré que les médecins généralistes n'identifiaient pas toujours correctement les besoins de ces personnes et mettaient moins souvent en œuvre des pratiques de prévention [327, 328], et n'étaient pas suffisamment formés à leur prise en charge [329, 330]. Une enquête, réalisée auprès de 600 médecins généralistes de la région Paca [331], confirme ces résultats pour la région. Les médecins interrogés ont déclaré rencontrer fréquemment des obstacles dans la prise en charge des personnes atteintes d'un handicap, notamment par manque d'information, de temps, de coordination avec les différents intervenants, de formation et de difficultés de communication avec ces patients. Cette enquête met également en évidence une pratique moins fréquente d'actes de prévention chez les personnes touchées par un handicap que chez les autres patients (notamment concernant le dépistage des cancers gynécologiques et la vaccination).

b) Recours au dépistage

L'accès au dépistage, notamment de certains cancers, est en effet réduit pour les personnes atteintes d'un handicap [157, 332]. Une enquête, réalisée auprès de 28 établissements médico-sociaux en Paca [333], met en évidence que le dépistage des cancers n'est pas systématique chez les personnes handicapées résidant en institution. Par exemple, la quasi-totalité des résidentes ont un suivi gynécolo-

gique mais les mammographies ne sont faites que pour 1 résidente sur 2 (contre 65,2 % en population générale – données du régime général de l'Assurance maladie en Paca). Le dépistage du cancer du côlon n'est pas réalisé de façon systématique dans les $\frac{3}{4}$ des établissements médico-sociaux interrogés.

c) Raisons d'un accès aux soins et au dépistage réduit

Plusieurs raisons peuvent expliquer cet accès aux soins et à la prévention réduit : le handicap en lui-même (difficultés pour se déplacer, difficultés de communication avec les soignants, difficultés cognitives), les problèmes d'accessibilité des lieux de soins et d'adaptation des matériels, la précarité des personnes en situation de handicap (l'Allocation adulte handicapé étant supérieure au seuil de la CMUC), la formation des professionnels de santé pas suffisamment adaptée à la prise en charge des personnes avec un handicap [325], les représentations erronées des professionnels de santé vis-à-vis des personnes avec un handicap (par exemple, sur leur sexualité, leurs besoins de prévention). Pour améliorer la situation, plusieurs pistes ont été soulevées [325] : créer les conditions afin de permettre aux personnes atteintes d'un handicap d'être actrices de leur santé, former et impliquer les professionnels de santé sur le handicap (et notamment les médecins généralistes), adapter et coordonner les prises en charge sanitaires et médico-sociales pour les personnes en situation de handicap et, enfin, améliorer les connaissances sur la santé, le recours aux soins, les pratiques de soin et l'adéquation de l'offre de services de santé chez les personnes avec un handicap, selon le type d'incapacité en cause.

Etats de santé
et inégalités en région
Provence-Alpes-Côte d'Azur
2010

Bibliographie

Bibliographie



Etats de santé
et inégalités en région
Provence-Alpes-Côte d'Azur
2010

Bibliographie

Bibliographie

1. DREES. L'état de santé de la population en France - Rapport 2009-2010. 2010. <http://www.sante-sports.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-rapport-2009-2010.html>
2. Insee. La France et ses régions. Paris; 2010.
3. Verger P, Saliba B, Guagliardo V, Bouhnik A-D, Eichenbaum-Voline S, et le groupe EVALMATER. Caractéristiques sociales individuelles, contexte résidentiel et prévalence des problèmes de poids dans la petite enfance : une analyse multiniveau. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2007; 55 347–56.
4. Crowder K, , Downey L, . Interneighborhood Migration, Race, and Environmental Hazards: Modeling Microlevel Processes of Environmental Inequality. *AJS*. 2010;115 1110–49.
5. Laurian L, . Environmental Injustice in France. *Journal of Environmental Planning and Management*. 2008.
6. Insee Paca. Le logement en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Marseille; 2008.
7. Insee Paca. Des territoires inégalement dotés pour faire face aux mutations économiques. *Sud Insee l'essentiel*. 2009;131.
8. Insee Paca. Provence-Alpes-Côte d'Azur au 9ème rang des régions françaises en matière de salaires. *SUD INSEE l'essentiel*. 2005;84.
9. Consortium Determine. Rapport final sur le projet Determine 2007-2010; 2010.
10. Insee Paca. Un quart des salariés de Provence-Alpes-Côte d'Azur gagne moins de 830 euros par mois. *SUD INSEE l'essentiel*. 2009;137.
11. Dros Paca. Baromètre social 2008; 2010.
12. Organisation mondiale de la santé, Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève; 2009.
13. ORS Paca. Cigarette et inégalités sociales : le tabagisme se concentre de plus en plus dans les milieux défavorisés. *regardSanté*. 2009;20.
14. Guthmann J, Fonteneau L, Antoine D, Cohen R, Lévy-Bruhl D, Che D. Couverture vaccinale BCG et épidémiologie de la tuberculose chez l'enfant : où en est-on un an après la levée de l'obligation vaccinale en France ? *BEH*. 2009;12-13:113-6.
15. Basset B. Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Saint-Denis: Inpes; 2009.
16. Leclerc A, Kaminski M, Lang T. Inégaux face à la santé. Du constat à l'action.; 2008.

Bibliographie

17. Menvielle G, Leclerc A, Chastang J, Luce D. Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle BEH. 2008;33:289-92.
18. Menvielle G, Chastang JF, Luce D, Leclerc A. Evolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Etude en fonction du niveau d'études par cause de décès. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2007 Apr;55(2):97-105.
19. Francim, Institut National du Cancer, Inserm, Hôpitaux de Lyon, Institut de Veille Sanitaire. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010.
20. Peretti-Watel P, Beck F, Wilquin J. Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé. In: Beck F, Guilbert P, Gautier A, editors. Baromètre Santé 2005. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2007. p. 77-110.
21. Institut National du Cancer. Survie attendue des patients atteints de cancers en France : état des lieux; 2010.
22. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Attributable causes of cancer in France in year 2000; 2007.
23. Francim, Institut National du Cancer, Inserm, Hôpitaux de Lyon, Institut de Veille Sanitaire. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et -2005; 2009.
24. Gnerlich JL, Deshpande AD, Jeffe DB, Sweet A, White N, Margenthaler JA. Elevated breast cancer mortality in women younger than age 40 years compared with older women is attributed to poorer survival in early-stage disease. J Am Coll Surg. 2009 Mar;208(3):341-7.
25. Grünfeld J. Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013; 2009.
26. Institut National du Cancer. Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France; 2007.
27. Michel G, Aquaviva E, Aubron V, Purper-Ouakil D. Suicides : mieux comprendre, pour prévenir avec plus d'efficacité. In: Inpes, editor. Baromètre santé 2005. Saint-Denis; 2007.
28. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta analysis. Br J Psychiatry. 1997 Mar;170:205-28.
29. OMS. La situation de la santé mentale; 2004.
30. Alfonsi P, Attard N, Kurtzemann S, Nouvellet M, Alazia M. Prise en charge des suicidants aux urgences: résultat d'un audit sur 100 patients consécutifs; 2004.

31. Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2004;140(10):822-35.
32. Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, Williams JW, Jr., Dietrich AJ. Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician's role. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(5):337-45.
33. Verger P, Brabis PA, Kovess V, Lovell A, Sebbah R, Villani P, et al. Determinants of early identification of suicidal ideation in patients treated with antidepressants or anxiolytics in general practice: a multilevel analysis. *J Affect Disord.* 2007;99:1-3.
34. Organisation mondiale de la santé. Figures and facts about suicide. Geneva. 1999 [cited; Available from: <http://www.who.int/topics/suicide/fr/>]
35. Aebi M-F, N. D. Council of Europe Annual Penal Statistics SPACE I : Survey 2007. Council of Europe. . 2009 [cited; Available from:]
36. Terra J-L. Prévention du suicide des personnes détenues. Évaluation des actions mises en place, propositions pour développer un programme complet de prévention; 2003.
37. Direction de l'administration pénitentiaire. Le suicide en prison : mesure, dispositifs de prévention, évaluation. Ministère de la Justice et des libertés ed. Paris; 2010.
38. La prévention du suicide en milieu carcéral - Commission présidée par le docteur Louis Albrand. 2009 [cited; Available from:]
39. Observatoire national interministériel de sécurité routière. L'accidentologie des régions. 2008.
40. Observatoire régional de sécurité routière de la région paca. Bilan annuel d'accidentologie routière de la région Paca. 2008.
41. Thélot B. Les accidents de la vie courante : un problème majeur de santé publique. *BEH.* 2004a;n°19-20.
42. Ermanel C, Thélot B. Mortalité par accident de la vie courante : près de 20 000 décès chaque année en France métropolitaine. *BEH.* 2004;n°19-20.
43. Lasbeur L, Thélot B. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2006. *BEH.* 2010;n°8:65-9.
44. Réseau Epac. Description et incidence des accidents de sport. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante 2004-2005. Réseau Epac. Saint-Maurice: InVS; 2007.
45. Dalichampt M, Thélot B. Les accidents de la vie courante en France métropolitaine. Enquête santé et protection sociale 2004. Saint-Maurice: InVS; 2008.

Bibliographie

46. InVS. Premiers résultats définitifs de l'enquête NOYADES 2009
1er juin - 30 septembre 2009; 2009.
47. Laporte JD, Baudru C, Constans D, Boileau A. Réseau épidémiologique
d'accidentologie des sports d'hiver. Résultats hiver 2007-2008. Chambéry;
2008.
48. Laporte J, Constans D, Pidou V. Evolution des accidents aux sports d'hiver.
Le risque en miniski (ou skiboard). BEH. 2004;n°19-20.
49. Insee. Données économiques et sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur
2004; 2004.
50. Tunstall-Pedoe H KK, Mähönen M, Tolonen H, Ruokokoski E,
Amouyel P, for the WHO MONICA Project. . Contributions of trends in
survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease
mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations.
Lancet. 1999;353:1547-57.
51. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques.
L'état de santé de la population en France. Rapport 2008. Indicateurs
associés à la loi relative à la politique de santé publique. Paris; 2009.
52. InVS. Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement
transmissibles au 31 décembre 2008 – Rénago, Rénachla et RésIST. 2010
février 2010.
53. Conseil Général des Bouches-du-Rhône, Service Prévention IST - Cancers
- Vaccinations. Situation épidémiologique - Bilan d'activité - année 2009
- 2010.
54. InVS. Rougeole. 2010 [cited Juin 2010; Available from:
55. Michel P. Étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux
soins; 2006.
56. Delarozzière J, Voisin L, Metzger M. Enquête nationale de prévalence des
infections nosocomiales 2006 Rapport régional Provence-Alpes-Côte
d'Azur; 2006.
57. Dejardin O, Bouvier A, Faivre J, Boutreux S, De Pourville G, Launoy G.
Access to care, socioeconomic deprivation and colon cancer survival.
Aliment Pharmacol Ther. 2008 27(10):940-9.
58. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Éléments
d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage
individuel du cancer de la prostate; 2004.
59. Haute Autorité de Santé. Éléments d'information des hommes
envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de
la prostate - Document à l'usage des professionnels de santé; 2004.

60. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med*. 2009 Mar 26;360(13):1320-8.
61. L'académie Nationale de médecine, L'académie des sciences - Institut de France, Le centre international de recherche sur le cancer, La fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. *Les causes du cancer en France*; 2007.
62. Fery-Lemonnier E. *La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France*; 2009.
63. DREES. *L'état de santé de la population en France - Rapport 2008*. 2009 [cited; Available from:
64. European Lung Fundation. *Les maladies respiratoires* [cited; Available from: <http://www.fr.european-lung-foundation.org>
65. Delmas MC, Leynaert B, Com-Ruelle L, Annesi-Maesano I, Fuhrman C. *Asthme : prévalence et impact sur la vie quotidienne Analyse des données de l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee*. Saint-Maurice: InVS; 2008.
66. IRDES. *L'asthme en France en 2006 : prévalence et contrôle des symptômes*; 2008.
67. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006 Nov ; 3(11):e442.
68. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy people 2010: understanding and improving health*. 2010.
69. La Société de Pneumologie de Langue Française. *Le souffle c'est la vie. 7^e journée mondiale de lutte contre la BPCO*; 2003; 2003.
70. Roche N, Dalmay F, Perez T, Kuntz C, Vergnenegre A, Neukirch F, et al. Impact of chronic airflow obstruction in a working population. *Eur Respir J*. 2008 Jun;31(6):1227-33.
71. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Mannino DM. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2006 Sep;28(3):523-32.
72. Fuhrman C, Delmas MC. *Épidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France*. *Rev Mal Respir*. 2010;27(2):160-8.
73. Roche N, Perez T, Neukirch F, Carre P, Terrioux P, Pouchain D, et al. Sujets à risque de BPCO en population générale : disproportion entre la fréquence des symptômes, leur perception et la connaissance de la maladie. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2009;26(5).

Bibliographie

74. Inserm, TNS Healthcare Sofres, Institut Roche de l'obésité. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 2009 [cited 2010 29 March]; 9]. Available from: http://www.roche.fr/portal/eipf/france/roche/fr/institutionnel/obepi_roche_2009
75. Dauphinot V, Naudin F, Guégan R. Réalisation d'un examen de santé dans le cadre d'une enquête en population générale : biais de participation et confrontation des données de santé déclarées lors de l'Enquête décennale santé 2002-2003 et mesurées dans les CES de l'Assurance Maladie. Saint-Etienne: Cetaf; 2006.
76. ORS PACA. Activité physique et sédentarité en Provence-Alpes-Côte d'Azur - Baromètre Santé Nutrition 2008; 2010.
77. McLaren L. Socioeconomic status and obesity. *Epidemiol Rev.* 2007;29:29-48.
78. Black JL, Macinko J. Neighborhoods and obesity. *Nutr Rev.* 2008 Jan;66(1):2-20.
79. Paraponaris A, Saliba B, Ventelou B. Obesity, weight status and employability: Empirical evidence from a French national survey. *Economics and Human Biology.* 2005; Sous presse.
80. Drury CA, Louis M. Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *J Am Acad Nurse Pract.* 2002 Dec;14(12):554-61.
81. Fontaine KR, Faith MS, Allison DB, Cheskin LJ. Body weight and health care among women in the general population. *Arch Fam Med.* 1998 Jul-Aug;7(4):381-4.
82. Basdevant A, Laville M, Ziegler O. Recommendations for the diagnosis, the prevention and the treatment of obesity. *Diabetes Metab.* 2002;28(2):146-50.
83. Cade J, O'Connell S. Management of weight problems and obesity: knowledge, attitudes and current practice of general practitioners. *Br J Gen Pract.* 1991;41(345):147-50.
84. Campbell K, Engel H, Timperio A, Cooper C, Crawford D. Obesity management: Australian general practitioners' attitudes and practices. *Obes Res.* 2000;8(6):459-66.
85. Price JH, Desmond SM, Krol RA, Snyder FF, O'Connell JK. Family practice physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding obesity. *Am J Prev Med.* 1987;3(6):339-45.
86. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obes Res.* 2005 Apr;13(4):787-95.

87. Bocquier A, Cortaredona S, Nauleau S, Jardin M, Verger P. Prevalence of treated diabetes: geographic variation at the small-area level and association with area-level characteristics. A multilevel analysis in Southeastern France. *Diabetes Metab.* 2010;In press.
88. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Haute autorité de santé. Type 2 diabetes treatment: French recommendations for good practice AFSSAPS - HAS.2006. *Diabetes Metab.* 2006 Dec;32(6):643-8.
89. Agence de biomédecine. Réseau, épidémiologie, information, néphrologie (REIN). Registre français des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique. Rapport annuel 2008; 2008.
90. Boini S, Bloch J, Briançon S. Surveillance de la qualité de vie des sujets atteints d'insuffisance rénale chronique terminale. Rapport qualité de vie – REIN. Volet dialyse 2005. Saint-Maurice; 2008.
91. Iles RA, Davidson M, Taylor NF. Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review. *Occup Environ Med.* 2008 Aug;65(8):507-17.
92. Steenstra IA, Verbeek JH, Heymans MW, Bongers PM. Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. *Occup Environ Med.* 2005 Dec;62(12):851-60.
93. Institut national de recherche et de sécurité. Les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur; 2009.
94. Leclerc A, Chastang JF, Regnard I, Ravaud JF. Lomalgie invalidante et situation sociale, résultats issus de l'enquête HID (Handicap-incapacité-dépendance), France. *BEH.* 2007;n°02-03:15-7.
95. Holland P, Burstrom B, Moller I, Whitehead M. Gender and socio-economic variations in employment among patients with a diagnosed musculoskeletal disorder: a longitudinal record linkage study in Sweden. *Rheumatology (Oxford).* 2006 Aug;45(8):1016-22.
96. Centre régional d'information et de prévention du sida Paca. Actualités épidémiologiques. 2010.
97. ORS Paca. L'épidémie de VIH/sida en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *repèreSanté.* 2007;13.
98. Préau M, Marcellin F, Carrieria M-P, Lert F, Obadia Y, Spire B, et al. Health-related quality of life in French people living with HIV in 2003: results from the national ANRS-EN12-VESPA Study. *AIDS* 2007;21 S19–S27.
99. Dray-Spira R, Lert F. Living and working with HIV in France in 2003: results from the ANRS-EN12-VESPA Study. *Aids.* 2007 Jan;21 Suppl 1:S29-36.

Bibliographie

100. Préau M, Bonnet A, Bouhnik A-D, Fernandez L, Obadia Y, Spire B, et al. Anhédonie et dépression dans le contexte de l'infection par le VIH avec les multithérapies antirétrovirales (ANRS-EN12-VESPA). *L'Encéphale*. 2008;34:385—93.
101. Schiltz M-A, Bouhnik A-D, Préau M, Spire B, groupe d'étude ANRS-EN12-VESPA. La sexualité des personnes atteintes par le VIH : l'impact d'une infection sexuellement transmissible. *Sexologies*. 2006;15 157–64.
102. Larsen C, Pialoux G, Salmon D, Antona D, Piroth L, Le Strat Y, et al. Prévalence des co infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH, France,. *BEH*. 2005;23 109-12.
103. Fnors. Les maladies transmissibles dans les régions de France. Les maladies transmissibles dans les régions de France; 2009.
104. Péquignot F, Hillon P, Antona D, Ganne N, Zarski JP, Méchain M, et al. Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001. *BEH*. 2008;n°27:237-40.
105. InVS. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. 2007. http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/index.html
106. ORS Paca. Surveillance continue du virus de l'hépatite C dans les centres de dépistage anonyme et gratuit et centre d'examen de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur : analyse des données recueillies sur la période 2004-2008. La lettre d'information du système de surveillance du VHC en Provence-Alpes-Côte d'Azur. 2010;8.
107. Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, Barin F, Emmanuelli J, Semaille C, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *BEH*. 2006;n°33:244-7.
108. Antona D, Letort MJ, Le Strat Y, Pioche C, Delarocque-Astagneau E, Lévy-Bruhl D. Surveillance des hépatites B aiguës par la déclaration obligatoire, France, 2004-2006. *BEH*. 2007;n°51-52:425-9.
109. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33(3):395-405.
110. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004(420):21-7.
111. DRASS PACA. Santé mentale en population générale: image et réalité en Provence-Alpes-Côte d'Azur; 2009.

112. Souarès Y, Cervantès M, Deniau J, Le Naour C, Valenty M. Les maladies à caractère professionnel en PACA - Résultats des Quinzaines MCP 2006 et 2007; 2010.
113. ORS Paca. Tableau de bord régional Provence-Alpes-Côte d'Azur - Santé, sécurité et conditions de travail; 2010.
114. Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(2):147-55.
115. Arnow BA, Hunkeler EM, Blasey CM, Lee J, Constantino MJ, Fireman B, et al. Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosom Med*. 2006;68(2):262-8.
116. Verger P, Clavaud H, Bidaud S, Paraponaris A, Sauze L. Le nombre de remboursements pour médicaments antalgiques et anti-inflammatoires ou le nombre d'actes radiologiques sont des facteurs prédictifs de la mise sous antidépresseur. Une étude de données de remboursements de la Caisse médical régionale de Provence. . *Presse Médicale*. 2007;36:50-6.
117. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(10):1123-31.
118. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005;150(6):1115-21.
119. Bobes J, Arango C, Aranda P, Carmena R, Garcia-Garcia M, Rejas J. Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: results of the CLAMORS Study. *Schizophr Res*. 2007;90(1-3):162-73.
120. Fergusson DM, Goodwin RD, Horwood LJ. Major depression and cigarette smoking: results of a 21-year longitudinal study. *Psychol Med* 2003;33(8):1357-67.
121. Swendsen JD, Merikangas KR, Canino GJ, Kessler RC, Rubio-Stipec M, Angst J. The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Compr Psychiatry*. 1998;39(4):176-84.
122. Bots S, Tijhuis M, Giampaoli S, Kromhout D, Nissinen A. Lifestyle- and diet-related factors in late-life depression--a 5-year follow-up of elderly European men: the FINE study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(5):478-84.
123. Brown WJ, Ford JH, Burton NW, Marshall AL, Dobson AJ. Prospective study of physical activity and depressive symptoms in middle-aged women. *Am J Prev Med*. 2005;29(4):265-72.

Bibliographie

124. Appleton KM, McGowan L. The relationship between restrained eating and poor psychological health is moderated by pleasure normally associated with eating. *Eat Behav.* 2006;7(4):342-7.
125. Verger P, Lions C, Ventelou B. Is depression associated with health risk-related behavior clusters in adults? *EJPH.* 2009;19:618-24.
126. INPES. La dépression en France : enquête Anadep 2005; 2009.
127. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004(420):55-64.
128. Lecadet J, Vidal P, Baris B, Vallier N, Fender P, Allemand H. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. II. Données et comparaisons régionales, 2000. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie.* 2003;34(4):233-48.
129. Bocquier A, Bezzou K, Nauleau S, Verger P. Dispensing of anxiolytics and hypnotics in southeastern France: demographic factors and determinants of geographic variations. *Fundamental & Clinical Pharmacology.* 2008;22:323-33.
130. Kovess-Masfety V, Korkeila J. Mental Health Monitoring. In: Stakes, editor. *Public Health Approach on Mental Health in Europe Helsinki*; 2000.
131. van Rijswijk E, van Hout H, van de Lisdonk E, Zitman F, van Weel C. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. *BMC Fam Pract.* 2009;10(52).
132. Morvan Y. Dépression : prévalence, facteurs associés et consommations de soins. In: INPES, editor. *Baromètre Santé 2005, attitudes et comportements de santé*; 2007.
133. ORS PACA. Etat des lieux sur la prise en charge des problèmes de santé mentale à Marseille : Une enquête qualitative auprès d'usagers et de professionnels; 2007.
134. OMS Europe. Therapeutic Patient Education - Continuing Education Programmes for Healthcare Providers in the field of Chronic Disease; 1996.
135. Gallefoss F, Bakke PS. Impact of patient education and self-management on morbidity in asthmatics and patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med.* 2000 Mar;94(3):279-87.
136. Kirwan JR, Hewlett S, Cockshott Z, Barrett J. Clinical and psychological outcomes of patient education in rheumatoid arthritis. *Musculoskeletal Care.* 2005;3(1):1-16.

137. Kutzleb J, Reiner D. The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *J Am Acad Nurse Pract.* 2006 Mar;18(3):116-23.
138. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. 2007.
139. Enel P, Ferrandino J, Gentile S, Parron S. Identification des actions d'Éducation Thérapeutique du Patient ciblant les maladies chroniques au sein des établissements de santé, de leurs partenaires ambulatoires et des réseaux de santé de la région PACA en 2008-2009; 2010.
140. HCSP. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier secours; 2009.
141. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Latil E, Lengagne P. Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale. *Questions d'économie de la santé IRDES.* 2005; n° 97.
142. Hill C, Jouglu E, Beck F. Le point sur l'épidémie de cancer du poumon dû au tabagisme. *BEH.* 2010 25 mai 2010;n°19-20.
143. InVS. Consommation de tabac par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité; 2010.
144. Peretti-Watel P, Constance J, Seror V, Beck F. Cigarettes and social differentiation in France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor? *Addiction.* 2009 Aug 4.
145. Blanchon T, Boissonnas A, Vareseon I, Vidal-Trecan G. Homelessness and high-dosage buprenorphine misuse. *Subst Use Misuse.* 2003;38:429-42.
146. Sahajian F, Vanhems P, Bailly F, Fabry J, Trepo C, Sepetjan M. Screening campaign of hepatitis C among underprivileged people consulting in health centres of Lyon area, France. *Eur J Public Health* 2007;17:263-71.
147. Moreau C, Lydié N, Warszawski J, Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. In: Inpes, editor. *Baromètre santé 2005.* Saint-Denis; 2007. p. 329-53.
148. ORS Paca, GRSP Paca. Consommation alimentaires en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Baromètre santé nutrition 2008.* 2010.
149. Darmon N, Bocquier A, Vieux F, Gaillavet F. L'insécurité alimentaire pour raisons financières en France. *Onpes.* 2010.
150. Organisation mondiale de la santé. Questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (GPAQ). Guide pour l'analyse.
151. Institut national de santé publique Québec. Intensité de pratique d'activité physique : définitions et commentaires. 2006.

Bibliographie

152. Institut National du Cancer. La situation du cancer en France en 2009; 2009.
153. Eilstein D, Uhry Z, Ancelle-Park R, Arveux P, Asselain B, Bloch J, et al. Estimation de l'impact du dépistage organisé sur la mortalité par cancer du sein: Institut de Veille Sanitaire; 2007 Mars 2007.
154. Gorza M, Salines E, Bloch J. Dépistage organisé du cancer du sein - Évaluation épidémiologique - Données 2005: Institut de Veille Sanitaire; 2009 5 février 2009.
155. DREES. La santé des femmes en France. Paris; 2009.
156. Baudier F, Michaud C. Le dépistage des cancers : entre organisation et libre choix. In: Beck F, Guilbert P, Gautier A, editors. Baromètre Santé 2005. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2007. p. 299-328.
157. Verger P, Aulagnier M, Souville M, Ravaud JF, Lussault PY, Garnier JP, et al. Women with disabilities: general practitioners and breast cancer screening. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005;28:215-20.
158. Centre interRégional d'Etude d'Action et d'Information Provence Alpes Côte d'Azur et Corse en faveur des personnes en situation de handicap et/ ou d'inadaptation. Dépistage du cancer chez les personnes handicapées : pratiques en établissement médico-social; 2010.
159. Duport N, Bloch J. Dépistage du cancer du col de l'utérus. In: Guilbert P, Peretti-Watel P, Beck F, Gautier A, editors. Baromètre cancer 2005. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2006. p. 128-36.
160. Cuzick J, Arbyn M, Sankaranarayanan R, Tsu V, Ronco G, Mayrand MH, et al. Overview of human papillomavirus-based and other novel options for cervical cancer screening in developed and developing countries. *Vaccine*. 2008 Aug 19;26 Suppl 10:K29-41.
161. Lavoue V, Bergeron C, Riethmuller D, Darai E, Mergui JL, Baldauf JJ, et al. Cervical screening: toward a new paradigm? *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2010 Apr;39(2):102-15.
162. Faivre J, Lepage C, Dancourt V. Le dépistage organisé du cancer colorectal en France et en Europe : historique et état des lieux. *BEH*. 2009 13 janvier 2009;n° 2-3.
163. Goulard H, Boussac-Zarebska M, Salines E, Bloch J. Evaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer du côlon et du rectum en France: Institut de Veille Sanitaire; 2009.

164. Pernet C, Dejardin, Olivier., Morlais F, Bouvier V, Launoy G. Déterminants socio-économiques de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal, Calvados (France), 2004-2006. BEH. 2010 30 mars 2010;n°12.
165. Six C. Organisation de la vaccination et mesure de la couverture vaccinale en région Paca. Saint-Maurice: InVS; 2010.
166. Baudier F, Léon C. Le geste vaccinal : préserver sa place au coeur de la prévention. In: Beck F, Guilbert P, Gautier A, editors. Baromètre santé 2005. Saint-Denis: Inpes; 2007. p. 278-316.
167. Schwarzinger M, Flicoteaux R, Cortarenoda S, Obadia Y, Moatti JP. Low acceptability of A/H1N1 pandemic vaccination in French adult population: did public health policy fuel public dissonance? PLoS One. 2010;5(4):e10199.
168. Kirchner S, Arenes JF, Cochet C, Derbez M, Duboudin C, Elia P, et al. Observatoire de la qualité de l'air intérieur campagne nationale logements : état de la qualité de l'air dans les logements français. Rapport final; 2007.
169. Cire Sud. Les intoxications au monoxyde de carbone en région Provence-Alpes-Côte d'Azur sur la période 2005-2008, Communication du 10 Mai 2010; 2009.
170. Girard D, Léon C, Gourier-Fréry C. Monoxyde de carbone. In: Ménard C, Girard D, Léon C, Beck F, editors. Baromètre santé environnement 2007. Saint-Denis: Inpes; 2008. p. 190-211.
171. ORS PACA. Baromètre Santé environnement 2007 : Résultats en Provence-Alpes-Côte d'Azur; 2007.
172. Davezac H, Grandguillot G, Robin A, Saout C. L'eau potable en France 2005-2006. Paris; 2008.
173. DGS. Bilan de la qualité de l'eau du robinet du consommateur vis-à-vis des pesticides en 2008 DGS Bureau de la qualité des eaux Ministère de la santé et des sports http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_national_pesticides_2008.pdf; 2008.
174. Acadpharm. Médicaments et Environnement Rapport de l'Académie nationale de pharmacie, septembre 2008 http://www.acadpharm.org/dos_public/1_Rapport_Med_Env_version_JMH_def_JPC.pdf; 2008.
175. DGUHC. Direction Générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction, lettre_des_etudes_n34, mars 2006 http://lhi-paca.org/IMG/pdf/lettre_des_etudes_n34-2.pdf; 2006.
176. Melquiond A, Roux V. Trois habitants sur quatre satisfaits malgré des logements plus petits. SUD INSEE l'essentiel. 2008;n°118.
177. Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé: Inserm, . La Découverte, . 2000.

Bibliographie

178. Haut Conseil de la santé publique. Objectifs de santé publique. Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions; 2010.
179. Ministère de l'Emploi. Etude connaissance de l'habitat précaire. Rapport final; 2006.
180. Cire Sud, InVS, ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, ARS Corse. Veille hebdo Provence-Alpes-Côte d'Azur - Corse. Point n°2010-23 publié le 11 juin 2010. Le point épidémio. 2010.
181. Raoult D. Les nouveaux risques infectieux. Grippe aviaire, SRAS, et après ? Paris; 2005.
182. Toma B, Thiry E. Qu'est ce qu'une maladie émergente ? Epidémiologie et santé animale. 2003;44:1-11.
183. Armengaud A, Cicchelerio V, Capek I, Del Giudice P, Mantey K, Mailles A, et al. Surveillance du virus West Nile en France dans les départements du pourtour méditerranéen, 2003-06. BEH. 2007;29-30:264-7.
184. EID Méditerranée, Adege. Rapport d'étude. Éléments entomologiques relatifs au risque d'apparition du virus chikungunya en métropole; 2006.
185. Ledrans M, Dejour Salamanca D. Cas importés de chikungunya et de dengue en France métropolitaine. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2008.
186. Rigau-Perez JG. Severe dengue: the need for new case definitions. Lancet Infect Dis. 2006 May;6(5):297-302.
187. World Health Organisation. Dengue / dengue haemorrhagic fever. <http://www.who.int/csr/disease/dengue/en/index.html> consulté le 3 novembre 2009.; 2009.
188. Dejour Salamanca D, La Ruche G, Tarantola A, Souares Y, Armengaud A, Peloux-Petiot F, et al. Cas de dengue déclarés en France métropolitaine 2006-2008 : une évolution souhaitable de la déclaration. BEH. 2010;n°11:101-4.
189. Verger P, Bard D, Noiville C, Lahidji R. Environmental disasters: preparing for impact assessments and operational feedback. Am J Disaster Med. 2008 Nov-Dec;3(6):358-68.
190. Lang T, Schwoebel V, Diene E, Bauvin E, Garrigue E, Lapierre-Duval K, et al. Assessing post-disaster consequences for health at the population level: experience from the AZF factory explosion in Toulouse. J Epidemiol Community Health. 2007 Feb;61(2):103-7.
191. Wilkinson R, Marmot M. Les déterminants sociaux de la santé : les faits. Deuxième édition. Copenhagen; 2004.
192. Comité de la prévention et de la précaution. Catastrophes environnementales. Préparer l'évaluation de leurs effets et le retour d'expérience.; 2008.

193. Ledrans M. Impact sanitaire de la vague de chaleur de l'été 2003 : synthèse des études disponibles en août 2005. BEH. 2006;n°19-20:130-7.
194. Insee-Drire. L'industrie régionale et les services aux entreprises. 2006 [cited; Available from: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/provence/themes/dossier/indus06/industrie_Part2.pdf]
195. Inspection des installations classées. Base des installations classées. 2010 [cited; Available from: <http://installationsclassees.ecologie.gouv.fr/rechercheICForm.php>]
196. Ministère de l'intérieur. Base ARIA des accidents technologiques. 2010 [cited; Available from: <http://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/>]
197. ORS PACA. Tableau de bord santé environnement; 2005.
198. CLIC PACA. Sites des Plans de Prévention des Risques Technologiques Provence-Alpes-Côte d'Azur. 2010 [cited; Available from: <http://www.pprt-paca.fr/>]
199. Cyrprès. Les transports de matières dangereuses en Provence; 2004.
200. ORS PACA, INSERM. Guide de mise en place de dispositifs épidémiologiques après une catastrophe d'origine naturelle ou humaine; 2004.
201. Adams RE, Boscarino JA, Galea S. Social and psychological resources and health outcomes after the World Trade Center disaster. Soc Sci Med. 2006 Jan;62(1):176-88.
202. InVS. Conséquences sanitaires de l'explosion survenue à l'usine «AZF» le 21 septembre 2001. Rapport final sur les conséquences à un an pour la population des travailleurs et des sauveteurs de l'agglomération toulousaine. Saint-Maurice; 2007.
203. InVS. Conséquences sanitaires de l'explosion à l'usine de Grande Paroisse le 21 Septembre 2001; 2002.
204. Adaoust S. Démographie : nombre de naissances record. Insee Provence-Alpes-Côte d'Azur 2009.
205. Dros Paca. Pauvreté : les enfants sont aussi concernés. Les cahiers du Dros. 2010;8.
206. Ledésert B. Evolution des indicateurs de mortalité périnatale - Une évolution encourageante qui se poursuit. La lettre des Actualités Périnatales du Languedoc-Roussillon. 2006;22-23-24.
207. Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle M-H. Épidémiologie des morts maternelles en France 2001-2006. BEH. 2010;2-3.
208. Philibert M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle M. Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care ? BJOG. 2008;115:1411-8.

Bibliographie

209. Ancel P-Y, Bréart G, Kaminski M, Epipage BLplg. Devenir à l'âge scolaire des enfants grands prématurés. Résultats de l'étude Epipage. BEH. 2010;16-17.
210. Kovess-Masféty V, Boisson M, Godot C, Sauneron S. La santé mentale, l'affaire de tous: pour une approche cohérente de la qualité de vie; 2009.
211. Shojaei T, Kovess-Massfety V. La santé mentale des enfants scolarisés dans les écoles primaires de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur; 2005.
212. Gilbert R, Spatz Widom C, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 2009;376:68-81.
213. Observatoire de l'action sociale décentralisée. Protection de l'enfance : Une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. La lettre de l'ODAS. 2007.
214. Kitzmann K, Gaylord N, Holt A, Kenny E. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. Journal of consulting and Clinical Psychology. 2003;71(2):339-52.
215. Kotch J, Lewis T, Hussey J, English D, Thompson R, Litrownik A, et al. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. Child abuse and neglect. 2010;34:454-64.
216. Botsis A, Plutchik R, Kotler M, Van Praag H. Parental loss and family violence as correlates of suicide and violence risk. Suicide and life threatening Behavior. 1995;25(2):253-60.
217. Shaw B, Krause N. Exposure to physical violence during childhood, aging and health. Journal of aging and health. 2002;14(4):467-94.
218. Zinzow HM, Ruggiero KJ, Resnick H, Hanson R, Smith D, Saunders B, et al. Prevalence and mental health correlates of witnessed parental and community violence in a national sample of adolescents. Journal of child Psychology and psychiatry. 2009;50(4):441-50.
219. Malinsoky-Rummell R, Hansen D. Long-term consequences of childhood physical abuse. Psychological Bulletin. 1993;114(1):68-79.
220. McKinney C, Caetano R, Ramisetty-Mikler S, Nelson S. Childhood family violence and perpetration and victimization of intimate partner violence: findings from a national population-based study of couples. Ann Epidemiol. 2009;19(1):25-32.
221. Edwards V, Anda R, Felitti V, Dube S. Adverse childhood experiences and health-related quality of life as an adult. 2004.

222. Caballero M, Ramos L, Gonzales C, Saltijeral M. Family violence and risk of substance use among Mexican adolescents. *Child abuse and neglect*. 2010;In press.
223. Greenfield EA, Marks NF. Violence from parents in childhood and obesity in adulthood: using food in response to stress as a mediator of risk. *Soc Sci Med*. 2009 Mar;68(5):791-8.
224. Inserm. Données de prévalence. In: Inserm Lé, editor. *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, bilan des données scientifiques*. Paris; 2007. p. 175-90.
225. Mancini J, Pech-Georgel C, Brun F, George F, Livet M-O, Camps R, et al. EVAL MATER : proposition d'une évaluation pédiatrique des compétences langagières et psychomotrices lors du 1er bilan de santé en école maternelle. *Archives de Pédiatrie*. 2008;15:397-405.
226. InVS. Imprégnation des enfants par le plomb en France en 2008-2009. *BEH Web* 2010 [cited n°2; Available from: <http://www.invs.sante.fr/behweb/2010/02/index.htm>]
227. Pitrou I, Shojaei T, Wazana A, Gilbert F, Kovess-Masfety V. Child overweight, associated psychopathology, and social functioning: a French school-based survey in 6- to 11-year-old children. *Obesity (Silver Spring)*. 2010 Apr;18(4):809-17.
228. Lioret S, Touvier M, Dubuisson C, Dufour A, Calamassi-Tran G, Lafay L, et al. Trends in child overweight rates and energy intake in France from 1999 to 2007: relationships with socioeconomic status. *Obesity (Silver Spring)*. 2009 May;17(5):1092-100.
229. Shrewsbury V, Wardle J. Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990-2005. *Obesity (Silver Spring)*. 2008 Feb;16(2):275-84.
230. Romon M, Duhamel A, Collinet N, Weill J. Influence of social class on time trends in BMI distribution in 5-year-old French children from 1989 to 1999. *Int J Obes (Lond)*. 2005 Jan;29(1):54-9.
231. Guagliardo V, Bouhnik AD, Verger P. Evaluation of vaccine coverage in children from 2 to 4 years old in South-Eastern France. *Arch Pediatr*. 2007 Apr;14(4):338-44.
232. InVS. Vaccination par le BCG chez les enfants nés après la suspension de l'obligation vaccinale et suivis dans les PMI de France - Couverture vaccinale, pratiques vaccinales et connaissances de la politique vaccinale par les médecins vaccinateurs; 2010.
233. Jourdan N, Timotéo J. Recensement de la population - Portrait de la jeunesse de Provence-Alpes-Côte d'Azur. *SUD INSEE l'essentiel*. 2010;138.

Bibliographie

234. Belle R, Chesneau M-C, Jourdan N, Novella S. Accéder à un emploi stable : un défi pour les moins de 25 ans. SUD INSEE l'essentiel. 2010;142.
235. Liaroutzos O, Reveille-Dongradi C. Fragilité ou autonomie : à quoi se joue la qualité de l'insertion ? Mémo. 2010;47.
236. Direction Régionale de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement Paca. L'habitat des jeunes en région PACA. 2010.
237. Centre de ressources illettrisme Paca. Illettrisme, maîtrise des savoirs de base et de la langue française en Paca. 2009;1.
238. Spilka S, Le Nézet O, Laffiteau C, Legleye S. Analyse régionale ESCAPAD 2008. 2009 [cited; Available from:
239. ORS Paca. Comportements de santé des étudiants de première année inscrits dans les universités de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. repèreSanté. 2007;14.
240. ORS Paca. L'usage de cannabis chez les adolescents et les jeunes adultes en Provence-Alpes-Côte d'Azur. regardSanté. 2006;6.
241. Guagliardo V, Peretti-Watel P, Combes J-B, Obadia Y, Verger P. Facteurs socio-démographiques et économiques associés aux usages de tabac, d'alcool et de cannabis chez des étudiants en première année d'université en région Paca. BEH. 2009;6:52-6.
242. ORS Paca, GRSP Paca. Structure et environnement des repas en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Baromètre Santé Nutrition 2008. 2010.
243. Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. La contraception et le recours à l'avortement en France dans les années 2000 - Introduction. . Population. 2004;3-4(59):409-18.
244. Kozinsky Z, Bartai G. Contraceptive behavior of teenagers requesting abortion. Eur J Obst Gynecol Reprod Biol. 2003;112:80-3.
245. Rasch V. Contraceptive failure-results from a study conducted among women with accepted and unaccepted pregnancies in Denmark. . Contraception. 2002;66(2):109-16.
246. Roye C, Johnen J. Adolescents and emergency contraception. J Pediatr Health Care. 2002;16(1):3-9.
247. Le Corre M, Thomson E. Les IVG en 1998. DREES Etudes et Résultats. 2000;69.
248. Warszawski J, Bajos N. Activité sexuelle, contraception, maladies sexuellement transmissibles. In: CFES, editor. Baromètre santé 2000; 2002. p. 209-32.

249. ORS Paca. Interruptions volontaires de grossesses. Etats des lieux en France et en Paca, revue des connaissances et recommandations pour des études actions en 2005; 2005.
250. Vilain A, Mouquet M. Les interruptions volontaires de grossesses en 2001. DREES Etudes et Résultats. 2003;279.
251. Gould M, Greenberg T, Velting D, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. . Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2003 42(4):386-405.
252. ORS PACA. Perceptions et connaissances nutritionnelles en Provence-Alpes-Côte d'Azur - Baromètre Santé Nutrition 2008; 2010.
253. DREES. L'asthme chez les adolescents des classes de troisième. Etudes et Résultats 2005 [cited; Available from: <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er369.pdf>
254. DREES. La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats. Etudes et résultats 2008 [cited; Available from: <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er632.pdf>
255. InVS. Asthme : prévalence et impact sur la vie quotidienne. Analyse des données de l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee. 2008.
256. ORS Paca. La détresse psychologique chez les jeunes de 15-24 ans en Provence-Alpes-Côte d'Azur. repèreSanté. 2008;15.
257. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand. 2004;Suppl. 2004(420):47-54.
258. Verger P, Guagliardo V, Gilbert F, Rouillon F, Kovess-Masfety V. Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. Soc Psychiat Epidemiol. 2009.
259. Insee, Conseil général des Alpes-Maritimes. Alpes-Maritimes, vers une stabilisation du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2020; 2009.
260. Insee. Taux de pauvreté selon l'âge et le sexe. 2007 [cited; Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF04416
261. DRASS PACA. Enquête EHPA; 2003.
262. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Paris; 2005. Report No.: 2454/466

Bibliographie

263. Bond J, Stave C, Sganga A, O'Connell B, Stanley RL. Inequalities in dementia care across Europe: key findings of the Facing Dementia Survey. *Int J Clin Pract Suppl.* 2005 Mar(146):8-14.
264. Rimmer E, Wojciechowska M, Stave C, Sganga A, O'Connell B. Implications of the Facing Dementia Survey for the general population, patients and caregivers across Europe. *Int J Clin Pract Suppl.* 2005 Mar(146):17-24.
265. HAS. Maladie d'Alzheimer : comment améliorer les pratiques ? 2008 [cited; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_717879/rencontres-has-2008-maladie-d-alzheimer-comment-ameliorer-les-pratiques]
266. Païta M, Weill A. Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. Point de repère n°27 2008 [cited; Available from:]
267. FNORS. Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France; 2008.
268. Ramarason H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF. Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over: updated results of the PAQUID cohort. *Rev Neurol (Paris).* 2003 Apr;159(4):405-11.
269. Helmer C, Damon D, Letenneur L, Fabrigoule C, Barberger-Gateau P, Lafont S, et al. Marital status and risk of Alzheimer's disease: a French population-based cohort study. *Neurology.* 1999 Dec 10;53(9):1953-8.
270. Letenneur L, Gilleron V, Commenges D, Helmer C, Orgogozo JM, Dartigues JF. Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID project. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1999 Feb;66(2):177-83.
271. Helmer C, Joly P, Letenneur L, Commenges D, Dartigues JF. Mortality with dementia: results from a French prospective community-based cohort. *Am J Epidemiol.* 2001 Oct 1;154(7):642-8.
272. Eynard C, Piou O, Bascoul JL, Villez A. Synthèse des évaluations des 25 CLIC expérimentaux: rapport final; 2004.
273. Heisel MJ. Suicide and its prevention among older adults. *Can J Psychiatry.* 2006 Mar;51(3):143-54.
274. Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry.* 2002 Aug 1;52(3):193-204.
275. Casadebeig F, Ruffin D, Philippe A. Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite. *RESP.* 2003;51(1):55-64.

276. Cour des comptes. Rapport annuel au parlement sur la sécurité sociale. 2003 [cited; Available from: <http://www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/secu2003/introduction.htm>].
277. HAS. Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé - Propositions d'actions concertées. 2007.
278. Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. Paris; 2003.
279. Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charmes JP. Médicaments potentiellement inapropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française Rev Med Interne. 2009;30(7):592-601.
280. Insee Paca. Provence-Alpes-Côte d'Azur : 80 000 personnes âgées dépendantes en 2015. SUD INSEE l'essentiel. 2005;85.
281. Adler N, Ostrove J. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't know. Annals of the New York academy of Sciences. 1999;896:3-15.
282. Trannoy A, Tubeuf S, Jusot F, Devaux M. Inequality of opportunities in health in France: a first pass. Health Econ. 2009 Jul 8;19(8):921-38.
283. DRTEFP Paca. Conjonctures. 2008 [cited; Available from:]
284. Fondation Abbe Pierre. Les chiffres du mal logement. 2009 [cited; Available from:]
285. Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. Int J Epidemiol. 2009 Jun;38(3):877-83.
286. Shaw M, Dorling D. Mortality among street youth in the UK. Lancet. 1998 Aug 29;352(9129):743.
287. De la Rochère B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide; 2003.
288. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. PLoS Med. 2008 Dec 2;5(12):e225.
289. Fournier L, Mercier C, editors. Sans domicile fixe : au delà du stéréotype. Montréal: Méridien; 1996.
290. Cambois E, Laborde C, Robine JM. La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. Population et sociétés. 2008;441:1-4.
291. Lindholm C, Burstrom B, Diderichsen F. Does chronic illness cause adverse social and economic consequences among Swedes? Scand J Public Health. 2001 Mar;29(1):63-70.

Bibliographie

292. Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005 Dec;20(8):529-39.
293. Briot M. *Le bon usage des médicaments psychotropes*; 2006.
294. Peretti-Watel P, Seror V, Constance J, Beck F. Poverty as a smoking trap. *Int J Drug Policy*. 2009 May;20(3):230-6.
295. Insee Paca, L'acsé. *Le logement des immigrés en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2006 : une réalité contrastée*; 2008.
296. Insee Paca. *La population immigrée en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2004*. 2006.
297. Adoma. *Rapport d'activité 2009; 2010*.
298. Darmon N, Khlai M. An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices. *Public Health Nutr*. 2001 Apr;4(2):163-72.
299. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France : effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? *Revue économique*. 2009;60(2):385-411.
300. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. *Etat de santé des populations immigrées en France*; 2008.
301. Stanojevich E, Veïsse A. Repères sur la santé des migrants. *La santé de l'homme*. 2007:21-4.
302. Attias-Donfut C, Tessier P. Santé et vieillissement des immigrés. *Retraite et société*. 2005;46(3).
303. Desenclos J. Le point sur la tuberculose. *BEH* 2005 [cited; Available from: http://www.invs.sante.fr/beh/2005/17_18/beh_17_18_2005.pdf]
304. Invs. *Surveillance du VIH/sida en France. Rapport n° 2, données au 31 mars 2004*; 2005.
305. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand*. 2004 Apr;109(4):243-58.
306. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry*. 2005 Jan;162(1):12-24.
307. Grusser SM, Wolfli K, Morsen CP, Albrecht U, Heinz A. Immigration-associated variables and substance dependence. *J Stud Alcohol*. 2005 Jan;66(1):98-104.

308. Toussignant M. La santé mentale des migrants: analyse de son contexte social et longitudinal. Les classiques des sciences sociales 1992 [cited; Available from: http://classiques.uqac.ca/contemporains/toussignant_michel/sante_mentale_des_migrants/sante_mentale_des_migrants.pdf
309. Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. Le recours aux soins de ville des immigrés en France; 2009.
310. Duverger M, Guiraudou C. Prévention et dépistage des cancers auprès des personnes migrantes en PACA: représentations, connaissances et pratiques; 2007.
311. OMS. Santé mentale: davantage de besoins mais un accès aux soins limité. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé. 2009;87(/):252-3.
312. Azema B, Martinez N. Les personnes handicapées vieillissantes: espérances de vie et de santé; qualité de vie. RFAS. 2005;2.
313. DRASS PACA. ES 2006: Enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés au 31 décembre 2006; 2009.
314. Patja K, Iivanainen M, Vesala H, Oksanen H, Ruoppila I. Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow-up study. Journal of intellectual disability research. 2001;44(5):591-9.
315. CREAI PACA. Profil des personnes handicapées vieillissantes vivant à domicile, par territoire de proximité en Provence-Alpes-Côte d'Azur; 2007.
316. Paternostre B, Burucoa B, Marrimpoey P, coll. Polyhandicap, soins palliatifs et fin de vie. Motricité cérébrale. 2004;25(4):153-62.
317. Read S. The palliative care needs of people with learning disabilities. International Journal of Palliative Nursing. 1998;4(5):246-51.
318. Evenhuis HM, Theunissen M, Denkers I, Verschuure H, Kemme H. Prevalence of visual and hearing impairment in a Dutch institutionalized population with intellectual disability. Journal of intellectual disability. 2001;45(5):457-64.
319. van Schroyen Lantman-de Valk HM, Metsemakers JF, Soomers-Turlings MJ, Haveman MJ, Crebolder HF. People with intellectual disability in general practice: case definition and case findings. Journal of intellectual disability research. 1997;41(5):373-9.
320. Beange H. Intellectual disability and health care: the size of the problem. In: disabilities Pthopwd, editor. Sydney; 2002.
321. Hennequin M, Moysan V, Jourdan D, Dorin M, Nicolas E. Inequalities in oral health for children with disabilities: a French national survey in special schools. PloS One. 2008;3(6).

Bibliographie

322. Faulks D, Hennequin M. Evaluation of a long-term oral health programme by carers of children and adults with intellectual disabilities. *Special Care in Dentistry*. 2000;20:199-208.
323. Hennequin M, Allison PJ, Veyrune JL. Prevalence of oral health problems in a group of individuals with Down syndrome in France. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2000;42:691-8.
324. Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry*. 2007;190:27-35.
325. HAS. *Audition publique: accès au soin des personnes en situation de handicap*; 2008.
326. Chesson RA, Sutherland AM. General practice and the provision of information and services for physically disabled people aged 16 to 65 years. *Br J Gen Pract*. 1992;42(364):473-6.
327. Kersten P, McLellan L, George S, Mullee MA, Smith JA. Needs of carers of severely disabled people: are they identified and met adequately? *Health Soc Care Community*. 2001;9(4):235-43.
328. Kersten P, McLellan L, George S, Smith JA, Mullee MA. To what extent are the needs of severely disabled people met by community rehabilitation services? A follow-up study. *Disabil Rehabil*. 2000;22(18):855-61.
329. Beange HP. Caring for a vulnerable population: Who will take responsibility for those getting a raw deal from the health care system? *Med J Aust*. 1996;164(3):159-60.
330. Kerr M, Dunstan F, Thapar A. Attitudes of general practitioners to caring for people with learning disability. *Br J Gen Pract*. 1996;46(403):59-60.
331. Aulagnier M, Verger P, Ravaud JF, Souville M, Lussault PY, Garnier JP, et al. General practitioners' attitudes towards patients with disabilities: the need for training and support. *Disabil Rehabil* 2006. 2005;27(22).
332. Nosek MA, Howland CA. Breast and cervical cancer screening among women with physical disabilities. *Arch Phys Med Rehabil*. 1997;78(12 S5):S39-S44.
333. CREA PACA. *Dépistage du cancer chez les personnes handicapées*; 2010.
334. Michel G, Aquaviva E, Aubron V, Purper-Ouakil D. Suicides : mieux comprendre, pour prévenir avec plus d'efficacité. In: Inpes, editor. *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis; 2007.
335. Dauphinot V, Naudin F, Guégan R. Réalisation d'un examen de santé dans le cadre d'une enquête en population générale : biais de participation et confrontation des données de santé déclarées lors de l'Enquête décennale santé 2002-2003 et mesurées dans les CES de l'Assurance Maladie. Saint-Etienne: Cetaf; 2006.

Index

Etats de santé
et inégalités en région
Provence-Alpes-Côte d'Azur
2010

Index

A

Accident de la circulation, **26**, 76, 103
 Accident de la vie courante, **27**, 92, 108
 Accident du travail, **76**, 116
 Accident industriel, 83
 Accident vasculaire cérébral, 41
 Activité physique, **67**, 100, 116
 Agents infectieux, 78, 79
 Air, 72
 Alcool, **63**, 98, 115, 119
 Alimentation, **66**, 100, 115, 116
 Amiante, 74, 77
 Anxiété, 44, 52, **55**, 90
 Asthme, **43**, 72, 104

B

BCG, 95
 Broncho-pneumopathie chronique
 obstructive, 44
 Bucco-dentaire, **96**, 116

C

Cancer colorectal, **21**, 70, 116
 Cancer de l'utérus, **23**, 69, 102
 Cancer de la prostate, 39
 Cancer de la vessie, 39
 Cancer du poumon, **20**, 74
 Cancer du sein, **22**, 68
 Cancers, 20, **37**, 68, 74, 77, 116, 120,
 122
 Canicules, 82
 Cannabis, 65, 99
 Cardiopathies ischémiques, 30
 Chômage, 11, 97, 112, 117
 Chutes, 29, 108
 Contraception, 101
 Coqueluche, 94
 Couverture vaccinale, 70, 94, 95

D

Dengue, **80**, 119
 Dépendance, 12, 106, 107, **110**
 Dépistage, 39, 51, 68, 69, 70, 90, 107,
 116, 120, 122, 123
 Dépression, 25, 44, 52, **55**, 56, 58, 91,
 105, 109
 Diabète, **47**, 56, 106, 114
 Diphtérie, 94

E

Eau, 74
 Education thérapeutique, 58
 Enfants, 13, 29, 33, **87-96**, 104, 111,
 115, 118
 Environnement, **72**, 74, 78, 114, 116
 Etudiants, 99, 100, 102, 103, 104, 105

G

Grippe, 71

H

Habitat, 9, 72, 75, 93, 117
 Handicap, 27, 41, 56, 69, 110, **120**
 Hépatites virales chroniques, 52
 HiB, 94

I

latrogénie, 33, 109
 Incapacités, 49, **110**, 113, 120, 121
 Inégalités, 7, 12, 19, 21, 23, 27, 31, 38,
 41, 43, 44, 46, 47, 49, 51, 54, 64, 65,
 67, 69, 70, 76, 106, 111, 112, 114
 Infection à Chlamydia trachomatis
 urogénitale, 31
 Infection à gonocoques, 32
 Infections nosocomiales, 34
 Infections sexuellement transmissibles,
31, 118
 Insécurité alimentaire, 51, 67, 115
 Insuffisance cardiaque, 42
 Insuffisance rénale chronique, 48
 IVG, 102

Index

J

Jeunes, 11, 24, 31, 32, 33, 58, 65, 97–105

L

Légionellose, 78

Logement, 9, 97, 111, 113, 116, 117

M

Maladie d'Alzheimer, 106

Maladies cardio-vasculaires, 30, **40**, 114

Maladies cérébro-vasculaires, 41

Maladies chroniques, **37**, 58, 59, 114

Maladies infectieuses, 31

Maladies professionnelles, 76, 77

Maladies respiratoires, 42

Médicaments psychotropes, **56**, 114

Migrants, 116–120

Minima sociaux, 112

Monoxyde de carbone, **73**, 116

Mortalité infantile, 88

Mortalité maternelle, 88

Mortalité prématurée, 19, 20, 24, 30, 102, 113

N

Noyades, 29

O

Obésité, **46**, 47, 56, 92, 93, 103, 106, 114

P

Pauvreté, 11, 87, 106, 112, 115

Personnes âgées, 27, 28, 29, 32, 33, 41, 56, 71, 82, 103–111, 118, 119

Plomb, 93, 116

Poliomyélite, 94

Précarité, 10, 106, 115, 117, 123

Prématurés, 89

Préservatif, 66, 101, 102

Produits illicites, 50, 53, 65, 99, 115

R

Radon, 74

Risques industriels, 83

Risques naturels, 81

ROR, 95

Rougeole, 32, 95

S

Santé mentale, **55–58**, 77, 89, 90, 91, 92, 103, 104, 105

Saturnisme, 93, 118

Sida, 50, 51

Souffrance psychique, 55

Suicide, 24, 25, 26, 55, 91, 103, 104, 105, 109

T

Tabac, 20, 21, 40, **64**, 98, 115

Tétanos, 94

Traumatismes, 24

Travail, 27, 55, 56, 97, 98, 111, 112, 116, 117

Troubles de l'apprentissage, 92

Troubles musculo-squelettiques, **49**, 66, 76, 77

Tuberculose, **54**, 114, 118, 119

V

Vaccination, 32, **69**, 70, 71, 94, 95, 102

VHB, 52, 53, **54**

VHC, 51, **52**, 53, 54, 66, 118, 119

VIH, 50, **51**, 52, 53, 54, 66, 114, 119

Violences, 55, **91**

Virus du chikungunya, 80

Virus West Nile, 79

Z

ZEP, 91, 94, 95

Glossaire

Etats de santé
et inégalités en région
Provence-Alpes-Côte d'Azur
2010

Glossaire

Glossaire

AAH	Allocation adulte handicapé
AcVC	Accident de la vie courante
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'état
AVC	Accident vasculaire cérébral
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CES	Centre d'examens de santé
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
Clic	Comité local d'information et de concertation (gestion des risques) ou Comité local d'information et de coordination (personnes âgées)
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CSP	Catégories socioprofessionnelles
CSST	Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
CV	Couverture vaccinale
DI	Dépistage individuel
DO	Dépistage organisé ou Déclaration obligatoire
Ehpa	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées
Ehpad	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Événement indésirable grave
ETP	Education thérapeutique du patient ou Equivalent temps plein
FCU	Frottis cervico-utérin
Fnors	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
GIR	Groupe iso-ressources
IAL	Indicateur d'accidentologie locale
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm-CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale

Glossaire

IST	Infections sexuellement transmissibles
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MCP	Maladie à caractère professionnel
MP	Maladie professionnelle
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de la santé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS	Programme national nutrition santé
PPI	Plan particulier d'intervention
PPRT	Plans de prévention des risques technologiques
RMI	Revenu minimum d'insertion
ROR	Rougeole, oreillons, rubéole
RSA	Revenu de solidarité active
SA	Semaines d'aménorrhée
SDF	Sans domicile fixe
TARH	Tours aéroréfrigérante à voie humide
UD	Usager de drogues
UDVI	Usager de drogues par voie intraveineuse
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZEP	Zone d'éducation prioritaire

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

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.sirsepacaca.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...



Observatoire régional de la santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur
23 rue Stanislas Torrents
13006 Marseille

tél. : 04 91 59 89 00

fax : 04 91 59 89 24

email : accueil@orspacaca.org