

13^e

CONGRÈS NATIONAL DES
OBSERVATOIRES RÉGIONAUX DE LA SANTÉ
Bordeaux – Palais des congrès – 4 & 5 avril 2013

L'**OBSERVATION** – SANTÉ, SOCIAL, MÉDICOSOCIAL :
NOUVEAU PÉRIMÈTRE, NOUVEAUX ENJEUX



SYMPOSIUMS & ATELIERS
LES RÉSUMÉS



SOMMAIRE

SESSION 1 : JEUDI 4 AVRIL 2013 – 14H30-16H00 **5**

Le symposium	Les données de mortalité : qu'ont-elles encore à nous apprendre ?	7
Les ateliers	Aide à la planification	9
	Système d'information : le PMSI	11
	Diagnostic	13
	Accès aux soins	15
	Prévention	18
	Comportements / addictions	21

SESSION 2 : JEUDI 4 AVRIL 2013 – 16H30-18H00 **23**

Le symposium	Démarches nationale et régionales d'amélioration de la pertinence des soins	25
Les ateliers	Évaluation	27
	Méthodes	31
	Santé et environnement	34
	Santé et précarité	37
	Politique de la ville	40

SESSION 3 : VENDREDI 5 AVRIL 2013 – 09H00-10H30 **43**

Le symposium	L'action et la planification en santé : quelle observation pour quelle évaluation	45
Les ateliers	Départements d'outre mer	47
	Systèmes d'information : assurance maladie	49
	Outils	51
	Santé au travail	53
	Handicap	55
	Approches locales	57

LES POSTERS **59**



Jeudi 4 avril 2013
14h30 – 16h00

LE SYMPOSIUM : Les données de mortalité : qu'ont-elles encore à nous apprendre ?

LES ATELIERS :

- Aide à la planification
- Système d'information : le PMSI
- Diagnostic
- Accès aux soins
- Prévention
- Comportements / addictions

LES DONNÉES DE MORTALITÉ :

QU'ONT-ELLES ENCORE À NOUS APPRENDRE ?

1980-2013 : LA NOUVELLE VIE DES DONNÉES DE MORTALITÉ

Bertrand Garros

Conférence régionale de la santé
et de l'autonomie d'Aquitaine, Bordeaux, France

À la fin des années 1970, les données de mortalité étaient dénigrées tant par les cliniciens que par les épidémiologistes. Elles étaient largement sous-exploitées, faisant partie de cet ensemble qualifié de « cimetière de données ».

À partir des années 1980, la situation a progressivement évolué sous l'impact de facteurs qui ont additionné leurs effets. L'Inserm a élargi par étape l'accessibilité aux données de mortalité par cause de décès, y compris sous forme d'extraction de ses fichiers de base. Les capacités informatiques de traitement et d'analyse se sont accrues de manière considérables, permettant la mise en œuvre d'analyses lourdes et complexes sans avoir à recourir à de grands centres de calcul centralisés. L'émergence et le développement des observatoires régionaux de la santé, dans les années 1980, ont multiplié partout en France le nombre d'équipes en capacité de traiter ces données, parallèlement au renforcement des équipes de recherche en épidémiologie ou géographie de la santé. Les démarches de planification hospitalière (carte sanitaire, schémas régionaux), de décentralisation (dans les années 1980) et de régionalisation (dans les années 1990) ont fait émerger la nécessité de disposer d'états des lieux et de comparaisons d'états de santé entre territoires. Parallèlement, à la suite des travaux des années 1970 sur les années potentielles de vie perdues, de nouveaux indicateurs de mortalité ont été définis, renouvelant profondément la dimension opérationnelle des données de mortalité. Centrés sur la notion de mortalité prématurée et de mortalité évitable, ces indicateurs popularisés par le Haut comité de la santé publique et les tableaux de bord régionaux produits par les observatoires de la santé ont mis en évidence le paradoxe français associant niveau élevé de mortalité prématurée et niveau élevé d'espérance de vie à 65 ans. Enfin, depuis les années 1980, différentes questions de santé ont remis au premier plan les données de mortalité, qu'il s'agisse des inégalités sociales ou géographiques de santé, de l'irruption de l'épidémie

de sida, de la mort subite du nourrisson, de la lutte contre la mortalité routière ou encore des conséquences d'événements climatiques comme les vagues de froid ou de chaleur. Aujourd'hui, la fréquence grandissante des maladies chroniques conduit à mettre l'accent sur les données de survie en introduisant des dimensions qualitatives sur la qualité des années vécues, basées sur la présence ou l'absence de situation de handicap ou de perte d'autonomie.

LA MORTALITÉ ÉVITABLE, UN CONCEPT PERTINENT ?

Grégoire Rey, Eric Jouglu

Inserm, CépiDc, Le Kremlin-Bicêtre, France

Le concept de mortalité « évitable » a été proposé pour la première fois par Rutstein en 1976 afin de mesurer la qualité des soins à partir d'événements sentinelles. Ce concept a ensuite été élargi au cadre d'analyses géographiques. Dans cette optique, il a été régulièrement mis à jour et utilisé pour comparer l'efficacité des systèmes de soin dans les pays industrialisés. Les indicateurs de mortalité évitable ont été définis à partir de listes de causes de décès et de classes d'âges, généralement sélectionnées sur la base de la littérature et de dires d'experts.

Certaines définitions de la mortalité évitable, dont celle régulièrement utilisée en France, ciblent plus particulièrement la mortalité liée aux comportements à risque et à la prévention primaire. D'autres, souvent utilisées dans les pays anglo-saxons, sélectionnent des causes dont l'évitabilité est plus directement associée à un acte médical (prévention secondaire, soin...). Ces différents choix ont pour objectif d'identifier les principaux problèmes de santé publique des pays dont ils émanent.

Une approche européenne récente, basée sur le repérage des causes liées aux actes médicaux, a consisté à ne considérer comme évitable que les causes pour lesquelles un lien entre baisse de la mortalité pour une cause spécifique et introduction d'une innovation thérapeutique récente pouvait être mis en évidence à l'échelle popula-

tionnelle. Les principales difficultés de cette approche résident dans la pauvreté des bases de données historiques d'activité médicale en Europe, et dans le caractère multifactoriel de la variation de la mortalité.

La définition d'un indicateur de qualité des soins à partir du concept de mortalité évitable est par nature évolutive. À terme, elle devra également prendre en compte la fraction des décès effectivement attribuable à la qualité des soins. La production de tels indicateurs validés est très attendue par les décideurs en santé publique.

DU BON USAGE DES DONNÉES DE MORTALITÉ AU NIVEAU LOCAL

Philippe Pépin

ORS de Rhône-Alpes, Lyon, France

Les données de mortalité sont systématiquement utilisées pour décrire l'état de santé d'une population. Collectées presque partout de façon exhaustive et homogène elles permettent de comparer la situation sanitaire de pays aux niveaux de vie et aux systèmes de santé très différents.

En France, elles sont largement utilisées, notamment par les ORS, pour décrire les disparités de santé entre régions mais aussi, de plus en plus, à des niveaux géographiques fins. Aujourd'hui, en effet, la territorialisation des politiques sanitaires suppose de pouvoir s'appuyer sur des données sanitaires, ou mieux sur un diagnostic local de santé, le plus complet possible.

Dans le cadre de ces diagnostics, l'analyse des données de mortalité présente un intérêt évident grâce à des notions (espérance de vie, mortalité prématurée, mortalité infantile) facilement appropriables par les acteurs locaux et par la population. Cependant, certaines précautions méthodologiques s'imposent pour le calcul et la diffusion de tels indicateurs à un niveau géographique fin : faibles effectifs, mouvements de populations rendent ces indicateurs instables et/ou d'interprétation difficile.

Par ailleurs, de plus en plus d'indicateurs, notamment ceux issus des bases de l'Assurance maladie et des fichiers d'activité des établissements sanitaires sont mobilisables pour décrire de quelles pathologies souffrent les habitants d'un territoire, à partir de leur consommation médicamenteuse, de leur recours à l'hospitalisation, etc. Ces données sont disponibles plus rapidement (année n+1) que celles de mortalité (année n+3) et exploitables, pour certaines, à un niveau infra communal donc au niveau d'un quartier en politique de la ville par exemple. Ces

indicateurs font ressortir des problèmes de santé et notamment les maladies chroniques : diabète, troubles de santé mentale, allergies, dégénérescences séniles, etc. non révélées par les analyses de mortalité. Quand le diagnostic peut être complété par une enquête « sur le terrain » notamment par des entretiens auprès de certains acteurs locaux, de professionnels de santé ou d'habitants, ce sont précisément ces affections qui ressortent comme prioritaires notamment sur les territoires les plus défavorisés.

Mais n'enterrons pas trop vite la mortalité ! En respectant certaines précautions d'usage ou en ayant recours à des méthodes innovantes développées dans le cadre de certains travaux, les données de mortalité constituent toujours des données de cadrage pertinentes pour un diagnostic local. De plus, il est aujourd'hui techniquement possible de pouvoir disposer, au niveau local, de l'appariement des données de mortalité avec celles des bases médico-administratives, ce qui permet d'envisager des diagnostics locaux encore plus complets.

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

ORS : Observatoire régional de la santé

A1

DIAGNOSTIC D'ENVIRONNEMENT D'UN CENTRE HOSPITALIER

GARNIER Céline⁽¹⁾, DONCQUE Sophie⁽¹⁾
OCHOA André⁽¹⁾

Contexte : Dans la continuité du projet médical d'établissement 2008-2012, le centre hospitalier de Bergerac a souhaité conduire un diagnostic lui permettant de guider ses choix stratégiques pour les années à venir. Pour contribuer à cette réflexion, il a confié à l'Observatoire régional de la santé d'Aquitaine la réalisation d'une étude sur l'environnement de l'établissement et son activité afin d'identifier les besoins de santé actuels et futurs de la population auxquels doivent répondre les établissements de santé et médicosociaux.

Objectif et méthode : L'ORS Aquitaine a réalisé un état des lieux de l'environnement du centre hospitalier de Bergerac, incluant les caractéristiques sociodémographiques et d'état de santé de la population ainsi que les aspects relatifs à l'offre de soins et au dispositif médicosocial. Mais contrairement à une approche classique, réalisée à partir du territoire d'attractivité de l'établissement, cette étude a porté sur un territoire potentiel d'accessibilité du centre hospitalier, défini au regard du temps d'accès pour atteindre une structure.

Résultat : La première étape a permis de définir le territoire d'étude à partir du calcul des temps d'accès de la population d'une commune à l'établissement de santé le plus proche. Suite à la définition du territoire d'accessibilité, une étude d'environnement a été réalisée. Une analyse de l'activité du centre hospitalier à partir des données du PMSI a ensuite été conduite en comparant le territoire d'attractivité et celui d'accessibilité. Enfin au regard du vieillissement de la population, un complément d'analyse spécifique a été mené sur les personnes âgées du territoire d'accessibilité défini.

Conclusion : Ce diagnostic a été réalisé dans un objectif d'adéquation de l'offre aux besoins de la population. Réaliser une étude d'environnement sur la population potentielle du centre hospitalier, en termes de temps d'accès à un établissement de santé, permet de mieux connaître les caractéristiques de cette population mais également d'observer

les fuites vers d'autres établissements de santé pourtant plus éloignés du lieu d'habitation.

Contact auteur : GARNIER Céline
c.garnier@ors-aquitaine.org

⁽¹⁾ ORS Aquitaine, Bordeaux, France

A2

APPORT D'UN DIAGNOSTIC TERRITORIAL

TARRISSON Pascal⁽¹⁾

Contexte : Dans le cadre de l'élaboration du Projet régional de santé (PRS), l'ORS du Limousin, en collaboration avec le Groupe régional de santé publique du Limousin, a élaboré des « diagnostics territoriaux de santé en Limousin ».

Cette analyse, « diagnostic des territoires d'Ussel et de Bort-les-Orgues (Corrèze) », en particulier a grandement contribué :

- d'une part, à la définition du projet d'établissement 2012-2016 du Centre hospitalier d'Ussel,
- d'autre part, à la décision d'élaborer un Contrat local de santé sur le territoire de Haute-Corrèze (territoires d'Ussel et de Bort-les-Orgues).

Objectifs et méthode : le CH d'Ussel, depuis de nombreuses années, fait du projet d'établissement et notamment du projet médical qui en est le cœur, un outil stratégique majeur. Ce, avec l'objectif premier d'adapter en permanence, et avec la plus grande pertinence possible, ses prestations à l'évolution des besoins de santé de la population de son territoire de proximité (de caractère semi-rural à rural). Cette adaptation a lieu avec un esprit d'ouverture, de coopération, de complémentarité qui constitue le fil rouge du projet médical.

La Loi HPST prévoit que la mise en œuvre du PRS peut faire l'objet de contrats locaux de santé (CLS) conclus entre l'ARS et les collec-

tivités territoriales. La priorité du PRS Limousin est de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

La Fédération du Pays de Haute-Corrèze, regroupant les communes sur un territoire correspondant sensiblement à l'arrondissement, a décidé après un large travail de concertation de l'ensemble des professionnels de santé, d'initier une dynamique de création d'un pôle de santé sur son territoire.

Ces trois démarches potentiellement convergentes ont ainsi pu se rejoindre dans une dynamique de santé locale, cohérente et coordonnée, en réponse à des besoins clairement identifiés à partir d'un diagnostic local partagé, au travers de la signature d'un contrat local de santé.

Résultat : Ce diagnostic local partagé a pu être réalisé essentiellement grâce aux données tant épidémiologiques (morbidité, mortalité), sociodémographiques, que portant sur l'offre de soins de l'ORS Limousin. L'apport du « diagnostic territorial d'Ussel et de Bort-les-Orgues » en particulier a été très précieux.

Conclusion : Le CLS de Haute-Corrèze a ainsi permis la création d'un pôle de santé mettant en œuvre une organisation coordonnée de l'offre sanitaire et médico-sociale sur le territoire, axée sur le développement de véritables parcours de soins.

Contact auteur : TARRISSON Pascal
ptarri@chu-clermontferrand.fr

⁽¹⁾ CHU de Clermont-Ferrand

A3

REDÉCOUPAGE DES FRONTIÈRES DES PÔLES CLINIQUES ADULTES D'UN ÉTABLISSEMENT EN PSYCHIATRIE

MICHELETTI Pierre⁽¹⁾, CHIERICI Piero⁽¹⁾,
SALVADOR Nathalie⁽¹⁾, LOPEZ Nathalie⁽¹⁾

Contexte : La psychiatrie publique occupe en matière d'offre de soins une position particulière, du fait de son organisation sectorisée avec une dimension extra hospitalière.

Objectif et méthode : Le CH Alpes-Isère, établissement spécialisé en psychiatrie, a décrit la démarche et les outils produits pour analyser et allouer ses moyens en extra hospitalier. Il a élaboré un outil d'évaluation à destination de la direction et des pôles cliniques ayant pour but de : - formaliser un arbre décisionnel et des critères d'arbitrage pour les allocations de moyens ; - établir un état des lieux clair et partagé ; - mettre à disposition un outil d'aide à la décision (CHT, Redécoupage des pôles...). Le projet complet comprend plusieurs phases se déployant sur cinq ans. Le groupe projet associe un médecin de santé publique, le DIM, le service de contrôle de gestion, un partenariat avec l'agence d'urbanisme de Grenoble (AURG)

Résultat : La phase 1 a permis de modéliser et faire le diagnostic de la situation actuelle du territoire grâce à l'élaboration d'un arbre décisionnel, de tableaux d'indicateurs d'activités et de moyens, d'un atlas cartographique détaillé du territoire (radiographies sociodémographiques...). Cette phase a caractérisé notre territoire en élaborant une typologie par grands profils et en identifiant, par la même occasion, les territoires sous tension et les inégalités. La phase 2 a consisté à élaborer un outil d'aide à la décision utilisé pour redécouper nos pôles. Cet outil a permis de tester plusieurs hypothèses de redécoupage.

Conclusion : L'enjeu pour l'établissement était de mieux adapter son organisation polaire en vue de plus : - d'équité dans l'accès aux soins de la population, - d'efficacité au regard des moyens, - d'équité dans les charges de travail des différentes équipes. L'étude a montré qu'une solution à trois pôles (au lieu de quatre pôles initialement) répondait le mieux aux trois objectifs ci-dessous. Un accord consensuel sur la solution retenue a été trouvé entre les différents acteurs. La nouvelle organisation en trois pôles est en place depuis le 15/10/2012. Après une période de stabilisation en interne, nous continuons aujourd'hui les travaux d'analyse pour rentrer dans une phase intra-polaire.

Contact auteur : LOPEZ Nathalie
nlopez@ch-alpes-isere.fr

⁽¹⁾ Centre hospitalier Alpes-Isère, St Égrève, France

A4 ÉLÉMENTS ET PROCESSUS D'AIDE À LA PROGRAMMATION DE 139 SERVICES AMBULATOIRES SANTÉ ET AIDE / SOINS À DOMICILE EN RÉGION BRUXELLOISE

COPPIETERS Yves⁽¹⁾, CREMERS Amélie⁽¹⁾

Contexte : En région bruxelloise, certains services ambulatoires des domaines de la santé et du social bénéficient de subventions sur la base d'un décret. Ce cadre politique et institutionnel définit la nécessité de revoir la programmation générale de façon périodique. Une recherche-action a été menée pour favoriser l'adéquation entre la vision d'une future programmation sur la base de choix politiques et celle des acteurs de terrain, en tenant compte de l'évolution des problèmes sociaux et communautaires à Bruxelles.

Objectif et méthode : Cette recherche analyse l'offre existante des services ambulatoires découpés en 12 secteurs ainsi que leurs besoins. Un cadastre des services, sur la base d'un questionnaire en ligne, aborde les activités des services, leurs territoires et publics, les moyens mobilisés ainsi que la perception des demandes des bénéficiaires. Des groupes de concertation intersectorielle ont ensuite travaillé (qualitativement) certains aspects (fonctions, métiers, forces, faiblesses et opportunités).

Résultat : 115 services sur 139 ont été mobilisés dans le cadre du cadastre (82,7%). Les "stratégies" mises en œuvre concernent d'abord l'aide individuelle, même si les dimensions collectives et communautaires sont très présentes. Certaines activités sont reprises par la majorité des secteurs mais se déclinent de manière spécifique selon les bénéficiaires et les équipes de travail. Les services font état de difficultés dans la mise en œuvre des activités (ressources financières et humaines). Les tâches des professionnels et leurs compétences varient en fonction des équipes. Les besoins des services apparaissent multiples : besoins de décisions politiques et de travail en collaboration avec les institutions voisines.

Conclusion : Les pistes de la future programmation sont le reflet de l'expression des acteurs des services et secteurs sur une base participative. Une réflexion est nécessaire sur la reconnaissance conceptuelle et financière des fonctions transversales des services et d'une meilleure articulation du travail entre les secteurs dans une vision intégrée et différenciée.

Contact auteur : COPPIETERS Yves
yves.coppieters@ulb.ac.be

⁽¹⁾ Université libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique

ARS : Agence régionale de santé

AURG : Agence d'urbanisme de Grenoble

CH : Centre hospitalier

CLS : Contrat local de santé

DIM : Département d'information médicale

HPST : Hôpital, patient, santé, territoire

ORS : Observatoire régional de la santé

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PRS : Projet régional de santé

A5 40 ANS D'APPENDICECTOMIES EN FRANCE : FORTE BAISSÉ DES INTERVENTIONS ET CONVERGENCE DES PRATIQUES

OBERLIN Philippe⁽¹⁾, MOUQUET Marie-Claude⁽¹⁾,
GONZALEZ Lucie⁽¹⁾

Contexte : Le recours à l'appendicectomie a fortement diminué depuis les années 80.

Objectif et méthodes : Analyse de cette évolution à partir des bases médico-administratives.

Les séjours avec appendicectomie ont été repérés dans les bases PMSI 1997-2010, France entière, dans les enquêtes de morbidité hospitalière 1985-1987 et 1992-1993 et dans les données des statistiques antérieures.

Résultats : Estimé à plus de 300 000 entre 1969 et 1978, le nombre d'appendicectomies était de 268 000 en 1986 et de 203 000 en 1993 en France métropolitaine. Dans le PMSI, il était de 162 500 en 1997 et de 88 000 en 2010 pour la France entière.

La baisse a été plus importante chez les femmes. Après standardisation, le sex-ratio est passé de 0,66 en 1986 à 0,74 en 1993, à 0,83 en 1997 et il était à 1,01 en 2010, avec un taux standardisé pour 10 000 de 14,8 pour les hommes et de 14,6 pour les femmes. Cette baisse a surtout concerné les 5-14 ans, dont la part est passée de 45% en 1997 à 30 % en 2010.

Cette baisse a concerné toutes les régions, et les taux standardisés régionaux ont tendance à se rapprocher.

Seuls les séjours codés « appendicite aiguë » ou « autres formes d'appendicite » ont baissé, tandis que le nombre de péritonites est passé de 11 200 en 1997 à 12 300 en 2010 et celui des abcès de 14 400 à 13 000. Le taux standardisé de ces formes graves a peu varié (de 4,37 à 4,11 pour 10 000) ; dans les régions, il a tendance à s'homogénéiser.

Conclusion : La diminution des appendicectomies a donc porté uniquement sur les formes non graves d'appendicite. Elle a débuté dans les années 80, toutes les régions ont été concernées. Cela aboutit à une plus grande similitude des pratiques entre régions et à des indications opératoires mieux ciblées. Cette évolution semble traduire un changement de comportement des médecins, des patients et de leur entourage et il est difficile de mesurer l'amélioration diagnostique apportée par l'utilisation des scores prédictifs et par l'imagerie moderne. La crainte que le moindre recours à l'appendicectomie augmente le nombre de formes graves n'apparaît pas fondée.

Contact auteur : OBERLIN Philippe
philippe.oberlin@sante.gouv.fr

⁽¹⁾ BESP-Drees, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris, France

A6 ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES ET SPÉCIALISÉS DANS UNE RÉGION MARQUÉE PAR DE FORTES INÉGALITÉS SOCIALES : LA SITUATION DE L'ÎLE-DE-FRANCE

LABORDE Caroline⁽¹⁾, SAUNAL Adriën⁽¹⁾,
RODWIN Victor⁽²⁾

Contexte : Un des enjeux actuels des politiques régionales de santé est d'améliorer le système de soins pour réduire les inégalités sociales de santé en favorisant notamment le recours aux soins. La question des soins peut être étudiée du point de vue des soins primaires et des soins spécialisés.

Objectifs et méthode : L'objectif est :

- d'observer les disparités territoriales en matière de recours aux soins primaires et spécialisés
- d'identifier les facteurs pouvant les expliquer.

Le recours aux soins primaires sera analysé à partir des taux domiciliés d'hospitalisation évitables (SHE) ajustés sur l'âge pour chacun des 550 secteurs PMSI. Le recours aux soins spécialisés sera analysé à partir des taux de revascularisation ajustés sur l'âge (RA) et le fardeau de la maladie. Les données sont issues des bases PMSI et MCO des années 2004 à 2008. L'indicateur des SHE est construit à partir de la définition de Weissmann et porte sur les personnes de vingt ans et plus. L'indicateur des taux de revascularisation concerne les personnes âgées de 35 ans et plus, définies par la présence en diagnostic principal des cardiopathies ischémiques (IHD). Des analyses multi-niveaux permettent d'identifier au niveau régional les facteurs individuels et contextuels.

Résultat : Les variations de SHE en Île-de-France varient de 4.2 à 19.0. La variation des RA/IHD passe du simple au triple (de 0.1 à 0.3). On observe à l'échelle de l'Île-de-France un contraste important entre les régions de l'est (fort taux de SHE et faible ratio de RA/IHD) et les régions de l'ouest (faible taux de SHE et fort ratio de RA/IHD). Les analyses multi-niveaux concluent que résider dans une zone à faible revenu, dans une zone rurale et être pris en charge dans un hôpital public sont des facteurs associés à un taux de SHE augmenté et un taux de RA/IHD plus faible.

Conclusion : Il serait tout à fait pertinent d'intégrer ces indicateurs dans les IPA que mettent en place les ARS. Sans pour autant résumer à eux seuls le recours aux soins primaires et spécialisés, les indicateurs de SHE et de RA/IHD reflètent bien une partie des disparités sociales et des disparités de pratiques des médecins au niveau de la région Île-de-France.

Contact auteur : LABORDE Caroline
c.laborde@ors-idf.org

⁽¹⁾ ORS Île-de-France, Paris, France

⁽²⁾ New York University, New York, États-Unis

A7 HOSPITALISATIONS ÉVITABLES : ANALYSE DES DISPARITÉS TERRITORIALES DANS LES PAYS DE LA LOIRE EN 2007-2011

BUYCK Jean-François⁽¹⁾, LELIEVRE Françoise⁽¹⁾,
BERCELLI Paolo⁽²⁾, KARAKACHOFF Matilde⁽³⁾,
RODWIN Victor⁽⁴⁾, TALLEC Anne⁽¹⁾,
TUFFREAU François⁽¹⁾

Contexte : Dans le contexte d'une attention accrue portée aux parcours de soins des patients, le suivi des taux de séjours hospitaliers dits évitables paraît pertinent. Cependant, alors que de nombreux travaux internationaux montrent l'intérêt potentiel de ce type d'indicateur dans l'évaluation de la pertinence et de l'accès au système de soins primaires, son utilisation reste encore assez restreinte en France.

Objectifs et méthodes : L'objectif de cette étude est de quantifier les disparités des taux d'hospitalisations évitables parmi les territoires des Pays de la Loire - communes et établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) - et de les mettre en regard de caractéristiques sociodémographiques, économiques, et d'offre de soins. Les données sont issues des bases PMSI-MCO des années 2007 à 2011. Elles concernent les séjours hospitaliers évitables de personnes âgées de 20 ans ou plus, définis par la présence en diagnostic principal d'un code appartenant à une liste fréquemment utilisée au plan international.

Résultats : En moyenne chaque année au cours de la période 2007-2011, 28 600 séjours hospitaliers évitables d'adultes sont dénombrés les Pays de la Loire. Après standardisation sur l'âge et le sexe, le taux d'hospitalisations évitables est de 8,1 pour

1 000 habitants et varie de manière relativement importante selon les territoires (EPCI), de 5,7 à 12,1 pour 1 000.

Conclusions : Les disparités territoriales des taux d'hospitalisations évitables dans les Pays de la Loire peuvent en partie refléter des différences dans les pratiques de codage entre établissements, mais le rôle joué par les facteurs socioéconomiques territoriaux apparaît important. Les zones à la fois rurales et moins favorisées sur le plan économique semblent à première vue particulièrement touchées. Des analyses explicatives complémentaires chercheront à estimer l'influence propre de ces facteurs, associés aux facteurs liés à l'offre de soins. Ces résultats pourraient servir de support à une réflexion régionale, associant les différents acteurs de terrain concernés, sur les possibilités d'amélioration de la prise en charge ambulatoire de certaines populations à l'échelle locale.

Contact auteur : BUYCK Jean-François
jean-francois.buyck@orspaysdelaloire.com

⁽¹⁾ ORS Pays de la Loire, Nantes, France

⁽²⁾ Centre hospitalier Bretagne Sud Lorient, Lorient, France

⁽³⁾ Inserm umr 1087, Nantes, France

⁽⁴⁾ New York University, New York, Etats-Unis

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale

IHD : Ischaemic heart disease

IPA : Indicateur de pilotage de l'activité

MCO : Médecine, chirurgie, gynécologie

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

SHE : Séjour hospitalier évitable

A8 UN PARTENARIAT COMPLÉMENTAIRE POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ CONCERTÉE

COURALET Delphine⁽¹⁾, SCANDELLA Nadine⁽²⁾,
GARNIER Céline⁽²⁾, OCHOA André⁽²⁾

Contexte : Comme le prévoit la loi du 21 juillet 2009 (loi dite HPST), la planification régionale de la politique de santé est réalisée par les agences régionales de santé (ARS) au travers du programme régional de santé (PRS). Dans ce cadre, les ARS devaient notamment élaborer un schéma régional de prévention (SRP) et un programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). L'observatoire régional de la santé d'Aquitaine (ORS Aquitaine) et le Pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé (Peps Aquitaine) ont été sollicités par l'ARS Aquitaine pour établir un diagnostic permettant l'élaboration du SRP et du PRAPS.

Méthode : L'élaboration d'un schéma ou d'un programme ne peut se faire qu'au regard de l'existant et des besoins exprimés ou observés. Afin de disposer de ces informations, l'ORS et le Peps ont mis en œuvre une démarche partagée et participative faisant appel à plusieurs ressources et à diverses méthodes. Un état des lieux quantitatif a été réalisé à partir des données existantes selon une approche populationnelle et territoriale. Une approche qualitative a été mise en place à partir d'enquêtes auprès des opérateurs, des porteurs de politique de prévention et de personnes ressources. Des concertations dans chaque territoire de santé ont également été menées en présence de porteurs de politique et d'opérateurs du territoire.

Résultat : Réalisé entre mars et septembre 2011, plusieurs centaines de personnes ont été consultées sur toute la région de façon à recueillir leurs besoins, attentes et propositions. L'ensemble de ces éléments, dont la réalisation de l'état des lieux et les conclusions des enquêtes menées en collaboration entre l'ORS et le Peps, a abouti à l'élaboration d'un diagnostic partagé et aux premières propositions d'orientations du schéma et du programme.

Conclusion : La méthode d'élaboration de ce diagnostic, qui associe les expériences d'observation et d'analyse de données de l'ORS et d'animation et de relations avec les opérateurs du Peps, a permis de construire un document partagé. Il a permis à l'ARS Aquitaine d'élaborer le SRP et le PRAPS et de déterminer les objectifs prioritaires au niveau régional et des territoires de santé.

Contact auteur : COURALET Delphine
d.couralet@ireps-aquitaine.org

⁽¹⁾ IREPS Aquitaine, Bordeaux, France

⁽²⁾ ORS Aquitaine, Bordeaux, France

A9 RÉFLEXIONS SUR L'OPPORTUNITÉ D'UNE OBSERVATION EN SANTÉ AU SEIN D'UN CONSEIL GÉNÉRAL : APPROCHE COMPLÉMENTAIRE DE L'ANALYSE SOCIALE

Bertrand Court⁽¹⁾, Gaëlle Bret⁽¹⁾, Claire Valette⁽²⁾

Contexte : Les conseils généraux ont une compétence en matière d'aide sociale à l'enfance, de protection maternelle et infantile, de prévention sanitaire, d'aide sociale aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap et d'accompagnement social des publics fragiles.

Le conseil général de la Loire développe une expérience et une expertise dans l'observation sociale avec des ressources dédiées : une équipe de chargés d'études, un système d'information et un SIG. Depuis trois ans, la création d'une mission en santé publique a mis en évidence la nécessité de prendre en compte les mauvais indicateurs de santé du département et de déployer une démarche d'analyse et d'observation partagée dans ce domaine.

Objectifs : Besoin d'adapter et de rendre plus efficiente l'offre de services du conseil général de la Loire dans un cadre financier contraint tout en maintenant des objectifs de réduction des inégalités et d'amélioration de la qualité des services rendus.

Méthode :

- Un recensement des données en santé : pertinence, accessibilité, niveau géographique, disponibilité.
- Une collecte des données disponibles au sein du conseil général de la Loire (PMI, personnes âgées et handicapées, politique sociale...) et des partenaires extérieurs (Insee, Datar, CPAM, PMSI...).
- Un croisement et une analyse de l'ensemble de ces données.

Résultats :

- Un catalogue détaillé des données disponibles.
- Un partenariat avec les principaux acteurs (CHU, ARS, CPAM, ORS).
- Des études produites :

L'offre de service en PMI : cohérence des implantations des lieux de consultation PMI et des visites à domicile au regard de la désertification médicale et des besoins de santé repérés.

L'accès aux soins des personnes âgées : cohérence du maintien à domicile au regard de l'implantation des services, des équipements et des problématiques de santé repérées.

Conclusion : Ce travail a conforté la pertinence de la démarche et la nécessité pour les conseils généraux de se doter d'un outil d'analyse de données de ce type étant à la fois producteur et demandeur de données en santé. Il a mis en évidence un certain nombre de limites et pose des questions non résolues à l'heure actuelle : accessibilité, comparabilité voire absence de données dans certains domaines.

Contact auteur : VALETTE Claire
claire.valette@cg42.fr

⁽¹⁾ Observatoire social du Conseil général de la Loire, St Etienne, France

⁽²⁾ Conseil général de la Loire, St Etienne, France

A10
DIABÈTE EN RÉGION
DE GUYANE :
ÉVOLUTION DU DISPOSITIF
D'OBSERVATION MIS EN PLACE
PAR L'ORS DE 2009 À 2012

CASTOR Marie-Josiane⁽¹⁾

Contexte : Dans le but de contribuer à la planification de la politique régionale de santé (notamment lors du PRS) de Guyane, l'ORSG a mis en place une banque de données sanitaires en Guyane (BDSG). Cette initiative lancée en 2009 avait pour principal objectif de décrire l'état de santé de la population ainsi que l'évolution de cet état à travers le suivi d'indicateurs de santé. Pour y parvenir, l'ORSG a adopté une stratégie qui consistait à aborder un volet thématique de santé par an afin de couvrir à l'horizon 2015 l'ensemble des priorités régionales. Thématique pilote de la BDSG, le volet diabète, a connu une élaboration et un suivi émaillés de réussite et de points faibles.

Objectif : Décrire le dispositif d'observation du volet diabète et évaluer son évolution.

Méthode : L'étude a été d'abord descriptive, portant sur les différentes étapes de la mise en place et du suivi du volet diabète. L'évaluation par la suite a porté sur l'audit du dispositif et une recommandation a été faite pour chaque point faible identifié. Les actions compensatrices ont été planifiées en perspective.

Résultat et conclusion : Le volet diabète a un comité d'experts de sept professionnels de santé. Huit sources principales alimentent la base de données. Cette base était constituée de 15 indicateurs de santé en 2009 et comporte à ce jour 13 indicateurs ; le nombre d'indicateurs non mesurés était de sept en 2009 et reste encore égal à quatre à ce jour. L'évaluation du dispositif décèle plusieurs points faibles dont le plus important est le dysfonctionnement du partenariat ORSG – organismes producteurs de données. Les mesures correctives définies dans un plan d'action pour l'amélioration de la BDSG en 2013 recommandent une restructuration du partenariat en vue d'une observation efficace et efficiente du diabète en région de Guyane.

Contact auteur : CASTOR Marie-Josiane
m-j.castor@ors-guyane.org

⁽¹⁾ ORS de Guyane, Cayenne, France

A11
ANALYSE DE L'ORGANISATION DES
EHPAD DE MIDI-PYRÉNÉES ET DES
CARACTÉRISTIQUES DES
POPULATIONS HÉBERGÉES
À PARTIR DES RAPPORTS
D'ACTIVITÉ MÉDICALE

MATHIEU Céline⁽¹⁾, FAHET Georges⁽¹⁾,
CAYLA Françoise⁽¹⁾

Contexte : Tous les médecins coordonnateurs exerçant en EHPAD ont pour obligation d'établir un rapport annuel d'activité médicale retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents. En Midi-Pyrénées, à l'initiative des décideurs, de médecins coordonnateurs et avec le soutien de l'ORS, une trame commune de rapport d'activité médicale a été déployée dans certains départements et généralisée ensuite en 2012 à l'ensemble des huit départements de la région.

Objectif et méthode : L'objectif de cette démarche est double : il s'agit d'une part de faciliter la pratique professionnelle des médecins coordonnateurs des EHPAD en mettant à leur disposition une trame de rapport d'activité utilisable comme base de dialogue entre l'institution et les autorités de tarification. Il s'agit également, à travers un outil commun à l'ensemble des structures, de donner une visibilité du dispositif en faveur des personnes âgées dépendantes ainsi que de leurs caractéristiques, facilitant ainsi le pilotage régional et départemental de l'offre de service. Pour ce faire, un modèle standardisé de rapport d'activité médicale a été diffusé à l'ensemble des EHPAD de la région et un portail de saisie en ligne a été installé, facilitant la saisie des rapports d'activité et la récupération sécurisée des données.

Résultats : 312 des 429 EHPAD que compte la région (73%) ont saisi le rapport d'activité standardisé, offrant ainsi une vision à la fois régionale et départementale de l'offre de service notamment sur le plan des modalités organisationnelles ou des ressources humaines mais aussi sur les principales caractéristiques des personnes âgées hébergées. La fréquence annuelle et la montée en charge complète du dispositif permettra d'apprécier l'évolution temporelle des principaux indicateurs ainsi que les disparités territoriales.

Conclusion : L'adhésion des professionnels à la démarche, la constitution d'une base de données actualisée et exploitable pour des analyses collectives ainsi que la souplesse d'un support évolutif en fonction des besoins et des priorités, sont des gages de la pertinence et de la pérennité de l'outil développé.

Contact auteur : FAHET Georges
g.fahet@orsmip.org

⁽¹⁾ ORS de Midi-Pyrénées, Toulouse, France

ARS : Agence régionale de santé
BDSG : Banque de données sanitaires en Guyane
CHU : Centre hospitalier universitaire
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
DATAR : Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HPST : Hôpital, patients, santé et territoires
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (l'IREPS aquitain est membre du PEPS)
ORS : Observatoire régional de la santé
ORSG : Observatoire régional de la santé de Guyane
PEPS : Pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé
PMI : Protection maternelle et infantile
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS : Programme régional de santé
SIG : Système d'information géographique
SRP : Schéma régional de prévention

A12 OBSERVER DANS UN TERRITOIRE DÉFAVORISÉ

JACQUES Béatrice⁽¹⁾, PURGUES Sonia⁽¹⁾

Contexte et objectifs : La communication présentera les résultats d'une enquête actuellement en cours (financement Iresp-Inserm), dont le questionnement central porte sur l'accès aux soins en santé génésique et reproductive. Plus spécifiquement, ce sont les femmes dites « précaires » et /ou migrantes d'un territoire de Gironde (qui se distingue par une population fortement précarisée et une couverture médicale en termes de structures et de professionnels de santé faible), qui constitue le public cible. Le projet de l'enquête est double, il est à la fois de rendre compte des effets des dispositifs existants en matière de santé génésique et reproductive auprès des populations vulnérables et de comprendre la façon dont les professionnels répondent aux besoins des publics.

Méthode : L'ensemble de ces questionnements nous ont conduites à adopter une démarche qualitative menée par une équipe pluridisciplinaire avec l'intervention de sociologues et d'anthropologues. Nous avons mené des entretiens de type semi-directifs auprès de professionnels médicaux, d'intervenants sociaux et auprès de femmes en situation de précarité. Nous avons par ailleurs réalisé de nombreuses observations (plus d'une centaine) auprès des professionnels des structures socio-sanitaires du territoire.

Résultats / Conclusion : Le travail d'observation *in situ* a permis dans un premier temps d'appréhender plus finement les facteurs mobilisés par les professionnels pour définir une situation de vulnérabilité. Dans un deuxième temps, ce travail a également mis en évidence que l'usage des structures de santé par les familles, répond aussi à une maîtrise plus ou moins forte par les usagers, de l'intervention des professionnels. Enfin, dans le cadre de ce congrès, il sera particulièrement

pertinent d'interroger en termes de méthode, les ressorts de l'observation sociologique d'un public dit « fragile ».

Contact auteur : JACQUES Béatrice
beatrice.jacques@u-bordeaux2.fr

(1) Université Bordeaux Segalen, UMR 5116 Centre
Émile Durkheim, Bordeaux, France

A13 LES CENTRES DE SANTÉ, OUTIL DE RÉGULATION DE L'OFFRE DE SOINS : LA SITUATION DANS LES ZONES URBAINES SENSIBLES DE GRENOBLE

MICHELETTI Pierre⁽¹⁾, JOUD Ghazal⁽¹⁾

Contexte : Les inégalités sociales de santé aboutissent en France à des différences d'espérance de vie plus particulièrement marquées chez les hommes, ainsi que par des décès prématurés qui frappent plus fortement les couches sociales les plus défavorisées. Les facteurs environnementaux, le niveau d'éducation et d'information, et le retard dans l'accès aux soins, sont trois mécanismes qui aboutissent à ces inégalités en santé. La question de la « désertification » de certains territoires de notre pays en ce qui concerne les soins de proximité, dont la médecine générale, comporte dès lors des enjeux importants. La ministre de la santé a annoncé en décembre 2012 les orientations d'un plan sur 5 ans, pour réduire les inégalités en la matière.

Objectifs : La présente communication vise à étudier, sur le territoire de la ville de Grenoble, la répartition de trois types de professionnels libéraux que sont les médecins généralistes, les chirurgiens dentistes et les psychiatres, et de corréler l'implantation des professionnels de ces 3 catégories avec des critères de vulnérabilité sociale.

Méthode : La ville est divisée en 6 secteurs administratifs. Les professionnels concernés ont été géolocalisés. Puis il a été calculé la proportion de praticiens, par secteur et par spécialité, et la densité pour 1 000 habitants des médecins des trois spécialités retenues.

De plus, les six secteurs administratifs ont été décrits à l'aide d'un set d'indicateurs de vulnérabilité sociale.

Résultats : Il est apparu que l'offre de soins libérale se concentre dans l'hypercentre de la ville de Grenoble. On note une répartition spatiale inégale des médecins libéraux sur le territoire de la ville. Il apparaît que les secteurs sont eux-mêmes non homogènes. Les secteurs de la ville de Grenoble présentant les indicateurs de vulnérabilité sociale les plus élevés sont le moins dotés. En termes de densité, on met en évidence d'importants déséquilibres dans la répartition spatiale des praticiens libéraux sur le territoire de la ville. Les centres de santé de Grenoble, implantés dans les quartiers fragiles, se retrouvent dès lors dans une logique de « rattrapage social » vis-à-vis de l'offre de soins.

Contact auteur : MICHELETTI Pierre
pierre.micheletti@medecinsdumonde.net

(1) Association de gestion des centres de santé de
Grenoble, Grenoble, France

A14 LES INÉGALITÉS SPATIALES D'ACCÈS AUX SOINS EN BOURGOGNE : OUTILS, ÉCHELLES, CONSTATS ET RÉPONSES

BOURDEAU-LEPAGE Lise⁽¹⁾, CHASLES Virginie⁽¹⁾,
DENOYEL-JAUMARD Alice⁽¹⁾

Contexte : En France, les questions de démographie médicale sont devenues un sujet d'inquiétude majeur. Depuis une dizaine d'années, les constats se font régulièrement plus alarmants sur l'inadéquation de l'offre de soins par rapport aux besoins dans certains territoires, menaçant ainsi le principe républicain d'égalité d'accès aux soins. La

Bourgogne est l'une des régions françaises les plus concernées par cette problématique. Affichant des indicateurs de santé préoccupants, tels qu'un vieillissement prononcé de sa population, ou encore une mortalité prématurée par maladies chroniques supérieure à la moyenne française, cette région à dominante rurale voit se dessiner des zones de vulnérabilité, où les besoins de santé croissent et où l'offre de soins s'amenuise.

Objectif et méthode : Afin de mesurer l'ampleur de ce phénomène et d'orienter les actions, les outils et travaux d'observation des inégalités d'accès aux soins en Bourgogne se sont multipliés. Ce travail se propose donc de mener une revue des outils de valorisation des données (atlas, bases de données) et des publications (études et enquêtes, diagnostics territoriaux), relatifs aux inégalités d'accès géographique aux soins en Bourgogne, émanant de divers organismes d'observation en santé, nationaux, régionaux et universitaires. L'objectif est de répondre à quatre questions : quels outils sont mobilisés pour mesurer les inégalités d'accès aux soins en Bourgogne ? Quels périmètres territoriaux sont privilégiés pour leur observation ? Quels constats ont pu être faits ? Quelles réponses sont apportées dans la région ?

Résultat : Le résultat attendu consiste en un bilan régional synthétique de la manière dont les organismes d'observation en santé rendent compte des inégalités d'accès aux soins en Bourgogne et orientent les actions menées.

Conclusion : Ainsi, cette synthèse offrira, outre son aspect informatif, un regard critique sur la manière dont est appréhendée la question des inégalités spatiales d'accès aux soins en région Bourgogne afin de proposer de nouvelles voies d'analyse.

Contact auteur : *DENOYEL-JAUMARD Alice*
alice.denoysel@gmail.com

⁽¹⁾ Université Jean Moulin - Lyon 3 Lyon, France

A15 UN ACCÈS GÉOGRAPHIQUE AUX SOINS COMPARABLE ENTRE LES PERSONNES ÂGÉES ET LES AUTRES ADULTES

*COLLIN Clémentine⁽¹⁾, EVAÏN Franck⁽¹⁾,
MINODIER Christelle⁽¹⁾, MIKOL Fanny⁽¹⁾*

Contexte et objectifs : On estime à 70 ans l'espérance de vie sans problèmes fonction-

nels physiques ou sensoriels. Au-delà, l'état de santé a tendance à nettement se dégrader. Les personnes âgées de 70 ans ou plus, en plus mauvaise santé et de mobilité plus réduite que le reste de la population, ont-elles des conditions d'accès aux soins identiques à celles des autres adultes ? C'est ce que cette étude cherche à éclairer, en comparant leurs accès respectifs à des professionnels de premier recours et à l'hôpital.

Méthode : Elle s'appuie en grande partie sur un kit d'outils d'analyse de l'accès aux soins développé par la Drees et l'Insee (avec la collaboration de l'Irdes, de la Cnamts, des directions régionales de l'Insee et des ARS de deux régions partenaires). Ces outils permettent d'analyser l'accessibilité des services de santé en ville ou à l'hôpital : comparaison entre temps d'accès au service le plus proche et temps d'accès effectivement parcouru, données de fréquentation et d'adéquation entre l'offre et la demande, sur des mailles géographiques de taille variable (communes, bassins de vie, départements...). Ces outils ont donc l'avantage de rendre compte de résultats comparables entre régions. Un des objectifs de ce kit est ainsi de pouvoir être mobilisé par les acteurs en région (en particulier les ARS), afin de mener des diagnostics pertinents et comparables en termes d'accessibilité à l'offre de soins, à une échelle de restitution commune. Pour la ville, les données proviennent du Sniiram, qui contient notamment la commune de résidence du patient et la commune d'exercice du professionnel. Pour l'hôpital, les communes de résidence ont été imputées grâce au code de résidence figurant dans le PMSI-MCO, et les communes des établissements ont été obtenues via la SAE. Les temps de trajet ont été calculés à l'aide du logiciel Odomatrix. Parmi ces outils, un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été utilisé pour mieux cerner l'accessibilité aux professionnels dans le cadre des soins de ville. Cet indicateur tient compte à la fois de l'offre et de la demande environnante, du niveau d'activité des professionnels de santé et des besoins de soins de la population, différenciés par âge : pour ces raisons, il améliore les indicateurs de densité plus classiques.

Résultats : Les personnes âgées ont beaucoup plus souvent recours aux soins que les autres adultes. Pour autant, les personnes âgées sont moins mobiles. Ainsi, lorsqu'elles consultent le médecin généraliste, les personnes âgées de 70 ans ou plus ont des temps de trajet plus faibles que les adultes plus jeunes, car elles recourent plus souvent au professionnel le plus proche de chez elles. Leurs recours aux masseurs-kinésithérapeutes se font, en outre, plus souvent par des visites à domicile. Lorsqu'elles se rendent à l'hôpital, les personnes âgées de 70 ans ou plus ont, là aussi, des temps d'accès effectifs

légèrement plus faibles que les autres adultes, en lien avec une plus forte propension à se rendre à l'établissement le plus proche de chez elles. Au total, leur accessibilité géographique aux soins n'apparaît pas plus faible que celle des adultes plus jeunes.

Conclusion : D'autres déterminants du temps d'accès aux soins ne sont pas évoqués ici : résidence en hébergement collectif pour personnes âgées (EHPA, EHPAD), fidélité au médecin « de famille », réputation des hôpitaux et cliniques, etc.

Contact auteur : *COLLIN Clémentine*
clementine.collin@sante.gouv.fr

⁽¹⁾ Ministère des Affaires sociales et de la Santé,
Direction de la recherche, des études, de
l'évaluation et des statistiques, Paris, France

A16 ETUDE SUR LES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE DES CANCERS DU SEIN ET DU POUMON DANS PLUSIEURS RÉGIONS DE FRANCE

*POURCEL Graziella⁽¹⁾, LEDESERT Bernard⁽²⁾,
GIRAUD Julien⁽³⁾, FERRARI Claudia⁽¹⁾,
LE QUELLEC-NATHAN Martine⁽¹⁾*

Contexte : Dans le cadre de l'action 19.4 du Plan cancer 2009-2013, l'Institut national du cancer (INCa) a mené en 2011, en partenariat avec la Fédération nationale des Observatoires régionaux de santé (Fnors), une étude sur les délais de prise en charge des cancers primitifs du sein et du poumon.

Objectif et méthode : Cette étude réalisée avec l'appui des réseaux régionaux de cancérologie (RRC) et des observatoires régionaux de santé (ORS), devait dresser un état des lieux des délais de prise en charge entre différents actes et étapes clés du parcours de soins. Elle a permis d'analyser, à partir des fiches de réunion de concertation pluri-disciplinaire (RCP) et des dossiers patients, les délais de prise en charge dans 8 régions métropolitaines à partir de 2 530 cas de cancer du sein et 1 945 cas pour le poumon.

Résultats : Les délais mesurés pour le sein étaient en moyenne de 17,7 jours (+/-15,9) pour l'accès au diagnostic et de 22,9 jours (+/-13,9) pour l'accès à la chirurgie. Pour le poumon, ils étaient de 21,5 jours (+/- 17,6 jours) pour l'accès au diagnostic et de 13,5 jours (+/-10,7) pour l'accès à la proposition thérapeutique. Cette étude montre une

hétérogénéité dans les pratiques de recueil et de mise en commun des informations relatives aux différentes étapes de prise en charge et aux dates correspondantes et une variabilité importante des délais obtenus. Les analyses confirment la persistance de variations régionales importantes, plus marquées pour le sein que pour le poumon. Les facteurs liés à l'organisation des soins au sens large peuvent être la source majeure de cette hétérogénéité, sans que l'étude ne permette d'objectiver leur rôle. De même, les indicateurs de contexte individuel n'étaient pas suffisamment disponibles. Enfin, les délais observés étaient comparables à ceux rapportés dans la littérature ou dans les recommandations internationales.

Conclusion : La mesure des délais peut permettre de mieux caractériser les inégalités de prise en charge, d'identifier des pistes d'action pour améliorer les prises en charge et mesurer leur impact. La réflexion sur une généralisation du recueil des délais doit être poursuivie pour évaluer de façon récurrente ces marqueurs d'accès aux soins.

Contact auteur : *POURCEL Grazilla*
gpourcel@institutcancer.fr

⁽¹⁾ *Institut national du cancer, Boulogne-Billancourt, France*

⁽²⁾ *CREAI-ORS de Languedoc-Roussillon, Montpellier, France*

⁽³⁾ *ORS de Poitou-Charentes, Poitiers, France*

APL : indicateur d'Accessibilité potentielle localisée

ARS : Agence régionale de santé

CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs sociaux

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

EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FNORS : Fédération nationale des Observatoires régionaux de santé

INCa : Institut national du cancer

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

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

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

IRESP : Institut de recherche en santé publique

MCO : Médecine, chirurgie, gynécologie

ORS : Observatoires régionaux de santé

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

RCP : Réunion de concertation pluri-disciplinaire

RRC : Réseaux régionaux de cancérologie

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SNIIRAM : Système national d'informations inter régions d'assurance maladie

A17 VINGT ANS DE PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE, D'ÉVALUATION ÉPIDÉMIologique ET QUALITATIVE. QUELS ENJEUX POUR LES POLITIQUES PUBLIQUES EN FRANCE ?

COHEN Fabien⁽¹⁾

Contexte : Depuis 20 ans, le Département du Val-de-Marne, met en œuvre un programme de prévention bucco-dentaire à destination des enfants de 0 à 11 ans, prolongé en 2003 aux jeunes âgés de 12 à 18 ans.

Objectif et méthode : Dès sa conception, l'évaluation a tenu une place importante, avec des études quantitatives puis qualitatives. Elle devait permettre de vérifier l'atteinte de nos objectifs de santé et de faire évoluer le programme au regard des évolutions de la situation épidémiologique. Avant 2003, la structure principale de l'évaluation reposait sur une série d'enquêtes épidémiologiques sur des échantillons représentatifs du département, d'enfants de 6 et 12 ans et des données issues du dépistage école par école. À partir de 2003, des études qualitatives ont été aussi réalisées.

Résultats : Les résultats des enquêtes épidémiologiques ont permis de vérifier que nous avons atteint l'objectif d'amélioration de la santé bucco-dentaire de tous les enfants du Val-de-Marne, même si des inégalités persistent. Entre 2000 et 2009, le nombre moyen de dents atteintes par enfant est passé de 1.08 [0.96-1.19] à 0.69 [0.59-0.79] ($p < 0,001$) à 6 ans ; et de 1.44 [1.34-1.55] à 0.62 [0.53-0.72] ($p < 0,001$) à 12 ans. Le recours aux soins s'est amélioré, le pourcentage des enfants totalement soignés est passé de 9,3 % en 200x à 15,9 % en 2009 à 6 ans ($p < 0,038$) ; et de 30,5 % à 57,3 % à 12 ans ($p < 0,001$).

Conclusion : L'évolution de la situation épidémiologique, 20 ans après, a renforcé la volonté du Département à poursuivre ce programme, en ciblant plus particulièrement la petite enfance et les populations les plus

vulnérables. Il est dommageable que le manque d'enquêtes nationales ne permette pas de mettre en perspectives ce travail.

Contact auteur : COHEN Fabien
fabien.cohen@cg94.fr

⁽¹⁾ Conseil général du Val de Marne, Créteil, France

A18 SUIVI DE LA COUVERTURE VACCINALE EN RÉGION AQUITAINE

GAULT Gaëlle⁽¹⁾, CHARRON Martine⁽¹⁾,
GARNIER Céline⁽²⁾, BURBAUD Annie⁽³⁾,
FONTENEAU Laure⁽⁴⁾, GUTHMANN Jean-Paul⁽⁴⁾,
ROLLAND Patrick⁽¹⁾

Contexte : La couverture vaccinale (CV) correspond à la proportion de personnes vaccinées dans une population à un moment donné. Son suivi permet d'évaluer l'impact des programmes de vaccination. L'institut de veille sanitaire (InVS) assure le suivi et l'évaluation nationale de la CV. Les cellules de l'InVS en région, les Cire, ont pour mission d'améliorer la connaissance de la CV au plan régional. En Aquitaine, une collaboration entre la Cire et l'Observatoire régional de la santé a été mise en place afin d'assurer un suivi de la CV à partir de différentes sources de données nationales et régionales.

Méthode : Une description de la CV chez les enfants aquitains a été réalisée à partir des données issues des certificats de santé au 24^e mois de 2010, des données issues du cycle triennal d'enquêtes scolaires et de celles provenant des bilans de santé des enfants de 5/6 ans scolarisés à Bordeaux en 2010/11.

Résultats : Dans les départements aquitains, le taux de CV contre la rougeole « 1 dose » à 24 mois était inférieur à la cible de 95%, le taux le plus faible étant observé dans le Lot-et-Garonne (82,7%). Au même âge, la CV contre la rougeole « 2 doses » était également insuffisante avec des taux compris entre 45% et 63,7% selon les départements, mais en progression depuis 2006. Cette couverture « 2

doses » était de 72,1% à 11 ans dans la zone sud-ouest (enquête en CM2 en 2007/2008), indiquant un rattrapage vaccinal au-delà de deux ans. Pour les quatre doses de vaccin DT-Polio et coqueluche, à 5/6 ans, la CV à Bordeaux était supérieure à 90 % avec respectivement des taux à 93,1% et 92,4%.

Conclusion : La CV rougeole est insuffisante dans la région expliquant le nombre important de cas de rougeole ces dernières années. À ce titre, l'ARS mène une politique vaccinale dont les priorités sont la promotion de la vaccination contre la rougeole et l'amélioration de la CV des adolescents et jeunes adultes. Ces résultats sont diffusés chaque année pendant la semaine européenne de la vaccination aux institutions et professionnels de santé de la région afin de mieux guider les actions de sensibilisation.

Contact auteur : GAULT Gaëlle /
gaelle.gault@ars.sante.fr

⁽¹⁾ Cellule de l'InVS en région Aquitaine, Bordeaux, France

⁽²⁾ ORS Aquitaine, Bordeaux, France

⁽³⁾ ARS Aquitaine, Bordeaux, France

⁽⁴⁾ InVS, Saint-Maurice, France

A19 FACTEURS ASSOCIÉS À LA COUVERTURE VACCINALE DES ÉTUDIANTS DE BOURGOGNE EN 2008 - 2012

FOGLIA Tony⁽¹⁾, BEAURENAUT Anne-Sophie⁽¹⁾,
BONNET Caroline⁽¹⁾, MILLOT Isabelle⁽¹⁾

Contexte : L'absence de recueil de données (en routine) homogènes et disponibles ne permet pas le suivi régulier de la couverture vaccinale des populations, notamment celle des étudiants. La variété des vaccins et leurs indications (obligatoires ou recommandés), ainsi que les publics concernés (vaccins ciblés ou universels) sont des éléments qui compliquent également le suivi du calendrier vaccinal.

Méthode : L'ORS a exploré la faisabilité d'exploiter la base de données informatique du service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé pour suivre en routine la couverture vaccinale des étudiants de premier cycle de l'Université de Bourgogne ayant bénéficié d'examens de santé au cours des quatre dernières années universitaires. La couverture vaccinale pour les vaccins obligatoires (DTP) et les vaccins recommandés (ROR, Coqueluche et Hépatite B) a été analysée par régression logistique (analyse multivariée) afin de décrire ses relations conjointes avec les caractéristiques de la population (genre, âge, UFR, lieu de naissance et de résidence).

Résultats – discussion : 16 164 étudiants ont été inclus dans l'analyse (60 % de femmes, âge médian de 21 ans). Le taux de couverture permettant une élimination de la maladie (95 %) n'est pas atteint pour les vaccinations obligatoires (79 %) comme pour les vaccinations recommandées (31 %). De manière générale, les hommes sont moins bien couverts. Les étudiants inscrits en lettres et philosophie sont généralement moins bien couverts que ceux des autres UFR. Les étudiants nés à l'étranger ont une couverture vaccinale très insuffisante quel que soit le vaccin étudié. La couverture vaccinale diminue avec l'âge, sauf pour l'hépatite B. Il existe des différences infra départementales de couverture vaccinale d'où la possibilité de cibler la réduction des écarts entre les zones « sous-couvertes » et les zones « mieux couvertes », ce qui permettrait d'améliorer la couverture moyenne de la région.

Conclusion : Cette première étude de la couverture vaccinale des étudiants basée sur une base de données non déclaratives des services de médecine universitaire permet une lecture fiable de la couverture vaccinale et donne des pistes d'actions pour l'améliorer en ciblant les populations sur lesquelles agir.

Contact auteur : FOGLIA Tony
ors.brg@wanadoo.fr

⁽¹⁾ ORS Bourgogne, Dijon, France

A20 TABLEAUX DE BORD DES DÉPISTAGES ORGANISÉS DES CANCERS : CONSTRUCTION ET LIMITES D'UN OUTIL DE SUIVI

VANDEWALLE Hélène⁽¹⁾, SANNINO Nadine⁽²⁾

Contexte : Les cahiers des charges régissant les dépistages organisés des cancers prévoient des remontées standardisées d'information depuis les structures de gestion vers les services déconcentrés de l'état, l'assurance maladie, et l'InVS. Malgré l'existence d'un socle commun, des hétérogénéités se sont installées à travers la diversité des demandes formulées aux structures de gestion des programmes par les différents acteurs du suivi des dépistages dont les ARS. Le Plan cancer 2 préconise l'amélioration du suivi des dépistages des cancers par la finalisation des tableaux de bords facilitant l'accès des partenaires à des données adéquates aux besoins de chacun.

Objectifs et méthode : Un référentiel de tableaux de bord a été construit en appuyant leurs structurations et le choix des indicateurs de suivi sur la mise en perspective de deux éléments : l'analyse des attentes des acteurs nationaux, régionaux et locaux relevés par entretien, et la modélisation de la politique de dépistage organisé des cancers à partir de l'analyse des textes de référence, réglementaires et politiques.

Résultats : Adossée à la théorie d'action des dépistages organisés, cette méthode de conception a débouché sur une architecture en 3 volets de suivi représentant chacun des axes de la modélisation et une caractérisation des contextes. Environ 80 indicateurs ont été choisis au regard de leur pertinence, de leur robustesse statistique, de leur sensibilité. Cette démarche a également fait apparaître la nécessité de disposer d'informations sur les activités d'autres partenaires qui oeuvrent en faveur des dépistages et fait émerger des besoins d'information qui ne relèvent pas *stricto sensu* d'un tableau de bord.

Conclusions : La conception d'un système de suivi d'une politique publique est une opportunité pour rappeler l'importance d'appuyer la construction des différents outils sur une méthodologie permettant de

différencier les besoins de chaque acteur de cette politique et de proposer la solution la plus adéquate.

Contact auteur : VANDEWALLE Hélène /
hvandewalle@institutcancer.fr

⁽¹⁾ Institut national du cancer, Boulogne Billancourt, France

⁽²⁾ Efect, Aix en Provence, France

A21 RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN AU NIVEAU LOCAL : LE PARTENARIAT CHERCHEUR- DÉCIDEURS-ACTEURS : UN LEVIER D'ACTIONS (EXEMPLE DE GONESSE)

VAILLANT Zoé⁽¹⁾; RICAN Stéphane⁽¹⁾,
CHARREIRE Hélène⁽²⁾; BOCHATON Audrey⁽¹⁾,
SALAMON Aude⁽³⁾; BOULLAND DAUCHEZ
Mélanie⁽³⁾, VIOT Marianne⁽¹⁾

Contexte : Malgré la mise en œuvre nationale d'un programme de dépistage organisé du cancer du sein accessible en théorie à tous, les inégalités sociales et territoriales d'accès au dépistage restent fortes sur fond de participation globale relativement basse. Le cloisonnement entre chercheurs, décideurs et acteurs de terrain et les problèmes d'accès aux données pour les analyser sont souvent pointés comme empêchant de cibler et piloter des programmes d'action menés localement et d'en évaluer l'impact sur la réduction des inégalités de santé. Nous avons mis en place un dispositif de coproduction, partage et transfert de connaissances en Île-de-France pour aider à cibler l'action et permettre une évaluation. Ce dispositif animé par une plateforme régionale intitulée « Géographie et dépistage » réunit de nombreux acteurs concernés par la thématique et agissant à différents niveaux territoriaux, du local au national : INCa, assurance maladie, structures de gestion du dépistage, ARS, élus locaux, URPS, ligue, géographes de la santé de l'université de Nanterre et de Créteil et les étudiants du master Géosanté. Ce regroupement se fait autour de la production de diagnostics sur les inégalités intra-urbaines d'accès au dépistage et leurs déterminants dans une dizaine de villes par an (Illustration de l'utilisation du dispositif sur la ville de Gonesse)

Objectif : Dresser un état des lieux des disparités intra-urbaines d'accès au dépistage et en comprendre les déterminants socio-territoriaux.

Méthode : Couplage de méthodes quantitative (cartographie statistique approche écologique) et qualitative (observation de terrain, entretiens auprès d'acteurs locaux dans deux quartiers ciblés).

La structure de gestion du dépistage PSVO95 a fourni les données à l'adresse des femmes invitées au dépistage et qui ont fait (ou non) une mammographie et la CPAM 95 a fourni les données du dépistage individuel à l'adresse des femmes. Ces données géocodées et agrégées à l'échelle de l'iris (infra-urbaine) ont permis d'établir des cartes de taux de participation au dépistage. Pour expliquer les disparités observées, ces taux localisés ont été croisés avec d'autres données sur les profils socio-économiques des zones iris (Insee), l'offre de soins, l'accessibilité physique, (morphologie urbaine, infrastructures de transports par relevés de terrain). Des typologies de quartier combinant ces différents déterminants ont ainsi été dressées. Il ressort qu'une offre de soins de proximité et une bonne desserte sont nécessaires mais non suffisantes pour générer le recours et qu'à profil socio-économique « populaire » similaire entre deux quartiers, l'accès au dépistage organisé présente des niveaux

opposés. Ce dernier constat nuance le lien établi dans la littérature épidémiologique entre précarité et faible participation puisqu'on observe que ce lien n'est pas vrai partout. L'enquête auprès des acteurs de deux ZUS qui présentent des niveaux de participation au dépistage opposés, montre que là où l'ASV, les habitantes et autres parties prenantes ont été mobilisés dans une campagne « affinitaire », s'établissent des dynamiques propres qui font la différence. Le quartier peu participant au dépistage et où aucune dynamique d'acteur n'a été impulsée, a ainsi pu être identifié comme prioritaire pour mener les actions à venir, actions qui pourront s'inspirer de l'expérience ici évaluée comme favorable au dépistage dans l'autre quartier ZUS qui lui, participe bien.

Contact auteur : VAILLANT Zoé
zoe.vaillant@u-paris10.fr

⁽¹⁾Université Paris Ouest Nanterre La Défense,
Nanterre, France

⁽²⁾Université Paris Est Créteil, Créteil, France

⁽³⁾Elus Santé Publique et Territoires, Saint-Denis,
France

ASV : Atelier santé ville

CIRE : Cellule de l'InVS en région

CM² : Cours moyen 2^e année

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

DT : Diphtérie-tétanos

DTP : Diphtérie, tétanos, poliomyélite

INCa : Institut national du cancer

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

ORS : Observatoire régional de la santé

ROR : Rougeole, oreillons, rubéole

UFR : Unité de formation et de recherche

URPS : Union régionale des professionnels de santé

ZUS : Zone urbaine sensible

A22 LA SANTÉ DES LYCÉENS EN RÉGION CENTRE : DE L'OBSERVATION À L'ACTION PUBLIQUE

ELOY Aurélie⁽¹⁾, GUILLOUET Claire⁽¹⁾
LECLERC Céline⁽¹⁾

Contexte : Dans le cadre de ses actions éducatives dans les lycées, le conseil régional du Centre a souhaité élaborer une politique régionale de prévention et de promotion de la santé en faveur des lycéens. Afin d'atteindre cet objectif, une étude a été commanditée à l'ORS Centre par le conseil régional, en partenariat avec l'agence régionale de santé (ARS), l'Éducation Nationale - Académie d'Orléans-Tours et la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (Draaf).

Objectifs et méthodes : Les objectifs de l'étude sont d'améliorer la connaissance des comportements des lycéens et d'appréhender leurs perceptions en matière de santé. Se situant dans une approche globale du lycéen, le questionnaire portait sur différents aspects de sa vie : caractéristiques sociodémographiques, scolarité, habitudes alimentaires, santé physique et morale, sexualité, violences et consommation de produits psycho-actifs.

2 991 élèves de lycées d'enseignement général et technologique, lycées professionnels et agricoles du Centre ont été interrogés.

Résultats : Les résultats obtenus ont permis de consolider certains constats jusqu'alors pressentis par les professionnels et d'impulser de nouvelles réflexions. Inédite en région Centre, cette étude constitue une base de référence dans le domaine de la santé des jeunes. Afin d'orienter la mise en place d'actions de prévention, certaines thématiques ont été jugées prioritaires : la consommation de produits psycho-actifs, le mal-être, la sexualité et méthodes contraceptifs, les habitudes alimentaires et les violences et incivilités.

Conclusion : Associée à la démarche du conseil régional et en coopération avec les acteurs de prévention, l'étude a permis d'appuyer certaines actions : le lancement d'un appel à projets (« Lycéens, Apprentis, bien dans sa tête, bien dans son corps »), la mise en place de journées thématiques (« Sexualité des adolescents : quelle préven-

tion ? ») et d'actions concrètes auprès des lycéens. Résultat d'un travail en partenariat avec les différents acteurs en santé publique de la région Centre, cette étude conforte ainsi l'importance de l'articulation entre observation et mise en place de politiques publiques.

Contact auteur : ELOY Aurélie
aurelie.elay@orscentre.org

⁽¹⁾ ORS du Centre, Orléans, France

A23 TREND (TENDANCES RÉCENTES ET NOUVELLES DROGUES)

DELILE Jean-Michel⁽¹⁾,
LAZES-CHARMETANT Aurélie⁽¹⁾

Contexte : Le dispositif national Trend s'appuie sur un réseau de coordinations locales et sur le dispositif d'observation SINTES (Système d'identification national des toxiques et des substances), centré sur l'étude de la composition toxicologique des produits illicites. En Aquitaine, le porteur local de ce dispositif est, depuis plus de 10 ans, le CEID Addictions. Six axes principaux d'intérêt structurent les stratégies de collecte et d'analyse des informations : groupes d'usagers de produits ; produits ; modalités d'usage de produits ; dommages sanitaires et sociaux associés à la consommation de drogues ; perceptions et représentations des produits ; modalités d'acquisition de proximité. Ce dispositif est complémentaire des sources traditionnelles d'informations quantitatives et renseigne rapidement sur les usages de drogues à faible prévalence échappant aux enquêtes épidémiologiques en population générale.

Objectifs : Identifier et décrire l'évolution des tendances et des phénomènes émergents liés aux usages de produits psychoactifs illicites ou psychotropes détournés de leur usage. Fournir aux pouvoirs publics, dans des délais courts, des éléments de connaissance sur les phénomènes émergents – c'est-à-dire nouveaux ou non encore détectés – liés aux usages de drogues

Méthodes : La méthode de recueil des données est uniforme à tous les sites : organisation de focus group ; recueil annualisé

de données auprès d'usagers actifs (trend-setters) et observations ethnographiques ; recueil de données qualitatives auprès de structures spécialisées ; réalisation d'investigations spécifiques et études qualitatives ou quantitatives ponctuelles. Logiciel de traitement de données utilisé : NVIVO9.

Résultats : Exemples d'éléments actuels identifiés localement : présence sur le site de population originaire d'Europe de l'Est (consommations et pratiques spécifiques / comorbidités VHC et VIH) ; teneur moyenne de l'héroïne en circulation inférieure à 5% ; apparition de ventes de cocaïne déjà basée ; deal de rue de médicaments dont sulfate de morphine (Skenan®) ; intérêt particulier des usagers pour des produits (forme poudre) aux propriétés dissociatives et les legal highs.

Contact auteur : DELILE Jean-Michel /
jm.delille@ceid.asso.fr

⁽¹⁾ CEID Addictions, Bordeaux, France

A24 ETUDE PROSPECTIVE SUR L'ÉCHANGE DE SERINGUES DANS LE BASSIN BURGIEU (AIN) À LA LUMIÈRE DES EXPÉRIENCES RHÔNE-ALPINES

MEDINA Patricia⁽¹⁾, FONTAINE Denis⁽¹⁾

Contexte : Suite à des demandes de professionnels de terrain, la délégation territoriale départementale de l'ARS de l'Ain et la MILDT s'interrogeaient en 2010 sur la pertinence de développer un programme d'échange de seringues (PES) pour les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) sur le bassin de Bourg-en-Bresse.

Objectifs : Il s'agissait de :

- Analyser le fonctionnement et les résultats du PES qui existe déjà dans l'Ain (Pays de Gex) ;
- Recenser et analyser les PES de Rhône-Alpes afin d'en connaître les contraintes et bénéfices ;

- Repérer les besoins des UDVI sur le bassin burgien.

Méthode : Une synthèse bibliographique a analysé les résultats des PES en matière de réduction des risques (RdR). L'évaluation du PES du Pays de Gex a été menée par entretiens avec les pharmaciens impliqués et le CSAPA porteur du PES. Les UDVI ont été interrogés par questionnaire. Les porteurs de tous les PES de Rhône-Alpes ont été interrogés par entretiens semi-directifs. L'analyse des besoins des UDVI du bassin burgien a été menée par une analyse des données des systèmes d'information existants et auprès des acteurs locaux par entretiens semi-directifs.

Résultat : Le PES du Pays de Gex remplit sa mission mais les pharmaciens doivent être remobilisés sur leur relation aux UDVI et sur le sens de l'échange de seringues. En Rhône-Alpes, il existe différents fonctionnements de PES : portés par un CAARUD ou par un CSAPA, utilisant différents mode de collecte des seringues usagées, différents matériels d'injection. Enfin, le travail de coordination varie aussi grandement d'un PES à l'autre. La présence et les besoins d'UDVI sur le bassin burgien, ayant différents profils, est confirmée par les acteurs de terrain et les données statistiques disponibles.

Conclusion : Différents choix sont possibles pour organiser matériellement un PES mais, dans tous les cas, un investissement humain, un travail de réseau croisant des questionnements de santé et du social, sont indispensables pour mobiliser les professionnels de santé locaux et accompagner au mieux les UDVI dans une démarche de RdR (éviter le VIH, VHC, protection du capital veineux...) et vers le «soin de soi» de manière plus globale.

Contact auteur : MEDINA Patricia
patricia.medina@ors-rhone-alpes.org

⁽¹⁾ ORS de Rhône-Alpes, Lyon, France

A25 UNE BASE DE DONNÉES AU SERVICE DE L'ORGANISATION DES SOINS : EXEMPLE DU LOGICIEL GISPAC POUR RECUEILLIR L'ACTIVITÉ ADDICTOLOGIQUE DES CSAPA DE L'ANPAA

*FLEURY Benoit⁽¹⁾, NALPAS Bertrand⁽¹⁾,
CRAPLET Michel⁽¹⁾, ROSSIGNOL Christian⁽¹⁾,
JARRAUD Delphine⁽¹⁾, CRIOU Jean-Marie⁽¹⁾,
ELINEAU Patrick⁽¹⁾, RIGAUD Alain⁽¹⁾*

Contexte : L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) gère plus de 80 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) accueillant chaque année des milliers de patients présentant des addictions et leurs familles. Elle transmet au ministère de la Santé un bilan annuel de ses activités obtenu par l'intermédiaire d'un logiciel : GISPAC.

Objectif et méthode : L'objectif a été d'analyser les évolutions d'activité des établissements gérés par l'ANPAA, et d'observer l'évolution des profils des nouveaux consultants entre 2000 et 2009. La base de données - source est gérée par le logiciel GISPAC développé par l'ANPAA (logiciel qui a évolué en 2011 avec la création du logiciel G12A).

Résultats : Sur la période considérée, 228 239 nouveaux consultants ont été reçus au moins une fois. Le sex-ratio, 3 hommes pour 1 femme, n'a pas varié au cours du temps. L'âge moyen d'entrée dans les soins a diminué (41,2±10,4 vs 39,0±13,7, p<0,001), en particulier pour les consultants venant d'eux-mêmes (moins 2,4 ans), ou adressés par la justice (moins 3,7 ans) ; les femmes consultent à un âge plus élevé que celui des hommes (+3,6 ans). L'analyse de l'origine des consultants en fonction du temps montre : l'accroissement des sujets adressés par la justice (29,9% en 2002 et 34,9% en 2009) ; l'augmentation des sujets consultant par eux-mêmes, 20,2% en 2000 et 28,1% en 2009 ; la décroissance (12,6 en 2000 et 9,9% en 2009) significative des orientations par les médecins libéraux et celle (11,1 à 5,9%) des demandes provenant du secteur social. La durée de suivi diminue avec le temps, passant de 4,15 années en 2000 à 0,68 an en 2007 ; cette baisse n'est pas fonction de l'origine de la venue des consultants ; elle est homogène sur l'ensemble de l'échantillon.

Conclusion : L'analyse des données dans le temps donne des informations précises, permettant une réflexion stratégique pour améliorer l'organisation de l'accompagnement et des soins en addictologie, qui sont compris dans un large éventail, depuis les cabinets libéraux jusqu'aux établissements hospitaliers, autour du pivot médico-social que sont aujourd'hui les CSAPA.

Contact auteur : FLEURY Benoit
benoitfleury@wanadoo.fr

⁽¹⁾ Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, Paris, France

ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CEID : Comité étude information drogue

DRAAF : Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt

MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

ORS : Observatoire régional de la santé

PES : Programme d'échange de seringues

RdR : Réduction des risques

SINTES : Système d'identification national des toxiques et des substances

TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

UDVI : Usagers de drogues par voie intraveineuse



Jeudi 4 avril 2013
16h30 – 18h00

LE SYMPOSIUM : Démarche nationale et régionales d'amélioration de la pertinence des soins

LES ATELIERS :

- Évaluation
- Systèmes d'information
- Méthodes
- Santé et environnement
- Santé et précarité
- Politique de la ville

DÉMARCHES NATIONALE ET RÉGIONALES

D'AMÉLIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS

LA DÉMARCHE NATIONALE DE L'AMÉLIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS

*Cécile Béhaghel, Odile Tillon-Fauré
DGOS, Ministère des Affaires sociales et de la Santé,
Paris, France
et Florence Pinelli,
ATIH, Lyon, France*

L'amélioration de la pertinence des soins a pour objectifs l'accroissement de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'une meilleure efficacité des dépenses de santé.

Un programme de travail est mené au niveau national depuis juin 2011 afin de construire les dynamiques nationales, régionales et locales d'animation de la démarche et de doter les institutions et les professionnels de santé d'outils de diagnostic et d'amélioration des pratiques professionnelles. La démarche vise à construire une approche structurée globale de la pertinence des soins et à **développer les outils indispensables à son amélioration.**

Les données quantitatives, mises à disposition des ARS par l'ATIH via un outil national de restitution des données (dénommé SNATIH), font partie de ces outils. Il s'agit essentiellement :

- des taux de recours aux soins hospitaliers pour les champs MCO, SSR et HAD.

Sur le champ MCO, les taux sont accessibles pour la période 2007-2011 à classification constante des GHM, soit la classification en vigueur sur la dernière année de la période étudiée. Les taux de recours sont déclinés par région et par territoire de santé et selon différents regroupements d'activité. Des taux de recours plus fins (par GHM ou gestes) ont été calculés en fonction d'une liste d'activités ciblées définies en lien avec la DGOS et la Cnamts et sur la base de laquelle la HAS est chargée d'élaborer des outils d'amélioration des pratiques professionnelles.

- des tableaux déclinant l'activité selon à la fois le lieu de résidence du patient et le lieu d'implantation de l'établissement. Ces tableaux appelés matrices de consommation production sont présentés pour les champs MCO, SSR et HAD. Ces outils permettent notamment de mesurer les taux de fuite et d'attractivité d'un territoire.

Ces données sont des éléments clés permettant d'identifier les activités devant faire l'objet d'investigations complémentaires avec les professionnels de santé pour définir les enjeux régionaux d'amélioration de la pertinence des soins.

La mise en œuvre de la démarche d'amélioration de la pertinence des soins repose ensuite sur :

- le pilotage régional de la démarche avec une nécessaire implication des professionnels de santé concernés,
- le développement d'outils d'amélioration continue des pratiques professionnelles et leur intégration dans les démarches déjà existantes (formation initiale, formation continue, certification des établissements de santé...).

PILOTER LA DÉMARCHE RÉGIONALE D'AMÉLIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS, RÔLE DES ARS

*François Grimonprez
ARS Pays de la Loire,
Nantes, France*

La démarche de l'ARS Pays de la Loire illustre un type de dispositif de pilotage qu'il est possible de mettre en œuvre. Dans cette région, un comité régional de dialogue et de concertation a été mis en place associant les représentants administratifs et médicaux des fédérations des établissements sanitaires et des principales URPS (médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes). Ce comité animé par l'ARS permet d'échanger sur la situation de la région (analyse des données disponibles, des études conduites...) et co-construire un programme d'actions opérationnelles.

Dès 2012, l'ARS a intégré un axe spécifique sur la pertinence des soins dans chacun des CPOM négociés avec les acteurs hospitaliers. En 2013, un programme régional d'actions détaillé a été arrêté, aujourd'hui mis en œuvre. Ce programme est organisé en 6 grands axes :

- **axe culture et partage** : développer une culture commune autour des enjeux de la

pertinence des soins et partager les données disponibles ;

- **axe pertinence des séjours** : pour mieux documenter les inadéquations hospitalières et analyser la pertinence des séjours (aux urgences, par exemple) ;
- **axe pertinence des actes et des pratiques professionnelles** : relevant des démarches d'amélioration continue des pratiques professionnelles (prescriptions d'examens complémentaires, césariennes programmées, etc.) ;
- **axe pertinence des modes de prise en charge** : par le développement de la chirurgie ambulatoire mais également les prises en charge en HdJ en médecine, SSR et en psychiatrie ;
- **axe pertinence d'utilisation des produits de santé** : en lien avec le bon usage des médicaments et d'utilisation des dispositifs médicaux (endoprothèses coronaires) ;
- **axe pertinence des parcours de santé** : avec un regard sur les hospitalisations évitables, le suivi des maladies chroniques, etc.

UN EXEMPLE DE DÉMARCHE RÉGIONALE D'AMÉLIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS EN LANGUEDOC-ROUSSILLON : UNE PREMIÈRE ÉTAPE, LA DIFFUSION DE LA CULTURE DE L'ÉVALUATION

*Nathalie Szapiro,
ARS Languedoc-Roussillon, Montpellier, France
et Laurence Boutin,
Centre Jean Léon, La Grande Motte, France*

La démarche de l'ARS Languedoc-Roussillon illustre la mise en œuvre d'actions d'amélioration des pratiques professionnelles ciblées sur une activité, conformément aux enjeux prioritaires identifiés dans la région.

En effet, le diagnostic régional établi lors du travail préparatoire au SROS PRS concernant l'activité SSR en Languedoc-

Roussillon ayant montré que le taux d'équipement en lits et places de la région est supérieur de 35 % au taux national et que la consommation de la région en journées de SSR (standardisée pour 10 000 habitants), est supérieure de 11 % à la consommation nationale :

- le déploiement d'un logiciel d'aide à l'orientation des patients est décidé afin d'optimiser le parcours du patient après un séjour en MCO ;
- une évaluation de la pertinence des journées d'hospitalisation en SSR est envisagée.

Cette démarche impulsée par l'ARS ren-contre celle de professionnels de la réadaptation de la région sensibilisés lors des procédures de certification des établissements.

Après une recherche bibliographique, la grille du Réseau Qualisant 44, conçue selon le modèle de la grille AEPf (Appropriateness Evaluation Protocol) du court séjour, a paru la plus appropriée en raison de son élaboration par des professionnels de la réadaptation et de l'inclusion d'une analyse des causes de non pertinence. Élaborée et testée avant la parution des décrets n° 2008 – 76 et 377 du 17 avril 2008 et de leur circulaire, une adaptation de cette grille est nécessaire. Celle-ci, réalisée par l'ARS, est testée dans deux établissements volontaires. À partir de cette grille adaptée, une évaluation est organisée dans tous les établissements disposant d'une autorisation d'activité de SSR (polyvalente ou spécialisée) dans un territoire circonscrit, un jour donné, afin de pouvoir en confronter les résultats à la densité des équipements sanitaires et médicosociaux, mais aussi des professionnels de santé intervenant à domicile, ainsi qu'aux taux d'occupation de ces équipements. Cette première analyse permettra, si nécessaire, d'ajuster la densité de ces équipements mais aussi de mettre en place des actions d'amélioration du parcours des patients.

Elle permettra aussi, en collaboration avec les professionnels concernés, d'envisager une amélioration de la grille d'évaluation. Un déploiement de l'évaluation de la pertinence est espéré en région Languedoc-Roussillon, par adhésion des professionnels de la réadaptation à cette démarche que nous accompagnerons.

.....

Ces deux démarches régionales illustrent les modalités de concrétisation de la démarche d'amélioration de la pertinence des soins pour laquelle des outils sont mis à disposition au niveau national. En 2013, la capitalisation de l'ensemble des retours d'expériences sera organisée et mise à disposition de toutes les ARS. Plusieurs leviers nationaux complémentaires et convergents en ce qui concerne l'amélioration de la pertinence des soins seront également mobilisés pour poursuivre et renforcer la démarche engagée : prise en compte de la pertinence des soins dans les orientations nationales du développement professionnel continu (DPC), évolution du dispositif de certification des ES (prise en compte accentuée de la pertinence des soins dans la version 2014 notamment).

.....

AEPf : Appropriateness evaluation protocol (français)
ARS : Agence régionale de santé
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CPOM : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DPC : Développement professionnel continu
ES : Établissement de santé
GHM : Groupe homogène de maladies
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
HDJ : Hôpital de jour
MCO : médecine, chirurgie, gynécologie
SNATIH : Système national d'information sur l'hospitalisation
SROS-PRS : Schéma régional d'organisation des soins-Projet régional de santé (issu de la loi hôpital, patients, santé, territoires)
SSR : Soins de suite et de réadaptation
URPS : Union régionale des professionnels de santé

B1 ÉVALUATION DES INTERVENTIONS INTRA-HOSPITALIÈRES DE L'ÉQUIPE MOBILE GÉRIATRIQUE AU CENTRE HOSPITALIER DE LA CÔTE BASQUE

BOSCO-LEVY Pauline⁽¹⁾, CAMPOMANES Fabrice⁽¹⁾,
RANCHOU Boris⁽¹⁾, ZAPATA Édouard⁽¹⁾,
DUBROCA Bénédicte⁽¹⁾, PUEYO Sophie⁽¹⁾

Contexte : Les missions des équipes mobiles gériatriques (EMG) sont centrées sur l'évaluation gériatrique, l'élaboration du projet de soins, l'orientation et la prise en charge après la sortie de l'hôpital.

Leur évaluation s'appuie sur les missions officielles et les indicateurs du rapport de l'Igas de 2005.

Objectifs et Méthodes : L'équipe a cherché à évaluer l'adéquation de son intervention intra-hospitalière à la demande des services, l'augmentation de la valorisation du séjour, le suivi de ses recommandations et la satisfaction des patients, médecins et soignants.

Nous avons réalisé une étude prospective et descriptive, portant exhaustivement sur les demandes d'intervention sur les patients de plus de 75 ans pendant un mois en 2012. Les données ont été recueillies par auto-questionnaire par les soignants des services, l'EMG, et les patients.

Résultats : Les 67 demandes d'intervention concernent pour 85 % des patients « fragiles ». Les services ont demandé le plus souvent une expertise médicale (65 %) ou la prise en charge d'une situation de « bed blocker » (33 %).

Les missions le plus souvent demandées : évaluation gériatrique, aide à l'orientation, ont été remplies dans 93 % et 89 % des cas. Après le passage de l'EMG, la valorisation des séjours a augmenté en moyenne de 623 euros (augmentation pour 37 % d'entre eux). Parmi les recommandations les plus fréquentes de l'EMG, figurent l'orientation dans une filière de soins (suivie pour 79 %) et le changement de thérapeutique (suivi pour 49 %). Les patients, médecins et soignants des services, ont respectivement été satisfaits de l'intervention pour 97 %, 87 % et 85 % d'entre eux.

Conclusion : Notre étude est préliminaire à la mise en place d'une évaluation plus précise, et a cherché à établir un état des lieux du fonctionnement de l'EMG, de sa connaissance par les services et de la satisfaction des usagers. Elle a corroboré les résultats trouvés par différents centres hospitaliers : les réponses de l'EMG dépassent et complètent souvent les demandes des services, les séjours sont mieux valorisés. Cette étude permettra de communiquer au sein de la structure sur les missions de l'EMG et d'améliorer son efficacité.

Contact auteur : PUEYO Sophie
spueyo@ch-cotebasque.fr

⁽¹⁾ Centre hospitalier de la Côte basque, Bayonne, France

B2 L'OBSERVATION DES BESOINS DES PARENTS ET JEUNES ENFANTS À TRAVERS LE SERVICE RENDU PAR UN SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI)

QUELIER Christine⁽¹⁾, LARROSE Bruno⁽²⁾,
MAYER Corinne⁽³⁾

Contexte : L'activité des services de PMI est la seule politique publique de santé qui soit décentralisée. Elle concourt à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance. En 2012, la direction des actions de santé du conseil général de la Gironde a confié à une sociologue et un psychologue indépendants une étude exploratoire.

Objectifs et méthodes : Un des objectifs de l'étude (apprécier l'adéquation des prestations aux besoins et attentes des personnes) a conduit à mieux cerner les besoins actuels des parents et jeunes enfants dans un contexte d'évolution du système de soins. La méthodologie reposait sur : une analyse des données d'activité produites ; des entretiens auprès des partenaires dans le champ de la santé ; des

groupes focus par métier du service de PMI ; des entretiens avec des familles « usagers » et « non usagers » de la PMI.

Résultats : L'étude montre que l'offre de service répond aux besoins de tout parent, quel que soit son profil sociologique. En effet la vulnérabilité autour de la naissance, du devenir parent et de la santé de l'enfant n'est pas spécifiquement reliée à la précarité sociale. La PMI apparaît comme un service pertinent du point de vue des professionnels et des familles rencontrés car souvent le seul à répondre à des besoins d'accompagnement combinant un soutien technique aux parents et à l'enfant : surveillance de la santé ; écoute et accompagnement personnalisé, y compris au domicile, reposant sur une disponibilité des professionnels et sur une conception ouverte de la santé ; implantation territoriale de proximité (un lieu permanent). La combinaison de ces caractéristiques constitue une spécificité que les autres acteurs de santé et de soutien existant par ailleurs (médecine libérale, hôpital, groupes de soutien à la parentalité) n'offrent pas.

Conclusion : Cette étude permet de mettre en évidence l'articulation des besoins de santé médicaux, psychologiques et sociaux de la mère et de l'enfant. En complémentarité de l'offre de santé existante, la PMI constitue un dispositif « contenant » qui permet à de nombreux parents de développer leur capacité d'agir avec confiance dans une nouvelle configuration familiale.

Contact auteur : QUELIER Christine /
christine.quelier@gmail.com

⁽¹⁾ Formation recherche sciences humaines et santé publique, Talence, France

⁽²⁾ Cabinet d'expertise et de développement des ressources en éducation, insertion, prévention et soin, bordeaux, France

⁽³⁾ Conseil général de la Gironde, Bordeaux, France

B3
ÉVALUATION D'UN PROJET
EXPÉRIMENTAL D'IMPLANTATION
DU SYSTÈME DE MESURE DE
L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE
(SMAF)

*SCANDELLA Nadine⁽¹⁾, GARNIER Céline⁽¹⁾,
LEDESERT Bernard⁽²⁾, SCHAUDER Nicole⁽³⁾,
OCHOA André ⁽¹⁾*

Contexte : Le Conseil général de la Dordogne, dans le cadre d'une convention avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a confié à une équipe québécoise une expérimentation d'implantation d'un système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) dans des services et des établissements médicosociaux du Bergeracois intervenant auprès de personnes âgées et de personnes handicapées. L'expérimentation qui s'est déroulée de juillet 2008 à juin 2010 a fait l'objet d'une évaluation externe par l'Observatoire régional de la santé d'Aquitaine.

Objectifs et méthode : Une analyse de l'ensemble des documents disponibles (protocole et rapports produits par l'équipe chargée de l'expérimentation, conventions...), a permis d'identifier des critères pour l'évaluation externe. Des entretiens individuels semi-directifs auprès des commanditaires, des professionnels concernés, des membres de l'équipe québécoise et de ceux des différents comités (pilotage, techniques...) ont été réalisés pour apprécier la mise en œuvre de la démarche et sa possible extension.

Résultats : L'évaluation externe de ce projet a montré la faisabilité de l'implantation des outils du SMAF dans des structures qui prennent en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées. Toutefois différents problèmes méthodologiques ont été identifiés dans la mise en œuvre de l'expérimentation. L'absence d'approche médico-économique a empêché de mesurer la valeur ajoutée de ce système. Une interrogation a été posée sur la possibilité effective pour les établissements de réunir l'ensemble des conditions nécessaires à l'utilisation optimale du système.

Conclusion : Cette approche évaluative, dans le cadre de l'évaluation externe, a permis de mettre en évidence des éléments complémentaires par rapport à l'évaluation interne. En effet, cette dernière ne permettait pas d'avoir un recul suffisant et objectif sur l'ensemble des paramètres.

*Contact auteur : SCANDELLA Nadine /
n.scandella@ors-aquitaine.org*

⁽¹⁾ORS Aquitaine, Bordeaux, France

*⁽²⁾CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, Montpellier,
France*

⁽³⁾ORS Alsace, Strasbourg, France

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CREAI : Carrefour de ressources et d'études pour l'autonomie et l'inclusion

EMG : Équipes mobiles gériatriques

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

ORS : Observatoire régional de la santé

PMI : Protection maternelle et infantile

SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

B4 LE RÔLE DES RÉSEAUX SENTINELLES DANS LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : ANALYSE COMPARATIVE PAYS-BAS – BELGIQUE

SCHWEIKARDT Christoph⁽¹⁾, COPPIETERS Yves⁽¹⁾

Contexte : Aux Pays-Bas et en Belgique, des réseaux vigies sentinelles nationaux se sont développés comme outils de surveillance épidémiologique. Les soins médicaux de première ligne garantissent un accès facile aux tests diagnostiques et aux traitements des infections sexuellement transmissibles (IST). De par l'évolution des changements de certains comportements à risque, la surveillance des IST au niveau de la première ligne revêt une importance primordiale.

Objectif et Méthode : Le but de cette étude est d'analyser le rôle et la place des réseaux sentinelles pour la surveillance des IST par une analyse comparative de la littérature scientifique, des rapports des institutions de surveillance, et de la description d'expériences de terrain.

Résultat : Les incidences des IST rapportées par la Belgique sont considérablement plus basses que celles des Pays-Bas. Aux Pays-Bas, la surveillance des IST en première ligne se base sur deux piliers : le rapportage des centres IST, qui inclut tous les centres principaux depuis 2004, et la surveillance du réseau national des médecins généralistes LINH. Ce réseau présente une bonne représentativité de la population néerlandaise. En Belgique, la surveillance est beaucoup plus fragmentée et limitée. Les infections de type syphilis et gonorrhée sont obligatoirement notifiées auprès des médecins chargés de la lutte contre les maladies infectieuses, mais la véritable incidence de la gonorrhée semble fortement sous-estimée. En Belgique, il y a deux autres outils de surveillance importants : le réseau des laboratoires sentinelles IST et le réseau des cliniciens IST. Ils travaillent sur base volontaire et ils ne sont pas représentatifs de la population belge. Un programme d'extension de la surveillance des IST par le réseau des médecins généralistes vigies belges est planifié pour 2013.

Conclusion : Le modèle des Pays-Bas est une référence pour estimer de façon fiable les incidences des IST tant pour les groupes à risque que la population générale. En Belgique, l'extension de la surveillance volontaire à travers l'inclusion d'institutions qui ne participent pas encore à cette surveillance permettrait de renforcer la surveillance des IST.

Contact auteur : SCHWEIKARDT Christoph
christoph.schweikardt@ulb.ac.be

Université libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique

B5 ÉVOLUTION DE LA GALE EN AQUITAINE À PARTIR DES DONNÉES DE SOS MÉDECINS ET DES VENTES DE SCABICIDES DE 2007 À 2011

CASTOR Christine⁽¹⁾, ALDABE Bénédicte⁽¹⁾,
BROUCAS Fabrice⁽²⁾, BONIZEC Amandine⁽¹⁾,
CHEMIN Frédéric⁽²⁾

Contexte : Ces dernières années, plusieurs signaux ont suggéré une recrudescence de la gale en Aquitaine.

Objectifs et méthodes : En 2011, une étude descriptive rétrospective a été réalisée à partir de deux sources de données afin d'évaluer cette augmentation dans notre région.

L'évolution de la gale en Aquitaine entre 2007 et 2011 a été évaluée à partir de l'activité des associations SOS Médecins (Bordeaux, Pau, Bayonne) et des ventes de scabicides de deux grossistes répartiteurs de la région.

Résultats : Entre 2007 et 2011, la proportion de diagnostics de gale établis par SOS Médecins a été multipliée par 3,5 passant de 4,4 pour 10 000 visites à 15,6 ($p < 10^{-5}$). La tranche d'âge des « moins de 20 ans » représentait 45,0 % des cas. Sur cette période, les ventes de scabicides ont aussi régulièrement augmenté en étant multipliées par 3,2. Toutes les spécialités de scabicides ont enregistré une augmentation plus ou moins importante ($p < 0,01$) : les ventes de

Stromectol® ont été multipliées par 4,8, celles de l'A-PAR® par 3,0, celles de l'Ascabiol® par 2,0 et par 1,9 pour le Sprégal®. Une saisonnalité des diagnostics de gale établis par SOS médecins ainsi que des ventes de scabicides a été mise en évidence avec des pics plutôt en automne. Les évolutions mensuelles de ces deux sources de données étaient corrélées (pearson=0,73).

Conclusion : Ces résultats sont en faveur d'une recrudescence de la gale en Aquitaine ces 5 dernières années en population générale. Ils confirment ceux d'une étude nationale de l'InVS réalisée en 2010. Les données de SOS médecins et des ventes de scabicides constituent des sources pertinentes pour suivre l'évolution de cette maladie. Les médecins généralistes doivent être informés et sensibilisés afin de favoriser le diagnostic précoce de la gale et mettre en place des prises en charge adaptées.

Contact auteur : CASTOR Christine
christine.castor@ars.sante.fr

⁽¹⁾ Cellule de l'InVS en région Aquitaine, Bordeaux, France

⁽²⁾ Association SOS Médecins, Bordeaux, France

B6 CRÉATION D'UNE BASE DE DONNÉES INTERSERVICES POUR UNE RÉFLEXION GLOBALE SUR LA LOCALISATION DES MOYENS DE SECOURS À PERSONNE DANS LES ALPES-MARITIMES

SOULIES Dorian⁽¹⁾

Contexte : En matière de secours à personne (SAP), la hausse continue de la demande tend à augmenter les tensions sur la couverture des moyens. Compte tenu du contexte économique actuel, de la baisse de la démographie médicale et du volontariat, il nous semble plus que jamais nécessaire d'optimiser spatialement et temporellement la localisation des vecteurs de SAP existants. Pour cela les données sur l'activité opérationnelle des différents intervenants sont indispensables mais cloisonnées entre les SAMU et les SDIS.

B7
UTILISATION DE DONNÉES
DE ROUTINE POUR ÉCLAIRER
LES PROFESSIONNELS DE TERRAIN
ET LES DÉCIDEURS POLITIQUES
FACE À UN PROGRAMME
DE SANTÉ PUBLIQUE

M. Deguerry⁽¹⁾, D. Mazina⁽¹⁾, S. Luyten⁽¹⁾, D. Hercot⁽¹⁾

Objectif et méthode : Avant de pouvoir réfléchir à l'optimisation de la localisation des moyens à proprement parler, l'objectif a été de construire une base de données (BD) unique sur le SAP, résultat de la fusion des bases de données CENTAURE 15 du SAMU 06 et PANAMA du SDIS 06, tout en sachant qu'il n'existe pas d'identifiants communs aux deux permettant de le faire simplement, sans risquer d'engendrer des doublons et des manques. Une grande majorité des données est en réalité commune aux deux bases, les autres étant propres à PANAMA ou CENTAURE 15. Pour la BD SAP, nous avons donc décidé de choisir l'une des deux parties comparables, en l'occurrence celle de la BD PANAMA, et d'y ajouter les parties spécifiques à PANAMA et CENTAURE 15.

Résultat : Le résultat ainsi obtenu est une base de données d'environ 450 000 interventions sur six années, soit au total 15 % de plus que CENTAURE 15 n'aurait pu fournir sur la même période à elle seule, et 4 % d'interventions de plus que la BD PANAMA.

Conclusion : Outre le gain en informations sur l'activité opérationnelle réelle des moyens, cette BD SAP permet surtout d'alimenter un modèle de localisation-allocation et ainsi de réfléchir à l'optimisation de la localisation des moyens de SAP de façon intégrée et globale. Cette méthode permet selon nous d'apporter par la même occasion une réponse à la problématique de la mise en cohérence du SDACR et du SROS puisque la réflexion est menée très en amont, de façon concomitante, sur l'ensemble des données du SDIS et du SAMU.

Contact auteur : SOULIÈS Dorian
soulies@unice.fr

⁽¹⁾ UMR 7300 ESPACE du CNRS – Université de Nice Sophia Antipolis, Nice, France

Contexte : L'Observatoire de la santé et du social recueille, analyse et diffuse les informations nécessaires à l'élaboration de politiques coordonnées dans le domaine de la santé publique et de la lutte contre la pauvreté en région bruxelloise. Dans le cadre de sa fonction d'aide à la décision, les décideurs politiques lui ont confié l'évaluation de la mise en œuvre du programme de dépistage organisé du cancer du sein.

Objectif et méthode : L'objectif est d'analyser spatialement différents déterminants pour mieux comprendre la réalité du dépistage et l'épidémiologie du cancer du sein en utilisant des données disponibles en routine. Les données issues du programme ont été cartographiées ainsi que les données sanitaires (morbidité, mortalité, contacts avec professionnels de santé,...) et des données socio-économiques (niveau SE, nationalité,...). Des données de remboursement et des données de l'enquête santé ont été croisées afin de poser des hypothèses face aux images observées.

Résultats : Les inégalités spatiales observées dans la pratique du dépistage du cancer du sein se retrouvent de façon similaire ou en miroir lorsque l'on cartographie des facteurs influençant la maladie ou le dépistage (caractéristiques socio-économiques, nationalités, offre et consommation de soins,...). Le croisement avec des données issues de sources médico-administratives variées permet de discuter des hypothèses et d'envisager des actions à entreprendre.

Conclusion : La confrontation de cartographies de facteurs très divers permet de rendre cohérentes des images qui semblent à première vue paradoxales. L'utilisation croisée de diverses sources de données médico-administratives est une méthode qui permet d'approcher de façon globale la question du dépistage du cancer du sein dans un objectif d'aide à la décision.

Contact auteur : DEGUERRY Murielle
mdeguerry@ccc.irisnet.be

⁽¹⁾ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Belgique

BD : Banque de données
IST : Infection sexuellement transmissible
InVS : Institut national de veille sanitaire
SAMU : Service d'aide médicale urgence
SAP : Secours à personne
SDACR : Schéma départemental d'analyse et de couverture des risques
SDIS : Service départemental d'incendie et de secours
SROS : Schéma régional d'organisation des soins

B8

L'UTILISATION DE LA MÉTHODE DES ANNÉES DE VIE AJUSTÉES SUR L'INCAPACITÉ À L'ÉCHELLE RÉGIONALE : APPORTS POSSIBLES ET PROBLÈMES MÉTHODOLOGIQUES

GIRAUD Julien⁽¹⁾, PUBERT Mélanie⁽¹⁾,
ROBIN Stéphane⁽¹⁾

Contexte : L'élaboration des plans régionaux de santé et la définition des objectifs qui s'y rattachent s'appuient majoritairement sur des analyses combinées d'indicateurs de mortalité et de morbidité. Aussi, la diversité des indicateurs mobilisés rend complexe la hiérarchisation des maladies et / ou des risques, celle-ci reposant le plus souvent sur des comparaisons avec d'autres échelles géographiques.

Objectifs et méthodes : Les objectifs de l'étude étaient d'explorer la méthode des Années de vie ajustées sur l'incapacité (AVAI), de la tester, enfin d'étudier la faisabilité de son application à l'échelle régionale. La méthode utilisée a reposé, dans un premier temps, sur une revue de la littérature, puis sur la construction des AVAI pour le tabac et le diabète, enfin par une analyse systématique des sources de données mobilisables pour la hiérarchisation des risques identifiés au sein du PRS de Poitou-Charentes.

Résultats : La construction des AVAI pour une pathologie repose, d'une part sur les effectifs de décès par âge et sexe, et d'autre part sur la charge de morbidité qui est le produit du nombre de cas incidents, du poids d'incapacité et de la durée de la maladie. Cette approche combinée d'indicateurs de mortalité et de morbidité permet d'apprécier le fardeau global de la maladie (FGM). La connaissance des parts attribuables de la maladie à un risque donné permet d'apprécier le FGM de ce risque.

Conclusion : Le recours au FGM pour un choix de pathologies ou de risques permet de les hiérarchiser. La disponibilité des données d'incidence de certaines pathologies ainsi que des parts attribuables à l'échelon régional

constitue la principale limite au recours aux AVAI. Le choix des sources à utiliser apparaît donc primordial.

Contact auteur : GIRAUD Julien
julien.giraud@ors-poitou-charentes.org

⁽¹⁾ ORS de Poitou-Charentes, Poitiers, France

B9

APPORTS DES COHORTES LONGITUDINALES DANS LA COMPRÉHENSION DES INÉGALITÉS FACE AU CANCER. EXEMPLE À PARTIR DES SARCOMES EN RHÔNE-ALPES

FAYET Yohan⁽¹⁾, DUCIMETIERE Françoise⁽¹⁾,
CHASLES Virginie⁽²⁾, RAY-COQUARD Isabelle⁽¹⁾

Contexte : Si les inégalités face au cancer sont aujourd'hui assez bien décrites, il est encore difficile de reconstituer leur construction, d'en comprendre les mécanismes et de mesurer l'importance de chacun de ces mécanismes. Du fait de leur faible incidence, ces facteurs restent assez méconnus dans le cas des sarcomes, qui sont des tumeurs rares, complexes pour le diagnostic et la prise en charge.

Objectifs et méthodes : L'épidémiologie des sarcomes et des principaux types histologiques a été comparée à un indicateur écologique de défavorisation matérielle et sociale. Afin de montrer l'impact des pratiques médicales sur la survie des sarcomes, une cohorte prospective a été constituée sur deux ans en Rhône-Alpes, retraçant l'intégralité de la maladie, depuis le diagnostic jusqu'au suivi à 5 ans. Ce type de cohorte offre une vision globale des facteurs pouvant favoriser la survie des patients. L'analyse géographique de cette cohorte doit montrer l'influence de la territorialité de certains facteurs de risque face au cancer.

Résultats : On observe des répartitions géographiques très différentes selon les types histologiques, ce qui suggère l'existence de processus étiologiques différenciés. L'incidence de ces types histologiques varie fortement selon le niveau de défavorisation matérielle

des communes. La qualité de certains actes thérapeutiques, comme la chirurgie, est associée à la survie des patients. Or, la conformité de la prise en charge vis-à-vis des référentiels de pratiques varie fortement selon le niveau d'expertise des centres, laissant craindre un fort impact du lieu de prise en charge sur la survie des patients.

Conclusion : Dans le cas de tumeurs rares peu étudiées, la constitution d'une cohorte a permis de progresser dans la compréhension épidémiologique des sarcomes et sur les facteurs prédictifs de survie. Face à l'acuité des inégalités de mortalité face au cancer, les cohortes longitudinales constituent un outil décisif pour mieux comprendre le processus de construction de ces inégalités, dans leur dimension médicale en mesurant notamment l'impact des facteurs diagnostiques par rapport aux facteurs thérapeutiques, mais aussi dans leur dimension géographique en montrant l'influence des caractéristiques du territoire de vie des patients sur ce processus. Si elle demande des moyens importants, ce type de cohorte permet d'aborder efficacement la question des inégalités face au cancer, en adoptant une vision exhaustive de l'histoire de la maladie.

Contact auteur : FAYET Yohan /
yohan.fayet@lyon.unicancer.fr

⁽¹⁾ Centre Léon Bérard, Lyon, France

⁽²⁾ Université Jean Moulin Lyon 3, Lyon, France

B10

L'ÉVOLUTION DES MODES DE COMMUNICATIONS, COMMENT ADAPTER LES ENQUÊTES EN POPULATION GÉNÉRALE ? L'EXPÉRIENCE DE L'ENQUÊTE KAPB VIH/SIDA 2010

BELTZER Nathalie⁽¹⁾, KABP Groupe⁽²⁾

Contexte : Dans le cadre de l'observation de la santé, les enquêtes réalisées auprès de la population générale représentent une source de données importantes de l'état de santé, de sa perception et de ses déterminants. Les méthodes de collecte de données envisa-

geables cherchent toutes à obtenir des estimations représentatives de la population étudiée. Cela suppose notamment de constituer l'échantillon à partir d'une base de sondage la plus exhaustive possible.

Objectif et méthode : L'enquête téléphonique KABP VIH/SIDA est l'occasion de tester les nouvelles modalités de sélection d'un échantillon capable de couvrir le mieux possible la population résidant en France.

Cette enquête, réalisée en 2010, a interrogé 5002 personnes âgées de 18 à 69 ans à partir d'un téléphone filaire et 5007 à partir d'un mobile en France métropolitaine, pour tenir compte de l'évolution de la couverture téléphonique. Deux versions d'ordonnement du questionnaire ont été proposées et plusieurs moyens ont été mis en œuvre pour améliorer la participation à l'enquête.

Résultats : L'envoi d'un SMS aux personnes interrogées sur mobile ne semble pas améliorer le taux de participation, à la différence de la lettre annonce envoyée aux personnes interrogées à partir de leur filaire.

L'intégration d'un échantillon de personnes sélectionnées à partir de leur téléphone mobile permet d'atteindre davantage de jeunes et de personnes socialement plus vulnérables.

La passation d'un questionnaire de 40 minutes sur mobile est envisageable, sans que cela ne conduise à des taux d'interruption plus élevés que sur filaire.

L'ordre des questions influence les réponses apportées par les individus.

Conclusion : Cette enquête montre que la prise en compte de la téléphonie mobile améliore notablement l'exhaustivité du plan d'échantillonnage. La diffusion des technologies de l'information, comme la téléphonie par internet, risque de modifier encore le paysage de la téléphonie rendant nécessaire l'adaptation méthodologique des enquêtes, et ce dans un contexte où la participation aux enquêtes est de plus en plus difficile à obtenir de la population générale.

Contact auteur : BELTZER Nathalie
n.beltzer@ors-idf.org

⁽¹⁾ ORS Ile-de-France, Paris, France

⁽²⁾ Anrs / Inpes / Inserm / InVS, Paris, France

B11 **SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ** **PAR SUICIDE DANS UNE** **POPULATION DE TRAVAILLEURS :** **EXEMPLE DES** **AGRICULTEURS EXPLOITANTS**

BOSSARD Claire⁽¹⁾, SANTIN Gaëlle⁽¹⁾,
GUSEVA-CANU Irina⁽¹⁾, PELC Alain⁽²⁾,
IMBERNON Ellen⁽¹⁾

Contexte : Plusieurs études ont montré un excès de mortalité par suicide dans les populations agricoles, en France et dans des pays comparables. Récemment, le programme Cosmop en France a mis en évidence un risque de décès par suicide trois fois plus élevé chez les hommes agriculteurs exploitants que chez les cadres, ce qui est concordant avec d'autres études. Néanmoins, il est nécessaire de poursuivre les travaux sur le sujet, afin d'assurer une surveillance épidémiologique en continu de ce phénomène.

Objectifs et méthode : L'étude vise à décrire sur la période 2007-2009 la mortalité par suicide (CIM 10 : X64-X80 et Y870) et par autres causes externes (V01-Y89) des agriculteurs exploitants et de leurs conjoints collaborateurs en activité professionnelle affiliés à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). Le principe repose sur le couplage de données sociodémographiques et professionnelles obtenues auprès de la CCMSA, et des causes médicales de décès obtenues auprès du CépiDc. Des ratios standardisés de mortalité (SMR) par causes avec des intervalles de confiance à 95% seront calculés pour chaque sexe et chaque année d'étude. La population française sera utilisée comme population de référence.

La population d'étude comprend en moyenne 500 164 sujets par année. Un nombre de décès par suicide annuel sera obtenu pour les trois années. Les calculs de SMR permettront de comparer la mortalité de la population à celle de la population française, et d'identifier d'éventuels excès de mortalité par suicide ou par autres causes externes. Des analyses selon les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles permettront d'identifier les groupes de population les plus vulnérables.

Conclusion : Ces résultats permettront de décrire précisément la mortalité par suicide chez les agriculteurs exploitants et leurs conjoints collaborateurs et de suivre les évolutions. L'analyse selon les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles sur une durée d'observation plus longue permettra de documenter les déterminants d'une éventuelle surmortalité.

Contact auteur : BOSSARD Claire
bossard@invs.sante.fr

⁽¹⁾ Institut de veille sanitaire, Saint Maurice, France

⁽²⁾ Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, Bagnolet, France

B12 **UNE ÉTUDE MULTI-SOURCES SUR** **LA TENTATIVE DE SUICIDE DANS** **LE NORD-PAS-DE-CALAIS**

PLANCKE Laurent⁽¹⁾, DUCROcq François⁽²⁾,
DANEL Thierry⁽¹⁾, VAIVA Guillaume⁽²⁾

Contexte : Les indicateurs spécifiques permanents en santé mentale sont peu nombreux. Même si la sociologie a montré l'influence de certains déterminants socio-économiques, le suicide est beaucoup plus fréquent chez les personnes souffrant de troubles psychiques avérés. Il en va différemment de la tentative de suicide (TS), qui rend compte plus souvent d'une souffrance que d'une pathologie. 0,5% de l'échantillon interrogé dans le Baromètre santé 2010 déclare avoir tenté à ses jours dans l'année précédente, ce qui permet d'estimer entre 216 000 et 302 000 le nombre de personnes de 15-85 ans concernées par an en France métropolitaine, et entre 12 000 et 38 000 dans le Nord - Pas-de-Calais.

Objectifs et méthode : La connaissance socio-épidémiologique des personnes suicidantes constitue un double enjeu : la mesure des souffrances psychiques des populations, et l'adoption de réponses dans les territoires les plus touchés (comme les programmes de recontact des suicidants, utiles en prévention de la récurrence et de la mort par suicide). Nous avons entrepris d'exploiter

trois sources de données sur la TS : les séjours en médecine et chirurgie après TS (à partir des bases PMSI), les appels pour TS aux samu - centres 15 et les admissions dans les services d'urgence participant au système de veille Oscour. L'étude cherchera à conforter de premiers résultats obtenus à partir de la seule base des appels au samu dans le département du Nord en 2006-2008 (7 700 TS par an, correspondant à 5 836 personnes distinctes, soit un taux de 263 pour 100 000 habitants), d'apprécier la taille de la population faisant une TS, de calculer des ratios standardisés de morbidité (RSM) suicidaire, d'établir une cartographie infra-régionale, de confronter les effectifs issus de chacune des sources (pour déterminer des taux de recouvrement et apprécier les circuits de prise en charge).

Conclusion : Les enseignements de cette étude devraient permettre d'orienter les politiques régionales et infrarégionales de santé mentale, ainsi que les actions de prévention du suicide chez les suicidants.

Contact auteur : Plancke Laurent
laurent.plancke@santementale5962.com

⁽¹⁾ Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord-Pas-de-Calais, Lille, France

⁽²⁾ Centre hospitalier régional universitaire de Lille, Lille, France

ARS : Agence régionale de santé
AVAI : Années de vie ajustées sur l'incapacité
CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
FGM : Fardeau global de la maladie
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS : Projet régional de santé
RSM : Ratio standardisé de morbidité
SMR : Ratios standardisés de mortalité
SMS : Short message service
TS : Tentative de suicide
VIH / SIDA : Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome de l'immunodéficience humaine

B13 INÉGALITÉS TERRITORIALES : CONSTRUCTION D'UN INDICATEUR DE DÉFAVEUR SOCIO ENVIRONNEMENTALE

CAUDEVILLE Julien⁽¹⁾, RICAN Stéphane⁽²⁾,
BOUDET Celine⁽¹⁾

Contexte : La réflexion sur les inégalités environnementales est encore récente en France et peu de travaux ont été réalisés à ce jour sur les liens entre la distribution géographique des risques environnementaux et les caractéristiques socio-économiques des populations. Cette démarche nécessite la description de données à des résolutions fines et le choix d'indicateurs adaptés.

Objectifs et méthodes : Notre zone d'étude intègre l'ensemble de la France métropolitaine. Un index de défaveur sociale (FDep) est construit au niveau de l'IRIS à partir de 5 variables socio-économiques et démographiques du recensement de l'INSEE. La proximité des industries polluantes a été déterminée à partir des données de BASIAS (base de données des anciens sites industriels et activités de service) et de l'IrEP (Registre Français des émissions polluantes) après traitement. La mobilisation d'outils d'analyse spatiale permet de mieux cerner les populations potentiellement exposées. La comparaison des distributions des indices de défaveur des populations vivant à proximité d'un site aux autres populations permet de caractériser les associations spatiales entre ces deux variables. Un indice de défaveur socio-environnementale est construit au niveau régional.

Résultats : La relation défaveur/proximité à un site est observée pour l'ensemble des régions, mais reste très contrastée d'une région à l'autre. Sur des résolutions fines, la superposition des deux variables permet la visualisation de l'ensemble des situations rencontrées. A l'échelle régionale, cette étude indique que les populations défavorisées vivent plus fréquemment à proximité d'une industrie polluante que les autres. Cette relation n'est pas systématique dès lors que l'on affine l'échelle d'analyse.

Conclusion : La variabilité des indices de ségrégation socio environnementale s'explique au regard des différents contextes industrielles et socio économiques des bassins d'emploi. La proximité à un site industriel n'impliquant pas une exposition systématiquement des populations, cette méthodologie sera utilisée pour analyser les associations spatiales entre défaveur et indicateurs d'expositions tenant compte de la contamination de l'environnement et du comportement des populations.

Contact auteur : CAUDEVILLE Julien
julien.caudeville@ineris.fr

⁽¹⁾ Institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS), Verneuil en Halatte, France

⁽²⁾ Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Nanterre, France

B14 GESTION DES DÉCHETS MÉNAGERS ET ASSIMILÉS (DMA) : HIÉRARCHISATION DES CONNAISSANCES ET DES EFFETS SANITAIRES

ANZIVINO Lucie⁽¹⁾, FALETTE Nicole⁽²⁾,
CARRETIER Julien^(2,3), MONTESTRUCQ Lucile⁽¹⁾,
GUYE Olivier⁽¹⁾, PHILIP Thierry⁽²⁾,
FERVERS Béatrice⁽²⁾

Contexte : La production croissante de déchets et leurs modes de gestion suscitent de multiples interrogations quant à leur risque pour la santé. Leurs enjeux sanitaires sont encore difficiles à appréhender et donnent lieu à de nombreux débats.

Objectifs et méthodes : Nous avons réalisé une revue systématique transversale des connaissances scientifiques de l'impact de la gestion des DMA sur la santé des populations. Afin d'évaluer la force des preuves disponibles et la complexité des résultats, une grille de niveaux de preuves basée sur le type, la qualité, la quantité des données disponibles et sur la concordance ou non des résultats a été utilisée.

Résultats : Les associations entre les différents modes de gestion des DMA et le risque pour la santé des professionnels et des riverains sont le plus souvent d'un faible niveau de preuve (lien possible ou conclusion impossible).

Les principaux troubles associés à un niveau de preuve convaincant apparaissent pour les professionnels de la collecte, du tri et du compostage : troubles musculo-squelettiques, respiratoires aigus, gastro-intestinaux, cutanés, oculaires, nausées, maux de tête et maladies infectieuses. Les études portant sur les incinérateurs se sont intéressées aux riverains et ont porté sur les risques de cancers, malformations congénitales et troubles du développement foetal. Bien que certains risques sanitaires s'accompagnent d'un niveau de preuve probable, ils apparaissent très liés aux niveaux de performance des installations. Pour les installations de stockage, les données disponibles suggèrent que l'impact sur la santé des professionnels et des riverains dépend de la nature des déchets stockés et des pratiques d'exploitation. Le niveau de preuve est faible (possible ou conclusion impossible).

Conclusion : Notre revue transversale montre qu'aucun mode de gestion des DMA n'est exempt de risque. Les données disponibles ne sont pas également réparties selon le mode de gestion et la comparabilité des résultats est souvent limitée. Certaines données font défaut ou sont trop peu nombreuses pour pouvoir conclure. Nos résultats incitent à des travaux permettant de mieux caractériser les expositions tout en prenant en compte des facteurs de risque individuels.

Contact auteur : ANZIVINO Lucie
lucie.anzivino@ors-rhone-alpes.org

⁽¹⁾ ORS de Rhône-Alpes, Lyon, France

⁽²⁾ Centre Léon-Bérard, Unité cancer et environnement, Lyon, France

⁽³⁾ Laboratoire « Santé, Individu, Société », Université Lyon 1, Lyon, France

B15
EFFETS DES EXPOSITIONS
AUX PARTICULES FINES SUR
LES RECOURS AUX URGENCES
POUR ASTHME ET BRONCHIOLITE
CHEZ LES ENFANTS DE
L'AGGLOMÉRATION PARISIENNE

CHATIGNOUX Édouard⁽¹⁾, HOST Sabine⁽¹⁾,
BEAUJOUAN Laure⁽²⁾

Contexte : L'asthme et la bronchiolite sont les principales causes de recours aux urgences (RU) pour problèmes respiratoires chez les enfants. Peu d'études se sont cependant intéressées au rôle de la pollution atmosphérique.

Objectifs et méthodes : Notre étude avait pour objectif d'évaluer l'influence des expositions aux particules fines PM2,5 (particules d'un diamètre $\leq 2.5 \mu\text{m}$) sur les RU pour asthme et bronchiolites chez les enfants et les nourrissons dans l'agglomération parisienne. L'analyse porte sur les RU pour bronchiolite (chez les enfants de <2 ans) et asthme (chez les enfants <2 et 2-14 ans), recueillis dans le cadre du réseau OSCOUR. Les données de 11 services d'urgence ont été agrégées pour construire un indicateur du nombre quotidien de RU du centre de l'agglomération parisienne entre 2007 et 2010. Des méthodes d'imputation multiples ont par ailleurs été mises en œuvre pour corriger les biais potentiels découlant des 10% de RU sans code diagnostic. Les relations entre les RU et les niveaux de PM2.5 (moyennes des niveaux du jour et de la veille et effet d'une exposition d'un jour donné sur les RU des 21 jours suivants) ont été analysées en utilisant des modèles additifs généralisés de Poisson.

Résultats : Une augmentation de $10 \mu\text{g.m}^{-3}$ des niveaux de PM2.5 du jour et de la veille était associée à une augmentation des RU pour asthme (hausse de 2,7% [IC 95%: 0,3 à 5,2] pour les moins de 2 ans, de 1,9% [0,0 à 3,7] pour les 2-14 ans). Aucune association n'était en revanche observée avec les RU pour bronchiolite. L'examen des effets des expositions sur les RU des trois semaines suivantes montrait cependant une augmentation significative des RU pour bronchiolite dans les 5 - 10 jours suivant une élévation des niveaux de PM2,5. Inversement, l'augmentation des RU pour asthme se concentrait principalement dans les 5 jours suivant l'exposition.

Conclusion : Cette étude confirme l'influence des expositions aux particules fines sur les manifestations aiguës de problèmes respiratoires chez les enfants et également chez les

nourrissons. Elle suggère par ailleurs que les mécanismes physiopathologiques impliqués varient selon la pathologie et la classe d'âge.

Contact auteur : CHATIGNOUX Édouard
e.chatignoux@ors-idf.org

⁽¹⁾ ORS Ile-de-France, Paris, France

⁽²⁾ Assistance publique-hôpitaux de Paris, Paris, France

B16
IMPACTS DES EXPOSITIONS
À PROXIMITÉ DU TRAFIC ROUTIER
SUR LA GENÈSE ET
L'EXACERBATION DE L'ASTHME
CHEZ LES ENFANTS DE
L'AGGLOMÉRATION PARISIENNE

HOST Sabine⁽¹⁾, CHATIGNOUX Édouard⁽¹⁾,
SAUNAL Adrien⁽¹⁾

Contexte : La pollution atmosphérique constitue en Île-de-France, et en particulier dans sa zone dense, une atteinte à la qualité de vie et à la santé. Au-delà de la pollution générale de l'atmosphère urbaine, les Franciliens sont régulièrement exposés à des niveaux majorés et à une composition spécifique de pollution à proximité des axes routiers. Les impacts de ces expositions n'avaient pas été évalués jusqu'à présent.

Objectifs et méthodes : Cette étude a pour objectif de rendre compte des impacts sanitaires des expositions résidentielles à proximité du trafic routier sur la genèse et l'exacerbation de l'asthme chez l'enfant dans l'agglomération parisienne. Cette évaluation repose sur un cadre d'évaluation proposé récemment dans le projet Européen Aphekom. Elle utilise des relations exposition risque issues d'études épidémiologiques pour rendre compte à la fois du rôle des expositions résidentielles à proximité du trafic routier dans la genèse de nouveaux cas d'asthme et du poids de ces cas d'asthme sur le nombre total de crises ou d'hospitalisations observé dans la région. L'exposition au trafic routier est définie par la proximité du lieu de résidence à une voie à fort trafic et a été évaluée à l'aide d'un système d'information géographique.

Résultats : Plus de la moitié des enfants (<18 ans) de Paris et de la proche couronne réside à moins de 150 mètres d'un axe à fort trafic routier et environ un tiers à moins de 75 mètres. Cette proximité aux axes à fort trafic

routier est responsable de 16% des nouveaux cas d'asthme chez les enfants (<18 ans). Ces effets, conjugués aux effets à court terme de la pollution de l'air sont responsables de 29% des crises d'asthme et de 16% des hospitalisations pour asthme, ce qui représente environ 650 hospitalisations évitables chaque année.

Conclusion : Cette évaluation permet, pour la première fois en France, de rendre compte de l'importance du trafic routier dans la genèse et l'exacerbation de maladies chroniques. Comme toute évaluation d'impact sanitaire, ces calculs sont néanmoins basés sur un certain nombre d'hypothèses et les chiffres fournissent avant tout des ordres de grandeur.

Contact auteur : HOST Sabine
s.host@ors-idf.org

⁽¹⁾ ORS Ile-de-France, Paris, France

B17
ÉTUDE SUR LES LIENS ENTRE
PRÉCARITÉ ÉNERGÉTIQUE
ET SANTÉ DANS
LE DÉPARTEMENT DE L'HÉRAULT

LEDESERT Bernard⁽¹⁾, GAZAIX Laura⁽²⁾, BURESI
Sandrine⁽²⁾

Contexte : La précarité énergétique est un phénomène complexe, issu de l'interaction entre des ménages, leur situation économique et sociale et leur habitat, pouvant s'inscrire dans une spirale d'effets cumulatifs. Ces situations de mal-logement ont des conséquences et des coûts sanitaires et sociaux. Il ne paraît pas évident, dans les approches récentes du phénomène, de faire le lien entre les problèmes de précarité énergétique et les questions de santé publique.

Objectif et méthode : Cette étude décrit les effets de la précarité énergétique sur la santé en comparant deux groupes, les 220 habitants de 89 logements qui ont recours aux services sociaux pour des problèmes de précarité énergétique d'une part, les 136 habitants de 63 logements ayant recours aux services sociaux pour d'autres motifs d'autre part. Le recueil d'information par questionnaire porte sur les caractéristiques du logement et les modalités de chauffage (questionnaire administré) et sur l'état de santé perçue des habitants (échelle de Duke, pathologies déclarées, recours aux soins, auto-administré). Un partenariat avec le Conseil général de l'Hérault et le CCAS de Montpellier a permis d'entrer en contact avec la population cible.

Résultats : Les deux groupes de population se distinguent : logement plus dégradé et niveau de pauvreté plus important dans le groupe exposé à la précarité énergétique. Des niveaux plus dégradés d'état de santé apparaissent parmi les habitants exposés dans les dimensions mentales, sociales et dépression du profil de santé de Duke et au score général de ce profil ($55,5 \pm 20,5$ vs $64,2 \pm 20,9$ – $p < 0,05$). Des différences apparaissent aussi sur la prévalence des problèmes de santé déclarés, plus fréquents dans le groupe exposé après ajustement sur le niveau de pauvreté.

Conclusion : Cette étude, après ajustement sur les facteurs de confusion, montre les liens existant entre précarité énergétique et santé, en plus de ceux entre précarité et santé. Elle plaide pour utiliser les questions de santé et de bien-être comme argument pour agir contre la précarité énergétique. Des études complémentaires doivent permettre de préciser le coût médico-économique de la précarité énergétique.

Contact auteur : LEDESERT Bernard
b.ledesert@creaiorslr.fr

⁽¹⁾ CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, Montpellier, France

⁽²⁾ Gefosat, Montpellier, France

APHEKOM : Improving Knowledge and communication for Decision Making on Air Pollution and Health in Europe

BASIAS : Base de données des anciens sites industriels et activités de service

CCAS : Centre communal d'action sociale

DMA : déchets ménagers et assimilés

IC : Intervalle de confiance

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IREP : Registre français des émissions polluantes

IRIS : Ilots Regroupés pour l'Information Statistique

OSCOUR : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences

PM : Particules en suspension (« Particulate matter »)

RU : recours aux urgences

B18

LES MALADIES GRAVES ET LA MORTALITÉ DES PERSONNES EN GRANDE PRÉCARITÉ DANS L'AGGLOMÉRATION LYONNAISE

FONTAINE Denis⁽¹⁾, FONTAINE-GAVINO Karine⁽¹⁾, SINDEZINGUE Marion⁽²⁾, CANAT Guillaume⁽²⁾, LABELLE Blandine⁽²⁾

Contexte : Les connaissances sont lacunaires sur la santé des personnes en grande précarité, même s'il est reconnu que leur santé est dégradée et qu'ils meurent plus tôt que la moyenne des Français.

Objectifs et méthode : Ce volet quantitatif de l'étude réalisée pour la Fondation de France a pour objectif d'estimer et d'analyser la population des grands précaires souffrant de maladie grave et qui décèdent dans l'agglomération lyonnaise. Méthodes. La grande précarité a été définie comme l'absence de chez-soi (SDF, centres d'hébergement, logement précaire...) ou l'absence de couverture maladie. L'enquête de morbidité a été menée auprès de 12 structures médicales lyonnaises (PASS, services d'urgences, services dédiés hospitaliers ou associatifs) durant trois périodes de 15 jours entre septembre 2010 et février 2011. La méthode capture-recapture permet d'estimer la population qui ne fréquente pas les services de santé. L'enquête de mortalité a été réalisée auprès des hôpitaux, de l'Institut médico-légal, des Pompes funèbres municipales et des associations qui recensent les décès des personnes précaires.

Résultats : Environ 600 personnes en grande précarité sont atteintes de maladie grave à Lyon, soit environ un quart de ceux qui y vivent. Un tiers sont des femmes, leur âge moyen est de 47 ans. Un quart sont SDF et 41% vivent dans un centre d'hébergement au moment de l'inclusion. Ils sont 42% à être sans couverture maladie, la plupart étant étrangers. Tous sont atteints d'au moins une maladie chronique, et la polyopathie est fréquente. Le nombre annuel de décès est d'environ 60. L'âge moyen est de 51 ans et les principales causes sont les cardiopathies, les cancers et les causes externes.

Conclusion : Cette étude objective le défi que constitue la prise en charge médicale et sociale des personnes en grande précarité,

qui sont nombreuses et souffrent souvent de pathologies graves et multiples, nécessitant des soins et un suivi réguliers.

Contact auteur : FONTAINE-GAVINO Karine
karine.fontaine@ors-rhone-alpes.org

⁽¹⁾ ORS de Rhône-Alpes, Lyon, France

⁽²⁾ Interne de santé publique, Lyon, France

B19

ÉTUDE DU CÔÛT FINANCIER DE LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DES « GRANDS PRÉCAIRES » AU CHU DE BORDEAUX EN 2010

FERRE Sandra ⁽¹⁾, BODIN Gérard⁽¹⁾

Contexte : En observant le parcours des « grands précaires » il apparaît que ceux-ci sont régulièrement admis à l'hôpital suite à des malaises, des crises comitiales, des alcoolisations massives etc., faute d'une prise en charge médico-sociale adaptée.

Objectifs et méthode : Les objectifs opérationnels de ce travail sont de décrire leur parcours de santé et d'estimer le coût engendré par ces venues récurrentes qui nous renseignent sur l'état psychique et physique de ces personnes. Une étude a été réalisée à partir d'une liste de 120 personnes repérées par le SAMU Social, ayant fréquentées les hôpitaux du CHU de Bordeaux en 2010, en dehors du dispositif d'hébergement de la veille sociale de la CUB et caractérisées comme « grands précaires ». L'analyse adopte la perspective de l'Assurance Maladie afin d'estimer le coût conventionnel. Pour chacune des venues aux urgences, en hospitalisation et en soins externes, les coûts ont été estimés à partir respectivement du poids moyen par cas traité, du groupe homogène de séjour et du coût facturé à l'assurance maladie. Les données ont été collectées auprès du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, de la direction générale des affaires financières et des services économiques du CHU de Bordeaux.

Résultats : À partir de la population, on a sélectionné les personnes qui ont été admises au moins 6 fois au sein des hôpitaux du CHU de Bordeaux en 2010. Ces 60 personnes totalisent à elles seules 1074 venues hospitalières en 2010, dont 791 admissions aux urgences (73,6 %). Parmi ces 791 venues, 344 d'entre elles ont fait l'objet d'une hospitalisation (43,5 %) et 269 sont orientées en soins externes (34,0 %). Il s'agit d'une photographie de l'accès aux soins des précaires. Ces 1 074 venues (n=60) ont un coût estimé de 822 861,70 euros.

Conclusion : Le trajet de la rue à l'hôpital et vice versa témoigne de l'inadaptation des structures d'accueil et des dysfonctionnements des modes de prise en charge des personnes handicapées et précaires, et constitue une forme inacceptable de maltraitance.

Contact auteur : FERRE Sandra
ferre.sandra@me.com

⁽¹⁾ Samu Social, Bordeaux, France

B20

ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES EN MATIÈRE DE DISTRIBUTION ET D'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS DE L'AIDE ALIMENTAIRE

NOURY Marie⁽¹⁾

Contexte : L'ARS Aquitaine et la DRAAF souhaitent construire une politique régionale en matière d'accompagnement des acteurs et des bénéficiaires de l'aide alimentaire.

L'IREPS* Aquitaine a été chargée de réaliser une enquête auprès de structures d'aide alimentaire en Aquitaine.

Objectifs et méthode : Cette étude vise à connaître le fonctionnement en matière de distribution et d'accueil d'un échantillon de 43 structures d'aide alimentaire en Aquitaine. Il s'agit plus précisément :

- d'identifier les critères d'admission des bénéficiaires,
- d'identifier les modalités de distribution des produits,

- de recueillir les représentations des enquêtés sur l'alimentation des bénéficiaires, sur l'adaptation des produits aux besoins et aux attentes des bénéficiaires,
- de connaître les attentes et les besoins des enquêtés pour améliorer l'accompagnement des bénéficiaires.

L'échantillon représente la diversité des structures œuvrant dans ce champ : têtes de réseau (Restos du cœur, Banque alimentaire, Secours populaire), épiceries sociales, CCAS, et « petites associations ».

L'enquête est faite par téléphone ou en face à face selon une grille d'entretien, les enquêtés sont des salariés, des administrateurs ou des bénévoles des structures.

Résultats : L'analyse met en évidence un **fonctionnement complexe** des structures enquêtées – critères de prise en charge, critères d'admission, prix de vente ou gratuité des produits, des différences au sein d'un même réseau, des réseaux bien structurés autour de charte avec une forte identité, fonctionnant de façon autonome tant sur le plan de l'approvisionnement des denrées alimentaires que de la formation des bénévoles, des résistances à s'ouvrir aux autres structures par crainte de perdre leurs valeurs, des bénévoles beaucoup plus nombreux que des salariés, des bénévoles parfois en difficulté, et exprimant un décalage entre leur représentations du bénévolat et la réalité du terrain, des difficultés matérielles, financières, ou un manque de temps.

Conclusion : Des réunions de restitution de l'enquête ont été organisées dans les 5 départements d'Aquitaine. Le travail se poursuit par des rencontres d'échange autour de thèmes dégagés lors de ces réunions de restitution sur trois territoires : circuits courts solidaires, ateliers de transformation de produits, nouvelle problématique des populations accueillies, valorisation des compétences des bénéficiaires.

Contact auteur : *NOURY Marie*
m.noury@ireps-aquitaine.org

(1) Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé, Bordeaux, France

B21 ALIMENTATION ET ÉTAT NUTRITIONNEL DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE ALIMENTAIRE EN FRANCE (ÉTUDE ABENA) : ÉVOLUTIONS ENTRE 2004-2005 ET 2011-2012

*GRANGE Dorothee⁽¹⁾, CASTETBON Katia⁽²⁾,
VERNAY Michel⁽²⁾, ESCALON Hélène⁽³⁾,
FERON Valérie⁽¹⁾, GUIBERT Gaëlle⁽¹⁾,
VINCELET Catherine⁽¹⁾*

Contexte : L'étude Abena réalisée en 2004-2005 a décrit les profils sociodémographiques et économiques, l'alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire.

Objectifs et méthode : Alors que le contexte économique et social a changé, de même que l'organisation de l'aide alimentaire, l'étude a été reconduite en 2011-2012 pour mesurer les évolutions depuis 2004-2005.

Il s'agit d'une étude transversale réalisée à Paris, Dijon, Marseille et en Seine-Saint-Denis. Les participants ont été recrutés selon un tirage au sort à deux degrés (structures d'aide alimentaire puis bénéficiaires). Les données ont été collectées en face-à-face, auprès de 1 164 bénéficiaires en 2004-2005 et 1 387 en 2011-2012. Un examen clinique et biologique a été réalisé en centre de santé pour 257 bénéficiaires en 2004-2005 et 310 en 2011-2012. Les évolutions ont été analysées sur données pondérées, à l'aide de tests du Chi2 et de régressions logistiques ajustées sur certaines caractéristiques sociodémographiques.

Résultats : En 2011-2012, les usagers avaient plus souvent recours à l'aide alimentaire depuis plus de deux ans. La proportion de personnes ayant recours uniquement à l'aide alimentaire pour s'approvisionner en certaines denrées, en particulier en produits non périssables, avait augmenté. Les fréquences de consommations alimentaires restaient éloignées des recommandations, notamment pour les fruits et légumes et les produits laitiers, mais une amélioration était observée. La prévalence de l'hypertension artérielle était en hausse, en particulier chez les hommes de 55 ans ou plus (43,5 % vs 67,2 %). La prévalence de l'obésité était en hausse chez les femmes (29,6 % vs 35,6 %). La prévalence de l'anémie chez les femmes était toutefois en diminution (19,5 % vs 5,4 %).

Conclusion : Malgré des progrès relatifs de l'alimentation des bénéficiaires de l'aide alimentaire, les indicateurs de leur santé restent très préoccupants. Poursuivre les actions d'amélioration de l'aide alimentaire, notamment grâce au Plan alimentation insertion, apparaît être un axe stratégique nécessaire en complément d'une politique économique et sociale plus globale visant à réduire les inégalités sociales de santé.

Contact auteur : *GRANGE Dorothee /*
d.grange@ors-idf.org

⁽¹⁾ ORS d'Ile-de-France, Paris, France

⁽²⁾ Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle, Institut de veille sanitaire, université paris 13, Bobigny, France

⁽³⁾ Institut national de prévention et d'éducation à la santé, Saint-Denis, France

B22 SANTÉ ET GRANDE PRÉCARITÉ DES FEMMES ENCEINTES ET DE LEUR NOURRISSON : UNE ANALYSE EMPIRIQUE À PARTIR DU DISPOSITIF PNEAP

ANCELOT Lydie⁽¹⁾, DEPRET Marc-Hubert⁽¹⁾

Contexte : La réduction des inégalités constitue un des enjeux majeurs des politiques de santé. L'accès aux soins des plus vulnérables tend en effet à se détériorer, tandis que les dispositifs d'inclusion sociale restent trop peu développés, localisés sur certains territoires, et orientés sur certaines catégories. Cela est tout particulièrement le cas des femmes enceintes en situation de grande précarité qui, malgré l'existence de structures d'accueil et de droits spécifiques, ne bénéficient pas du même suivi prénatal que les autres femmes (non précaires). C'est dans ce contexte que le Projet Régional Expérimental Nutrition et Allaitement maternel chez les femmes Précaires (PRENAP) a été mis en place en 2008 afin d'accompagner, sur les plans psychologique et nutritionnel, ces « grandes précaires » et leur nourrisson.

Objectifs et méthode : L'objet de cet article est d'étudier l'incidence de ce dispositif sur le suivi de grossesse des grandes précaires et sur la santé de leur nourrisson. La base de

données recense 2928 femmes ayant accouché à la maternité Port Royal en 2011. Une typologie des caractéristiques (personnelles, médicales) de ces femmes et de leur nourrisson a été réalisée afin de mettre en évidence d'éventuelles différences entre les femmes précaires et les femmes non précaires. À partir d'un échantillon résultant d'une stratification, des analyses de correspondances multiples et des régressions logistiques ont été réalisées afin d'identifier l'impact de la grande précarité et du dispositif PRENAP sur le suivi de grossesse et la santé des nourrissons.

Résultats : L'étude identifie les principales caractéristiques sociodémographiques et médicales des grandes précaires et permet d'en identifier plusieurs profils typologiques. Elle met en avant les facteurs de risque de la grande précarité et démontre le rôle de PRENAP pour la promotion de l'allaitement.

Conclusion : Plus précisément, l'étude met en lumière une situation médicale préoccupante pour les grandes précaires. Elle montre cependant une amélioration du suivi de grossesse lorsque les femmes appartiennent au réseau PRENAP et une durée moyenne de séjour après accouchement relativement similaire à celle des non précaires.

Contact auteurs :
DEPRET Marc-Hubert
marc.hubert.depret@univ-poitiers.fr

ANCELOT Lydie
lydie.ancelot@univ-poitiers.fr

⁽¹⁾ Université de Poitiers / Centre de Recherche sur l'Intégration Économique et Financière/ Institut des Risques Industriels, Assurantiels et Financiers, Niort, France

ARS : Agence régionale de la santé
CCAS : Centre communal d'action sociale
CHU : Centre hospitalier universitaire
CUB : Communauté urbaine de Bordeaux
DRAAF : Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PRENAP : Projet régional expérimental nutrition et allaitement maternel chez les femmes précaires
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SDF : sans domicile fixe

B23 EUROURHIS 2 : UN PROJET EUROPÉEN SUR LES INDICATEURS URBAINS DE SANTÉ

GARNIER Céline⁽¹⁾, BIRT Chris⁽²⁾,
VAN AMEIJDEN Erik⁽³⁾, OCHOA André⁽¹⁾,
VERMA Arpana⁽⁴⁾

Contexte : Le projet EuroUrhis 2, financé par l'Union Européenne et les partenaires participants, vise à identifier les problèmes de santé dans les aires urbaines à l'heure où plus de 80% de la population européenne y vit.

Objectifs et méthode : Il a pour objectif de mettre à la disposition des décideurs locaux des outils et une méthodologie d'observation des modes de vie en zone urbaine. Cette étude a été réalisée dans 26 aires urbaines européennes dont la Communauté Urbaine de Bordeaux et la Communauté d'Agglomération de Montpellier pour la France.

Une liste d'indicateurs de santé a été déterminée afin de mesurer et comparer l'état de santé dans les aires urbaines. Certains de ces indicateurs ne pouvant pas être construits à partir des données existantes, deux enquêtes en population ont été organisées pour récupérer les données manquantes (une en population générale pour les 19 ans et plus et une à destination des jeunes de 15 ans). Ces deux enquêtes ont fait l'objet d'un protocole standardisé.

Résultat : La collecte de l'ensemble des données a été réalisée dans les 26 aires urbaines participantes entre 2010 et 2011 et leur analyse a permis d'établir un profil de santé pour chaque aire urbaine afin que les décideurs disposent d'un outil permettant de comparer la situation de leur aire urbaine aux autres aires urbaines européennes.

Conclusion : Cette étude a permis d'observer et de comparer l'état de santé et les habitudes de vie de la population des 26 aires urbaines européennes et a mis en évidence des différences importantes. Le développement et le suivi de ces indicateurs doivent permettre

d'apporter des éléments aux décideurs afin de planifier et de prioriser les politiques de santé à l'échelle des aires urbaines.

Contact auteur : GARNIER Céline
c.garnier@ors-aquitaine.org

⁽¹⁾ ORS Aquitaine, Bordeaux, France

⁽²⁾ University of Liverpool, Liverpool, Royaume-Uni

⁽³⁾ Municipal health service of utrecht, Utrecht, Pays-Bas

⁽⁴⁾ The University of Manchester, Manchester, Royaume-Uni

B24 BILAN DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES MARSEILLAIS : UNE DÉMARCHE QUANTITATIVE, QUALITATIVE ET DOCUMENTAIRE POUR MIEUX IDENTIFIER LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

GUAGLIARDO Valérie⁽¹⁾, BARAIZE Philippe⁽²⁾,
CANTITEAU Caroline⁽¹⁾, DUMESNIL Hélène⁽¹⁾,
FERONI Isabelle⁽³⁾, JARDIN Marie⁽¹⁾,
KURKDJJI Patrick⁽¹⁾, VERGER Pierre⁽¹⁾

Contexte : Dans le contexte de la préparation de son second Contrat local de santé et de sa mobilisation en matière de santé publique, la Direction de la santé publique et des personnes handicapées de la ville de Marseille a confié à l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS Paca), la réalisation d'un état des lieux sur la santé des Marseillais.

Objectifs et méthode : Cet état des lieux vise à fournir des pistes de travail et des recommandations afin de réduire les inégalités de santé au sein de la commune. Il est articulé autour de quatre axes de travail :

- collecte et analyse de données quantitatives afin de disposer d'indicateurs socio-sanitaires et environnementaux à différents échelons géographiques de la commune et de comparer leur évolution

au cours des années 2000 ; l'ORS Paca a construit un outil cartographique interactif « Marseille Observation Santé » qui permettra aux acteurs de consulter ces indicateurs ;

- entretiens individuels et collectifs avec des acteurs de terrain afin de compléter l'analyse quantitative et identifier les problématiques à leurs yeux prioritaires ;
- bibliographie, notamment sur les causes des inégalités de santé et les pistes d'intervention pour les réduire ;
- analyse croisée des résultats de ces trois étapes pour proposer des thèmes majeurs d'intervention.

Résultats : Ce travail a permis d'identifier 18 thèmes prioritaires pour réduire les inégalités de santé à Marseille ; pour chacun d'eux, les spécificités du territoire marseillais ont été analysées, des éléments de priorisation proposés (fréquence, gravité, importance des inégalités de santé...) et les mécanismes d'inégalités décrits afin de fournir des pistes d'intervention.

Conclusion : Les principales recommandations étaient de favoriser l'élaboration et la mise en place de programmes de promotion de la santé intégrant des actions à différents niveaux (individuel, communautaire, environnemental...), de mettre l'accent sur la petite enfance et l'enfance et de lutter contre l'isolement et la perte d'autonomie des personnes âgées.

Contact auteur : GUAGLIARDO Valérie
valerie.guagliardo@inserm.fr

⁽¹⁾ ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France

⁽²⁾ Service de la santé publique et des personnes handicapées - Ville de Marseille, Marseille, France

⁽³⁾ Inserm, UMR 912 / Université de Nice Sophia Antipolis, Marseille, France

B25
OBJECTIVER LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
DE SANTÉ (VILLE DE NANTES)

SARAUX-SALAÜN Patricia⁽¹⁾,
SAMSON Xavier⁽¹⁾, TALLEC Anne⁽²⁾

Contexte : Le Service municipal de santé scolaire réalise un bilan de santé auprès de 90% des enfants nantais de Grande section et de CE2, et l'Atelier Santé Ville (ASV) développe des actions de prévention dans les territoires prioritaires.

Objectifs et méthode : Orienter les politiques publiques municipales à partir de l'observation de la santé des enfants, et des indicateurs de mortalité générale et prématurée des Nantais.

L'observation intègre les résultats des bilans de santé (surpoids, obésité, santé bucco-dentaire) de 14000 enfants de Grande Section et de CE2. Les données sont géolocalisées à l'adresse de résidence de l'enfant, et non de l'école. L'étude de la mortalité et de l'incidence des cancers a été réalisée à l'échelle communale par l'ORS des Pays de la Loire, à partir des statistiques des causes médicales des décès (Inserm CepiDc) et des données du Registre des cancers de Loire-Atlantique. Une comparaison de la mortalité prématurée a par ailleurs été menée avec la Ville de Nantes, à l'échelle infra-communale (quartiers et ZUS).

Résultats : On observe des écarts statistiquement représentatifs à l'échelle des Triris, allant de 6 % à 25 % des enfants en surpoids ou obèses, et de 0.5 % à 13 % des enfants ayant au moins 2 caries non soignées. En ZUS, environ 50 % des décès masculins surviennent avant 65 ans, pour environ 30 % en moyenne hors ZUS. La situation locale est particulièrement défavorable en matière de mortalité prématurée évitable (+ 16 % par rapport à la moyenne nationale), avec notamment une surmortalité liée aux pathologies dues à une consommation excessive d'alcool et, chez les femmes, au cancer du poumon.

Conclusion : L'observation a permis de mobiliser les directions municipales et les institutions partenaires : le Contrat local de santé (CLSa), signé entre la Ville de Nantes, l'Agence Régionale de Santé, et la Préfecture,

conforte les synergies et dynamiques associatives (appel à projets de 300 000 euros).

Contact auteur : SAMSON Xavier
xavier.samson@mairie-nantes.fr

⁽¹⁾ Ville de Nantes, France

⁽²⁾ ORS des Pays de la Loire, Nantes, France

B26
ETUDE SUR LE DÉPISTAGE
ET L'ACCOMPAGNEMENT
DES TROUBLES DU LANGAGE
DES JEUNES ENFANTS SUR
L'AGGLOMÉRATION GRENOBLOISE

MEDINA Patricia⁽¹⁾, GUYE Olivier⁽¹⁾

Contexte : En 2009, un diagnostic issu des bilans de santé effectués en maternelle, sur trois communes de l'agglomération grenobloise, par les services de PMI et de santé scolaire, a montré que les troubles du langage étaient 3 fois plus nombreux sur les quartiers défavorisés et que les enfants concernés rencontraient des difficultés de prise en charge.

Objectifs et méthodes : Il s'agissait de recenser :

- les problèmes de langage des enfants âgés de 2 à 7 ans,
- les possibilités et difficultés de prise en charge des enfants concernés,

et ce, afin de mettre à jour des pistes d'action pour améliorer la prise en charge de ces enfants dans les quartiers défavorisés.

Une synthèse bibliographique a été réalisée sur les problèmes de langage chez les jeunes enfants. 37 professionnels de l'agglomération grenobloise ont été interrogés par entretiens semi-directifs (orthophonistes libéraux, CMP, instituteurs...) ainsi que 12 familles d'enfants concernés par une difficulté de langage (entretiens individuels ou mini-groupes).

Résultats : La classification des problèmes de langage est complexe et l'étiologie des troubles encore mal connue. Les spécialistes se divisent en deux écoles : « environnementale » et « développementale », ce qui impacte les pratiques des professionnels de terrain et les formes de prise en charge des enfants. Ces prises en charge sont de type éducatif, rééducatif ou soignant, selon la façon

dont le problème de langage est étiqueté (difficulté ou trouble). Les familles des quartiers défavorisés se sentent souvent démunies, voire culpabilisées, face aux difficultés de langage de leur enfant (notamment si elles sont d'origine étrangère) et la mise en place d'une prise en charge reste complexe à organiser.

Conclusion : Il est nécessaire de développer une sensibilisation des familles et des professionnels de terrain sur ce sujet encore mal connu et aussi de développer des outils de stimulation langagière pour les enfants des quartiers défavorisés, en plus de ce qui est fait à l'école. Enfin il est nécessaire de renforcer l'accompagnement et l'aide aux familles, du repérage au diagnostic, jusqu'à la prise en charge de l'enfant, et ce de manière précoce.

Contact auteur : MEDINA Patricia
patricia.medina@ors-rhone-alpes.org

⁽¹⁾ ORS de Rhône-Alpes, Lyon, France

B27
LES VIOLENCES FAITES
AUX FEMMES,
UNE PRÉOCCUPATION DE LA
POLITIQUE DE LA VILLE
À LA RÉUNION

RICQUEBOURG Monique⁽¹⁾,
BERNEDE-BAUDUIN Claire⁽¹⁾,
HOAREAU Myrose⁽²⁾, STOJCIC Irène⁽¹⁾

Contexte : À La Réunion, les violences faites aux femmes constituent un réel problème de santé publique. Dans ce contexte, les acteurs locaux s'interrogent sur l'impact, auprès des jeunes et de la population générale, des images diffusées dans les médias sur les femmes (images sexistes, dégradantes). L'association « Etre ou Paraître » (éop) et la ville de Saint-Paul ont mis en place en 2011, dans le cadre du CUCS (Contrat Urbain de Cohésion Sociale), un projet pluriannuel visant la réhabilitation de l'image des femmes dans les quartiers prioritaires. L'ORS Réunion a été sollicité pour réaliser une enquête d'opinions auprès de la population de Saint-Paul.

Objectifs et méthode : L'objectif principal est de connaître les opinions des habitants sur l'image des femmes et des hommes dans les médias. Une enquête quantitative transversale par téléphone a été réalisée en 2011 auprès d'un échantillon de 1 000 personnes, représentatif de la population Saint-Pauloise âgée de 18 ans et plus (méthode des quotas).

Résultats : L'enquête montre une inégalité de traitement et de représentation de l'image des femmes et des hommes au travers des médias, notamment dans les publicités. Les représentations étaient clairement différenciées selon les caractéristiques démographiques, avec un réel décalage d'opinions entre hommes et femmes, et entre jeunes et moins jeunes. Les autres constats de cette enquête menée à l'échelon communal sont la prise de conscience de l'influence des images véhiculées par les médias, la perception de voir des images dérangeantes des femmes, la volonté d'imposer des limites pour le contenu des publicités.

Conclusion : Les résultats doivent permettre de dégager des pistes de travail afin de guider les actions à mener pour réhabiliter l'image des femmes au sein des quartiers de la commune de Saint-Paul. La municipalité et l'association (èop) veulent ainsi œuvrer pour une société où les femmes sont respectées, pour lutter contre les violences commises à leur égard.

Contact auteur : RICQUEBOURG Monique /
mricquebourg@orsrun.net

⁽¹⁾ ORS de la Réunion, Saint-Denis, La Réunion, France

⁽²⁾ Association "être ou paraître", Saint-Denis, La Réunion, France

ASV : Atelier santé ville

CLSa : Contrat local de santé

CMP : Centre médico-psychologique

CUCS : Contrat urbain de cohésion sociale

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

ORS : Observatoire régional de la santé

PMI : Protection maternelle et infantile

ZUS : Zone urbaine sensible



Vendredi 5 avril 2013
09h00 – 10h30

LE SYMPOSIUM : L'action et la planification en santé : quelle observation pour quelle évaluation ?

LES ATELIERS : Départements d'outre mer
Systèmes d'information : Assurance maladie
Outils
Santé au travail
Handicap
Approches locales

L'ACTION ET LA PLANIFICATION EN SANTÉ :

QUELLE OBSERVATION POUR QUELLE ÉVALUATION

INTRODUCTION

Cynthia Morgny

Observatoire régional de santé publique,
Besançon, France

Dans le domaine de la santé, le développement et la diffusion des technologies, le vieillissement de la population, la limitation des finances publiques et l'évolution des attentes des populations exigent que les gouvernements contrôlent l'évolution des coûts tout en continuant à garantir à la population un accès équitable au système sanitaire ainsi qu'à des prises en charge de qualité.

Les décisions à prendre pour respecter ces deux objectifs peuvent être perçues comme contradictoires. Dans ce contexte, l'évaluation apparaît comme un moyen de répondre aux besoins d'information des décideurs qui doivent justifier leurs choix : la rationalisation des choix budgétaires étant liée à la fois aux objectifs d'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur et à la maîtrise nécessaire des dépenses engagées.

Pourtant, la mise en œuvre d'évaluations des politiques ou des actions de santé publiques reste relativement récente en France. Les années 1990 ont marqué un tournant sur ce point, avec la création du Comité inter ministériel de l'évaluation (CIME) et du Conseil supérieur de l'évaluation (CSE) en 1990, et plus spécifiquement dans le domaine sanitaire avec l'installation de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) transformée en 1996 en Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) puis en 2004 en Haute autorité de santé (HAS).

Depuis 1996, l'attribution de financements, que ce soit en milieu ambulatoire ou hospitalier ou encore dans le secteur médico-social, est conditionnée par la mise en œuvre d'évaluations sous des formes qui se sont progressivement structurées voire normalisées.

Cependant, des questions demeurent, soulignées par le contexte économique que nous traversons actuellement :

Que doit-on évaluer ? Toutes les politiques, les actions mises en œuvre, tous les objectifs définis sont-ils concernés ? Ou se limite-t-on aux actions expérimentales ? Peut-on considérer que les actions précédemment évaluées et reproduites à l'identique doivent, elles aussi, être évaluées ?

Que peut-on évaluer ? Tout est-il évaluable ? C'est une question importante en santé dans un domaine où les résultats, notamment de la prévention (primaire et secondaire), ne sont parfois visibles que dans le long terme ou s'agrègent à des actions parallèles non maîtrisées.

Qui peut évaluer ? Au-delà de la maîtrise d'outils méthodologiques spécifiques, quel acteur peut évaluer l'action ou les politiques d'autres acteurs ? L'activité d'évaluation doit-elle être laissée aux experts ?

Quels moyens doit-on accorder à l'évaluation ? Et plus généralement, comment évaluer ? Existe-t-il des repères sur ce point : quels moyens financiers au regard du coût des actions déployées, quel calendrier, qui mobiliser ?

Ce sont les principales questions qui seront traitées lors de ce symposium.

PLANIFICATION, OBSERVATION, ÉVALUATION : UNE PARENTÉ À RECONSTRUIRE

Françoise Jabot

École des hautes études en santé publique,
Rennes, France

Depuis quelques années, l'évaluation suscite en France un intérêt croissant et se construit progressivement comme une démarche autonome, distincte d'autres activités avec lesquelles elle a été trop souvent confondue (contrôle et audit, notamment). Dans le domaine de la santé, les travaux se sont progressivement multipliés, tant au

niveau national que régional, même s'ils ont été plus souvent une réponse à des obligations réglementaires que le fruit d'initiatives locales. Cependant, l'évaluation, bien que régulièrement sollicitée ou prescrite, peine encore à bénéficier d'une pleine reconnaissance dans la mesure où elle n'est que peu intégrée dans les processus de décision. La culture évaluative irrigue très inégalement les milieux institutionnels et professionnels et la diversité des pratiques reflète l'hétérogénéité des conceptions, des approches et des méthodes utilisées.

Face à l'évolution des politiques de santé, l'évaluation doit relever de nouveaux défis : affronter des objets de plus en plus complexes (les projets régionaux de santé en sont une illustration), répondre à des questions à dimension plus sociétale, favoriser un débat avec les divers groupes d'intérêt concernés, porteurs de représentations, d'attentes et de responsabilités plurielles, tout en garantissant une légitimité scientifique aux travaux conduits. L'enjeu est bien de produire des évaluations utiles, conformes aux attentes des décideurs, mais également à l'ensemble des parties prenantes, et de qualité. Dans cette perspective, une première étape serait de revisiter les liens entre les trois activités trop souvent dissociées : planification, observation et évaluation. L'expression d'un questionnement est le fondement de toute activité évaluative. Il ne peut se construire qu'à partir d'une bonne compréhension de l'intervention à évaluer, à savoir des intentions des concepteurs, de leurs représentations du problème et des solutions envisagées pour le résoudre, et des voies empruntées pour conduire au changement. La mise à jour de la théorie de l'intervention est un exercice commun aux deux activités, tant au stade de l'anticipation des résultats (planification) que de celui de leur appréciation (évaluation) ; cette réflexion est encore rarement présente à l'une ou l'autre de ces étapes. Enfin, l'observation est une fonction contributive des travaux de conception et d'évaluation avec l'identification, la recherche, la production des données nécessaires à la production du jugement évaluatif. Planification, observation, évaluation, trois activités qui mériteraient d'être mieux articulées ou intégrées au bénéfice de la qualité des interventions de santé.

QUI S'Y COLLE, S'Y PIQUE ! REGARD D'UNE ÉVALUATRICE SUR SES PRATIQUES

Chantal Vandoorne

APES-ULg, département des Sciences de la santé publique
Université de Liège
Liège, Belgique

La confrontation de notre expérience de l'évaluation externe du PNNS-B à d'autres expériences vécues en tant qu'évaluateur permettra de mettre en lumière comment le contexte de la demande d'évaluation et le cahier des charges conditionnent le positionnement méthodologique, stratégique et éthique des évaluateurs. Quelles sont les issues ? Comment certaines d'entre elles ont-elles été mises en œuvre dans le cadre de cette évaluation du PNNS-B ?

Parmi les questionnements éthiques, on s'arrêtera sur les défis posés par la présence chez de nombreux commanditaires et pilotes de programme, d'une culture d'évaluation qui n'anticipe pas les effets des standards de participation et de négociation avec les parties prenantes. Cette absence de culture d'évaluation peut être accompagnée d'une instrumentalisation, voulue ou non, des évaluateurs par certaines de parties prenantes.

Un autre questionnement éthique touche au recrutement d'un évaluateur qui connaît bien le champ du programme à évaluer versus un consultant totalement indépendant du champ. On examinera notamment l'influence de cette position sur le choix des cadres de référence et la sélection des sources.

Les questionnements stratégiques aborderont les effets sur le processus d'évaluation, de l'absence de questions évaluatives ou d'exploitation prévue de l'évaluation. On s'attardera sur les limites d'une négociation ou d'une reformulation du cahier des charges, qui ne sont pas nécessairement accompagnées d'une évolution des représentations de l'évaluation et des attentes par rapport à celle-ci. On évoquera aussi la présence dans le cahier des charges de schémas méthodologiques ou d'outils « en vogue » (SWOT, benchmarking,...), parfois peu adaptés à l'objectif formulé. On mentionnera enfin les limites liées aux temporalités brèves de l'exécution de la mission d'évaluation ou à l'étroitesse du budget.

Face à ces difficultés, les évaluateurs peuvent prévoir des parades. On commentera notamment la plus value d'une instance d'évaluation, et quelques garde-fous méthodologiques : la triangulation des informateurs et des évaluateurs, celle des modes de collecte et d'analyse des données, la construction inductive de critères et d'indicateurs. Finalement, en l'absence de possibilité de réaliser une évaluation d'impact, donner à l'évaluation une vertu essentiellement formative ou pédagogique reste une issue élégante et constructive.

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ANDEM : Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale

CIME : Comité inter ministériel de l'évaluation

CSE : Conseil supérieur de l'évaluation

PNNS-B : Plan national nutrition et santé pour la Belgique

SWOT : Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

C1 : INTRODUCTION L'OBSERVATION DE LA SANTÉ DANS LES TERRITOIRES D'OUTRE-MER

ÉLIZÉON Sophie⁽¹⁾

Lors d'une conférence débat organisée par la délégation à l'outre-mer du Sénat, l'AFD a rendu publique une étude sur l'indice de développement humain des outre-mer français.

Ainsi avons-nous appris qu'en 2010, la Martinique et la Guadeloupe occupaient les 39^e et 41^e rangs, après la France (20^e) et loin devant La Réunion (72^e), la Guyane (76^e) et Mayotte (104^e) dans le classement mondial publié par le PNUD chaque année.

Plus que la valeur absolue de l'IDH, l'AFD a souhaité observer l'évolution de cet indice depuis les années 60. Il apparaît clairement que la santé et la progression notamment de l'accès au soin entrent en grande partie dans la progression de 15 % de l'IDH sur les vingt dernières années.

Il devient donc évident, comme le démontrent les travaux menés par les ORS de la Réunion/Mayotte, de Martinique, de Guadeloupe et de Guyane que l'accès aux soins, l'offre de services sanitaires et la répartition géographique des acteurs de santé ont un impact sur la précarité sociale des populations.

Dès lors l'observation et ses résultats sont des outils de pilotage pour les pouvoirs publics, qui ne se résument pas pour le sujet de la santé aux ARS.

Contact auteur : ÉLIZÉON Sophie
sophie.elizeon@outre-mer.gouv.fr

⁽¹⁾ Déléguée interministérielle pour l'égalité des chances des Français d'outre mer

C2 OBSERVATION DE LA SANTÉ À MAYOTTE : NOUVEAU TERRITOIRE, NOUVEAUX ENJEUX

RACHOU Emmanuelle⁽¹⁾, CHIRPAZ Emmanuel⁽²⁾,
LOUACHENI Camélia⁽¹⁾, MARIOTTI Éric⁽³⁾

Contexte : En 2011, Mayotte est devenue le 101^e département français. L'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI) couvre Mayotte et La Réunion, deux espaces géographiques et institutionnels distincts.

Le Projet de Santé Réunion-Mayotte dégage pour Mayotte un axe « Développer et structurer l'observation ». C'est dans ce contexte que l'Observatoire Régional de la Santé Réunion étend ses missions à Mayotte, à la demande de l'ARS OI.

Objectifs et méthode : L'objectif principal est de présenter le contexte et les enjeux de l'observation de la santé à Mayotte. Cette présentation repose sur une analyse documentaire et des entretiens avec les acteurs locaux, institutionnels et/ou de terrain.

Résultats : A Mayotte, la plupart des données disponibles sont issues d'enquêtes spécifiques en population ou d'études réalisées dans le cadre hospitalier. Les systèmes d'information sont hétérogènes ; certains sont récents ; d'autres non installés ou pas encore totalement exploitables.

Bien que le territoire soit petit et les échanges d'informations plutôt informels, la mise en commun des données reste peu développée et le turn-over important des professionnels complique le partage d'analyse.

Les besoins en observation de la santé et de ses déterminants sont clairement exprimés par les acteurs : périnatalité, maladies infectieuses et parasitaires, mais aussi diabète, maladies cardiovasculaires et de façon plus récente, comportements à risque des jeunes et ce, dans un contexte social précaire et multi-culturel.

La forte poussée démographique de Mayotte, les mutations socio-culturelles en cours et les modifications rapides des comportements et des problèmes de santé qui lui sont associées nécessitent la mise en place d'outils adaptés et rapidement opérationnels, capables de suivre ces changements.

Conclusion : Les besoins et les attentes en observation de la santé à Mayotte sont importants. L'enjeu est de construire avec l'ensemble des acteurs locaux un dispositif d'observation multidisciplinaire, afin d'être « un outil technique d'aide à la décision ».

Contact auteur : RACHOU Emmanuelle
orsrun@orsrun.net

⁽¹⁾ ORS de la Réunion, Saint-Denis, La Réunion, France

⁽²⁾ Centre hospitalier universitaire, Saint-Denis, La Réunion, France

⁽³⁾ Agence de santé Océan Indien, Saint-Denis, La Réunion, France

C3 LES INÉGALITÉS SOCIO-SANITAIRES EN MARTINIQUE : DÉCLINAISON OUTRE-MER DE L'OUVRAGE DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DES OBSERVATOIRES RÉGIONAUX DE SANTÉ

MERLE Sylvie⁽¹⁾, MERLE Agathe⁽²⁾,
NELLER Natacha⁽¹⁾, PLUTON Julie⁽¹⁾, PADRA
Isabelle⁽¹⁾, CALVET-COIFFARD Julie⁽²⁾

Contexte : La création des Agences régionales de santé a introduit la territorialité au cœur des politiques de santé publique. La Martinique, département d'outre-mer, comprend 34 communes, un seul territoire de santé et 4 territoires de proximité. L'Observatoire de la santé de la Martinique a proposé aux décideurs locaux de décliner au niveau régional l'ouvrage édité en 2010 par la Fédération nationale des Observatoires régionaux de santé : « *Inégalités socio-sanitaires en France – De la région au canton* ». Ce projet était d'autant plus réalisable que l'Observatoire régional de santé de Guadeloupe avait mené une démarche similaire en 2011.

Objectifs et méthode : L'objectif de ce travail est donc de réaliser un ouvrage qui permet d'identifier les inégalités socio-sanitaires de la Martinique par la représentation cartogra-

phique d'une cinquantaine d'indicateurs socio-sanitaires. Un des objectifs spécifiques est d'analyser ces indicateurs selon une technique statistique adaptée (typologie) afin de répartir les communes de Martinique en un petit nombre de classes.

La démarche s'est faite en trois temps : choisir les indicateurs en fonction de leur disponibilité et de leur pertinence, les collecter puis les traiter. Les indicateurs sont présentés en trois parties : caractéristiques démographiques et socio-économiques, état de santé de la population et offre de soins. A la fin de chaque partie, une typologie permet de dresser le profil des zones identifiées.

Ces indicateurs ont été collectés pour partie auprès des producteurs de données et pour l'autre par le biais d'un logiciel spécifique aux Observatoires régionaux de santé. La représentation cartographique a été faite avec le logiciel Arcview® et la typologie avec le logiciel Spad®.

Résultats : Au total 53 indicateurs sont présentés. Chaque indicateur, décliné par commune, fait l'objet d'une carte commentée. Une superposition entre indicateurs socio-économiques et état de santé est le plus souvent observée mais certaines communes, bien qu'ayant des indicateurs défavorables, ne sont pas toujours mal placées sur le plan sanitaire.

Conclusion : La typologie permet d'identifier les zones moins favorisées qui doivent bénéficier en priorité des interventions même si les grandes priorités de santé se retrouvent dans chaque commune de Martinique. Un tel ouvrage fait partie des outils sur lesquels les décideurs peuvent s'appuyer pour faire des choix éclairés en termes de prévention et d'action.

Contact auteur : MERLE Sylvie
ors.martinique@wanadoo.fr

⁽¹⁾ ORS de la Martinique, Le Lamentin, Martinique, France

⁽²⁾ Agence régionale de la santé de Martinique, Fort-de-France, Martinique, France

C4 ÉTAT DE SANTÉ DANS LES DÉPARTEMENTS FRANÇAIS D'AMÉRIQUE

CORNELY Vanessa⁽¹⁾

Contexte : Les départements français d'Amérique (DFA) présentent des caractéristiques sociales et sanitaires qui les distinguent de l'ensemble du territoire hexagonal et qui doivent être prises en compte dans l'élaboration des politiques publiques de santé.

Objectifs et méthode : L'objectif de cette présentation est de mettre en valeur les spécificités socio-sanitaires des DFA et les enjeux qu'elles impliquent pour les années à venir. Les indicateurs exploités sont issus des principales bases de données nationales (CépiDc, Recensement de la population, État civil, Affections de longue durée, etc.).

Résultats : La Guadeloupe, la Guyane et la Martinique présentent des indicateurs de précarité préoccupants et des prévalences élevées pour certains problèmes de santé, notamment la mortalité maternelle, les maladies vasculaires cérébrales, les maladies hypertensives, le cancer de la prostate, le diabète sucré et les accidents de la circulation.

Cependant, les DFA ne forment pas un tout homogène. En effet, chacun présentent des spécificités. La Guyane se différencie par exemple par la jeunesse de sa population, une fécondité très élevée et une exposition au paludisme et à la pollution par le mercure. La Martinique tend davantage à se rapprocher de la situation sanitaire et sociale hexagonale.

Conclusion : Les trois DFA partagent des enjeux communs pour les années à venir : la réduction des inégalités de santé, le repérage des situations de fragilité sociale, la prévention des maladies environnementales, le développement de l'accès à la prévention, aux soins et au dépistage, la lutte contre la mortalité maternelle, les comportements physiques et alimentaires défavorables et la mortalité évitable. La Guadeloupe et la Martinique seront également confrontées aux conséquences du vieillissement rapide de leur population (développement de la dépendance, des maladies chroniques, etc.).

Contact auteur : CORNELLY Vanessa
vdc.orsag@wanadoo.fr

⁽¹⁾ Observatoire régional de la santé de Guadeloupe, Basse-Terre, Guadeloupe, France

AFD : Association française de développement

ARS : Agence régionale de santé

ARS OI : Agence régionale de santé Océan Indien

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

DFA : Départements français d'Amérique

IDH : Indice de développement humain

ORS : Observatoire régional de la santé

PNUD : Programme des Nations Unies pour le développement

C5 LES OBSERVATOIRES LOCAUX EN SANTÉ : UTILISATION DES DONNÉES DE L'ASSURANCE MALADIE AUX ÉCHELLES INFRA-URBAINES EN RHÔNE-ALPES

VITRY Xavier⁽¹⁾, GELAS Anny⁽¹⁾

Contexte : Fin 2010, nous annonçons la possibilité de travailler les données de l'Assurance maladie à un niveau infra-communal grâce à la réutilisation d'un travail commun CNAMTS / INSEE. Si ponctuellement ce travail avait déjà pu être mené ici ou là, nous sommes en mesure de le proposer en série pour toutes les villes de plus de 10.000 habitants.

Objectifs et méthode : Notre objectif est de construire, avec des moyens humains et matériels raisonnables, un socle de base de données d'une soixantaine d'indicateurs de l'Assurance maladie à l'échelle infra-urbaine permettant une mise à disposition de partenaires identifiés à toutes les échelles géographiques existantes ou à venir grâce à la géolocalisation des adresses. Ces mises à dispositions respectent les règles du secret statistique. Il n'est pas question de diffuser des données à l'adresse, mais de permettre des questionnements infra urbain par agrégat en quartiers ou en zones à définir.

Résultats : Un catalogue a été construit et a permis à plusieurs observatoires locaux de la région Rhône-Alpes de sélectionner les éléments pour alimenter leur réflexion (CMUC, Consommation de soins ou de médicaments). En prenant du recul, il est également possible de les comparer entre eux. Par agrégation, nous pouvons recomposer des territoires supra communaux pour revenir à des échelles d'analyses plus larges et plus classiques, mais toujours à partir des mêmes données. Nous produisons également des cartes de chaleurs s'affranchissant ainsi des limites administratives et à rapprocher des cartes de bruits par exemple. En termes de limites, nous constatons une disparité de précision : plus de 95% de la population localisée sur Lyon contre près de 80% sur Vienne, par exemple.

Conclusion : Ainsi, malgré quelques limites sur les données, il est techniquement possible de travailler à l'échelle infra-urbaine dans l'ensemble d'une région comme Rhône-Alpes.

Aujourd'hui, une dizaine de collectivités ont pu utiliser ce lot de données, le plus souvent au niveau des IRIS. La ville de Lyon publie un document et anime des rencontres citoyennes à partir de ces travaux.

La mutualisation et la coordination au niveau régional des traitements nécessaires permettent de réaliser des économies d'échelles importantes. Au-delà de la mise à disposition de données, c'est une réflexion coordonnée des observatoires locaux qui est à mener à l'échelle régionale. Celle-ci doit porter aussi bien sur les sollicitations et la définition du socle de base que sur les bonnes pratiques et les travaux à d'autres échelles.

Contact auteur : VITRY Xavier
xavier.vitry@ars.sante.fr

⁽¹⁾ Agence régionale de santé de Rhône-Alpes, Lyon, France

C6 DÉPENSES DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES À DOMICILE ET EN INSTITUTION

CALVET Lucie⁽¹⁾, MONTAUT Alexis⁽¹⁾

Contexte : D'après les enquêtes Handicap-Santé, la France compte 1 320 000 personnes âgées dépendantes en 2008. Elles représentent 10% des personnes de plus de 60 ans et une sur trois vit en institution (EHPAD, maison de retraite ou USLD).

En théorie, ce qui relève des soins liés à la dépendance (le « care ») doit être pris en charge par les allocations dédiées (APA), tandis que ce qui relève des soins médicaux (le « cure ») doit l'être par l'assurance maladie. Dans les faits, dépendance et maladie sont étroitement liées et l'assurance maladie prend en charge de nombreux soins qui relèvent du « care ».

Objectifs et méthode : Les enquêtes Handicap Santé en ménage et en institution ont été appariées avec le SNIIR-AM. Cet appariement a permis de calculer les dépenses moyennes et le taux de recours des personnes âgées aux soins de ville en fonction du niveau de

dépendance (mesuré par le GIR). De plus, les dépenses des personnes âgées vivant en établissement pour personnes âgées ont pu être calculées et comparées à celles des personnes de niveau de dépendance similaire mais vivant à domicile.

Résultats : Deux facteurs principaux expliquent le montant des dépenses en soins de ville : le niveau de dépendance et le fait de souffrir d'une ALD. 90% des personnes âgées les plus dépendantes (GIR1-2) sont en ALD. Elles dépensent 9400€ par an en soins de ville, contre 3600€ pour les personnes en ALD mais autonomes (GIR 6). Les dépenses en soins infirmiers (AIS), en soins de kinésithérapeutes et en matériel médical augmentent avec le niveau de dépendance. À l'inverse, les plus dépendants dépensent moitié moins en soins de spécialistes, en soins dentaires et optiques que ceux qui sont autonomes. En établissement, les dépenses varient peu avec le degré de dépendance, sans doute en raison d'un état de santé plus dégradé de l'ensemble des résidents. Que ce soit à domicile ou en établissement le principal poste de dépense est le médicament, avec 2000€ de dépense moyenne pour les personnes en ALD quel que soit le niveau de dépendance.

Conclusion : Les dépenses de masseur-kinésithérapeute, d'AIS et de matériel médical remboursées par l'assurance maladie apparaissent caractéristiques de la dépendance.

Contact auteur : CALVET Lucie
lucie.calvet@sante.gouv.fr

⁽¹⁾ Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Paris, France

C7 ESTIMATION DE LA COUVERTURE VACCINALE, EN FRANCE, AVEC L'ECHANTILLON GÉNÉRALISTE DES BÉNÉFICIAIRES

FONTENEAU Laure⁽¹⁾, GUTHMANN Jean-Paul⁽¹⁾,
LEVY-BRUHL Daniel⁽¹⁾

Contexte : Les couvertures vaccinales chez les enfants et les adolescents sont estimées en routine à partir des certificats de santé et

des enquêtes en milieu scolaire. Ces sources de données permettent des estimations satisfaisantes mais sont peu réactives. L'Echantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) permet de mesurer l'impact d'une modification récente des recommandations vaccinales.

Objectifs et méthode : L'EGB est un échantillon représentatif des bénéficiaires des principaux régimes de l'assurance maladie. Il permet de relier les caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires à leurs consommations de soins au cours du temps et ainsi de retracer l'histoire de la vaccination pour chaque bénéficiaire. Sa mise à jour mensuelle permet d'estimer les couvertures vaccinales de manière réactive. Nous présentons ici les couvertures vaccinales hépatite B, méningocoque C et contre les infections à papillomavirus humain (HPV).

Résultats : Au 31 décembre 2011, la couverture à 24 mois des enfants nés en 2009 était de 58,2% [IC95% : 56,9-59,5] pour 3 doses de vaccin contre l'hépatite B. A 12 mois 83,6% [82,7-84,5] des enfants nés en 2010 avaient reçu au moins une dose de ce vaccin. Concernant le méningocoque C, 55,4% [54,1-56,7] des enfants nés en 2009 avaient reçu une dose de vaccin recommandé depuis janvier 2010. 35,8% [34,0-37,6] des jeunes filles âgées de 15 ans avaient initié une vaccination HPV. Ce chiffre semble en baisse puisque cette couverture était de 39,4% [37,6-41,6] en 2010. Seulement 39,0% [37,1-40,9] des filles âgées de 17 ans avaient reçu les 3 doses recommandées.

Conclusion : L'EGB permet une mise à jour régulière, réactive et fiable des estimations de couvertures vaccinales. C'est la principale source de données pour estimer les couvertures HPV et méningocoque C. Son extension récente aux principaux régimes d'assurance maladie ainsi que l'intégration progressive des vaccinations effectuées en PMI renforcent la pertinence de cet outil pour le suivi des couvertures vaccinales.

Contact auteur : FONTENEAU Laure
l.fonteneau@invs.sante.fr

⁽¹⁾ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

C8 IMPACT DE LA PARTICIPATION DU MÉDECIN À UN RÉSEAU « DIABÈTE DE TYPE II » SUR LE SUIVI MÉDICAL DES PATIENTS DIABÉTIQUES

BOCQUIER Aurélie⁽¹⁾,
CORTAREDONA Sébastien⁽¹⁾, NAULEAU Stève⁽²⁾,
ALLARIA-LAPIERRE Véronique⁽³⁾,
SCIORTINO Vincent⁽³⁾, VERGER Pierre⁽¹⁾

Contexte : Une prise en charge médicale du diabète conforme aux recommandations de bonne pratique réduit les risques de complications.

Objectifs et méthode : Cette étude évalue si la participation du médecin à un réseau formalisé de prise en charge du diabète favorise un meilleur suivi des patients diabétiques de type II.

À partir des données de l'Assurance maladie, une cohorte de 102 055 adultes ayant eu au moins 3 remboursements d'antidiabétiques oraux (ADO) sur 12 mois a été suivie sur 2008-2009. Chaque patient était rattaché au médecin lui ayant prescrit le plus d'ADO sur cette période. Un score global de suivi individuel du diabète a été construit à partir des remboursements pour dosages d'HbA1c, de lipides, de micro-albuminurie, de créatininémie et consultations ophtalmologiques et cardiologiques. Le lien entre ce score et la participation du médecin à un « réseau diabète » a été étudié par des analyses multiniveaux ajustées sur les caractéristiques du patient (âge, sexe, comorbidités, couverture maladie universelle complémentaire – oui/non –, nombre de recours à un médecin généraliste, à un endocrinologue...), de l'offre locale de soins et du médecin (âge, sexe, spécialité, taille et caractéristiques de la patientèle, dont part de patients diabétiques).

Résultats : Après 12 mois de suivi, 3 dosages d'HbA1c n'avaient été effectués que chez 38,5 % des patients. L'appartenance du médecin à un « réseau diabète » était associée à la réalisation accrue de chaque examen ainsi qu'à un score global de suivi plus élevé ($\beta = 0,20$; $p < 0,0001$).

Conclusion : Le suivi médical du diabète en médecine de ville est encore éloigné des recommandations de bonne pratique dans le sud-est de la France. La pratique de réseau semble associée à un meilleur suivi. Des analyses complémentaires pourraient être menées pour étudier l'impact de la pratique de réseau sur la prévention de certaines complications cardiaques et infectieuses du diabète.

Contact auteur : BOCQUIER Aurélie
aurelie.bocquier@inserm.fr

⁽¹⁾ ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France

⁽²⁾ Agence régionale de la santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France

⁽³⁾ Direction régionale du service médical de l'Assurance maladie Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, Marseille, France

AIS	: Acte Infirmier de Soins
ADO	: Antidiabétiques oraux
ALD	: Affection de longue durée
APA	: Allocation personnalisée d'autonomie
CMUc	: Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	: Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
EGB	: Echantillon généraliste des bénéficiaires
EHPAD	: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GIR	: Groupes iso-ressources
HbA1c	: hémoglobine glyquée
HPV	: virus du papillome humain
IC	: Intervalle de confiance
INSEE	: Institut national de la statistique et des études économiques
IRIS	: Ilots Regroupés pour l'Information Statistique
PMI	: Protection maternelle et infantile
SNIIR-AM	: Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
USLD	: Unité de soins de longue durée

C9
LA SANTÉ DES ÉLÈVES
EN MIDI-PYRÉNÉES :
LE DISPOSITIF « INFISCOL »,
INTÉRÊT ET FAISABILITÉ

FAHET Georges⁽¹⁾, CAYLA Françoise⁽¹⁾

Contexte : Le projet INFISCOL soutenu par l'ARS Midi-Pyrénées et le rectorat de l'académie de Toulouse, s'inscrit dans les dispositifs d'observation locale de la santé permettant de piloter une politique régionale de santé territorialisée. Il vise à améliorer les connaissances sur la santé des jeunes dans la région par la mise en place d'un système pérenne d'information.

Objectifs et méthode : L'objectif général est de permettre l'analyse et la valorisation des bilans de santé réalisés tous les ans par les infirmiers scolaires de Midi-Pyrénées sur la totalité de deux classes d'âge : les élèves scolarisés en grande section de maternelle et en sixième, soit près de 50 000 jeunes. Il s'agissait dans cette première phase de la démarche, de tester la faisabilité d'un dispositif visant à produire de l'information à l'échelle collective à partir de données individuelles recueillies en routine.

Concrètement, chacun des 250 infirmiers de l'académie a été équipé d'un ordinateur portable disposant d'une application informatique permettant le recueil en direct des données de santé de chaque élève examiné. Ces données sont ensuite collectées et agrégées en une base unique à des fins d'analyse.

Résultats : L'année scolaire 2011-2012 a été consacrée au déploiement de la démarche et a permis de vérifier sa faisabilité, autant sur le plan technique qu'organisationnel, ainsi que la validité des principaux indicateurs. En fin d'année scolaire, plus de la moitié des infirmières avaient fait remonter des données concernant environ 3 700 élèves. Les premiers bilans réalisés avec les professionnels font état de retours globalement positifs et montrent que le recueil s'intègre sans trop de difficultés dans les pratiques professionnelles. L'enjeu à terme est d'obtenir une mobilisation plus complète afin de tendre vers un recueil exhaustif.

Pour les exercices suivants, les résultats attendus seront, pour chaque vague d'examens réalisés, une mesure de la prévalence de l'ensemble des indicateurs de santé

recueillis au cours du bilan infirmier, dans une perspective d'analyse des variations territoriales de ces indicateurs mais également des variations au cours du temps permise par l'annualité du recueil.

Conclusion : Cette première phase du dispositif a montré la faisabilité de la démarche visant, à partir de données individuelles recueillies dans le cadre de l'exercice professionnel, à alimenter un système d'information mobilisable à l'échelle collective.

Contact auteur : FAHET Georges
 g.fahet@orsmip.org

⁽¹⁾ ORS Midi-Pyrénées, Toulouse, France

C10
LE CONSEIL LOCAL
DE SANTÉ MENTALE :
UN OUTIL POUR UNE OBSERVATION
LOCALE EN SANTÉ MENTALE

GUEZENNEC Pauline⁽¹⁾, PROVOST Emmanuelle⁽²⁾

Contexte : Lieux de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants, les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) ont pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population.

Cette instance apporte une connaissance des besoins et des ressources en santé mentale d'un territoire de proximité.

Objectifs et méthode : La première étape d'un CLSM est de réaliser un diagnostic territorial pour déterminer les thématiques ou publics prioritaires qui aboutiront à la constitution de groupes de travail.

Le diagnostic repose sur plusieurs sources de données (ASV, observatoires locaux et régionaux, ARS, CPAM, Éducation Nationale, Agences d'urbanisme...) et regroupe plusieurs types de données, qualitatives et quantitatives (politiques de santé locales, état des partenariats, ressources et offres sur le territoire...).

Résultats : Le CLSM préconise et organise les groupes de travail en fonction des besoins locaux identifiés et permet ainsi, la planification et le développement des politiques locales de santé.

Grâce à son travail en réseau et son diagnostic croisé, pour chaque territoire le CLSM permet, selon les spécificités locales de:

- Observer et connaître les évolutions ;
- Favoriser une prévention et un repérage précoce ;
- Améliorer l'accès et la continuité des soins ;
- Lutter contre l'exclusion à travers des actions pour l'inclusion sociale ;
- Renforcer l'autonomie des usagers ;
- Promouvoir la santé mentale, lutter contre la stigmatisation.

En France, une centaine de CLSM sont recensés.

Les CLSM opérationnels ont permis la mise en place de différentes actions :

- Convention bailleurs/ psychiatrie ;
- Création de SAVS, GEM, Maison des Adolescents...
- Formations inter institutionnelles, formations à la prévention du suicide, formations des gardiens d'immeuble ;
- Mise en place de la SISM ;
- Mise en place de cellules de coordination pour des situations individuelles complexes.

Conclusion : Le CLSM apparaît comme un levier permettant de connaître les ressources, les partenariats en place, les besoins spécifiques à la population locale.

Contact auteur : GUEZENNEC Pauline
 pguezennec@epsm-lille-metropole.fr

⁽¹⁾ Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé Lille, Lille, France

⁽²⁾ Conseil intercommunal de santé, santé mentale et citoyenneté, Ronchin, France

C11
DÉVELOPPEMENT ET
MISE EN LIGNE D'UN OUTIL
D'OBSERVATION :
LE PORTAIL DES DONNÉES SUR LE
CANCER ET LA CANCÉROLOGIE
(WWW.LESDONNEES.E-CANCER.FR)

LAFAY Lionel⁽¹⁾, VONGMANY Natalie⁽¹⁾,
LAANANI Moussa⁽¹⁾,
LEQUELLEC-NATHAN Martine⁽¹⁾,
BOUSQUET Philippe-Jean⁽¹⁾

Contexte : La publication sur internet des données sur le cancer et la cancérologie relève de la mesure 6 « Produire et communiquer annuellement des informations sur le cancer et la cancérologie » du Plan cancer 2009-2013 et plus précisément de l'action 6.2 « Créer un portail des données du cancer, donnant accès à la synthèse des principales données pertinentes selon leur nature et leur source identifiées ».

Objectifs et méthode : L'INCa a été chargé de développer cet outil, destiné aussi bien aux acteurs de la cancérologie qu'au grand public.

Pour réaliser ce portail, un travail d'identification des thématiques et des informations à présenter a été effectué par le recueil des besoins et attentes de différents types d'utilisateurs potentiels. Puis, la source de chaque information a été recherchée et validée. Enfin, l'architecture du portail a été établie, les informations saisies, organisées et rendues accessibles.

Résultats : Suite aux entretiens, ont été retenues comme thématiques : épidémiologie, prévention, dépistage, soins, recherche et « les types de cancer » qui reprend les informations présentes dans les 5 autres thématiques regroupées par localisation cancéreuse. Les informations retenues ont été nommées indicateurs et regroupées dans des fiches de synthèse. Chaque indicateur est caractérisé par au moins une source identifiée et par des métadonnées permettant de les rechercher facilement. De même, chaque fiche de synthèse est caractérisée par les métadonnées des indicateurs qu'elle contient. Le portail propose également la liste des projets de recherche en cancérologie, un lexique, des éléments de méthodes, des liens vers les producteurs de données et vers des documents complémentaires. Mis en ligne en octobre 2011, le portail comporte 140 fiches de synthèse, 434 indicateurs, 315 projets de recherche, 319 métadonnées...

Conclusion : Le portail constitue un outil nécessaire pour l'observation, la connaissance et l'information d'une pathologie aussi complexe que le cancer. Dans la mesure du possible, une déclinaison des indicateurs aux

niveaux régional et départemental et selon les niveaux sociaux sera effectuée afin de répondre aux attentes de tous les acteurs.

Contact auteur : LAFAY Lionel
lafay@institutcancer.fr

⁽¹⁾ Institut national du cancer, Boulogne-Billancourt, France

C12
CONSTRUCTION D'UNE
MÉTHODE POUR ACCOMPAGNER
LES PUBLICS EN SITUATION DE
PRÉCARITÉ VERS LE DÉPISTAGE
ORGANISÉ DES CANCERS
FORMADOC 2
RHÔNE-ALPES 2011-2013

KALECINSKI Julie⁽¹⁾, DUTERTRE Vanessa⁽¹⁾,
CHAUVIN Franck⁽¹⁾

Contexte : Les taux de participation au dépistage organisé (DO) du cancer du sein et du cancer colorectal augmentent. Mais, cette progression concerne surtout les classes socioprofessionnelles élevées. Des actions ciblées sont essentielles pour réduire ces inégalités.

Objectifs et méthode : Formadoc 2 a pour objectif la mise en place de formations de professionnels relais en zones urbaines sensibles (ZUS) de la région Rhône-Alpes afin de promouvoir le DO parmi des populations défavorisées.

Un quartier ZUS de Saint-Etienne a été sélectionné pour mettre en place une étude pilote fin 2011. L'objectif principal était la conception d'une formation adaptée à l'environnement des professionnels sollicités. L'objectif secondaire était de les faire adhérer au projet et de les mobiliser. L'étude a été suivie de la mise en place de form'actions (formations suivies d'une action) dans le quartier pilote. Cette première étape a permis l'extension du programme aux autres départements de la région Rhône-Alpes.

Résultats : L'étude pilote a recueilli les besoins des professionnels et les caractéristiques du quartier. Six entretiens et 3 focus group ont aidé à identifier des facteurs de motivation : intérêt pour les problématiques de santé et conscience des inégalités ; des freins : moyens humains et financiers, tabous autour du cancer ; les principales attentes : acquisitions de connaissances et de techniques de communication. Enfin, l'étude a

conclu à la nécessité d'élaborer une formation en 3 phases : une phase théorique, permettant d'identifier les points clés du dispositif, des mises en situation et enfin la mise en place d'une action de sensibilisation au DO dans le quartier avec les partenaires associatifs. 15 professionnels ont été formés dans le quartier pilote début 2012.

Conclusion : Les form'actions ont pour finalité la création de réseaux de partenaires de proximité pérennes, en mesure de relayer l'information et de renouveler de façon autonome des actions de sensibilisation. L'évaluation du processus sera suivie d'une évaluation d'impact qui permettra de mesurer l'efficacité du projet, la création d'un référentiel de formation et d'envisager sa généralisation.

Contact auteur : KALECINSKI Julie /
julie.kalecinski@icloire.fr

⁽¹⁾ Centre Hygée – Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth, CIC-EC 3 Inserm, IFR 143, Saint-Etienne, France

ARS : Agence régionale de la santé

ASV : Atelier santé ville

CLSM : Conseil local de santé mentale

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

DO : Dépistage organisé

GEM : Groupes d'entraide mutuelle

INCa : Institut national du cancer

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SISM : Semaine d'information sur la santé mentale

ZUS : Zone urbaine sensible

C13 HERNIE DISCALE OPÉRÉE (HDO), QUELS SECTEURS ET PROFESSIONS CIBLER DANS LES CAMPAGNES DE PRÉVENTION ?

FOUQUET Natacha^(1,3), HA Catherine⁽¹⁾,
ANDREU Nathalie⁽²⁾, PETIT LE MANACH
Audrey^(2,3), ROQUELAURE Yves^(2,3)

Contexte : Une surveillance épidémiologique de la hernie discale opérée (HDO), retenue comme traceur de la pathologie rachidienne, en population générale a été mise en place à l'aide des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans les centres de chirurgie rachidienne des Pays de la Loire.

Objectifs et méthode : L'objectif est de décrire l'association entre HDO et activité professionnelle et d'évaluer sa contribution dans la survenue de cette pathologie.

Cette étude concerne les patients opérés en 2007-2008, repérés à partir du PMSI des centres participants, âgés de 20 à 64 ans et habitant la région des Pays de la Loire. Le PMSI des établissements a permis d'identifier 3 150 patients, sans notion d'âge. Un auto-questionnaire leur a été envoyé afin de recueillir leur histoire professionnelle et médicale. L'association entre HDO et secteurs d'activité (ou catégories professionnelles) a été estimée par le risque relatif ajusté sur l'âge (RRa). La contribution des secteurs d'activité ou des catégories professionnelles à la survenue de HDO a été quantifiée par la fraction de risque attribuable dans la population (Frap).

Résultats : 1 860 questionnaires exploitables (909 hommes et 761 femmes, taux de réponse 66,5%) ont été reçus. Les secteurs d'activité associés à un risque élevé de HDO étaient la construction et le transport chez les hommes. Chez les femmes, 6 secteurs étaient exposés à un risque élevé de HDO. Les Frap variaient de 1 à 7 %, ce qui suggère qu'entre 1 et 7 % des cas de HDO pourraient être évités dans la population si l'excès de risque était réduit dans ces secteurs. Les catégories professionnelles à haut risque de HDO étaient les professions intermédiaires pour les deux sexes, les hommes ouvriers (RRa=2,1 [1,8-2,4], Frap=25 [21-30]) et les femmes employées (RRa=2,0 [1,8-2,4], Frap=25 [20-30]).

Conclusion : Cette étude a permis d'identifier les secteurs et catégories professionnelles à risque. Les résultats suggèrent qu'entre 1 et 25 % des cas de HDO pourraient être évités dans l'ensemble de la population si des programmes de prévention efficaces étaient mis en œuvre dans des secteurs et des professions spécifiques.

Contact auteur : FOUQUET Natacha
natacha.fouquet@univ-angers.fr

⁽¹⁾ Institut de veille sanitaire (InVS), Département santé travail, Saint-Maurice, France.

⁽²⁾ Centre hospitalier universitaire d'Angers, Angers, France

⁽³⁾ Université d'Angers, laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail (Leest), Angers, France

C14 DE LA SURVEILLANCE À L'ACTION DE SANTÉ PUBLIQUE : EXEMPLE DU PROGRAMME DE SURVEILLANCE DES MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL

FRADET Marie-Reine⁽¹⁾, PROUVOST Hélène⁽²⁾,
BÉDAGUE Patricia⁽³⁾, BENAÏM Anne⁽⁴⁾,
DEBARRE Julie⁽⁵⁾, ELOY Aurélie⁽⁶⁾,
FAUCHILLE Emilie⁽⁷⁾, RIVIÈRE Stéphanie⁽⁸⁾,
ROUCHAUD Audrey⁽⁹⁾, VALENTY Madeleine⁽¹⁰⁾
et le groupe de travail MCP

Contexte : La surveillance épidémiologique est définie comme un processus continu et systématique de collecte, d'analyse et d'interprétation de données pertinentes en vue d'une action de santé publique. Dans le champ de la santé-travail, elle conduit à la production d'indicateurs, outils indispensables d'aide au diagnostic afin de mieux cibler les actions de prévention des risques professionnels et de suivre l'évolution de l'état de santé des salariés. C'est dans cet objectif que l'Institut de veille sanitaire, en collaboration avec l'Inspection médicale du travail, a mis en place depuis 2002 un programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP).

Objectifs et méthode : Le programme MCP a pour objectif de décrire la prévalence des

affections observées et jugées imputables au travail par les médecins du travail, mais qui n'ont pas fait l'objet d'une réparation en maladie professionnelle. Cette description réalisée régulièrement permet :

- de repérer les secteurs d'activité et les catégories sociales à plus fortes prévalences, et d'en suivre l'évolution ;
- d'estimer la sous-déclaration des maladies professionnelles (MP) et de contribuer à l'évolution des tableaux de MP.

Le dispositif s'appuie sur un réseau de médecins du travail volontaires signalant toutes les MCP rencontrées durant deux semaines consécutives prédéfinies. En 2012, 15 régions participent et depuis 10 ans, plus de 1 500 médecins du travail ont participé au moins une fois aux périodes de recueil des données.

Résultats Les résultats ont été utilisés notamment au niveau national pour la révision d'un des tableaux de MP relatif aux troubles musculo-squelettiques (TMS).

En région, les indicateurs MCP peuvent faire partie des indicateurs de suivi des objectifs du Plan Régional Santé Travail et du Plan Régional Santé concernant notamment les TMS, les risques psychosociaux, ou certains secteurs d'activité à forte sinistralité.

Conclusion : Depuis sa création, le dispositif MCP a su apporter des éléments de réponses aux besoins des politiques nationales et locales pour suivre les actions de santé publique mises en place ou faire évoluer la réglementation des MP.

Contact auteur : FRADET Marie-Reine
mrfraudet.obresa@wanadoo.fr

⁽¹⁾ ORS d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France

⁽²⁾ Institut de veille sanitaire, Lille, France

⁽³⁾ ORS de Bretagne, Rennes, France

⁽⁴⁾ ORS d'Alsace, Strasbourg, France

⁽⁵⁾ ORS de Poitou-Charentes, Poitiers, France

⁽⁶⁾ ORS du Centre, Orléans, France

⁽⁷⁾ ORS Picardie, Amiens, France

⁽⁸⁾ Institut de veille sanitaire, Toulouse, France

⁽⁹⁾ ORS du Limousin, Limoges, France

⁽¹⁰⁾ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

C15
SURVEILLANCE
POST-PROFESSIONNELLE (SPP)
DES ARTISANS RETRAITÉS DU RSI
AYANT ÉTÉ EXPOSÉS À L'AMIANTE :
LE PROGRAMME ESPRI
EN AQUITAINE

GOULARD Hélène^(1,2), HOMERE Julie^(1,2),
AUDIGNON-DURAND Sabyne^(2,3), IMBERNON
Ellen^(1,2), REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS

Objectifs et méthode : – Coordonné par l'InVS en partenariat avec le Régime social des indépendants, le programme ESPRI (Epidémiologie et surveillance des professions indépendantes) visait notamment à repérer, parmi les artisans partant à la retraite, ceux ayant été exposés à l'amiante durant leur carrière professionnelle, afin de leur proposer un suivi médical gratuit, géré par leur caisse d'assurance maladie.

Lancé en 2005, ESPRI a été mis en place dans 7 régions en s'appuyant sur les caisses RSI régionales. En Aquitaine, 6 432 artisans partant à la retraite ont été sollicités, jusqu'en 2008, pour remplir un questionnaire postal permettant de repérer après expertise les expositions professionnelles passées à l'amiante. Un suivi médical était ensuite proposé aux sujets considérés comme ayant été exposés durant leur carrière.

Résultats : En Aquitaine, le taux de réponse a atteint 61 % après relance ; les 3 314 répondants et 577 répondantes avaient respectivement 43 ans et 39 ans de carrière en moyenne. 83 % des hommes et 23 % des femmes avaient été exposés au moins une fois durant leur carrière. Les emplois ayant généré le plus d'exposition chez les hommes sont ceux du secteur de la construction (en particulier les peintres, les ouvriers des finitions du bâtiment, les maçons, les plâtriers), de l'industrie manufacturière (métallier, mécanicien réparateur d'engins de chantier) et de la réparation automobile (artisans mécaniciens réparateurs d'automobiles). Chez les femmes, le secteur d'activité le plus fréquent dans leur carrière était celui des services collectifs, sociaux et personnels, mais ce secteur est très peu exposant. Au total, le suivi médical a été proposé à 2 899 personnes et 120 pathologies potentiellement liées à l'amiante ont été repérées.

Conclusion : Ce programme a atteint son objectif de repérage d'artisans nouvellement retraités exposés professionnellement à l'amiante dans plusieurs régions françaises, et d'orientation vers un bilan médical, en Aquitaine et dans d'autres régions.

Contact auteur : GOULARD Hélène
helene.goulard@isped.u-bordeau2.fr

⁽¹⁾ Institut de veille sanitaire (InVS), Département santé travail, Équipe associée en santé travail (Essat), Saint-Maurice, France.

⁽²⁾ Université Bordeaux Segalen, Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped), Centre Inserm U897, Équipe associée en santé travail (Essat), Bordeaux, France.

⁽³⁾ Laboratoire santé travail environnement (LSTE), Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped), Université Victor Segalen, Bordeaux, France.

C16
FACTEURS
SOCIODÉMOGRAPHIQUES
DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE
LIÉE AU TRAVAIL PARMIS
LA POPULATION SALARIÉE ACTIVE

LEMAITRE Audrey⁽¹⁾, HOMERE Julie⁽¹⁾,
PLAINIE Julie⁽¹⁾, GARRAS Loïc⁽¹⁾,
VALENTY Madeleine⁽¹⁾

Contexte : La souffrance psychique liée au travail, ne faisant pas partie des tableaux de maladies professionnelles, est la deuxième pathologie la plus fréquemment signalée dans le cadre du programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP). Les précédents résultats du dispositif montraient des variations dans les prévalences de cette pathologie selon le sexe, l'âge, la catégorie sociale et le secteur d'activité.

Objectifs et méthode : L'objectif est de déterminer quels sont, parmi ces 4 facteurs sociodémographiques, ceux dont l'association avec la souffrance psychique liée au travail est la plus robuste, parmi l'échantillon de salariés du programme MCP en 2010. Pour rappel, les médecins du travail participants recueillent en continu, sur une période de 15 jours, renouvelée chaque semestre, les caractéristiques sociodémographiques de tous les salariés vus en consultation. Ils signalent le

cas échéant, tout symptôme ou pathologie qu'ils considèrent comme étant causé ou aggravé par le travail. Des OR de souffrance psychique liée au travail ont été produits par régression logistique, en analyses univariées puis multivariées. Sexe, âge, catégorie sociale et secteur d'activité ont été inclus dans ces modèles séparément puis ensemble. Les OR bruts et ajustés ont été comparés.

Résultats : La prévalence de la souffrance psychique liée au travail est de 1,9 %. Elle est deux fois plus élevée chez les femmes. Elle augmente avec l'âge et la catégorie sociale. Elle varie selon le secteur, celle correspondant aux finances étant la plus élevée (3,7 %). En analyse univariée, les mêmes variations sont observées qu'en étude de prévalences. En analyse multivariée, les OR correspondant au sexe, à l'âge et la catégorie sociale sont peu modifiés. En revanche, une modification importante des OR est observée pour tous les secteurs d'activité ; le secteur de la finance est par exemple divisé par plus de 2 (ORbrut=4,5 [3,1-6,5] ; ORajusté=1,9 [1,3-2,8]).

Conclusion : L'association du sexe, de l'âge et de la catégorie sociale avec la souffrance psychique est robuste. Celle du secteur d'activité semble partiellement expliquée par les trois premiers facteurs.

Contact auteur : VALENTY Madeleine
m.valenty@invs.sante.fr

⁽¹⁾ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

ESPRI : Epidémiologie et surveillance des professions indépendantes

FRAP : Fraction de risque attribuable dans la population

HDO : hernie discale opérée

InVS : Institut de veille sanitaire

MCP : Maladies à caractère professionnel

MP : Maladies professionnelles

OR : Odds ratio

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

RRa : Risque relatif ajusté

RSI : Régime social des indépendants

TMS : Troubles musculo-squelettiques

SPP : Surveillance post-professionnelle

C17 PERSONNES SOURDES ET MALENTENDANTES : COMBIEN DE PERSONNES CONCERNÉES EN FRANCHE-COMTÉ ?

BALAMOU Christian⁽¹⁾

Contexte : Dans le cadre du plan surdité de Franche-Comté, l'Union régionale des parents d'enfants déficients auditifs de Bourgogne Franche-Comté Centre, la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et l'Agence régionale de santé travaillent à améliorer les connaissances sur les personnes sourdes et malentendantes.

Objectifs et méthode : Estimer le nombre de personnes sourdes et malentendantes en Franche-Comté. Etude descriptive transversale. L'estimation du nombre de personnes sourdes et malentendantes a été effectuée en trois temps : - Une revue de l'épidémiologie de la surdité a permis une estimation du nombre de personnes sourdes et malentendantes, par extrapolation des prévalences observées dans la littérature, à la population franc-comtoise. - Un recensement du nombre de personnes sourdes et malentendantes, identifiées par les administrations (assurance maladie, éducation nationale, MDPH, hospitalisations) intervenant auprès d'elles, quel qu'en soit le motif. - La confrontation de ces sources a permis une estimation du nombre de personnes sourdes et malentendantes en Franche-Comté.

Résultats : L'estimation du nombre de personnes sourdes et malentendantes (toutes déficiences confondues) à partir d'extrapolations de prévalences observées dans la littérature, varie de 58 200 à 180 000. Les personnes sourdes et malentendantes repérées dans les sources administratives étaient 10 658. Sachant que les acteurs intervenant dans le domaine de la surdité identifient uniquement des personnes présentant au moins une surdité moyenne (perte auditive d'au moins 41 dB) qui les sollicitent, et en tenant compte des données de la littérature : on estime à 30 000 les personnes présentant au moins une surdité moyenne en Franche-Comté.

Conclusion : Cette étude interroge sur la connaissance, l'adaptation des services et structures, et l'accompagnement des personnes sourdes et malentendantes dont les deux tiers semblent inconnues des administrations travaillant dans le champ de la surdité.

Contact auteur : BALAMOU Christian
c.balamou@orsp-franchemonte.org

⁽¹⁾ ORSP de Franche-Comté, Besançon, France

C18 ENQUÊTE 2010 AUPRÈS DES PERSONNES BÉNÉFICIAIRES D'UNE ORIENTATION PRONONCÉE PAR LA CDAPH EN ÉTABLISSEMENT OU SERVICE MÉDICOSOCIAL

MARTINEZ Nathalie⁽¹⁾, FOUCARD Bruno⁽¹⁾,
CLERGET François⁽¹⁾

Contexte : À la suite de la loi du 11 février 2005, les maisons départementales des personnes en situation de handicap (MDPH) ont été mises en place. Elles assurent l'instruction des demandes et l'attribution des prestations en faveur des personnes en situation de handicap. Les MDPH sont positionnées comme guichet unique tant pour les enfants que pour les adultes. Ceci a des répercussions en termes d'organisation de la structure et de suivi des demandes. Pour répondre au souci légitime d'assurer un service de qualité aux usagers, il est donc normal que les MDPH se dotent d'outils d'évaluation de leurs procédures et pratiques.

Objectifs et méthode : - Repérer le nombre d'orientations en cours de validité en 2010 non suivies d'effet, - Évaluer les difficultés ou les facilités que rencontrent les personnes présentant un handicap.

Le questionnaire se présente sous la forme de questions fermées et ouvertes. Il s'agit d'une enquête déclarative, renseignée par les usagers ou leurs représentants, permettant la description des personnes admises ou pas dans le dispositif intégrant une partie quantitative et une partie qualitative.

La partie quantitative intègre :

- le type d'orientation notifiée par la CDAPH ;
- renouvellement ou première demande ;
- les âge et sexe ;
- le lieu de résidence ;
- l'admission ou la non admission en établissement ou service médicosocial.

La partie qualitative intègre les difficultés rencontrées par les usagers dans leurs démarches et les éléments facilitateurs. Une analyse fine et exhaustive des réponses a été menée, qui synthétise les difficultés et les facilités rencontrées par les personnes qui se sont exprimées.

Résultats :

Les principales difficultés rencontrées :

- une offre défaillante dans certains dispositifs : manque de places et attente, manque d'homogénéité de l'offre ;
- des démarches et des décisions jugées lourdes, complexes voire opaques ;
- la solitude et le manque d'aides et d'informations ;
- la question des places de répit.

Les principaux éléments facilitant :

- le rôle non négligeable des établissements et services et de leur personnel d'encadrement ;
- le rôle primordial d'un professionnel ;
- le rôle essentiel des aidants familiaux.

Contact auteur : CLERGET François
f.clerget@creaiors.fr

⁽¹⁾ CREAI-ORS de Languedoc-Roussillon,
Montpellier, France

C19 QUELLE CONCORDANCE DANS LA VIENNE DANS L'ATTRIBUTION D'UNE AAH PAR LA CDAPH ET D'UNE PENSION D'INVALIDITÉ PAR LES MÉDECINS CONSEIL ?

ABALLEA Pierre⁽¹⁾, GAUTIER Carole⁽²⁾,
LEGARS Émilie⁽²⁾, DEMONDION Bertrand⁽³⁾,
LAMBERT Pierre⁽³⁾, DUROUX Françoise⁽⁴⁾

Contexte : Le Parlement a demandé d'étudier un barème pour les pensions d'invalidité qui soit cohérent avec celui de l'AAH. Dans les deux cas, il s'agit d'ouvrir droit à un revenu de remplacement lié à une incapacité rendant difficile ou impossible un emploi. Mais il n'existe pas pour les médecins conseils auprès des organismes d'assurance maladie, de barème d'attribution d'une pension d'invalidité. Les équipes pluridisciplinaires des MDPH œuvrant pour les conseils généraux disposent par contre de référentiels d'évaluation réglementaires : guide barème et référentiel « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi » (RSDAE).

Objectifs et méthode : Mesurer les différences entre les avis donnés pour un même demandeur pour l'AAH par les équipes pluridisciplinaires de la MDPH de la Vienne (86) et pour une pension d'invalidité par les médecins conseils auprès de la CPAM de ce département. La question est de savoir si les outils de l'AAH étaient mobilisés pour l'évaluation des pensions d'invalidité, quels en seraient les principaux effets ? Une base de données a été constituée de dossiers de première demande d'AAH évaluée en MDPH et ayant été soumis pour une pension d'invalidité à l'ELSM par recouplement des fichiers des deux structures sur la période du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2011. Fichier MDPH : 2576 enregistrements & Fichier ELSM: 1021 enregistrements. Le fichier d'appariement contient 90 enregistrements dont 50 dossiers portent sur des évaluations CPAM faites à la seule demande des assurés.

Résultats : Pour les mêmes demandeurs, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la Vienne accorde moins d'avis positifs que la CPAM. Les avis rendus entre les deux organismes concordent dans 2 cas sur 3.

Conclusion : Intérêt d'utiliser les bases de données existantes pour conduire rapidement cette étude rétrospective. Nécessité de

développer un travail prospectif sur plusieurs départements avant toute décision de généralisation.

Contact auteur : ABALLEA Pierre
pierre.aballea@igas.gouv.fr

⁽¹⁾ Inspection générale des affaires sociales (IGAS),
Paris, France

⁽²⁾ Maison départementale des personnes
handicapées de la Vienne, Poitiers, France

⁽³⁾ Caisse nationale de l'assurance maladie des
travailleurs salariés (Cnamts), Poitiers, France

⁽⁴⁾ Caisse nationale de l'assurance maladie des
travailleurs salariés (Cnamts), Limoges, France

C20 ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE D'INTERPRÉTARIAT ET DE TRADUCTION EN MILIEU SOCIO-MÉDICAL EN AUVERGNE ET PISTES D'AMÉLIORATIONS

VAISSADE Laure⁽¹⁾, MAQUINGHEN Sylvie⁽¹⁾

Contexte : L'interprétariat et la traduction en milieu médical et social sont des outils indispensables dans la mise en œuvre d'une politique d'accueil et d'intégration orientée vers les populations immigrées vivant souvent dans l'isolement.

En Auvergne, le Programme régional d'intégration des populations immigrées (Pripi) piloté par la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale fixe les orientations de la politique d'intégration de la population immigrée. Il prévoit la réalisation d'une étude sur l'offre et la demande d'interprétariat et de traduction.

Objectifs et méthode : L'objectif est de faire un état des lieux des besoins en interprétariat/traduction pour la population immigrée en Auvergne et d'envisager des pistes d'amélioration.

Cette étude s'est déroulée en trois phases :

- enquête quantitative sous forme de questionnaires auprès des services et structures en milieu social et médical utilisateurs d'interprètes ;
- enquête qualitative sous forme d'entretiens individuels semi-directifs auprès d'interprètes ;
- réunion d'un comité d'experts sur les orientations et pistes d'actions à envisager.

Résultats : Cet état des lieux décrit la situation suivante :

- des besoins importants en interprétariat et en traduction non couverts par des interprètes et traducteurs professionnels ;
- un recours fréquent à un réseau informel ou familial pour répondre aux besoins d'interprétariat ;
- des besoins irréguliers en interprétariat et traduction en milieu social et médical ;
- une multiplicité de langues rencontrées ;
- un manque de moyens dû à une réduction des financements publics pour l'interprétariat et la traduction ;
- un manque de lisibilité de l'offre.

Conclusion : Les principaux défis à relever sont de :

- promouvoir la rencontre entre l'offre et la demande ;
- rechercher des financements pour l'interprétariat et la traduction ;
- développer une ou des solutions adaptées à l'irrégularité des besoins qui permettent non seulement de répondre aux besoins des services ou structures demandeurs mais aussi d'assurer un niveau minimum d'activité aux interprètes et traducteurs.

Les pistes d'actions à envisager : un annuaire des interprètes-traducteurs, une plateforme d'intermédiation entre l'offre et la demande...

Contact auteur : VAISSADE Laure
lvaissade.obresa@orange.fr

⁽¹⁾ ORS d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France

AAH : Allocation aux adultes handicapés

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

dB : décibels

ELSM : Échelon local du service médical

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PRIPI : Programme régional d'intégration des populations immigrées

RSDAE : Restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi

C21
DIAGNOSTIC PRÉALABLE
À LA CRÉATION D'UNE
MAISON RÉGIONALE DE LA SANTÉ
DANS LES ARRONDISSEMENTS
NORD DE MARSEILLE :
RETOUR D'EXPÉRIENCE
DE L'ORS PACA

DUMESNIL Hélène⁽¹⁾, CANTITEAU Caroline⁽¹⁾,
 FERONI Isabelle⁽²⁾, VERGER Pierre⁽¹⁾

Contexte : Dans le cadre du dispositif Maisons Régionales de la Santé (MRS) porté par la Région Paca, une réflexion a été lancée sur le développement d'une MRS dans les arrondissements nord de Marseille, territoire représentant un quart de sa superficie et un tiers de sa population.

Objectifs et méthode : En tant que centre ressource, l'ORS Paca a été chargé par la Région d'identifier les enjeux de la création d'une MRS sur ce territoire et les zones d'implantation possibles. Un état des lieux a été réalisé à l'échelle des 4 arrondissements nord, croisant indicateurs statistiques, littérature grise et productions de l'ORS. Cinq domaines ont été étudiés : territoire, population, santé, disponibilité et recours à l'offre de soins. En raison d'une grande hétérogénéité infra-arrondissements, l'analyse s'est poursuivie à l'échelle du quartier, à partir, notamment, de documents issus de la politique de la ville. Les quartiers prioritaires ont été repérés sur la base de critères sociaux (précarité, populations vulnérables), territoriaux (isolement, dégradation...) et d'accès aux soins (offre faible, inaccessible...).

Résultats : Sept quartiers ont été qualifiés de prioritaires, car ils cumulaient différents problèmes : précarité diffuse, environnement et état de santé très dégradés, difficultés importantes d'accès aux soins et à la prévention. Dans l'un d'eux existait un projet de regroupement de 17 médecins spécialistes exerçant en secteur 1. Sur la base du diagnostic partagé, plusieurs axes d'intervention ont été retenus, parmi lesquels l'amélioration de l'accès aux soins et aux droits, du recours au dépistage, de la coordination des soins.

Conclusion : Le projet de MRS s'appuie à la fois sur les résultats du diagnostic et une dynamique professionnelle locale. De ce fait, il devrait répondre aux besoins de la population

et aux attentes des professionnels et favoriser la pérennité du dispositif. Les pistes d'actions concrètes sont en cours de discussion.

Contact auteur : DUMESNIL Hélène
 helene.dumesnil@inserm.fr

⁽¹⁾ ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France

⁽²⁾ Inserm, UMR 912 / Université de Nice Sophia Antipolis, Marseille, France

C22
APPORT DES
« PROFILS LOCAUX DE SANTÉ »
AUX INTERVENTIONS DE
PROMOTION DE LA SANTÉ AU
NIVEAU COMMUNAL EN PROVINCE
DE HAINAUT (BELGIQUE)

MASSOT Christian⁽¹⁾, BERRA Paul⁽¹⁾, DEMARTEAU Michel⁽¹⁾, BERGHMANS Luc⁽¹⁾

Contexte : L'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) développe des activités de promotion de la santé. En 2006, la publication du « Tableau de Bord de la Santé du Hainaut » a suscité une demande pour des données à l'échelon communal (population entre 3 400 et 203 500 habitants). Un « Profil Local de Santé » de 4 pages reprenant 40 indicateurs a été conçu et publié d'abord à la demande puis pour toutes les 69 communes du Hainaut. Idéalement, la publication d'un profil s'accompagne d'une présentation aux autorités communales pour les inciter à développer la promotion de la santé dans la commune. Le travail de présentation est encore en cours.

Objectifs et méthode : Évaluer l'apport des profils locaux au développement d'initiatives communales de promotion de la santé.

Pour chaque commune, les éléments suivants ont été pris en compte : revenu médian par déclaration, degré d'urbanisation, origine d'une éventuelle demande de profil local de santé, type de public lors d'une éventuelle présentation du profil, évolution de l'implication de la commune en matière de promotion de la santé.

Résultats : De 2007 à 2012, 32 communes sur 69 ont bénéficié d'une présentation de leur profil local. Dans un cas, la présentation a eu lieu à l'initiative de l'OSH, dans 10 cas la demande fait suite à l'envoi du profil aux autorités, dans 10 cas, elle vient d'acteurs locaux et dans 11 cas, elle émane des autorités communales. Les demandes sont plus fréquentes dans les communes urbaines et à faibles revenus.

Dans 15 cas, les présentations ont lieu devant le collège communal, dans 11 cas, elles touchent le collège et les acteurs locaux. Dans 6 cas, elles ne touchent qu'une ou deux personnes.

Dans 13 cas, les profils n'ont pas eu d'impact sur l'activité de la commune en matière de promotion de la santé. Dans 11 cas, le profil s'inscrit comme un élément utile dans une dynamique en cours. Dans 5 cas, il semble induire de nouvelles actions et dans 3 autres cas, il semble déterminant pour faire évoluer le niveau d'activités de la commune.

Conclusion : Le profil local de santé s'avère un outil intéressant pour documenter la situation des communes et susciter un débat à l'échelon communal. En termes d'intervention, il s'inscrit le plus souvent dans une dynamique existante ou naissante. Dans quelques cas, il est à l'origine du développement des activités de promotion de la santé.

Contact auteur : MASSOT Christian
 christian.massot@hainaut.be

⁽¹⁾ Observatoire de la Santé du Hainaut, Mons (Havré), Belgique

C23
LES BÉNÉFICES ET LES RISQUES
DE LA PRATIQUE DU VÉLO :
EVALUATION EN ÎLE-DE-FRANCE

PRAZNOCZY Corinne⁽¹⁾

Contexte : Les déplacements à vélo pour de petits trajets peuvent être une bonne alternative à certains déplacements motorisés. Ils permettent de réduire les impacts environnementaux provoqués par la mobilité

(nuisances sonores, pollution atmosphérique). De plus, l'intérêt de pratiquer régulièrement une activité physique modérée a été démontré pour la prévention et la prise en charge de certaines maladies chroniques (certains cancers, maladies cardio-vasculaires, diabète, obésité et ostéoporose) En 2008, la part modale du vélo en Ile-de-France s'élevait à 2,1% des déplacements.

Objectifs et méthode : Il s'agit d'évaluer les impacts sanitaires de l'augmentation de la pratique du vélo à l'horizon 2020, à partir de scénarios partagés avec les décideurs.

Résultats : Différents aspects ont été pris en compte : les bénéfices individuels (effets sur la santé de l'activité physique), les bénéfices collectifs (baisse de la pollution atmosphérique, baisse du bruit, baisse de l'accidentologie causée par les voitures), les risques individuels (accidents, exposition à la pollution) et les risques collectifs (hausse de l'accidentologie causée par les cyclistes).

Conclusion : L'étude montre que les bénéfices en terme d'augmentation de l'activité physique sont élevés par rapport aux autres aspects pris en compte (accidentologie, pollution atmosphérique, bruit). Cette conclusion pose la question de la communication autour de la promotion des modes actifs de déplacement et du vélo en particulier, trop souvent orientée sur la baisse des gaz à effet de serre et de la pollution atmosphérique, alors qu'elle pourrait mettre davantage l'accent sur l'intérêt sanitaire.

Contact auteur : PRAZNOCZY Corinne
c.praznoczy@yahoo.fr

⁽¹⁾ ORS Ile-de-France, Paris, France

C24 PRATIQUES SPATIALES ET MOBILITÉS DES RETRAITÉS : DE L'OBSERVATION À LA POLITIQUE DE PRÉVENTION À L'ÉCHELLE COMMUNALE

MOBILLION Virginie⁽¹⁾, NADER Brigitte⁽¹⁾,
BOCHATON Audrey⁽²⁾, BIBART Juliette⁽³⁾,
GAUTIER Chantal⁽³⁾, BOHEM Élodie⁽⁴⁾,
DAILLY Olivier⁽⁵⁾, LAVOIX Isabelle⁽⁵⁾,
OPPERT Jean-Michel⁽⁶⁾, CHARREIRE Hélène⁽¹⁾

Contexte : La question du bien vieillir dans les villes est un enjeu majeur pour les acteurs des politiques sanitaires et d'aménagement du territoire. Des travaux suggèrent le rôle de l'activité physique (pratique de la marche, mobilité active) dans le maintien des performances physiques et cognitives et l'influence des environnements de vie sur ces pratiques.

Objectifs et méthode : Cette communication a pour objectif de présenter la première phase d'une étude, menée à Champigny-sur-Marne en étroite relation avec les professionnels de la ville, pour mieux comprendre les mobilités actives des personnes âgées et à terme favoriser la pratique de la marche. Des méthodes d'observation de terrain et de collecte de données ont été utilisées. Les personnes retraitées ont été interrogées sur leurs pratiques spatiales et leurs mobilités actives (questionnaires), sur la représentation de leurs espaces de vie (carte mentale) ou sur leurs déplacements (plan de la ville) ainsi que sur les freins associés à leur pratique de la marche (focus group).

Résultats : 82 personnes retraitées âgées de 60 à 87 ans, dont 18 % d'hommes et 82 % de femmes ont été interrogées. Ces personnes résident en moyenne depuis 38 ans dans la ville, ce qui confirme un ancrage territorial important. Plus des 2/3 s'estiment en bonne santé et pratiquent une activité sociale, culturelle et/ou sportive régulière. Toutefois plus de 45% déclarent ne pas marcher autant qu'elles le souhaiteraient et 30% évoquent des freins à la marche liés à l'environnement urbain. Les premières analyses des cartes (mentale et plan) montrent des profils de mobilités, notamment en termes de marche, différents entre les personnes enquêtées.

Conclusion : L'originalité et la combinaison des données recueillies permettent d'appréhender finement les comportements en lien avec la mobilité active pour proposer des pistes de réflexion à destination des politiques de santé publique et d'aménagement du territoire.

Contact auteur : MOBILLION Virginie
virgimobi@hotmail.com

⁽¹⁾ Université paris est Créteil, Créteil, France

⁽²⁾ Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Nanterre, France

⁽³⁾ Centre communal d'action sociale, Champigny-sur-Marne, France

⁽⁴⁾ Direction des infrastructures et du cadre de vie, Paris, France

⁽⁵⁾ Association "à la découverte de l'âge libre", Bobigny, France

⁽⁶⁾ Unité de Recherche en Epidémiologie Nutritionnelle, Bobigny, France

MRS : Maison régionale de la santé

ORS : Observatoire régional de la santé

OSH : Observatoire de la santé du Hainaut



LES POSTERS

Les posters feront l'objet de présentation commentée par les auteurs :

jeudi 4 avril de 14h00 à 14h30

vendredi 5 avril de 13h30 à 14h00

P1 CONDITIONS DE VIE ET ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET/OU D'EXCLUSION EN FRANCE : L'OBSERVATION DANS LES CENTRES DE MDM EN 2011

CHAPPUIS Marielle⁽¹⁾, TOMASINO Anne⁽¹⁾,
LAURENCE Sophie⁽¹⁾, FAHET Georges⁽²⁾,
CAYLA Françoise⁽²⁾, CORTY Jean-François⁽¹⁾

Contexte : Les connaissances sur les populations en situation de précarité et/ou d'exclusion en France sont très parcellaires. Ces populations sont particulièrement ignorées des statistiques officielles françaises.

Objectifs et méthode : MdM a mis en place, dès 2000, un observatoire de l'accès aux soins des Missions France afin d'enrichir les connaissances sur ces populations, de mieux piloter les actions et d'interpeler les acteurs institutionnels et les professionnels de santé au regard de données objectives. Des outils de recueil standardisés ont été mis en place dans chacun des CASO; structures à bas seuil d'exigence qui assurent consultations médicales et aide à l'accès aux droits.

Résultats : En 2011, les 21 CASO ont reçu 29 466 personnes et effectués 40 627 consultations médicales. Les CASO reçoivent en grande majorité (93 %) des ressortissants étrangers. Ces personnes vivent dans 98,9 % des cas sous le seuil de pauvreté et 72 % sont dans des logements précaires ou à la rue. Plus de 10 % des patients souffrent d'une pathologie à potentiel de gravité, 11 % présentent une pathologie psychique ou psychiatrique et, dans plus de 4 consultations sur 10, le besoin de prise en charge médicale s'inscrit dans la durée. Plus d'un tiers des patients présente un retard de recours aux soins. La couverture vaccinale de ces publics pour les vaccins obligatoires et recommandés est bien inférieure aux recommandations nationales en vigueur en France. Moins d'un tiers des patients connaît son statut sérologique vis-à-vis du VIH et/ou des hépatites. Les prévalences du VIH et des hépatites B et C (recueillies dans 2 CASO franciliens) sont respectivement 11, 10 et 6 fois supérieures aux prévalences en population générale.

Conclusion : Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion présentent d'importants besoins de soins et d'accès à la prévention alors même qu'elles sont très éloignées des dispositifs de droit commun et que leurs conditions de vie sont peu compatibles avec l'observance au traitement et/ou la continuité des soins. Il convient de faciliter l'accès aux droits et aux soins et de développer des projets et des outils innovants pour atteindre ces populations.

Contact auteur : CHAPPUIS Marielle
marielle.chappuis@medecinsdumonde.net

⁽¹⁾ Médecins du Monde, Paris, France

⁽²⁾ ORS Midi-Pyrénées, Toulouse, France

P2 LA VACCINATION DES JEUNES DE 17 ANS EN POITOU-CHARENTES : COUVERTURE VACCINALE ET PERCEPTION DE LA VACCINATION – JDC, JUIN 2010 À MAI 2011

GIRAUD Julien⁽¹⁾, ROBIN Stéphane⁽¹⁾,
BOUFFARD Béatrice⁽¹⁾

Contexte : Les adolescents et jeunes adultes sont une des populations ciblées par la Semaine européenne de la vaccination (SEV) au niveau régional. Aussi, la connaissance de la couverture vaccinale de cette population et de sa perception de la vaccination doit permettre de cibler les actions de prévention et de promotion de la santé en matière de vaccination.

Objectifs et méthode : Menée auprès de 2 610 jeunes de 17 ans du Poitou-Charentes, effectuant leur journée défense et citoyenneté (JDC), cette étude a pour objectifs de déterminer leur couverture vaccinale (CV) selon les types de vaccins, mais également de décrire leurs perceptions et leurs connaissances sur la vaccination et les risques infectieux. Réalisée au cours de 43 JDC, entre juin 2010 et mai 2011, l'enquête s'est basée sur un recueil à partir des carnets de santé, carnets de vaccination ou autre document attestant des vaccinations. L'enquête de perception a été réalisée par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire.

Résultats : L'analyse de CV a porté sur 1 838 jeunes âgés de 17 ans représentant 9 % de cette tranche d'âge au niveau régional. Le vaccin contre la tuberculose était le seul pour lequel le taux de couverture dépassait 90 % (92,7 %). Les CV pour le DTP et ROR étaient respectivement de 88,3 % et 84,8 %. Le taux de vaccination contre la coqueluche était de 73,5 % tandis que celui contre le HIB dépassait à peine 60 % (61,1 %). Les taux de vaccination contre le VHB et le papillomavirus pour les filles étaient de 42,0 % et 47,3 %. Les personnes interrogées se déclarent moins bien informées sur la vaccination que sur d'autres thèmes. 86 % des jeunes étaient favorables à la vaccination.

Conclusion : La méthodologie utilisée permet de recueillir la CV des adolescents pour laquelle il n'existe que peu de données en France. Hormis pour la tuberculose, il existe un niveau de CV insuffisant à 17 ans. Un travail de sensibilisation et d'information doit être mené sur la vaccination et sur les maladies infectieuses. En effet, les connaissances de son propre statut vaccinal ainsi que de l'existence des vaccins pour différentes maladies sont faibles.

Contact auteur : Giraud Julien
julien.giraud@ors-poitou-charentes.org

⁽¹⁾ ORS Poitou-Charentes, Poitiers, France

P3 ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE QUALITÉ DE L'ASSOCIATION RÉUNIONNAISE DES RÉGULATEURS MÉDICAUX D'EXERCICE LIBÉRAL

DASSA Bérengère⁽¹⁾, HUMBERT Patrice⁽²⁾,
FOUBERT Rémi⁽²⁾, BOURDE Arnaud⁽³⁾,
RACHOU Emmanuelle⁽¹⁾

Contexte : Depuis 2003, les médecins libéraux réunionnais de l'association ARMEL participent à la régulation des appels au SAMU dans le cadre de la permanence des soins. L'association a engagé en 2009 une démarche qualité qui repose sur des groupes d'analyses de pratiques.

Objectifs et méthode : L'observatoire régional de la santé de La Réunion a été sollicité pour accompagner l'ARMEL dans l'évaluation de cette démarche.

En l'absence de critères préétablis, une grille de critères qualité comportant 8 critères d'entretien et 9 critères médicaux a été élaborée. Vingt-six médecins libéraux participant à la régulation du centre 15 de La Réunion ont bénéficié de trois groupes d'analyse de pratiques (GAP) entre avril 2010 et mai 2011. Les GAP ont consisté à l'analyse par les médecins, selon la grille, de critères, de bandes sonores de régulation tirées au sort et à la discussion et la validation des critères. Les GAP ont permis de valider les critères. Une évaluation de la démarche a été réalisée par une analyse « avant/après » en comparant 55 bandes sonores de régulation de février 2010 à 55 bandes sonores de régulation de mai 2011.

Résultats : La grille initiale de critères a été adaptée lors des GAP : 14 critères ont évolué (reformulation, fusion ou suppression) et 5 ont été ajoutés. Une grille finale de 14 critères a été adoptée. Selon ces critères, l'évaluation a montré une amélioration de la régulation après les GAP : en moyenne 9,8 critères sur 14 retenus ont été appliqués durant la phase après contre une moyenne de 8 durant la phase avant.

Conclusion : Les GAP ont permis l'adoption par les médecins régulateurs d'une grille de critères qualité de régulation médicale. L'évaluation de l'application de ces critères a mis en évidence une amélioration des pratiques des médecins régulateurs. La grille de critères, par son application systématique, semble être un outil pertinent d'aide à la régulation.

Contact auteur : DASSA Bérengère
b.dassa@orsrun.net

⁽¹⁾ ORS Réunion, Saint-Denis, La Réunion, France

⁽²⁾ Association Réunionnaise des Régulateurs Médicaux d'Exercice Libéral, Saint-Denis, La Réunion, France

⁽³⁾ Samu 974, Saint-Denis, La Réunion, France

P4 IDENTIFICATION DE FREINS À LA DÉCLARATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES À LA RÉUNION

BERNEDE-BAUDUIN Claire⁽¹⁾, LOUACHENI
Camélia⁽¹⁾, FAREL Xavier⁽²⁾, STOJCIC Irène⁽³⁾,
IGLICKI Alain⁽²⁾

Contexte : L'absence de déclaration de cancers d'origine professionnelle à La Réunion a conduit le service « Prévention des Risques Professionnels » de la CGSS à s'interroger sur les freins à leur déclaration et à solliciter l'Observatoire régional de la santé afin de dresser un état des lieux de la reconnaissance des maladies d'origine professionnelle sur l'île.

Objectifs et méthode : En 2011, une enquête transversale par questionnaire auto-administré a été réalisée auprès des médecins du travail pour décrire leurs pratiques et opinions sur les cancers d'origine professionnelle. Des entretiens ont été menés avec des professionnels afin de documenter la procédure de reconnaissance en maladie professionnelle et l'identification d'éventuels freins. Fin 2012, une enquête transversale par questionnaire auto-administré a été réalisée auprès des médecins généralistes concernant leurs pratiques et opinions en matière de santé au travail. L'objectif final de ces enquêtes est de mettre en place des actions permettant de favoriser la reconnaissance des maladies professionnelles au titre des risques professionnels en mobilisant tous les acteurs.

Résultats : La totalité des médecins du travail répondants déclare suivre des salariés susceptibles d'être exposés à des cancérogènes. Mais, seule une minorité reconnaît utiliser régulièrement les documents de suivi d'exposition professionnelle, faute d'existence de ces documents et/ou de leur transmission par les employeurs. Les freins à la déclaration identifiés par les médecins du travail rejoignent ceux relevés lors des entretiens avec principalement des freins liés au suivi des expositions professionnelles et à une réelle méconnaissance du risque par les acteurs concernés. Les résultats de l'enquête menée auprès des généralistes devraient permettre de croiser leurs regards avec ceux des médecins du travail.

Conclusion : Des actions auprès des acteurs concernés, ainsi qu'une consolidation des liens avec la CGSS, semblent nécessaires afin

de garantir une meilleure prise en charge des salariés souffrant de pathologies d'origine professionnelle à La Réunion.

Contact auteur : BERNEDE-BAUDUIN Claire
c.berneede@orsrun.net

⁽¹⁾ ORS Réunion, Saint-Denis, La Réunion, France

⁽²⁾ Caisse générale de la sécurité sociale de la Réunion, Saint-Denis, La Réunion, France

⁽³⁾ Société de Médecine Professionnelle de la région Réunion-Océan indien, Saint-Denis, La Réunion, France

P5 RÉALISATION D'UN DIAGNOSTIC DES FACTEURS INFLUENÇANT LA CONSOMMATION TABAGIQUE EN INSTITUTION RÉSIDENTIELLE POUR DÉFICIENTS INTELLECTUELS

PIERARD Sophie⁽¹⁾, RENARD Claude⁽¹⁾,
BIZEL Pierre⁽¹⁾, BERGHMANS Luc⁽¹⁾

Contexte : Soutenu par le Fonds fédéral belge de lutte contre les addictions, l'Observatoire de la santé du Hainaut (Belgique) s'est intéressé au tabagisme en milieu résidentiel pour personnes déficientes intellectuelles. En effet, une analyse récente de la littérature scientifique internationale relative à la santé des personnes déficientes intellectuelles met en évidence que les inégalités sociales de santé affectent particulièrement cette population : 2,5 fois plus de problèmes de santé, prévalence du tabagisme 2 à 3 fois plus élevée que dans la population « générale ».

Objectifs et méthode : Réaliser un diagnostic auprès d'un échantillon représentatif de 8 institutions pour déficients (pour un total de 800 pensionnaires) et mettre en évidence la diversité des facteurs favorisant ou au contraire limitant le tabagisme. À côté de facteurs individuels, ont été explorés par questionnaires et entretiens, les facteurs institutionnels dits de « tolérance », voire de « légitimation directe ou indirecte » de la consommation tabagique. Leur compréhension s'avère être un levier indispensable à la modification des habitudes tabagiques.

Résultats : Le degré de tolérance en institution est variable. Une série de facteurs contribuent à banaliser, voire même à institutionnaliser le tabagisme. La cigarette est

souvent régulatrice du rythme des journées, est considérée comme lien social avec le personnel et utilisée comme outil pédagogique. L'ambiguïté du statut des lieux de vie, privés (les chambres) et/ou collectifs (les ateliers), favorisent le tabagisme.

Conclusion : En contexte résidentiel, certains comportements individuels prennent sens par légitimation dans les règlements intérieurs. Le comportement tabagique n'y échappe pas. Toute action ou projet visant à modifier ce comportement se doit d'agir sur ces facteurs de légitimation directe ou indirecte.

Contact auteur : PIERARD Sophie
sophie.pierard@hainaut.be

⁽¹⁾ Observatoire de la Santé du Hainaut, Mons (Havré), Belgique

P6 UNE APPROCHE DE LA SURDITÉ : QUELLES REPRÉSENTATIONS, QUELS BESOINS ?

CHATELAIN Frédérique⁽¹⁾

Contexte : En vue d'apprécier les besoins des personnes sourdes et malentendantes, une étude sur la surdité a été menée, en 2012, en Franche-Comté, pour l'Union régionale Bourgogne Franche-Comté des parents d'enfants déficients auditifs et la Direction régionale de la jeunesse et de la cohésion sociale.

Objectifs et méthode : L'objectif est d'identifier des leviers d'actions, de connaître les freins à l'amélioration de la communication entre l'ensemble des groupes de population, de dégager des pistes d'action de soutien aux personnes sourdes.

Une démarche qualitative, basée sur des entretiens individuels et collectifs, a été utilisée. Trois groupes de personnes ont été rencontrés afin de recueillir leurs représentations et points de vue sur la surdité et les problématiques associées :

- des professionnels impliqués dans le domaine de la surdité,
- des personnes sourdes et malentendantes,
- des quidams.

Résultats : 21 entretiens individuels et 15 collectifs ont été menés. La surdité ;

- une diversité de trajectoires personnelles et des réalités multiples ;

- des modes de communication différents, facteurs de différenciation entre sourds, malentendants et entendants ;

- un rapport sensoriel au monde spécifique entraînant un autre mode de représentation du quotidien ;

- un sentiment des sourds signants d'appartenir à une communauté ;

- un handicap social partagé par les sourds et les entendants ;

- ne prise en charge inégalement accessible sur le territoire ;

- une intégration sociale des « sourds » difficile.

Conclusion : Les besoins exprimés par les personnes sourdes et malentendantes dépendent des parcours de vie face à la surdité. Elles indiquent la nécessité d'une amélioration de l'accessibilité (aux soins, services administratifs, scolarisation, culture...). Une communication sur les réalités vécues par les personnes sourdes, et les clés de lecture des attitudes et comportements des personnes sourdes, pour les entendants, favoriseraient une meilleure compréhension entre personnes sourdes ou malentendantes et entendants.

Contact auteur : CHATELAIN Frédérique
f.chatelain@orsp-franchecomte.org

⁽¹⁾ ORSP de Franche-Comté, Besançon, France

P7 LES ADDICTIONS CHEZ LES JEUNES DE HAUTE-LOIRE

VENZAC Magali⁽¹⁾, MAQUINGHEN Sylvie⁽¹⁾

Contexte : Le schéma départemental de prévention de la délinquance 2009-2011 a été signé le 17 juin 2009 en Préfecture de Haute-Loire. Lors de son élaboration, un bilan alarmant de la consommation d'alcool et de drogues en Haute-Loire a été constaté, notamment chez les jeunes.

Objectifs et méthode : La Préfecture de Haute-Loire a sollicité l'Observatoire régional de la santé d'Auvergne afin de mettre en place une enquête dans l'objectif de réaliser un état des lieux départemental des conduites addictives avec produits mais aussi sans produit des jeunes de Haute-Loire âgés de 11 à 25 ans. Cette enquête concerne les jeunes scolarisés durant l'année scolaire 2009/2010 dans les collèges et lycées publics et privés du

département, dans les centres de formation des apprentis mais également les étudiants et les jeunes accueillis dans les missions locales. Au total, 1 282 questionnaires ont été reçus et analysés.

Résultats : Plus de la moitié des jeunes enquêtés déclarent avoir déjà fumé du tabac au cours de leur vie. La part de jeunes expérimentateurs et ayant un usage quotidien de tabac augmentent avec l'âge. Concernant la consommation d'alcool, près de 8 jeunes sur 10 ont bu de l'alcool au cours des 30 derniers jours. Les jeunes de 16 à 18 ans de Haute-Loire semblent avoir un profil de consommation d'alcool défavorable par rapport aux jeunes du territoire national. Concernant la consommation de drogues illicites, près d'un quart des jeunes enquêtés ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. L'expérimentation des autres produits psychoactifs est beaucoup plus marginale. Concernant les addictions sans produit, plus d'un quart des jeunes interrogés déclarent avoir le sentiment d'être dépendants aux jeux vidéo, à internet, aux jeux en ligne ou à la télévision.

Conclusion : Cette étude décrit les habitudes de consommation des jeunes enquêtés et a permis d'émettre plusieurs préconisations sur l'orientation des actions à mener. Les résultats de cette enquête ont permis la mise en place d'actions de prévention spécifiques.

Contact auteur : VENZAC Magali
mvenzac.obresa@wanadoo.fr

⁽¹⁾ ORS Auvergne, Clermont-Ferrand, France

P8 OBSERVATOIRE TRANSALPIN DE PROMOTION DE LA SANTÉ (OPSA) : UN OUTIL DE PILOTAGE ET D'AIDE À LA DÉCISION

DRENEAU Martine⁽¹⁾, GONON Valérie⁽¹⁾,
FONTAINE-GAVINO Karine⁽¹⁾, JACOB Isabelle⁽¹⁾

Contexte : L'observation locale est indispensable à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques de santé publique. Face à la multiplicité des systèmes d'information, quatre régions (PACA, Rhône-Alpes, Piémont et Ligurie) ont décidé de réaliser une plateforme commune d'informations et d'échanges en santé publique : l'Observatoire Transalpin de Promotion de la Santé (OPSA), grâce à un financement européen ALCOTRA.

Objectifs et méthode : L'objectif d'OPSA est de fournir un outil d'aide à la décision aux acteurs locaux de santé des régions partenaires. Il s'agit de faciliter l'accès à des informations, de part et d'autre de la frontière, et de susciter des échanges entre les différents acteurs. Une enquête (quantitative et qualitative) a tout d'abord été réalisée auprès des acteurs locaux de chaque région afin d'évaluer leurs besoins, leurs pratiques et leur satisfaction vis-à-vis des systèmes d'information existants. En parallèle, la description des particularités de chaque système de santé et de chaque territoire a permis de faire émerger des problématiques communes aux quatre régions. Sur ces problématiques repérées et s'appuyant sur un état des lieux européen des systèmes d'information, un travail de comparabilité (définition et méthode de calcul) des indicateurs de santé français et italiens a été réalisé.

Résultats : La plateforme OPSA : www.opsa.eu, inaugurée début 2012, propose :

- des ressources documentaires (OPS@DOC) : un moteur de recherche interroge simultanément une dizaine de bases italiennes et françaises (indicateurs, acteurs, actions et ressources bibliographiques) ;
- un système cartographique d'indicateurs sur l'état de santé de la population, disponibles à un niveau géographique fin (OPS@MAP) ;
- un parcours de formation en ligne (OPS@FOR) destiné aux différents acteurs des secteurs sanitaire, social et éducatif.

Conclusion : Ce travail a initié un partenariat franco-italien sur un accompagnement des acteurs locaux en promotion de la santé, en mettant à disposition un outil commun de formation et de connaissances. L'évolution de la plateforme dépendra de son appropriation par les acteurs et des moyens disponibles pour sa mise à jour et son développement.

Contact auteur : GONON Valérie
valerie.gonon@ors-rhone-alpes.org

⁽¹⁾ Espace Régional de Santé Publique Rhône-Alpes, Lyon, France

P9 DE NOUVEAUX OUTILS ET UNE ANALYSE PARTAGÉE AVEC LES ACTEURS DE TERRAIN POUR MIEUX COMPRENDRE DES CAS GROUPÉS DE TUBERCULOSE À L'ÉCHELLE MICRO-LOCALE

DOUAY Caroline⁽¹⁾, MANGIN Floréale⁽¹⁾

Contexte : En France, l'incidence de la tuberculose diminue, mais de fortes disparités subsistent, notamment en Seine-Saint-Denis, en Île-de-France. Entre juillet 2010 et juin 2011, 18 cas de tuberculose et 42 infections tuberculeuses latentes (ITL) sont identifiés par le centre de dépistage sur un nombre réduit d'adresses au sein d'un quartier défavorisé de ce département. Ce nombre de cas de tuberculose est 8 fois supérieur à celui attendu pour cette période. La survenue de ces cas groupés a entraîné différents niveaux d'intervention : une phase d'alerte, un dépistage élargi à l'ensemble des habitants, suivi d'une période de veille. L'analyse de cet épisode s'est déroulée entre janvier 2010 et juillet 2012.

Objectifs et méthode : L'objectif est d'évaluer la pertinence des différentes stratégies mises en œuvre pour briser la chaîne de contamination. À cette période, le centre de dépistage ne disposant pas de recueil de données adapté, plusieurs outils d'analyse spatiale et géographique ont été développés. Un premier travail a consisté à mesurer l'incidence de la tuberculose à l'échelle de la ville et des quartiers. La reconstruction de la chronologie de la survenue des cas a nécessité d'importantes vérifications dans les notifications. Les différents liens entre les cas ont été représentés sous forme d'arborescence. Afin de respecter la loi informatique et libertés, le quartier a été schématisé, sans identification possible des adresses, permettant une évaluation spatiale à l'échelle micro-locale.

Résultats : L'analyse de l'incidence a confirmé l'existence d'une forte concentration de cas dans ce quartier pendant cette période : 30 cas de tuberculose et 170 ITL ont été identifiés. Les représentations en arborescence des regroupements de cas familiaux puis sociaux ont permis d'expliquer la diffusion de la maladie dans le temps et dans l'espace et d'identifier les cas isolés. Enfin, la schématisation du quartier a permis d'analyser la répartition des cas, d'identifier des grappes de cas mais aussi des clusters a priori isolés.

Conclusion : La collaboration avec les acteurs de terrain et de la médiation socioculturelle a été indispensable pour connaître les réseaux sociaux et reconstituer des grappes de cas. Le regroupement de certains cas a permis de poser des hypothèses sur

l'existence de structures informelles de solidarité, non identifiées alors, et pouvant expliquer la contamination de cas isolés.

Contact auteur : DOUAY Caroline
cdouay@cg93.fr

⁽¹⁾ Conseil général de la Seine-Saint-Denis, Bobigny, France

P10 PORTRAITS DE SANTÉ : PRÉSENTATION D'UN OUTIL DE RÉFÉRENCE POUR MENER DES ACTIONS AU BÉNÉFICE DE LA SANTÉ DES AUVERGNATS

RONGERE Marie-Laure⁽¹⁾, MAQUINGHEN Sylvie⁽²⁾

Contexte : Chaque agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique de santé dans sa région et, pour ce faire, élabore un projet régional de santé, le PRS. Le PRS a pour ambition d'agir de façon pertinente et efficace pour contribuer aux objectifs nationaux de santé et répondre aux besoins spécifiques immédiats de la région.

Objectifs et méthode : Pour élaborer le PRS fixé pour 5 ans, il était nécessaire de s'appuyer sur un diagnostic approfondi et partagé des besoins de santé et de l'offre en santé dans sa globalité, réalisé à une échelle territoriale adaptée, « Portraits de santé ». L'ARS d'Auvergne a donc tout d'abord défini quatre niveaux de territoire de santé, afin de structurer l'offre en santé dans sa globalité, chacun répondant à un objectif précis. L'ambition de « Portraits de santé » est d'apporter des éléments de diagnostic, ces derniers contribuant avec d'autres travaux à offrir un cadre de référence pour les actions et leur évaluation. Un portrait de santé synthétique est brossé pour l'Auvergne et pour chacun de ses quinze bassins de coordination des offres de prévention, médico-sociale, ambulatoire et hospitalière. « Portraits de santé » a été élaboré en partenariat avec l'ORS Auvergne, avec la collaboration de la direction régionale de l'Insee et du Créahi.

Résultats : L'analyse par bassin porte sur huit thématiques :

- présentation générale ;
- données démographiques et socio-économiques ;
- état de santé de la population ;
- promotion de la santé, prévention ;

- professionnels de santé ;
- offre de soins en établissement ;
- offre médico-sociale pour personnes en situation de handicap ;
- offre médico-sociale pour personnes âgées.

Des cartographies permettent de visualiser les disparités territoriales sur chacune des huit thématiques et la répartition de l'offre en santé sur le territoire régional.

Conclusion : « Portraits de santé » a vocation à être un outil de référence et une aide à la décision pour mener des actions territorialisées au bénéfice de la santé, notamment dans le cadre des Projets territoriaux de santé et des Contrats locaux de santé. Il s'adresse aux acteurs des différents champs de la santé, du social et du médico-social, politiques et décideurs mais aussi aux usagers.

Contact auteur : RONGERE Marie-laure
marie-laure.rongere@ars.sante.fr

⁽¹⁾ Agence régionale de santé d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France

⁽²⁾ ORS Auvergne, Clermont-Ferrand, France

P11 ETUDE D'UNE POPULATION D'AGENTS PÉNITENTIAIRES SOUJETS À DES NUISANCES SONORES

FAURE Laurence⁽¹⁾

Contexte : Étude des nuisances sonores dans un centre pénitentiaire entièrement informatisé initiée lors de plaintes répétées d'agents ayant une fatigue, une irritabilité et une perte de l'audition dans les aigus.

Objectifs et méthode : L'objectif était de voir s'il y avait un lien entre ces symptômes et l'environnement professionnel. La méthode a consisté à comparer une population témoin à la population exposée et à vérifier les antécédents de traumatismes auditifs, les audiogrammes à l'entrée puis à un an d'exposition. À quantifier par ailleurs, la hauteur en décibels des sources de bruit et leur nature; grâce à un sonomètre et à des exposimètres.

Résultats : Une anomalie sur les aigus a pu être objectivée. Les normes d'exposition permettant de conclure à un lien de cause à effet ont été respectées in fine grâce à des

modifications et à un aménagement des postes afin de diminuer le bruit ambiant.

Conclusion : Cette étude permet une évolution de la prise de conscience du danger inhérent à un environnement informatisé bruyant.

Contact auteur : FAURE Laurence
laurefaure@yahoo.fr

⁽¹⁾ Ministère de la Justice, Poitiers, France

P12 LA VACCINATION À LA RÉUNION

BERNEDE-BAUDUIN Claire⁽¹⁾,
DASSA Bérengère⁽¹⁾, POLYCARPE Dominique⁽²⁾,
NGUYEN Anh-Dao⁽²⁾, DERKASBARIAN Michel⁽³⁾,
VILAIN Pascal⁽⁴⁾, RACHOU Emmanuelle⁽¹⁾

Contexte : De part sa situation géographique et sa population, La Réunion est exposée au risque de résurgence de maladies infectieuses dont certaines sont évitables par la vaccination.

Objectifs et méthode : En l'absence de données récentes, deux enquêtes ont été réalisées pour évaluer la couverture vaccinale de la population et les pratiques médicales relatives à la vaccination. Une enquête par sondage en grappes a été réalisée en 2009 auprès de 1 004 enfants (24-59 mois et 7-8 ans), adolescents (14-15 ans) et jeunes adultes (19-28 ans). Les informations sur les vaccinations reçues ont été recueillies sur un questionnaire standardisé à partir des carnets de santé. Une enquête transversale sur les perceptions et pratiques à l'égard de la vaccination des moins de 6 ans a été menée en 2011, par voie postale, auprès d'un échantillon aléatoire de 245 médecins libéraux généralistes et pédiatres.

Résultats : En 2009, la couverture vaccinale pour les valences obligatoires atteignait 96 % pour les 24-59 mois mais diminuait dès le premier rappel prévu à 6 ans. Le schéma vaccinal pour la coqueluche était complet pour plus de 95 % des enfants, 72 % des adolescents et 49 % des jeunes adultes. La couverture vaccinale du ROR était de 76 % chez les 24-59 mois, en-deçà de l'objectif national de 95 %. En 2011, 93 % des médecins enquêtés étaient favorables à la vaccination malgré des réserves sur certains vaccins. Tous les médecins répondants ont déclaré proposer la vaccination ROR aux moins de 6 ans et la moitié indique réaliser la vaccination BCG.

Conclusion : Une couverture vaccinale élevée pour les valences obligatoires et des opinions et pratiques médicales favorables à la vaccination ont été mises en évidence malgré des retards observés dans l'application du calendrier vaccinal. Ces résultats devraient permettre la mise en place d'actions associant les professionnels libéraux et les acteurs institutionnels afin d'améliorer la couverture vaccinale.

Contact auteur : BERNEDE-BAUDUIN Claire
c.berne-de@orsrun.net

⁽¹⁾ ORS Réunion, Saint-Denis, La Réunion, France

⁽²⁾ Agence de santé de l'Océan Indien (ARS-OI), Saint-Denis, La Réunion, France

⁽³⁾ Médecin généraliste, Saint-Denis, La Réunion, France

⁽⁴⁾ Cellule de l'InVS en région Océan indien, Saint-Denis, La Réunion, France

P13 LES ADDICTIONS AUX JEUX ET À INTERNET : LES NOUVEAUX ENJEUX DE PRISE EN CHARGE ET DE PRÉVENTION À LA RÉUNION

RICQUEBOURG Monique⁽¹⁾,
BERNEDE-BAUDUIN Claire⁽¹⁾, METE David⁽²⁾,
STOJCIC Irène⁽¹⁾, DAFREVILLE Christian⁽³⁾,
GALLAND Marie-Claude⁽⁴⁾

Contexte : Les addictions sans produit sont des problématiques récentes en santé publique, parmi lesquelles les pratiques de jeux et d'internet constituent des préoccupations croissantes. À La Réunion aussi, ces phénomènes interpellent professionnels et population. L'Observatoire régional de la santé est sollicité depuis 2008 pour améliorer les connaissances sur ces sujets.

Objectifs et méthode : Des travaux ont été menés sur l'île pour mieux connaître ces problématiques. L'objectif final est de dégager des pistes d'actions pour la prévention et la prise en charge de ces nouvelles addictions, pour accompagner les partenaires locaux dans leur mobilisation. Deux approches méthodologiques ont été mises en œuvre :

- Un recueil de données, depuis 2008, auprès des opérateurs de jeux de hasard et d'argent, et des structures de prise en charge pour appréhender le contexte du jeu en population générale.

P14
PROFILS DE SANTÉ
**DE GIPUZKOA 2012 :
NOUVEAU DISPOSITIF**
D'OBSERVATION

*LARRAÑAGA Nerea⁽¹⁾, SANCHO Rosa⁽²⁾,
CHAMOSA Saioa⁽³⁾, BASTERRECHEA Mikel⁽¹⁾,
DORRONSORO Miren⁽¹⁾,
LARRAÑAGA Maria Isabel⁽²⁾*

Contexte : En 2012, la structure sanitaire en Gipuzkoa (Espagne) a changé, avec la création des OSIs (Organisation Sanitaire Intégrée) visant à réaliser dans chaque district sanitaire une gestion unique de toutes les ressources publiques, hospitalières et de soins primaires de santé. Le Profil de Santé offre à chaque organisation une image de la situation sociale et de santé de sa population.

Objectifs : Créer un outil pour aider les autorités locales, sanitaires et municipales, à la prise de décision, et mettre en place un observatoire pour fournir des indicateurs dans différents domaines.

Méthode : Cinq domaines ont été retenus : déterminants de la santé, morbidité, mortalité, santé des enfants et des jeunes et santé mentale. On a consulté les données disponibles dans les différentes structures administratives. On a mis au point des indicateurs sociaux et de santé en utilisant l'information provenant de différentes sources : données démographiques, niveau socio-économique, registres de mortalité, de cancer, des maladies à déclaration obligatoire et des admissions à l'hôpital et l'enquête sur la santé. Différentes périodes ont été envisagées en fonction de la disponibilité des données. Les résultats de chaque district ont été comparés avec ceux de l'ensemble de Gipuzkoa et/ou de la région du Pays Basque.

Résultats : On a repéré des différences en matière socio-économique, pour certains indicateurs de santé des enfants et des jeunes et divers comportements de santé, ainsi que pour certaines causes de morbidité, notamment la cardiopathie ischémique et la tuberculose. On n'a pas signalé de différence en matière d'espérance de vie et de la structure d'âge de la population.

Conclusion : Les Profils de Santé ont été considérés par les autorités municipales et de santé comme un bon outil pour mieux gérer les ressources disponibles et mieux encadrer

les dépenses, compte tenu du mauvais contexte économique actuel qui pourrait augmenter les différences observées.

Contact auteur : BASTERRECHEA Mikel
epidem1-san@ej-gv.es

⁽¹⁾ Subdirection de santé publique de Gipuzkoa et Cibersp, San Sebastian, Espagne

⁽²⁾ Subdirection de santé publique de Gipuzkoa, San Sebastian, Espagne

⁽³⁾ Institut de recherche Biodonostia, San Sebastian, Espagne

P15
SUICIDES ET TENTATIVES
DE SUICIDE À LA RÉUNION

*LOUACHENI Camélia⁽¹⁾, RICQUEBOURG
Monique⁽¹⁾, CADIVEL Agnes⁽²⁾, RONAT Jacques⁽³⁾,
VILAIN Pascal⁽⁴⁾, MARIOTTI Eric⁽³⁾*

Contexte : À La Réunion, le phénomène suicidaire constitue un enjeu de santé publique inscrit dans les priorités du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et dans le Plan stratégique de santé. Contrairement aux données de mortalité par suicide, les données des tentatives de suicide sont peu connues. Face au besoin exprimé par les décideurs et les acteurs de terrain en termes de données chiffrées et au projet de création d'un observatoire du suicide, l'ARS OI (Agence de Santé en région Océan Indien) a missionné l'ORS pour améliorer les connaissances sur le phénomène suicidaire.

Objectifs et méthode : L'objectif principal consiste à mettre à disposition des indicateurs actualisés permettant d'observer et de suivre l'ampleur du phénomène suicidaire à La Réunion. Un groupe de travail pluridisciplinaire (ARS, CIRE, SAMU, hospitaliers, association) a été mis en place. Il a contribué à l'identification des systèmes d'information existants, la sélection et la validation d'indicateurs fiables et reproductibles et la mise à disposition de données.

Résultats : Ce travail a permis d'estimer pour la première fois, les séjours hospitaliers dans les unités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) liés à une tentative de suicide. Les résultats, en cours de validation, révèlent une centaine de décès annuels et mettent en avant des spécificités régionales, notamment la problématique des suicides chez les jeunes Réunionnais.

- Une enquête quantitative transversale menée en 2010 auprès de 1 200 jeunes fréquentant les services de médecine préventive de l'Université, pour estimer les prévalences d'usage problématique d'internet ou des jeux vidéo.

Résultats : Différents constats ont pu être dégagés :

- Inadéquation entre besoins et demandes de prise en charge en population générale. Chaque année, entre 50 et 100 joueurs demandent à être interdits de casinos pour être protégés de leurs pratiques à risques ; pourtant, ces usagers sont rares dans les structures de prise en charge médico-sociale.
- Mésusages des outils multimédias et méconnaissances des risques chez les étudiants enquêtés. L'usage problématique des jeux vidéo et celui d'internet concernent respectivement 8 % et 7 % des étudiants. Pourtant, les jeunes ne semblent pas conscients des risques, ni même de leurs pratiques problématiques.

Conclusion : Face à ces constats, il existe de réels enjeux pour les acteurs locaux. Il est aujourd'hui nécessaire d'apporter information, soutien et soins aux personnes en difficulté avec ces pratiques qui connaissent une évolution rapide. L'apport de ces informations doit ainsi permettre de faciliter la prise en compte de ces comportements au sein des programmes visant la lutte contre les addictions.

Ces premiers travaux régionaux sur les addictions sans produit ont permis d'apporter des informations nouvelles mais dissociées sur les addictions aux jeux et à internet. Cependant, face à la libéralisation des jeux d'argent en ligne et l'offre croissante des jeux vidéo sur Internet, des travaux seraient nécessaires pour étudier l'éventuel lien existant entre ces deux nouvelles addictions.

Contact auteur : RICQUEBOURG Monique
mricquebourg@orsrun.net

⁽¹⁾ ORS Réunion, Saint-Denis, La Réunion, France

⁽²⁾ Centre hospitalier universitaire Félix Guyon, Saint-Denis, La Réunion, France

⁽³⁾ Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie de la Réunion (ANPAA 974), Saint-Denis, La Réunion, France

⁽⁴⁾ Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DJSCS), Saint-Denis, La Réunion, France

Conclusion : Cette démarche basée sur un travail collaboratif a permis d'avoir une vision plus globale du phénomène suicidaire, en complétant les données de mortalité avec les données sur les tentatives de suicide. Il reste cependant important d'intégrer les données issues du secteur psychiatrique et des partenaires associatifs et d'améliorer la qualité et la fiabilité des données, afin de mettre en place un dispositif pérenne d'observation pour susciter les besoins en termes d'études et guider les actions de prévention, notamment chez les jeunes.

Contact auteur : LOUACHENI Camelia
c.louacheni@orsrun.net

⁽¹⁾ ORS Réunion, Saint-Denis, La Réunion, France

⁽²⁾ Samu 974, Saint-Denis, La Réunion, France

⁽³⁾ Agence de santé de l'Océan Indien (ARS-OI),
Saint-Denis, La Réunion, France

⁽⁴⁾ Cellule de l'InVS en région Océan indien,
Saint-Denis, La Réunion, France

P16 UN SYSTÈME D'INFORMATION GÉOGRAPHIQUE DES ARS : DE LA STRUCTURATION À LA MISE À DISPOSITION

VITRY Xavier⁽¹⁾

Contexte : La création des ARS en avril 2010 a bouleversé le paysage de la santé publique en France et dans les régions. Les Programmes Stratégiques Régionaux de Santé ont conduit au constat d'un déficit d'accès à l'information géographique cohérente et structurée dans les ARS. Non pas que les accès soient limités, mais plutôt la profusion des données, des sources et des sollicitations a rendu très difficile leur traitement. En particulier, dès qu'il y a eu besoin de connaître les éléments d'analyse sur les départements limitrophes de chaque région. De plus, le contexte de l'Open Data et de INSPIRE va obliger les ARS à structurer les données dans toutes les dimensions de ses métiers.

Objectifs et méthode : Les ARS entrent dans une démarche de construction d'une infrastructure de données géographiques mutualisées visant à s'intégrer dans le Schéma Directeur des Systèmes d'Information des ARS. Cette organisation est destinée à coordonner et structurer, à terme, toutes les données ayant une dimension géographique pour les ARS.

Résultats : La réflexion a conduit à identifier plusieurs types d'utilisateurs, en interne bien sûr, mais aussi en externe (partenaires, professionnels, public). Trois niveaux de fonctionnalités sont également prévus, allant de la cartographie simple à l'utilisation de flux de services pour intégrer directement les données dans les SIG bureautiques. Des maquettes ont été produites, en interne, pour faire la démonstration de la faisabilité du projet.

Conclusion : Paradoxalement, bien que les données soient de plus en plus accessibles, elles deviennent de plus en plus difficilement intelligibles pour les collègues non spécialistes de ces traitements. Les compétences étant relativement rares au sein du réseau, les services se retrouvent rapidement embolisés alors qu'un grand nombre de demandes pourraient être accessibles directement moyennant une organisation ad hoc. L'intérêt de présenter ce travail aux congrès des ORS réside dans la mise à disposition, à moyen terme, d'une très large part de ces contenus en dehors des ARS, dans le respect des règles statistiques et de la vie privée.

Contact auteur : VITRY Xavier
xavier.vitry@ars.sante.fr

⁽¹⁾ Agence régionale de santé Rhône-Alpes, Lyon,
France

P17 ANALYSE À UN NIVEAU LOCAL FIN DES FREINS ET LEVIERS À LA PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS

LEDESERT Bernard⁽¹⁾, FONT Noëlle⁽¹⁾

Contexte : Les taux de participation aux programmes de dépistage organisé des cancers restent à un niveau insuffisant et sont très variables selon les territoires. Les inégalités entre populations et entre territoires dans l'accès ou la volonté de participer au dépistage sont des éléments qui peuvent accentuer les inégalités sociales face à la maladie. Pourtant, peu de travaux ont cherché à relier, à un niveau géographique fin, participation au dépistage et caractéristiques de la population.

Objectifs et méthode : La construction d'une typologie a cherché à identifier des territoires selon les caractéristiques de la population et la participation au dépistage. L'interrogation, par auto-questionnaire et par entretiens de groupe, d'un échantillon de la population de

chacun de ces territoires a exploré les différences de perception des actions de dépistage et de volonté d'y participer, ainsi que les freins et les leviers pouvant favoriser la participation au dépistage des cancers. Ce travail vise à proposer des stratégies d'action ciblées et localisées visant à favoriser la participation au dépistage organisé des cancers.

Résultats : Concernant le dépistage du cancer du sein, la typologie fait ressortir des territoires qui se différencient suivant le niveau de participation au dépistage et les modalités d'accès à celui-ci d'une part, les caractéristiques sociodémographiques de la population et l'offre de santé d'autre part. Ces résultats sont moins nets pour le dépistage du cancer du côlon. Les résultats des enquêtes par auto-questionnaires et par entretiens font ressortir des différences plus limitées entre territoires, portant principalement sur les représentations du dépistage et l'accès à celui-ci.

Conclusion : Cette étude fait ressortir des pistes pour améliorer la participation au dépistage organisé du cancer. Les unes concernent tous les territoires mais d'autres peuvent être déployées de façon différenciée selon les caractéristiques des territoires afin de favoriser le niveau de participation au dépistage organisé des cancers.

Contact auteur : LEDESERT Bernard
b.ledesert@creaiorslr.fr

⁽¹⁾ Creai-ors Languedoc-Roussillon, Montpellier,
France

P18 LE COREVIH AQUITAINE : UNE INSTANCE RÉGIONALE DE RÉFÉRENCE POUR LA COORDINATION DE L'INFORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION PAR LE VIH

BRUYAND Mathias⁽¹⁾, ESPOSITO Servane⁽¹⁾,
GEFFARD Stéphane⁽²⁾, DECOIN Madeleine⁽¹⁾,
DELVEAUX Sandrine⁽¹⁾,
LATOUF-KHOURY Marie-Liliane⁽³⁾,
GABORIEAU Valérie⁽⁴⁾, BERNARD Noëlle⁽¹⁾,
DABIS François⁽¹⁾, LACOSTE Denis⁽¹⁾

Contexte : Le COREVIH Aquitaine applique à une échelle régionale les recommandations élaborées dans le cadre du Plan National de Lutte contre le VIH et les IST. Ce plan élaboré en 2010 est décliné selon cinq axes : prévention, dépistage, prise en charge

médicale, prise en charge sociale et recherche.

Objectifs et méthode : En particulier, le COREVIH facilite et harmonise la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH. Il n'existe pas de système d'information permettant une déclinaison régionale du suivi du Plan. Le système d'information hospitalier, coordonné par un groupe multidisciplinaire, le GECSA, a été élaboré dès 1987. Il bénéficie du support de l'Unité Inserm d'épidémiologie U897 (ISPED, Bordeaux) et du label de l'ANRS. Les autres éléments du système régional d'information ont été récemment identifiés et compilés par le COREVIH.

Résultats : Concernant les axes « prise en charge médicale et observations », 172 patients ont été notifiés pour la première fois en 2011 dans le système hospitalier GECSA/COREVIH et 3 799 au total ont été suivis dans l'année par les services cliniques participants : 72 % d'hommes, 48 ans en médiane, 22 % au stade sida, 94 % traités, 560 CD4/mm³ en médiane et 86 % avec une charge virale < 50 copies/mL. Des RCP régionales mensuelles, un logiciel sur les interactions médicamenteuses et les programmes d'éducation thérapeutique permettent d'optimiser la prise en charge médicale. Concernant les axes « Prévention et Dépistage », des campagnes régionales de prévention et d'incitation au dépistage ont touché plus de 15 000 personnes depuis 2010. Dans le cadre d'un projet de recherche sur le dépistage généralisé en médecine de ville, une étude pilote est en cours en Gironde et dans le Nord-Pas-de-Calais (axe prise en charge médicale). Concernant l'axe « prise en charge sociale », un questionnaire a été envoyé en 2011 à 806 structures, explicitant les difficultés rencontrées à l'admission.

Conclusion : Un tableau de bord régional régulièrement actualisé des systèmes d'information sur l'infection à VIH est en cours d'élaboration à partir de ces éléments. Un projet en lien avec l'InVS et l'ORS estimera en 2013 l'exhaustivité de la DO du VIH en Aquitaine.

Contact auteur : BRUYAND Mathias
mathias.bruyand@isped.u-bordeaux2.fr

⁽¹⁾ Centre hospitalier universitaire de Bordeaux, Corevih Aquitaine, Bordeaux, France

⁽²⁾ Inserm, Isped, U897, Bordeaux, France

⁽³⁾ Réseau VIH Gironde, Bordeaux, France

⁽⁴⁾ Centre hospitalier de Pau, Pau, France

P19 ANALYSE SPATIO-TEMPORELLE DU LIEN ENVIRONNEMENT-CANCER EN PICARDIE (PROJET CIRCE -CANCER INÉGALITÉS RÉGIONALES, CANTONALES ET ENVIRONNEMENT)

SAIB Mahdi-Salim⁽¹⁾, CAUDEVILLE Julien⁽¹⁾,
GANRY Olivier⁽²⁾, TRUGEON Alain⁽³⁾,
CICOLELLA André⁽¹⁾

Contexte : On s'intéresse ici au rôle des facteurs environnementaux et socio-économiques sur l'épidémie de cancers par des approches spatiales à l'aide des systèmes d'informations géographiques.

Objectifs et méthode : Les objectifs sont d'analyser, au niveau cantonal, la relation entre cancer et exposition environnementale dans la région Picardie, ainsi que son évolution dans le temps. Les données d'environnement sont celles qui ont déjà été acquises, lors de la première étape du projet CIRCE (base PLAINE) qui a permis la transformation des principales bases de données environnementales (air, eau, sol, alimentation) en base de données spatialisées et agrégées pour 4 polluants métalliques (Pb, Cr, Ni, Co). Le risque relatif de mortalité par cancer par canton a pu être défini à partir des données du CépIDc de l'Inserm, pour deux périodes 1990-1999 et 2000-2009. Pour analyser l'association entre les indicateurs d'exposition et le risque de mortalité par cancer, un modèle de régression écologique (modèle hiérarchique bayésien) qui permet d'évaluer, sur des données agrégées à l'échelle des cantons, la part des variations spatiales de mortalité aux variations des indices d'exposition, a été utilisé.

Résultats : Le croisement de ces données spatialisées par canton nous a permis de mettre en évidence certaines corrélations : par exemple, le risque de mortalité par cancer de la plèvre augmente avec le niveau d'exposition au nickel pour les deux périodes étudiées, comme le montrent les résultats par quintiles : 1.36 [0.73-1.99], 1.44 [0.90-2.77], 1.82 [1.26-4.09], 1.79 [1.23-3.95] pour la période 1990-1999 et 1.09 [0.86-1.72], 1.57 [1.08-3.06], 1.55 [0.94-3.18], 1.83 [1.03-4.09] pour la période 2000-2009. Des résultats complémentaires seront présentés, notamment ceux obtenus à l'aide de la base de données Corinne Land Cover.

Conclusion : Bien que cette approche comporte des limites comme la non prise en compte de la mobilité à court et long terme des populations ou encore les temps de

latence relativement longs pour le cancer, les études de corrélations permettent d'éclairer la complexité du lien environnement, social et santé.

Contact auteur : SAIB Mahdi-Salim
s_m1285@hotmail.com

⁽¹⁾ Institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS), Verneuil en Halatte, France

⁽²⁾ Centre hospitalier universitaire d'Amiens, Amiens, France

⁽³⁾ OR2S Picardie, Amiens, France

P20 PATIENTÈLE MSA DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

ZAMPARO Barbara⁽¹⁾, DANGUY Veronique⁽¹⁾

Contexte : Au cours de l'année 2010, plus de 95 % des médecins généralistes ont reçu en consultation ou vu en visite un patient relevant de la Mutualité Sociale Agricole, alors même que les bénéficiaires de la MSA ne représentent que 4,9 % des personnes ayant eu recours au service d'un médecin généraliste.

Objectifs et méthode : Face à ce constat, se pose alors la question de l'impact des interventions de la MSA sur l'activité de ces généralistes. À cet effet, une analyse spatiale et statistique par quantile a été réalisée sur les données du SNIIR-AM, à partir du dénombrement des patients, ventilés par régime, vus en consultation ou en visite au cours de l'année 2010 par chaque MG.

Résultats : La proportion de médecins ayant eu au moins un patient affilié à la MSA au moment du recours présente peu de disparités géographiques, de 99 % des MG dans les départements les plus ruraux, elle se réduit à 83 % à Paris. Le nombre de médecins concernés par les patients MSA est totalement dépendant de l'offre médicale. En revanche, la taille de la patientèle MSA présente une forte variabilité d'un médecin généraliste à l'autre, variabilité d'une amplitude plus importante que celle des deux autres grands régimes. La moitié des médecins généralistes (30 600) ont vu au moins 35 patients MSA dans l'année. Ces assurés ne représentent que 7,7 % de leur patientèle mais 90,2 % des bénéficiaires de la MSA. Si on choisit d'intervenir auprès d'un nombre plus restreint de généralistes, par exemple les 5 % (3 050 MG) qui ont vu au

moins 268 patients MSA, c'est 26 % de la population du régime qui peuvent être touchés à travers ces médecins, population qui représente 18 % de leurs patients. Cette répartition inégale est doublée de disparités géographiques. Un quart des départements, localisés à l'est du pays et dans le bassin parisien, ne comptent aucun MG avec une forte patientèle MSA (au moins 434 patients MSA soit 1 % de praticiens concernés). Dans les départements où ils sont sur-représentés, ces médecins ont une patientèle composée à plus du quart par des assurés MSA.

Conclusion : Ces données fournissent une indication sur l'impact et la charge de travail selon le seuil de patientèle pertinent retenu pour mettre en œuvre les actions.

Contact auteur : DANGUY Veronique
danguy.veronique@ccmsa.msa.fr

⁽¹⁾ Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole, Bagnolet, France

P21 IDENTIFICATION DES ZONES À HAUTE PRÉVALENCE POUR DEUX PATHOLOGIES DÉGÉNÉRATIVES COMMUNES DANS LES PAYS DE LA LOIRE

KARAKACHOFF Matilde⁽¹⁾,
LELIEVRE Françoise⁽²⁾, BUYCK Jean-François⁽²⁾,
TALLEC Anne⁽²⁾, DINA Christian⁽¹⁾

Contexte : Cette étude est réalisée dans le cadre du projet VACARME, un projet qui vise à identifier des marqueurs précoces de certaines maladies cardiovasculaires. La première phase du projet consiste à combiner une approche épidémiologique et géographique fine afin d'identifier des marqueurs génétiques à travers l'analyse des populations de la France de l'Ouest. Ces populations constituent un bassin de grand intérêt pour leur structure démographique, historiquement rurale et sédentaire. À cette fin, en partenariat avec l'ORS Pays de la Loire, une première analyse de prévalences a été effectuée afin de mieux connaître les disparités géographiques à un niveau spatial. Deux groupes de pathologies sont concernées par cette étude : les troubles de la conduction cardiaque et le rétrécissement aortique calcifié.

Objectifs et méthode : À travers l'application de méthodes d'épidémiologie et statistique spatiale, une méthodologie a été mise en place pour la détection des zones géogra-

phiques où les pathologies d'intérêt présenteraient une prévalence plus élevée qu'ailleurs. Trois bases de données, disponibles à l'ORS Pays de la Loire, ont été prises en compte : PMSI-MCO, CépiDC, ALD. Nous avons étudié la distribution territoriale de ces trois bases de données relativement au lieu de domicile des individus. Les individus atteints sont définis en fonction de la codification CIM10, indiqué comme diagnostic, principal ou associé, de prise en charge.

Résultats : Les cartes des risques relatifs présentent une très grande hétérogénéité. On distingue quatre zones géographiques où le risque de pathologie serait plus élevé que la moyenne régionale. On détecte une aire située au sud de Nantes, dans laquelle les deux pathologies présentent des risques élevés ; il s'agit d'une des zones déjà signalées et étudiées dans le cadre du dépistage des marqueurs génétiques par l'institut du thorax.

Conclusion : Le rôle des facteurs socio-économiques, inégalités sanitaires et de l'offre de soins sont sûrement à prendre en compte pour les avancements futurs au sein du projet. Toutefois, ces premiers résultats témoignent de l'intérêt d'une analyse conduite à l'échelle locale.

Contact auteur : KARAKACHOFF Matilde
matilde.karakachoff@univ-nantes.fr

⁽¹⁾ Inserm UMR 1087, Nantes, France

⁽²⁾ ORS Pays de la Loire, Nantes, France

P22 CONDITIONS DE VIE ET SANTÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES EN ÎLE-DE-FRANCE : EXPLOITATION RÉGIONALE DE L'ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ MÉNAGES 2008

EMBERSIN-KYPRIANOU Catherine⁽¹⁾

Contexte : La nécessité de mieux connaître la population en situation de handicap en Île-de-France dans les différents aspects de sa vie sociale conjuguée à la disponibilité de l'enquête Handicap Santé 2008-2009 (Insee-Drees), ont conduit l'ORS à réaliser une exploitation régionale du volet ménages de cette enquête.

Objectifs et méthode : Il s'est agi d'identifier la population des adultes handicapés de 20 ans ou plus en Île-de-France, de repérer les spécificités franciliennes sur la participation

sociale, l'accessibilité et le recours aux soins, d'étudier les liens avec les inégalités sociales. L'échantillon national comprend 24 375 personnes de 20 ans ou plus, dont 3 382 Franciliens. Le handicap a été défini par les limitations fonctionnelles absolues / graves, la restriction d'activité et la reconnaissance administrative.

Résultats : Les prévalences de limitations fonctionnelles absolues, de restriction d'activité ou de reconnaissance administrative sont plus faibles en Île-de-France que dans le reste de la France. Ces différences disparaissent après ajustement sur la PCS sauf pour la reconnaissance administrative qui reste inférieure en Île-de-France. Malgré un meilleur niveau de formation et une proportion d'inactifs pas plus élevée en Île-de-France, le taux de chômage des Franciliens ayant un handicap est deux fois plus important que dans le reste de la France. Des difficultés d'accès aux transports en commun, déclarées par la moitié des Franciliens ayant un handicap, le sont plus souvent en Île-de-France que dans le reste de la France. Un tiers des Franciliens handicapés ont déclaré avoir renoncé à des soins et, à âge, sexe, PCS comparables, ce renoncement est plus fréquent en Île-de-France qu'ailleurs en France. Enfin, le vécu de discriminations, s'il n'est pas spécifique de l'Île-de-France, se révèle très important et concerne un quart des Franciliens handicapés.

Conclusion : Un ensemble d'améliorations doit se poursuivre dans la région pour les personnes ayant un handicap : accès à l'emploi, aux transports en commun, aux soins, lutte contre les discriminations. Une attention particulière est aussi à porter aux personnes handicapées socialement moins favorisées.

Contact auteur : EMBERSIN-KYPRIANOU Catherine
c.embersin@ors-idf.org

⁽¹⁾ ORS Ile-de-France, Paris, France

P23 CARNET DE VACCINATION ÉLECTRONIQUE DE « MESVACCINS.NET » : LE CARNET PERSONNALISÉ PARTAGÉ ENTRE LE PATIENT ET LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

NICAND Elisabeth^{(1) (2)}, KOECK Jean Denis⁽¹⁾,
BRUNETAUD Jacky⁽¹⁾, GUERIN Dany⁽³⁾,
KOECK Jean-Louis^{(1) (2)}

Contexte : Les recommandations vaccinales font l'objet d'actualisations régulières par les

autorités sanitaires, suivant l'épidémiologie des maladies à prévention vaccinale, la disponibilité des vaccins, l'acceptabilité des vaccinations. Par ailleurs, plus de 50 % des adultes n'ont aucun document où sont répertoriées les vaccinations (données DREES). Ceci a pour conséquence des pratiques inadaptées par revaccinations inutiles avec un échéancier inadapté, des taux de couverture vaccinale insuffisants, au regard des critères de santé publique.

Objectifs et méthode : Disposer de la trace de son statut vaccinal par l'utilisation des moyens actuels de communication est un des enjeux de l'amélioration de la politique vaccinale en France. La disponibilité du Carnet de Vaccination Électronique de « Mes Vaccins.net » est un outil personnalisé et partagé entre le sujet et le professionnel de santé de son choix. Par son système expert et sécurisé par carte CPS pour l'accès du professionnel de santé et par l'actualisation des recommandations vaccinales, le CVE permet d'assurer une documentation du statut vaccinal et un suivi des vaccinations.

Résultats : Créé en 2010, le CVE a été mis en place au sein de plusieurs structures :

- Collaboration avec URPS Médecins libéraux d'Aquitaine, permettant aux médecins libéraux d'actualiser leurs connaissances en matière de recommandations vaccinales ;
- Mise en place de CVE dans les services hospitaliers « mère enfant », dans les centres de vaccinations internationales ;
- Création de CVE pour les jeunes enfants ciblés par la campagne de vaccination méningocoque B en Normandie.

Près de deux ans après son déploiement, plus de 5 900 comptes de professionnels de santé (médecins répartis sur l'ensemble du territoire national, pharmaciens) se sont inscrits au site « MesVaccins.net ». Début décembre 2012, 36 265 CVE ont été créés, 122 340 vaccins enregistrés, à l'initiative des sujets à vacciner dans 85 % des cas.

Conclusion : Le Carnet de vaccination électronique, intelligent et partagé de « Mes vaccins.net » participe à l'accès des données de vaccination en population générale, satisfaisant à un des axes stratégiques d'amélioration de la politique vaccinale en France.

Contact auteur : NICAND Elisabeth
enicand@mesvaccins.net

⁽¹⁾ Groupe d'études en prévention,
Villeneuve d'Ornon, France

⁽²⁾ Hôpital d'instruction des armées Robert Picqué,
Villeneuve d'Ornon, France

⁽³⁾ Union régionale des professionnels de santé
médecins libéraux d'Aquitaine (URPS-MLA),
Bordeaux, France

P24 HYPERALCOOLISATION DES JEUNES : PRÉVALENCE, PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES : LE PROJET TENDANCES ALTERNATIVES FESTIVES (TAF) DE L'ANPAA 33

BENY Laure⁽¹⁾, BOUTOT Laurent⁽¹⁾,
LABORDE Carole⁽¹⁾, AGNEKETOM Isabelle⁽¹⁾,
CHASTEL Anne⁽¹⁾, FLEURY Benoît⁽¹⁾

Contexte : le projet TAF est né après une enquête diagnostique de terrain, commandée par la Ville de Bordeaux, réalisée par la Consultation Jeunes Consommateurs (CJC) Caan'Abus et financée par l'OFDT/MILDT, constatant une augmentation de l'alcoolisation excessive chez les jeunes et un manque de présence préventive sur les lieux festifs. Suite à ce diagnostic, l'Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie de la Gironde (ANPAA 33), forte d'une expérience de prévention, de réduction des risques et d'accès aux soins, a proposé (avec l'appui financier de la Préfecture de la Gironde, l'ARS, la Ville de Bordeaux, l'UMIH, et l'appui opérationnel de l'association Unis-Cité), de mettre en place le dispositif TAF, composé d'une équipe mobile (volontaires et professionnels), intervenant la nuit, 3 soirs par semaine sur les espaces publics festifs.

Objectifs et méthode : L'objectif est de transmettre des messages de prévention auprès des jeunes et de réduire les prises de risques liées à des consommations excessives d'alcool et de produits psychoactifs. L'enquête diagnostique a été menée dans le centre de Bordeaux par le biais d'observations sur l'espace public et de questionnaires administrés auprès de 200 personnes environ. Les critères retenus étaient la répartition par sexe, l'âge, le diplôme, la consommation d'alcool par dose, le nombre de sorties par mois.

Résultats : Le dispositif TAF est en place depuis 2,5 ans et les résultats totaux suivants ont été observés :

- 21 000 jeunes ont bénéficié de l'action en 301 sorties
- 42 volontaires Unis-Cité formés
- 15 340 réglettes d'alcoolémie et 2 140 éthylotests distribués

- 350 interventions sur agressions
- 240 interventions d'écoute
- 525 interventions de solidarité et d'aide au retour à domicile
- 260 appels à la police
- 160 appels au SAMU.

Une action supplémentaire dans le tramway a été mise en place depuis octobre 2012, en direction des facultés, en partenariat avec les Villes de Bordeaux et de Talence, de Kéolis et de l'association « Allez les filles ! ».

Conclusion : Ce dispositif peut être proposé aux communes où les jeunes font souvent la fête.

Contact auteur : BENY Laure
Laure.BENY@anpaa.asso.fr

⁽¹⁾ Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie de la Gironde (ANPAA 33)

P25 DE L'ANALYSE DES TAUX DE RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS EN SSR À L'ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTIONS POUR AMÉLIORER LA PERTINENCE DES SOINS

BERTRAND Pierre⁽¹⁾, CHOUINARD Florence⁽¹⁾,
DURANDIERE Françoise⁽¹⁾, LECOQ Anne⁽¹⁾,
MILLE Florence⁽¹⁾

Contexte : Même si la région Bretagne, avec un taux de recours standardisé aux soins hospitaliers en soins de suite et de réadaptation de 524 journées pour 1 000 habitants en 2011 se situe dans la moyenne des régions françaises, les fortes disparités interterritoriales observées sur la consommation de soins hospitaliers en SSR interrogent sur la pertinence des soins. Les taux de recours aux soins étant exprimés en nombre de journées, un premier axe d'analyse consiste à mesurer l'impact des durées de prise en charge dans la consommation de soins.

Objectifs et méthode : L'objectif de cette étude est de présenter la traduction d'une atypie repérée dans l'analyse des taux de recours aux soins en une action d'amélioration de la pertinence des soins au niveau régional.

L'effet des durées de prise en charge sur les journées réalisées par les établissements SSR est mesuré par l'« indice de performance » calculé à partir de la base régionale PMSI

SSR 2011 regroupée en groupes médico-économiques (GME).

Cet indicateur estime l'efficacité des établissements de la région par rapport à la moyenne régionale en standardisant les durées des prises en charge par GME.

Résultats : Les résultats obtenus mettent en évidence de fortes disparités entre les établissements dans les durées de prise en charge, à GME identique, et permettent de cibler les établissements qui, au vu des pathologies et des lourdeurs prises en charge, apparaissent moins efficaces que la moyenne régionale.

Notre ciblage s'est affiné en prenant en compte la santé financière de ces établissements ainsi que leurs spécificités en termes de prise en charge qui peuvent expliquer certaines atypies.

Conclusion : Pour les établissements ciblés, un autodiagnostic organisationnel sera proposé afin d'identifier les difficultés liées à la fluidité de la filière de soins (problématique liée aux attentes de placement) et celles liées au contexte organisationnel (problématique liée aux pratiques professionnelles).

La compréhension et l'éventuelle réduction des prises en charge en SSR constituent une première action du plan régional pour l'amélioration de la pertinence des soins en SSR.

Contact auteur : *LECOQ Anne*
Anne.LECOQ@ars.sante.fr

⁽¹⁾ Agence Régionale de Santé Bretagne, Rennes, France

ALD : Affection de longue durée

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ANRS : Agence nationale de recherches sur le Sida et les hépatites virales

ARRMEL : Association Réunionnaise des Régulateurs Médicaux d'Exercice Libéral

ARS : Agence régionale de la santé Rhône-Alpes

ASV : Atelier santé ville

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

CASO : Centres d'accueil, de soins et d'orientation

CD4 : cluster de différenciation 4

CGSS : Caisse générale de sécurité sociale

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIM10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision

CIRE : Cellules de l'Institut de veille sanitaire en région

CJC : Consultation jeunes consommateurs

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COREVIH : Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPS : Carte de professionnel de santé

CREAHI : Centre Régional d'Etudes et d'Actions sur les Handicaps et les Inadaptations

CUCS : Contrats urbains de cohésion sociale

CV : Couverture vaccinale

CVE : Carnet de vaccination électronique

DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale

DO : Déclaration obligatoire

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

DRSM : Direction régionale du service médical

DTP : diphtérie, tétanos, poliomyélite

EN : Education nationale

FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

GAP : Groupes d'analyse de pratiques

GECSA : Groupe d'Épidémiologie Clinique du Sida en Aquitaine

GME : Groupes médico-économiques

HIB : Haemophilus influenzae type B

ICARS : Info centre des activités régionales de santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSPIRE : Infrastructure for spatial information in Europe

IRIS : Ilots Regroupés pour l'Information Statistique

ISPED : Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement

IST : Infections sexuellement transmissibles

ITL : Infections tuberculeuses latentes

InVS : Institut de veille sanitaire

JDC : Journée défense et citoyenneté

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MG : Médecin généraliste

MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

MdM : Médecins du Monde

MSA : Mutualité sociale agricole

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OI : Océan Indien

OPSA : Observatoire transalpin de promotion de la santé

ORS : Observatoire régional de la santé

OSCAR : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé

OSI : Organisation sanitaire intégrée

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PCS : Professions et catégories socioprofessionnelles (nomenclature Insee)

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : Projet régional de santé

RA : Rhône-Alpes

RCP : Réunions de concertation pluridisciplinaire

ROR : Rougeole, oreillons, rubéole

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SEV : Semaine européenne de la vaccination

SIG : Système d'information géographique

SIRSE : Système d'information régional en santé de l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

SNIIR-AM : Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

SSR : Soins de suite et de réadaptation

TAF : projet Tendances alternatives festives

UMIH : Union des métiers et des industries de l'hôtellerie

URPS : Union régionale des professionnels de santé

VHB : virus de l'hépatite B

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Conception et réalisation :

ORS Aquitaine
103 ter rue Belleville – 33000 BORDEAUX
téléphone : 05 56 56 99 60
courriel : contact@ors-aquitaine.org
site : www.ors-aquitaine.org

Crédit photo couverture :

©Thieury/Shutterstock

Le 13^e congrès national des ORS
a été co-organisé par l'ORS Aquitaine
et la Fédération nationale des ORS

62 boulevard Garibaldi – 75015 PARIS
téléphone : 01 56 58 52 40
courriel : info@fnors.org / site : www.fnors.org

