

SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

Volet Prévention promotion de la santé
et santé environnementale

Composante du projet régional de santé Paca
2012 / 2016



SOMMAIRE

1. DÉFINITIONS	5
1.1 Promotion de la santé	5
1.2 La prévention.....	5
1.2.1 L'éducation pour la santé.....	5
1.2.2 La prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques	5
1.2.3 La prévention au bénéfice des patients ou de leur entourage	5
2. VALEURS ET PRINCIPES.....	6
2.1 Les valeurs	6
2.2 Les principes	7
3. UNE RÉGION CARACTÉRISÉE PAR DE FORTS CONTRASTES D'ÉTATS DE SANTÉ.....	8
4. DES SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES MARQUÉES EN MATIÈRE SOCIALE ET DE SANTÉ... 10	
4.1 Une pauvreté importante dans la région et concentrée dans certains territoires	10
4.2 Une mortalité prématurée plus marquée en zone rurale de montagne et dans des territoires en forte vulnérabilité sociale.....	12
4.3 Des territoires en surmorbidity significative pour l'ensemble des ALD avec une vulnérabilité sociale marquée pour beaucoup d'entre eux.....	15
4.4 Des spécificités environnementales marquées.....	19
4.5 Des priorités de travail spécifiques selon les territoires repérés.....	20
5. DES RESSOURCES PARFOIS INSUFFISANTES.....	22
5.1 Eléments d'analyse issus des évaluations.....	24
6. PRIORITÉS DU SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION VOLET PPS.....	26
7. SYNTHÈSE DES OBJECTIFS RETENUS PAR PUBLIC.....	28
7.1 Population générale.....	28
7.2 Femmes enceintes, parents et petite enfance	30
7.3 Enfants, adolescents, jeunes	31
7.4 Personnes les plus démunies : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).....	32
7.5 Personnes atteintes de maladies chroniques	34
7.6 Personnes vieillissantes et personnes en situation de handicap.....	35
7.6.1 Personnes vieillissantes.....	35
7.6.2 Personnes en situation de handicap.....	36
8. UNE STRATÉGIE ASSOCIANT ACTIONS EN POPULATION GÉNÉRALE ET MESURES CIBLÉES.....	37
8.1 Des programmes ou plans d'action populationnels	37
8.2 Quatre axes à conjuguer	38
9. RECHERCHER L'EFFICIENCE	39
10. CONCLUSION	41

INTRODUCTION

Le schéma régional de prévention (SRP) inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il est construit autour de deux volets :

- Un volet relatif à la Veille, Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires (VAGUSAN),
- Un volet relatif à la prévention et à la promotion de la santé, et à la santé environnementale (PPS).

La thématique santé environnementale est systématiquement abordée dans chacun des deux volets du SRP.

Le schéma régional de prévention est élaboré dans le cadre d'une **démarche participative**, en articulation avec les autres schémas (Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale et Schéma Régional d'Organisation des Soins).

La gouvernance du schéma est définie autour :

- D'une équipe projet, constituée de représentants de l'ARS et de partenaires institutionnels, qui a pour vocation de piloter et de suivre l'élaboration des deux volets du schéma, afin de garantir leur cohérence et leur articulation.
- D'un groupe technique, essentiellement composé d'acteurs de terrain et partenaires de l'ARS, qui a notamment pour mission de travailler sur les ressources, les besoins et les priorités du schéma. (cf. composition p. 34-35)

Des échanges avec la section spécialisée de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et la commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ont également eu lieu, au fur et à mesure de l'avancée du travail.

Le volet PPS du schéma régional de prévention doit notamment organiser les services et activités pour contribuer à l'atteinte des objectifs du PSRS, c'est pourquoi il est élaboré, en cohérence avec le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), sur la base des cinq domaines stratégiques suivants :

- Inégalités de santé
- Personnes en situation de handicaps et personnes âgées
- Périnatalité et petite enfance
- Maladies chroniques
- Santé mentale et addictions

L'enjeu de ce travail est évidemment majeur, puisqu'il s'agit, pour la première fois, de rédiger un document qui, dans le cadre des orientations de la politique nationale de santé et du plan stratégique régional de santé, définisse pour notre région :

- le cadre général (définitions, valeurs et principes) des programmes et actions de prévention et de promotion de la santé,
- des objectifs prioritaires visant à répondre aux principaux besoins et problèmes de santé connus, ou repérés dans le cadre de l'élaboration du schéma, pour chaque territoire,
- les moyens et les formations nécessaires pour améliorer la qualité des actions,
- un cadre de coopération entre acteurs et entre institutions.

Plusieurs étapes ont été suivies pour élaborer ce schéma :

- **adopter un corpus de valeurs et principes** qui servent de référence aux acteurs et institutions engagées dans des actions de prévention et de promotion de la santé. Ce travail pourra servir de trame à une charte régionale visée par les cahiers de charges des appels à projets et par les conventions passées avec les opérateurs. Il convient de souligner que les valeurs et principes ont été définis collégialement, afin de permettre un certain degré d'appropriation par les différents acteurs concernés.
- **analyser les besoins par territoires.** Différents indicateurs et informations disponibles dans les délégations territoriales de l'ARS ont été utilisés pour repérer des territoires prioritaires (en particulier du fait de la situation sociale y prévalant) et pour dégager des spécificités territoriales. Une brève analyse des caractéristiques principales de la région portant sur les populations, déterminants ou pathologies qui faisaient l'objet des programmes du Plan Régional de Santé Publique (PRSP), permettra de contribuer à cette approche territoriale, en particulier quand les éléments disponibles à cette échelle sont insuffisants.
- **analyser les ressources disponibles sur les territoires.** Pour ce schéma, c'est à l'échelle des territoires de proximité (carte en annexe 1) qui sont proches, dans leur découpage, des territoires de proximité utilisés dans le cadre du PRSP, que cette analyse a été effectuée ; il s'agit uniquement de territoires d'études qui ne se substituent pas aux départements qui sont les seuls territoires opposables.
- **définir des objectifs** spécifiques par territoire et des objectifs transversaux à l'échelle départementale ou régionale, dans chacun des domaines stratégiques du PSRS, en associant à ce travail les délégations territoriales et les chefs de projet transversaux des domaines stratégiques du PSRS.

Ce travail a abouti à la rédaction d'un volet PPS du schéma composé de deux parties distinctes : le schéma proprement dit, avec ses annexes, et un document préparatoire portant sur l'analyse effectuée pour chaque domaine stratégique. Par ailleurs, à la demande de l'ARS, le Comité Régional d'Education pour la Santé a rédigé un glossaire portant sur les termes couramment usités dans ce champ et constitué un dossier documentaire ; ces documents sont accessibles sur le site de l'ARS et du CRES.

1. Définitions

Il ne nous appartient évidemment pas d'apporter des définitions spécifiques de la prévention ou de la promotion de la santé. Les définitions proposées ici sont issues des documents élaborés par le ministère de la santé pour soutenir la rédaction des schémas (cf. annexe 2).

1.1 Promotion de la santé

Outre les actions destinées à renforcer la capacité de chacun (la cible est l'ensemble de la population) à agir dans un sens favorable à sa santé et à celle des autres, la promotion de la santé comprend un ensemble d'activités à portée sociale, économique et politique. Ces activités visent à rendre chacun acteur de la santé, en prenant en compte l'ensemble des déterminants, dans une approche écologique et systémique.

1.2 La prévention

La définition de la prévention retenue dans le schéma prend en compte son évolution récente, d'une approche centrée sur la maladie, en amont ou en aval de celle-ci, à une approche centrée sur la participation des personnes¹.

1.2.1 L'éducation pour la santé

C'est la **prévention universelle**. Elle comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes.

1.2.2 La prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques

Elle correspond à la **prévention orientée**, destinée aux divers sous-groupes, en fonction de leurs risques spécifiques, qu'existent ou non des facteurs de risque. Elle tente d'éviter la survenue de la maladie dont ils sont menacés.

Elle repose sur des mesures extérieures et sur l'apprentissage de chacun à la gestion de ses propres risques. Elle fait souvent appel à des interventions relevant des acteurs du soin.

1.2.3 La prévention au bénéfice des patients ou de leur entourage

C'est la **prévention ciblée**.

Les actions prennent en compte la sécurité des patients, la qualité des soins, l'éducation thérapeutique, la réadaptation et la réinsertion.

Le lien de cette partie du schéma avec les autres schémas sectoriels (SROMS et SROS) de même qu'avec le volet VAGUSAN du SRP est évident.

¹ San Marco JL, Ferron C. fiche 2 La prévention in Bourdillon F. (sous la direction de) *Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2009 : 192 p.

2. Valeurs et principes

Les actions de prévention et de promotion de la santé sont mises en œuvre par un grand nombre d'acteurs appartenant le plus souvent à des associations qui peuvent avoir une dimension nationale ou très locale. Ceci rend particulièrement nécessaire de définir des valeurs et des principes² qui serviront de référence à l'ensemble de ces acteurs, mais aussi à l'ARS dans le cadre de l'élaboration des appels à projets à venir.

Ces valeurs et principes qui vont servir de références³ au volet PPS du schéma régional ont été définis, à l'issue d'un temps de travail spécifique du groupe technique.

2.1 Les valeurs

Les valeurs s'ordonnent autour de deux grands axes :

- des valeurs universelles ou « républicaines » :

La principale ambition du schéma régional de prévention est de garantir **l'égalité** des citoyens en matière de prévention ou de promotion de la santé et **l'universalité** de ces démarches. La prévention pour tous doit donc être un objectif majeur du schéma.

Mais, pour autant, il est aujourd'hui acquis que les actions de portée générale dans ce domaine ont tendance à creuser les inégalités de santé⁴. **L'équité**, c'est à dire l'adaptation des actions aux différents publics visés pour les rendre plus accessibles, est donc une valeur fondamentale pour le schéma pour rétablir un accès égal à la prévention

- des valeurs qui s'inscrivent plutôt en référence à un positionnement professionnel spécifique au thème prévention promotion de la santé :

L'action des intervenants en prévention ou promotion de la santé doit être **respectueuse de la personne humaine**, de ses choix, de sa **liberté** d'expression et de ses valeurs. Il s'agit de promouvoir la **citoyenneté** dans le champ de la santé c'est-à-dire de faire avec les personnes (et non à leur place), de mettre en valeur leurs ressources, leurs compétences, leur expertise du quotidien, de leur permettre de jouer pleinement leur rôle de citoyen dans ce domaine. Cette promotion de la **citoyenneté** en santé peut plus facilement être mise en œuvre lorsque l'acteur de prévention adopte une posture d'écoute, s'il suscite la participation des publics concernés, favorise leur implication dans l'ensemble de la démarche, de la conception des actions jusqu'à leur évaluation. **Partage et réciprocité** sont donc ici essentiels.

Promouvoir, dès le plus jeune âge des facteurs de « robustesse »⁵, conformément au concept québécois de **prévenance**, est essentiel. Il s'agira ici en particulier de développer les compétences psychosociales⁶ pour développer les aptitudes à faire face aux situations difficiles que chacun peut rencontrer dans sa vie.

² Les valeurs représentent des références auxquelles doivent se conformer les manières d'être et d'agir. Elles sont appelées à orienter l'action des individus dans une société, en fixant des buts, des idéaux.

Un principe est une règle d'action s'appuyant sur un jugement de valeur et constituant un modèle, une règle ou un but.

³ Elles sont notées en italique gras dans le texte de ce paragraphe.

⁴ Ainsi, à titre d'exemple, le recours aux examens bucco-dentaires de prévention est plus faible chez les enfants dont les parents sont couverts par la CMUC que les autres.

⁵ Les activités de promotion de la santé mentale visent en particulier à augmenter les facteurs de robustesse.

Ces facteurs contribuent au développement et à une adaptation optimum de l'enfant et du jeune. Document de consultation du groupe de travail 6-17 ans mandaté par le comité de concertation en promotion et en prévention du Conseil des Directeurs de la Santé Publique de la Conférence des Régions Régionales de la Santé et des Services Sociaux du Québec, septembre 1998.66p

⁶ L'OMS reconnaît dix compétences psychosociales, appariées deux à deux :

Ces actions doivent être conduites avec le souci d'un haut niveau de **qualité** : ceci nécessite que les actions soient menées en s'appuyant sur un corpus de connaissances validées et fassent appel à certains principes tels que l'analyse de genre, l'articulation du sanitaire et du social, la complémentarité, l'accessibilité à l'évaluation (celle-ci devant être développée, en particulier pour les plus petites associations, dans le cadre d'une démarche d'accompagnement méthodologique, sans entraver leur créativité ou leur réactivité). La recherche de l'implication de l'ensemble des acteurs concernés garantit synergie et complémentarité.

La **sûreté** : c'est la tranquillité d'esprit du citoyen en matière de sécurité sanitaire ; elle correspond aux mesures prises, sans intervention directe des habitants, pour éviter une exposition à des agents délétères, chimiques, environnementaux ou infectieux.

2.2 Les principes

Plusieurs principes transversaux ont été identifiés.

Certains correspondent à une **posture professionnelle** dans une relation duelle ou avec un groupe :

- Ecoute et non jugement,
- Non discrimination,
- Prise en charge globale, c'est-à-dire prise en compte de l'individu dans sa globalité,
- Libre arbitre/libre choix : respect de la personne et de ses choix,
- Auto-détermination

D'autres s'appliquent plutôt à une **organisation générale des dispositifs** ou à la **méthodologie de projets** :

- Implication et participation des personnes à toutes les étapes du processus depuis la définition des besoins et des actions jusqu'à leur évaluation,
- Accessibilité : accessibilité des dispositifs, au soin et à la prévention, pour les personnes qui en sont les plus éloignées,
- Adaptation : aux besoins de la population et aux personnes les plus fragiles,
- Cohérence et synergie entre institutions et partenaires pour éviter les redondances ou les incohérences,
- Accompagnement et soutien des acteurs notamment dans le cadre des démarches évaluatives,
- Anticipation : mise en place d'un recueil d'informations, permettant d'analyser les besoins de santé de la population et d'anticiper leur évolution.

-
- avoir conscience de soi, avoir de l'empathie
 - savoir gérer son stress, savoir gérer ses émotions
 - avoir une pensée critique, avoir une pensée créative
 - savoir communiquer, développer des relations interpersonnelles harmonieuses
 - savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions.

3. Une région caractérisée par de forts contrastes d'états de santé

Le Plan stratégique régional de santé a mis en lumière les principales caractéristiques régionales en matière de santé :

- importance des inégalités socio-économiques,
- pollution urbaine et industrielle importante, pesant sur la qualité de l'air,
- prégnance des troubles de santé mentale,
- excès de risque de cancer du poumon chez les femmes,
- sur-risque en matière d'accidentologie routière,
- poids historique de l'épidémie d'infection à VIH/Sida,
- signes de fragilité concernant la santé des jeunes,
- enjeu majeur des maladies chroniques : notamment cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, maladies respiratoires, surpoids et obésité, infection chronique par le VIH.

En comparaison avec d'autres régions, l'état de santé de la population dans notre région est globalement plutôt satisfaisant. Ce sont les très forts contrastes d'états de santé existant entre populations selon leur statut social et entre territoires qui constituent le principal problème.

L'analyse effectuée pour chacun des domaines stratégiques dans le cadre du schéma a permis de mettre en lumière **l'enjeu majeur des inégalités de santé**. Pour de nombreux cancers, les cardiopathies ischémiques, les maladies cérébro-vasculaires, le VIH/Sida, la mortalité par consommation excessive d'alcool et les accidents de la circulation, les hommes de 25-54 ans employés et ouvriers ont un risque significatif accru de décès par rapport aux cadres et professions intellectuelles supérieures (source ORS PACA). Par ailleurs, comme en France, la prévalence du diabète, de l'obésité, de l'asthme est plus élevée dans les milieux socio-économiques moins favorisés. Les disparités infrarégionales sont très marquées.

Pour le **domaine "périnatalité petite enfance"**, une des caractéristiques régionales majeure est sans doute le taux très élevé d'IVG par femmes de 15 à 49 ans. Le fort taux de pauvreté infantile⁷ de notre région et les conséquences prévisibles de celle-ci sur la santé des enfants et leur développement constitue une autre préoccupation très importante.

Pour le **"domaine maladies chroniques"**, outre ce qui est mentionné ci-dessus, sont à noter une surincidence pour le cancer de la vessie par rapport à la France pour les deux sexes, une prévalence de l'obésité chez les plus de 18 ans qui augmente en PACA, mais de manière moindre qu'en France. La prévalence des affections de longue durée pour l'hypertension artérielle est plus élevée que la moyenne nationale. En PACA, l'épidémie d'infection à VIH est persistante et active. En 2008, le taux de découvertes de séropositivité VIH chez les hommes homosexuels ou bisexuels était nettement plus élevé qu'en France et avait doublé depuis 2003. Enfin, le taux d'admission en Affections Longue Durée (régime général 2006/2008) pour les hépatites virales chroniques est plus élevé en PACA qu'en France métropolitaine.

Pour le **domaine "santé mentale/addictions"**, une sous-mortalité régionale significative par suicide chez les hommes est constatée par rapport à la France, mais avec des disparités infrarégionales. La proportion des assurés du régime général de PACA ayant reçu un traitement psychotrope est plus élevée qu'en France, quelle que soit la catégorie du psychotrope considéré. La prévalence des affections psychiatriques de longue durée est plus importante que la moyenne nationale.

⁷ Taux d'enfants à bas revenus : Le taux d'enfants (< 17 ans) à bas revenus rapporte l'ensemble des enfants connus des CAF vivant dans un foyer allocataire à bas revenus à l'ensemble des enfants (du même âge) au dernier recensement de la population.

Concernant le tabagisme, la région semble particulièrement touchée, au vu de l'augmentation importante de l'incidence des cas de cancers du poumon chez les femmes et de la mortalité par maladies respiratoires et par cancers du poumon au cours des dernières années.

Chez les jeunes adolescents de la région, si les usages d'alcool et de tabac s'avèrent proches de la moyenne nationale, ils restent des problèmes de santé publique et sociétaux importants. Par ailleurs, la région est confrontée à des usages plus répandus du cannabis et à des expérimentations plus fréquentes des produits à inhaler (LSD, cocaïne) dans cette population.

Pour le **domaine "Personnes en situation de handicaps et personnes âgées"**, la région se caractérise par une proportion de personnes de 55 ans et plus, nettement supérieure à la moyenne nationale. Elle est au 9ème rang des régions françaises les plus âgées.

Selon les projections démographiques de l'INSEE, la population de la région va vieillir au cours des prochaines années, mais moins vite que beaucoup d'autres régions françaises et ne devrait donc plus figurer parmi les régions les plus âgées en 2030. La population régionale des 60 ans et plus, devrait compter de 1 670 000 à 1 750 000 personnes, soit deux tiers de plus qu'en 2000.

La région présentait en 2006 une proportion supérieure à la moyenne nationale de personnes bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse (7,5% versus 5% en France métropolitaine).

L'enquête du CTNERHI⁸ de 2005 estimait à environ 110 000 en PACA le nombre de personnes adultes de 20 à 59 ans et présentant au moins une déficience (mentale, motrice ou sensorielle).

⁸ Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations

4. Des spécificités territoriales marquées en matière sociale et de santé

L'un des principaux enjeux du schéma régional de prévention est d'identifier les territoires, les problèmes de santé, les publics et les déterminants sur lesquels agir en priorité, dans le cadre des domaines stratégiques définis par le PSRS.

Seule l'identification des territoires est abordée ici. L'analyse plus spécifique des problèmes de santé, des publics et des déterminants est détaillée pour chaque domaine stratégique dans un document préparatoire au schéma et consultable sur le site de l'ARS. Une attention particulière sera portée dans cette analyse sur les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, la réduction de celles-ci constituant un objectif transversal du PSRS.

La question des territoires prioritaires est primordiale. Pour repérer ces territoires, deux types de territoires d'étude ont été utilisés : les 25 territoires de proximité utilisés dans le précédent plan régional de santé publique (PRSP) et les cantons regroupés, dans la mesure où c'est sur la base de ces découpages que des données étaient disponibles à une échelle infra-départementale sur SIRSé-PACA. L'analyse a porté sur des indicateurs sociaux et sur certains indicateurs de santé, en particulier la mortalité prématurée (cf. annexe 3 : précisions sur la méthode utilisée et ses limites).

4.1 Une pauvreté importante dans la région et concentrée dans certains territoires

La pauvreté est une caractéristique prégnante de la région PACA, qui partage avec l'Île de France le fait de concentrer la plus forte proportion de ménages pauvres (ORS PACA).

La région PACA figure parmi les régions les plus touchées par la pauvreté des enfants et des jeunes : en 2009, 290 000 enfants et jeunes de moins de 18 ans étaient concernés. Le taux de pauvreté infantile⁹ en PACA (28,5%) est supérieur au taux métropolitain (22%) (DROS PACA) (cf. détails analyse domaine stratégique périnatalité, petite enfance et données DROS en annexe 4).

Mais la région présente, en fait, une situation contrastée avec des territoires qui concentrent davantage de personnes pauvres. Le taux de bénéficiaires de la CMUC permet ainsi à lui seul, de mettre en évidence des territoires accueillant des personnes en très grande difficulté sociale.

Au 1er janvier 2009, les départements des Bouches du Rhône (10,8%) et de Vaucluse (7,9%) présentaient un taux de bénéficiaires de la CMUC supérieur ou égal au taux régional (7,9%) (Source : SIRSE-URCAM, Régime général stricto sensu). Les territoires de proximité de Marseille (15,4%), Avignon (10,7%), Toulon-Hyères (8,6%) et Martigues (8,1%) se situaient au-dessus du taux régional. Ils cumulaient 60,7% des bénéficiaires de la CMUC de la région alors qu'ils ne regroupaient que 38,5% des bénéficiaires du régime général de l'Assurance Maladie (cf. données et carte en annexe 5).

Ces premiers constats ont été complétés (cf. annexe 3) en exploitant neuf indicateurs, quatre portant sur le niveau de ressources et cinq sur des situations de forte vulnérabilité sociale¹⁰.

⁹ Le taux de pauvreté infantile ou taux d'enfants vivant dans des familles à bas revenus rapporte l'ensemble des enfants de 0 à 17 ans (à charge au sens de la législation familiale) connus des CAF, vivant dans un foyer allocataire à bas revenus à l'ensemble des enfants (du même âge) au dernier recensement de la population (Source DROS PACA).

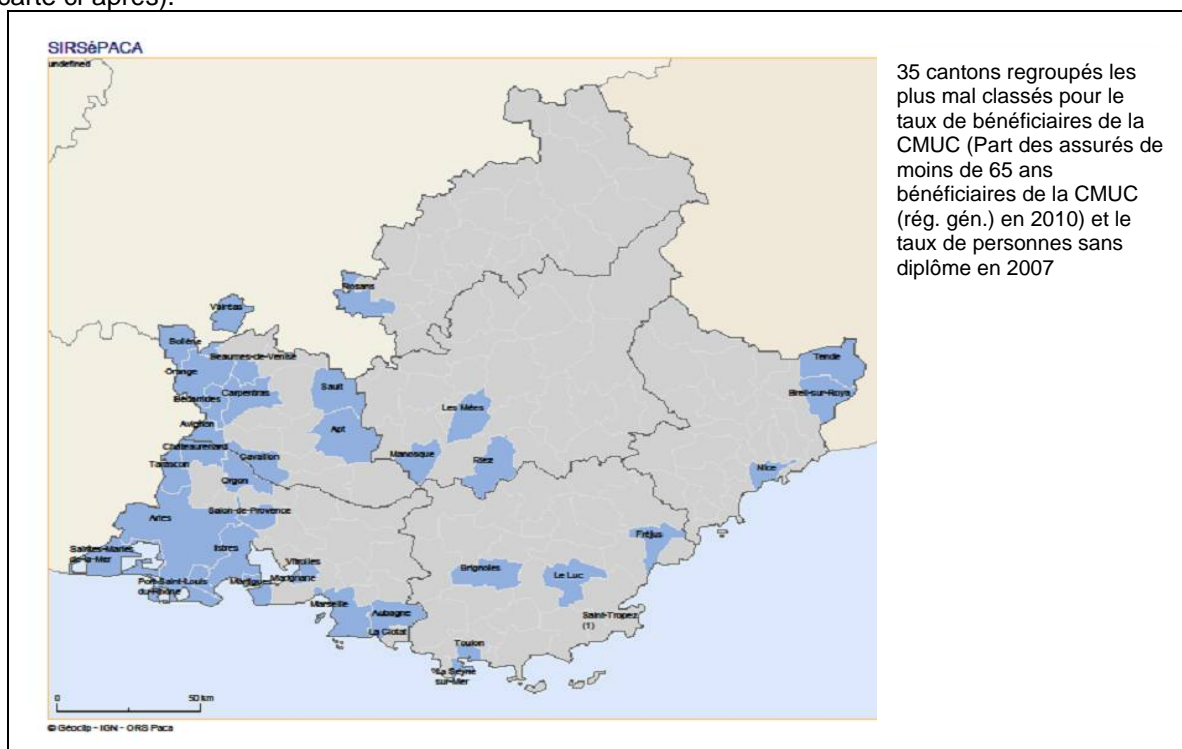
¹⁰ % de bénéficiaires de la CMUC (régime général) en 2010, revenu fiscal médian (par Unité de consommation) en 2007, rapport interdécile des revenus (D9/D1) en 2007, nombre de personnes couvertes au 31/12/2007 par des allocations (CAF) à bas revenus pour 100 habitants de moins de 65 ans, proportion de familles monoparentale en 2007, part des personnes sans diplôme en 2007, part de la population de nationalité étrangère en 2007, demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM) cat 1 < 25 ANS au 31/12/2009, DEFM cat 1 > 50 ans au 31/12/2009.

→ A l'échelle des territoires de proximité (ancien découpage du PRSP), et sur la base de ces neuf indicateurs, **Marseille, tous les territoires de Vaucluse, Arles, Toulon-Hyères, Martigues et Nice apparaissent comme dix territoires socialement très vulnérables.**¹¹

→ A l'échelle des cantons regroupés (définition en annexe 3), sur la base du taux de bénéficiaires de la CMUC (régime général) et du taux de personnes sans diplôme, les 35 cantons les plus mal classés pour ces deux critères sont reportés dans le tableau ci-après :

Territoires de proximité	Cantons regroupés
Marseille	Marseille, Marignane
Arles	Arles, Châteaurenard, Orgon, Saintes-Maries-de-la-Mer, Tarascon
Avignon	Avignon, Bédarrides
Apt	Apt
Carpentras	Carpentras, Beaumes-de-Venise, Sault
Cavaillon	Cavaillon
Orange-Valréas	Orange, Bollène, Valréas
Toulon-Hyères	Toulon, La Seyne-sur-Mer
Martigues	Martigues, Istres, Port-Saint-Louis-du-Rhône
Nice	Nice
Territoires de santé	Cantons regroupés avec entre parenthèses le territoire de proximité correspondant
Alpes de Haute-Provence	Manosque, Riez (Manosque), Les Mées (Digne)
Hautes-Alpes	Rosans (Sisteron)
Alpes-Maritimes	Tende, Breil-sur-Roya (Menton)
Bouches du Rhône	Vitrolles (Aix en Provence), Salon de Provence (Salon), Aubagne (Aubagne - La Ciotat)
Var	Le Luc (Draguignan), Brignoles (Brignoles), Fréjus (Fréjus-St-Raphaël)

Cette analyse complémentaire permet de préciser la première approche effectuée au niveau des territoires de proximité ; elle permet aussi d'identifier quelques cantons n'appartenant pas à cette liste notamment dans les départements alpins. Ainsi, aux cantons appartenant aux territoires de proximité déjà mentionnés, s'ajoutent une dizaine de cantons appartenant pour la plupart aux arrière-pays (cf. carte ci-après).



¹¹ Compte tenu de la ventilation territoriale des données disponibles pendant l'élaboration du schéma, les résultats proposés reposent sur un cumul des rangs. Si les résultats obtenus de cette manière sont cohérents, cette approche comporte des limites méthodologiques décrites en annexe 3.

Ces cantons s'ordonnent très schématiquement en deux arcs grossièrement parallèles :

- Un arc longeant le littoral, d'abord en pointillé à partir de Nice, passant par Fréjus, Toulon, La Seyne-sur-Mer, Marseille, puis de manière continue à partir de Martigues, avant de longer toute la limite Ouest de la région (en contiguïté donc avec la région Languedoc-Roussillon, qui présente de forts indicateurs de précarité),
- Un arc (du moyen pays) partant de Tende et remontant jusqu'à Rosans en passant par Le Luc, Brignoles, Manosque, Riez, Les Mées, Apt et Sault.

Cette carte peut être rapprochée de la cartographie des sites en Politique de la Ville (cf. annexe 6).

Cette première approche doit être complétée par des indicateurs de santé.

4.2 Une mortalité prématurée plus marquée en zone rurale de montagne et dans des territoires en forte vulnérabilité sociale

L'analyse de la mortalité prématurée (décès toutes causes avant 65 ans) a été retenue comme indicateur de santé privilégié pour repérer des territoires prioritaires. C'est un puissant marqueur d'inégalités sociales de santé et de genre. Les trois principales causes de mortalité prématurée en Paca sont les cancers (41% des décès prématurés, en hausse régulière), les traumatismes (17%) et les maladies cardio-vasculaires (13%) (ORS PACA). Globalement, en termes de mortalité générale et prématurée, la région apparaît favorisée par rapport à la métropole.

Taux comparatif de mortalité prématurée (pour 100 000)	1991-1997	2001-2007
France métropolitaine	265,7	215,4
Région PACA	257,1	208

Source SIRSé PACA

Entre les périodes 1991-1997 et 2001-2007, le taux de mortalité prématuré a baissé d'environ 19%, en PACA comme en France métropolitaine

Entre 2001 et 2007, en moyenne, environ 8200 personnes sont décédées chaque année avant 65 ans dont 67% sont des hommes. Un tiers de ces décès est lié à des causes de décès évitables¹² par la réduction des comportements à risques (ORS PACA).

L'analyse de la mortalité prématurée a été effectuée par cantons regroupés et par territoires de proximité (cf. annexe 3).

→ Au niveau des territoires de proximité, il est possible de faire une analyse par genre.

Pour les hommes, pour la période 2000-2004, **le territoire de Marseille** est le seul de la région à présenter une **surmortalité prématurée significative** par rapport à la France (+ 4%).

Pour la même période, seul le **territoire de Draguignan** présente une **surmortalité évitable significative** pour les hommes par rapport à la France (+ 12%).

Les territoires de Martigues, Cavaillon, Embrun, Arles et Briançon présentent une proportion plus forte de décès prématurés chez les hommes (sex ratio allant de 2,31 à 2,50 versus sex ratio moyen de 2,11 pour PACA).

¹² La mortalité évitable est une sous-partie de la mortalité prématurée correspondant à un ensemble de causes de décès liées à des pratiques à risques (consommations d'alcool ou de tabac, accidents de la route, sida, suicides).

Pour les femmes, pour cette période, aucun territoire ne présente une surmortalité significative par rapport à la France.

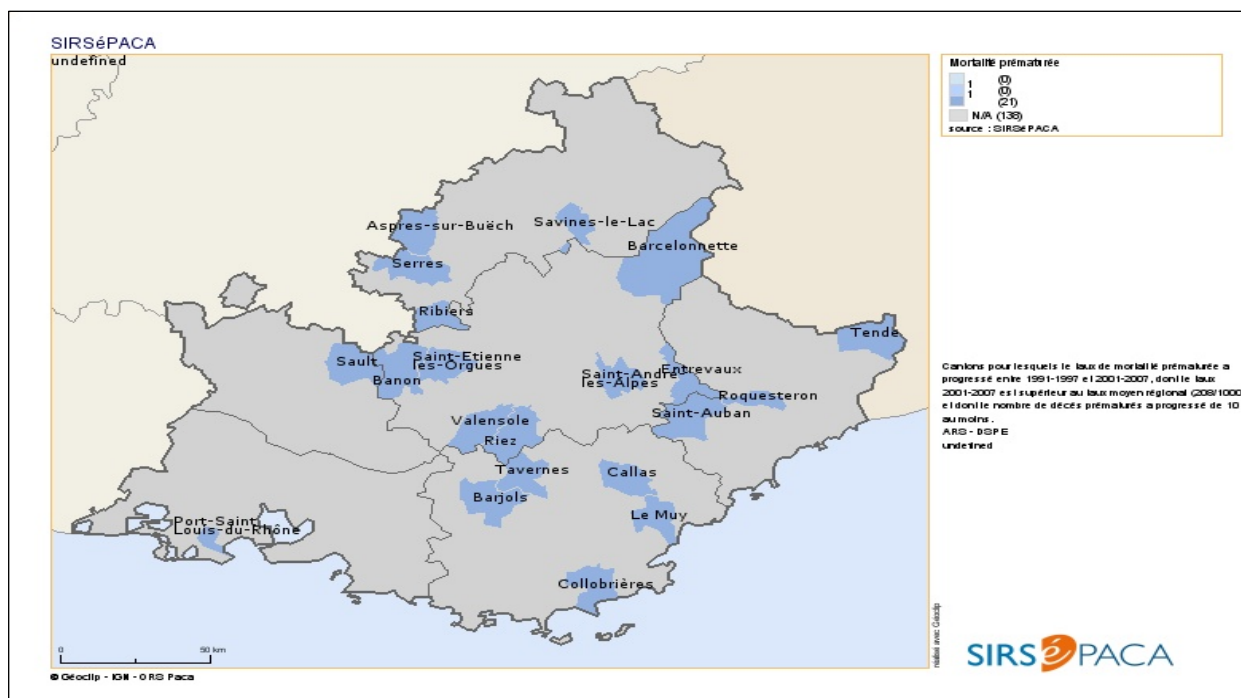
Les territoires de Cannes-Grasse et Nice sont caractérisés par une proportion plus marquée de décès prématurés chez les femmes (sex-ratio d'environ 1,93), ce que l'on peut sans doute mettre en lien avec, notamment, une surmortalité féminine par cancer du poumon et du larynx dans ces territoires et plus largement dans l'Est de la région.

→ Au niveau des cantons regroupés, deux grandes catégories de territoires ont été mises en évidence :

- Des territoires majoritairement très ruraux et situés en montagne

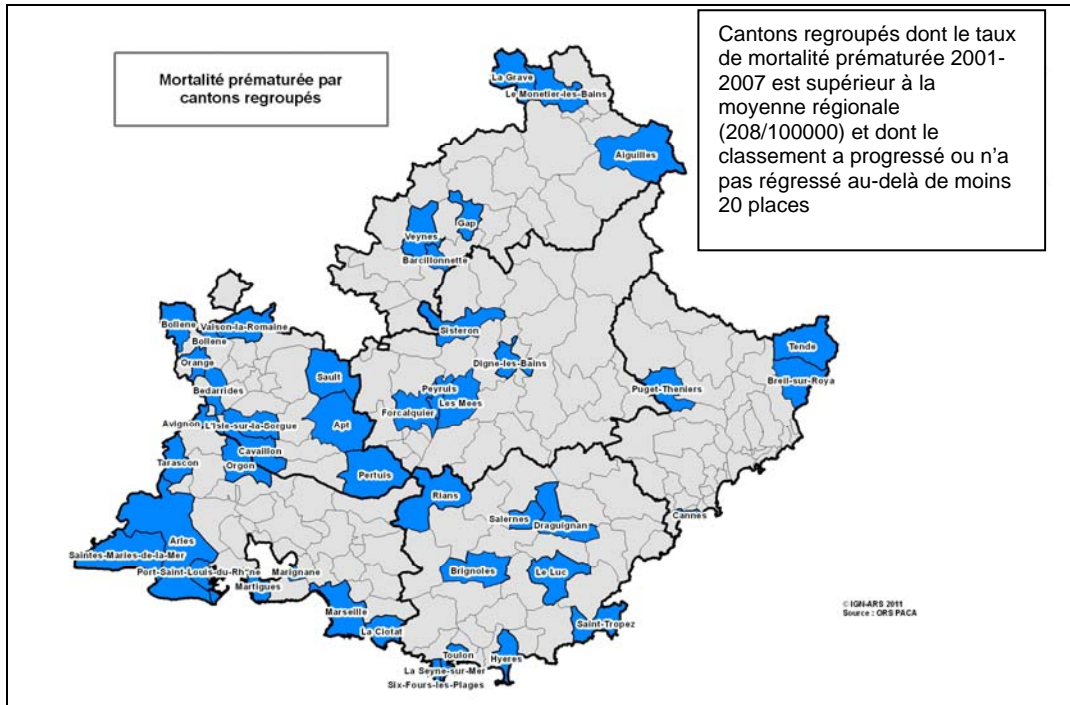
Dans ces cantons, le taux comparatif de mortalité prématurée a progressé entre 1991-1997 et 2001-2007 (alors qu'il diminuait de 19% en France et en PACA), est supérieur au taux moyen régional pour 2001-2007 (208/100 000) avec un effectif de décès prématurés en progression de 10 décès au moins. Cette localisation met en évidence des inégalités territoriales de santé qui correspondent pour quelques cantons à des espaces de santé de proximité fragiles ou à risques au sens du SROS ambulatoire (cf. tableau p.13-14). Par ailleurs, quatre de ces cantons (Tende, Port-Saint-Louis-du-Rhône, Sault et Riez) font partie des cantons à forte vulnérabilité sociale mentionnés supra.

Cantons pour lesquels le taux de mortalité prématurée a progressé entre 1991-1997 et 2001-2007, dont le taux 2001-2007 est supérieur au taux moyen régional (208/100000) et dont le nombre de décès prématurés a progressé de 10 décès au moins.

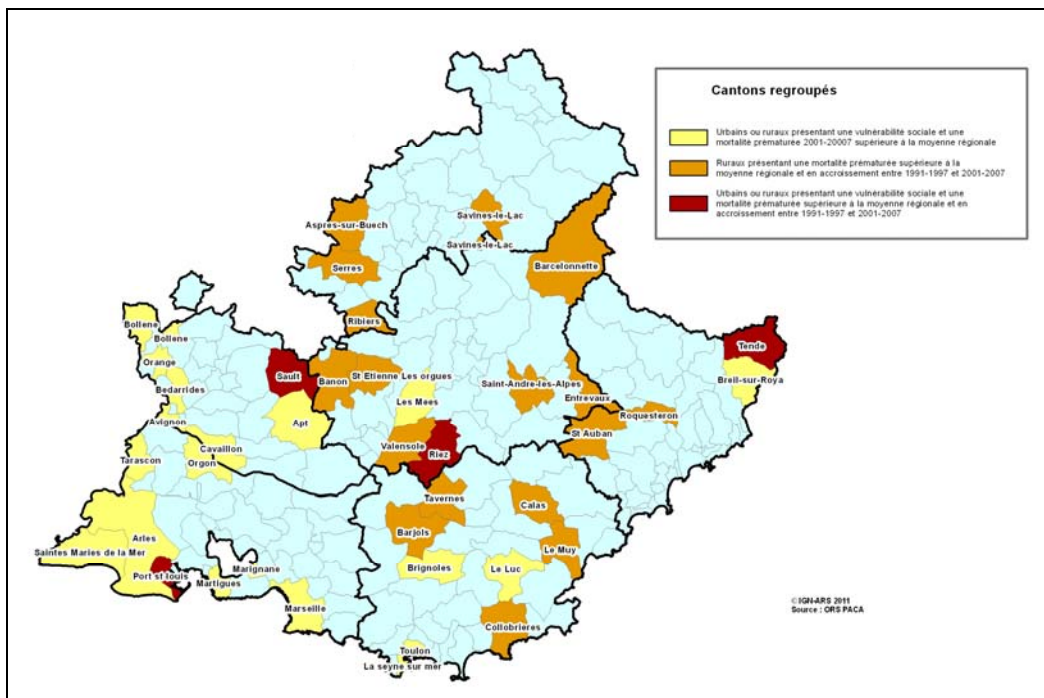


- Des territoires qui cumulent vulnérabilité sociale et mortalité prématurée supérieures au taux régional.

En examinant les cantons dont le classement avait peu varié entre les deux périodes d'analyse, et dont le taux comparatif de mortalité prématurée est supérieur au taux moyen régional pour 2001-2007, il apparaît un nombre élevé de cantons en forte vulnérabilité sociale.

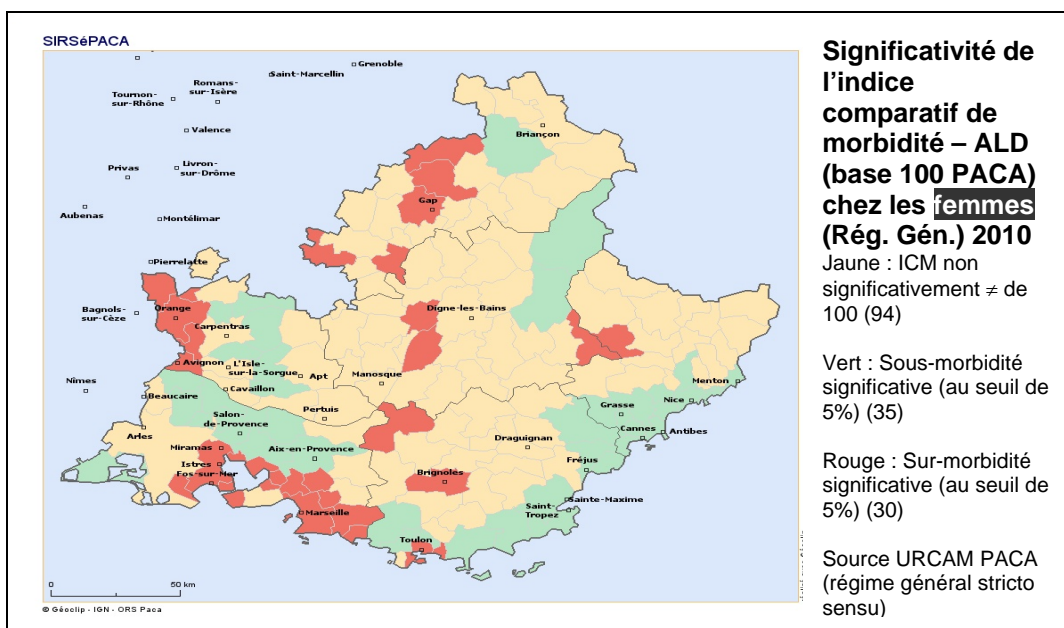
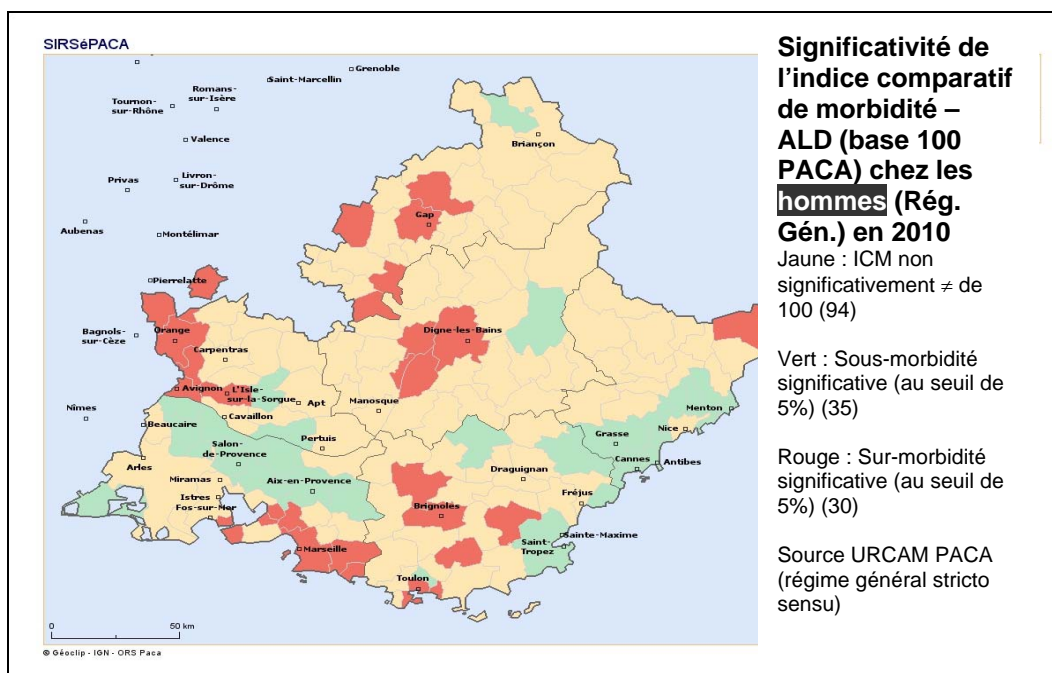


la carte ci-après synthétise ces éléments :



Il faut souligner, à nouveau, que les spécificités des quartiers des grandes villes de la région (ex. Nice), beaucoup plus hétérogènes que des cantons ruraux, ne peuvent être prises en compte ici. Par ailleurs, pour ces cantons ruraux, les évolutions de la mortalité prématurée peuvent correspondre à de faibles effectifs de décès et être le fait d'accidents de la circulation dont l'impact sur la mortalité prématurée peut être élevé à l'échelle de la population de ces territoires.

4.3 Des territoires en surmorbidity significative pour l'ensemble des ALD avec une vulnérabilité sociale marquée pour beaucoup d'entre eux



Une approche des caractéristiques des territoires pour ce qui concerne la morbidité peut être effectuée par l'examen des territoires en surmorbidity significative pour l'ensemble des affections de longue durée (ALD) (par rapport à la région – cf. données détaillées en annexe 7).

Pour les hommes, Tende, Toulon-La-Seyne-sur-Mer, Marseille, Martigues, Aubagne, Brignoles, Barjols, Le Luc, Les Mées, Aspres sur Buech et Ribiers sont des territoires précédemment repérés.

Il en va de même pour les femmes pour un grand nombre de ces territoires : Toulon-La-Seyne-sur-Mer, Marseille, pourtour de l'étang de Berre, limite ouest du Vaucluse, Brignoles, Les Mées, Rosans.

Une récurrence préoccupante pour certains territoires, en particulier Port-Saint-Louis du Rhône, Tende et La Seyne sur Mer

Ces trois cantons regroupés présentent une surmortalité significative (au seuil de 5%), à la fois pour plusieurs des trois principales causes de mortalité prématurée : les cancers, les traumatismes et les maladies cardio-vasculaires ou pour certains déterminants majeurs de ces maladies : l'alcool ou le tabac (cancer du poumon). Le tableau ci-après présente les données correspondantes pour un ensemble d'indicateurs.

département	Cantons regroupés présentant une vulnérabilité sociale	Cantons regroupés urbains ou ruraux présentant une vulnérabilité sociale et une mortalité prématurée > à la moyenne régionale et en accroissement entre 91/97 et 2001/2007	Cantons regroupés urbains ou ruraux présentant une vulnérabilité sociale et une mortalité prématurée 2001/2007 > à la moyenne régionale	Cantons regroupés ruraux présentant une mortalité prématurée > à la moyenne régionale et en accroissement entre 91/97 et 2001/2007	Cantons regroupés identifiés en colonnes 2, 3, 4 ou 5								Cantons regroupés identifiés en colonnes 2, 3, 4 ou 5	
					en surmortalité significative : Ensemble des cancers 2001-2007	en surmortalité significative : Cancer du poumon 2001-2007	en surmortalité significative : Accidents de la circulation 2001-2007	en surmortalité significative : Maladies de l'appareil circulatoire 2001-2007	en surmorbidity significative par ALD – Hommes 2010	en surmorbidity significative par ALD – Femmes 2010	en surmorbidity significative diabète traité – Hommes 2009	en surmorbidity significative diabète traité – Femmes 2009	Espaces de santé fragiles définis par le SROS ambulatoire	Espaces de santé à risque définis par le SROS ambulatoire
04	Les Mées, Riez et Manosque	Riez	Les Mées	Entrevaux, Saint-André les Alpes, Banon, Barcelonnette, Valensole, Saint-Etienne les Orgues				Les Mées	Les Mées	Les Mées, Entrevaux,			Saint-André les Alpes	Banon
05	Rosans			Aspres sur Buëch, Ribiers, Serres Savines-le-Lac					Aspres sur Buëch Ribiers	Rosans,			Serres	
06	Nice, Tende et Breil sur Roya	Tende	Breil sur Roya,	Roquesteron, Saint-Auban	Tende	Nice		Tende	Tende			Breil sur Roya	Tende et Breil sur Roya	
13	Port-St Louis du Rhône, Marseille, Marignane, Martigues, Vitrolles, Arles, Tarascon, Salon de Provence, Saintes-Maries-de-la-Mer, Chateauren	Port-Saint-Louis du Rhône	Marseille, Martigues, Orgon, Aubagne, Arles, Marignane, Tarascon, Saintes-Maries de la Mer		Port-Saint-Louis du Rhône, Saintes-Maries de la Mer	Port-Saint-Louis du Rhône, Marseille, Salon de Provence, Chateaurenard	Port-Saint-Louis du Rhône, Tarascon, Orgon, Chateaurenard, Arles, Salon de Provence, Istres	Port-Saint-Louis du Rhône, Marignane, Aubagne	Marseille, Vitrolles, Aubagne, Marignane, Martigues	Marseille, Marignane, Aubagne, Port-Saint-Louis du Rhône, Vitrolles, Istres, Martigues	Marseille, Marignane, Port-Saint-Louis du Rhône, Vitrolles, Istres, Martigues, Arles	Marseille, Marignane, Port-Saint-Louis du Rhône, Vitrolles, Istres, Martigues, Arles	Saintes-Maries-de-la-Mer,	

	ard, Orgon, Istres, Aubagne													
83	Toulon, Brignoles, La Seyne sur Mer , Le Luc, Fréjus		Toulon, Brignoles, La Seyne sur Mer , Le Luc,	Barjols, Collobrières, Le Muy, Tavernes, Callas	Le Luc, La Seyne sur Mer	Toulon, La Seyne sur Mer , Le Muy	Le Luc, Barjols, Le Muy,	La Seyne sur Mer ,	Toulon, Brignoles, La Seyne sur Mer , Barjols, Le Luc	Toulon, Brignoles, La Seyne sur Mer ,	Toulon, La Seyne sur Mer ,	Toulon, La Seyne sur Mer ,		Brignoles, Barjols
84	Avignon, Valréas, Bollène, Cavaillon, Bédarrides, Orange, Apt, Carpentras, Beaumes de Venise, Sault	Sault	Avignon, Bédarrides, Bollène, Cavaillon, Apt, Orange				Apt, Cavaillon, Bédarrides	Sault	Avignon, Bollène, Valréas, Bédarrides, Orange	Avignon, Bollène, Bédarrides, Orange	Avignon, Valréas	Avignon, Valréas, Bédarrides	Sault	

Source : SIRSé PACA pour l'ensemble des données correspondant aux territoires en surmorbidity ou en surmortalité

NB : Trois cantons regroupés présentent une surmortalité pour l'ensemble des pathologies liées à l'alcool : Tende, Port-St-Louis du Rhône et Laragne-Montéglin

Certains espaces de santé de proximité identifiés comme fragiles ou à risque lors de l'élaboration du SROS ambulatoire ont été mentionnés sur le tableau.

Ce tableau vise à repérer des territoires prioritaires parmi les territoires présentant une vulnérabilité sociale et/ou une mortalité prématurée en accroissement ou supérieure au taux moyen régional, en s'appuyant :

- sur les données de surmortalité significative pour plusieurs des trois principales causes de mortalité prématurée : les cancers, les traumatismes et les maladies cardio-vasculaires ou pour certains déterminants majeurs de ces maladies : l'alcool ou le tabac (cancer du poumon)
- sur des données de surmorbidity significative d'une part, pour le diabète traité (le diabète est une pathologie très socialement marquée cf. document préparatoire p. 11), et d'autre part pour les affections de longue durée.

Au vu de ces données, les **cantons regroupés suivants sont repérés comme particulièrement prioritaires** :

- Alpes de Haute-Provence : une partie du Sud-Ouest du département, Les Mées, Riez,
- Hautes-Alpes : l'extrême ouest du département, Aspres-sur Buëch, Ribiers, Laragne-Montéglin, Rosans,
- Alpes-Maritimes : Tende, Breil-sur-Roya, Nice,
- Bouches-du-Rhône : Marseille, Port-Saint-Louis du Rhône, Martigues, Arles, Marignane, Vitrolles, Istres
- Var : Le Luc, Brignoles, Toulon, La Seyne sur Mer
- Vaucluse : Avignon, Orange, Valréas, Bollène, Bédarrides, Sault.

4.4 Des spécificités environnementales marquées

La prise en compte de spécificités environnementales est indispensable pour compléter cette analyse des territoires prioritaires. Elle peut être faite en examinant les caractéristiques régionales en matière de qualité de l'eau, de qualité de l'air et d'état des logements.

Qualité de l'eau (période 2006-2008)¹³

Qualité bactériologique des eaux distribuées

Plus de 97% de la population bénéficie d'une eau dont le taux de conformité des analyses bactériologiques est supérieur à 95%. De fortes disparités géographiques sont relevées en rapport avec la taille des unités de distribution (UDI). Le taux de conformité des petites UDI (<500 habitants) n'atteint que 44,2% versus plus de 94% pour les UDI de plus de 2 000 habitants. C'est dans les départements alpins (04, 05 et 06) que les taux des unités de distribution conformes sont les plus faibles.

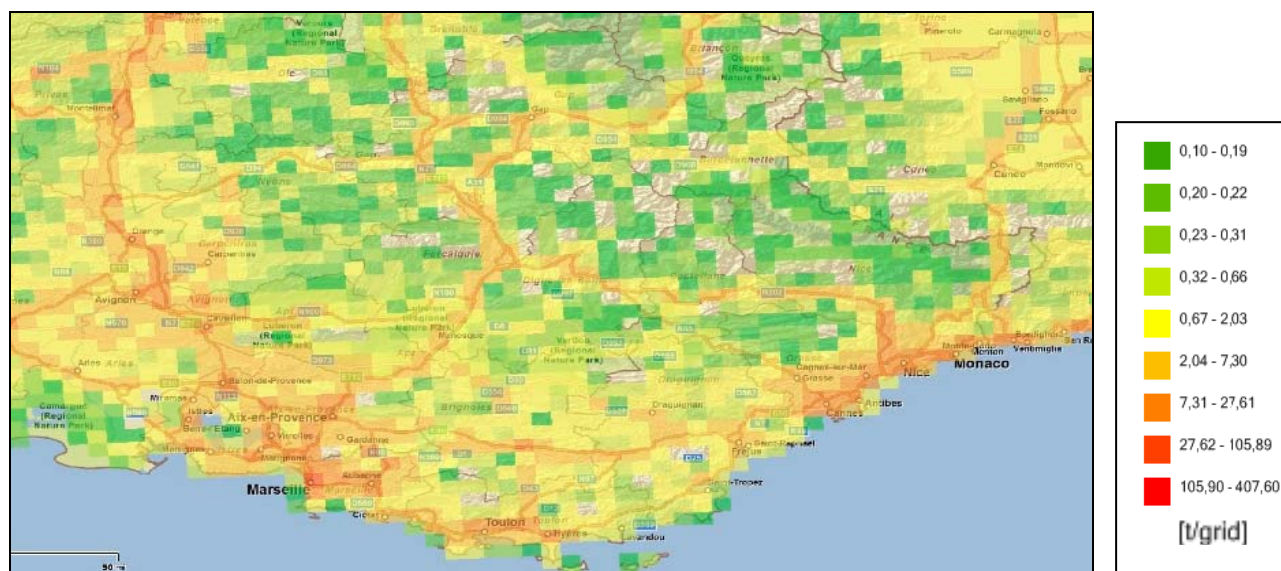
Pesticides dans les eaux distribuées

La présence de produits phytosanitaires a été détectée au moins une fois dans 11,9% des UDI où une recherche a été effectuée sur la période considérée. Seules 0,8% des UDI ont été affectées par un dépassement de la limite de qualité (0,1 µg/l) soit 0,4% de la population régionale.

Plus de 80% des UDI où la présence de produits phytosanitaires a été détectée se situent dans les départements du Var et surtout du Vaucluse (présence dans 45,7% des UDI). Certaines UDI de l'Ouest du département des Alpes de Haute Provence sont également concernées.

Qualité de l'air

L'Agence Européenne de l'Environnement a réalisé une série de cartes¹⁴ de la pollution de l'air par diverses sources, telles que les transports routiers et maritimes, l'aviation, le chauffage domestique, l'agriculture et les petites entreprises (émissions diffuses). Les cartes permettent de localiser les rejets de polluants de l'air, notamment les émissions d'oxyde d'azote (NOx), dioxyde de soufre (SO₂), ammoniac (NH₃) et microparticules (PM₁₀).



Details Particulate matter (PM₁₀) emissions from road transport (in tonnes per grid cell)

C'est l'ensemble des centres urbains qui est particulièrement exposé.

¹³ Les données sont issues du document *la qualité des eaux distribuées en PACA 2010* rédigé par le Service Santé Environnement de l'ARS PACA – cartes consultables sur le site www.ars.paca.sante.fr

¹⁴ Les cartes sont accessibles à l'adresse suivante: <http://prtr.ec.europa.eu/DiffuseSourcesAir.aspx>

Lutte contre l'habitat indigne

La région PACA est l'une des régions de France particulièrement concernée par la lutte contre l'habitat indigne du fait de l'importance de son parc de logements anciens et de la relative précarité de sa population. Elle fait partie des 5 régions, Ile-de-France comprise, qui arrivent en tête relativement au nombre de logements frappés par un arrêté d'insalubrité.

Parallèlement, pour ce qui est de la lutte contre le saturnisme, la région PACA faisait en 2008 partie des 4 régions ayant le plus de transmission des constats d'exposition au plomb positifs¹⁵ (cf. éléments complémentaires en annexe 8).

4.5 Des priorités de travail spécifiques selon les territoires repérés

Si globalement, ces territoires ont a priori vocation à bénéficier d'une attention particulière dans le cadre de ce schéma et même sans doute des autres schémas sectoriels, il restera absolument nécessaire de préciser leurs caractéristiques. Il faudra par ailleurs compléter cette première analyse au moyen d'autres indicateurs et à un niveau plus fin.

Schématiquement plusieurs types de situations peuvent être envisagés :

- 1. Pour les territoires cumulant situation sociale très dégradée et indicateurs de santé préoccupants**, un diagnostic local devrait être effectué dans le cadre par exemple d'un atelier santé ville (ASV)¹⁶ ou d'un dispositif équivalent pour les territoires qui ne sont pas en Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS), comme c'est le cas pour les cantons ruraux.

Ce diagnostic doit constituer le prélude à une démarche territoriale de promotion de la santé concernant de manière transversale le champ de la prévention, des soins et de l'accompagnement médico-social ; elle associera la population, les élus et l'ensemble des institutions concernées dans un travail intersectoriel. C'est une approche qui s'inscrit dans la durée et qui est exigeante en matière de coordination et d'animation territoriale. Elle repose sur une ingénierie locale qui nécessitera un soutien financier et méthodologique spécifique pour les territoires ne pouvant bénéficier d'un ASV. Elle ne pourra donc concerner sans doute que des territoires ou des quartiers très vulnérables et devra être à même de prendre en compte la question du logement (et plus largement du cadre de vie) qui est souvent une préoccupation centrale pour les habitants concernés (à l'exemple de ce qui a été mis en évidence dans le cadre du programme expérimental « La santé à Saint-Mauront Belle de mai : on s'y met tous ! »)¹⁷.

Le rôle de l'ARS, en lien avec les autres autorités de l'Etat concernées, sera donc essentiel pour impulser dans le cadre de son activité d'animation territoriale cette approche auprès de l'ensemble des décideurs, tout particulièrement sur ce dernier point. L'objectif de l'ensemble de cette démarche est d'aboutir à un programme territorial de santé qui pourra donner lieu à un contrat local de santé.

- 2. Pour les territoires confrontés à des inégalités environnementales**, il faudra ici prendre en compte les enjeux du PRSE en matière de qualité de l'eau et de l'air, mais aussi d'amélioration des connaissances sur les risques émergents. Les territoires cumulant vulnérabilité sociale et risques environnementaux spécifiques devraient être prioritaires pour la réduction des surexpositions auxquelles sont confrontés leurs habitants. Le cas particulier des départements alpins en matière de qualité bactériologique des eaux distribués constitue également une priorité.

¹⁵ Enquête annuelle sur les actions départementales engagées pour lutter contre l'habitat indigne 2008- 2009 - DGS

¹⁶ un diagnostic de ce type a été réalisé par exemple à Port-Saint-Louis du Rhône.

¹⁷ Il s'agit d'un programme de promotion de la santé pour les enfants et les familles démunies de ces deux quartiers.

3. **Pour les territoires ruraux**, les données collectées dans le cadre du SROS ambulatoire permettront de préciser les difficultés spécifiques d'accès aux soins auxquelles la population concernée est confrontée. Le rôle des établissements de santé et médico-sociaux les plus proches, ainsi que l'action des professionnels de santé libéraux en matière de prévention et promotion de la santé devraient être plus affirmés. L'organisation de temps d'échanges et de formation pour les professionnels des secteurs sanitaires, médico-social, social et de prévention permettrait de mutualiser les compétences, créer de la polyvalence et lancer une dynamique.
4. **Dans tous ces territoires, et sur l'ensemble de la région**, il apparaît indispensable de définir un indicateur de défavorisation à partir d'indicateurs disponibles en routine. L'analyse de certains indicateurs à l'échelle des cantons regroupés a pu apporter un éclairage complémentaire précieux, mais qui reste encore trop imprécis, notamment pour les territoires ruraux. De même, il est absolument nécessaire de compléter les données actuellement disponibles par une analyse à l'échelle des arrondissements de Marseille, voire des quartiers des plus grandes villes de la région. Le croisement des différentes données (sociales, sanitaires, environnementales) à une échelle très fine est essentiel pour disposer d'un outil d'observation des besoins et d'évaluation des politiques.

5. Des ressources parfois insuffisantes

Le schéma vise à positionner les bons acteurs aux bons endroits, à identifier les leviers d'action ou de soutien aux actions dont ils disposent, ainsi que leurs domaines d'intervention, leurs forces et leurs faiblesses, leurs interdépendance (définitions en annexe 9).

Pour chaque domaine stratégique¹⁸, le recensement des ressources porte sur :

- des dispositifs spécifiques ciblés en fonction de leur importance pour le domaine. Cependant, seul leur positionnement géographique a pu être pris en compte ici (et non leur couverture territoriale ou leur activité),
- les actions menées dans le cadre du PRSP de 2007 à 2009, analysées par le CRES PACA en exploitant la base OSCARS, avec un focus particulier sur l'évaluation de leurs atouts et faiblesses.

Par ailleurs, les dynamiques de politique locale constituent un levier fondamental pour le développement de politiques et de programmes de prévention. Les dispositifs développés jouent un rôle essentiel dans l'ensemble des domaines stratégiques. Ils ont été identifiés dans le cadre du domaine des inégalités de santé, fil conducteur du schéma et transverse à l'ensemble des domaines.

Dans le cadre du partenariat, les centres de santé, les réseaux de santé et les maisons de santé pluri-professionnelles en cours de création constituent également des lieux privilégiés et de soutien pour développer les programmes de prévention et promotion de la santé dans les zones rurales notamment. Les hôpitaux locaux peuvent être aussi appelés à jouer un rôle pour le développement de ces programmes. Plus largement, les professionnels de santé libéraux et hospitaliers, les associations de patients, les intervenants à domicile, les travailleurs sociaux dans leur ensemble, constituent des ressources présentes de manière diffuse sur le territoire et sont à même d'être des acteurs de prévention, pour ce qui les concerne dans leur activité quotidienne.

L'analyse des ressources est menée au regard de la situation de chaque territoire en termes de caractéristiques sociales et de santé (cf. cartes pour chaque domaine du PSRS dans le document préparatoire « analyse par domaine stratégique »).

Pour le département du **Vaucluse**, tous les territoires de proximité figurent parmi les dix territoires régionaux les plus fortement marqués par des indicateurs de vulnérabilité. Au sein de ces territoires, les cantons regroupés d'Avignon, Bédarrides, Bollène, Cavaillon, Apt et Orange présentent également une surmortalité prématurée supérieure à la moyenne régionale et pour Sault une surmortalité prématurée en accroissement.

Au regard de ces caractéristiques, pour le domaine inégalités de santé, les dispositifs se limitent aux Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) réparties sur l'ensemble des hôpitaux du département, et à trois Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) (Carpentras, Valréas, Pertuis). Les dispositifs de dynamique de politique locale dans le champ de la santé sont également très limités. Les deux ASV (Avignon et Carpentras) sont soit en cours de redémarrage, soit en grande difficulté.

Très peu d'actions ont été mises en œuvre dans le cadre du PRSP. Au sein du département, le territoire d'Avignon présente la proportion d'actions la plus faible rapportée à la part des bénéficiaires de la CMUC. Ces territoires se caractérisent par un faible nombre de porteurs d'actions.

En revanche il y a un nombre important d'établissements de santé, ainsi que d'établissements et services médico-sociaux. Le développement d'actions de prévention et promotion de la santé sur ce département pourrait s'appuyer en particulier sur les « missions Santé Publique » chargées de développer les actions de santé recentralisées. Elle sont coordonnées par le CH d'Avignon et 6 CH disposent d'un temps plein d'infirmière (Avignon, Orange, Carpentras, Cavaillon, Apt et Pertuis). Dès 2011, un redéploiement des moyens infra départementaux est engagé pour mieux répondre aux besoins, notamment sur le secteur d'Avignon.

¹⁸ Pour chacun des domaines stratégiques une analyse approfondie des besoins et des ressources a été effectuée. Elle comporte des cartes et figure dans le document préparatoire au schéma intitulé « analyse par domaine stratégique ».

Les dispositifs relatifs à la périnatalité et aux maladies chroniques sont répartis sur l'ensemble des villes. Il en est de même en santé mentale pour les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP). En addictologie, les dispositifs sont essentiellement situés sur la ville d'Avignon, mis à part un réseau d'addictologie à Orange.

Le Territoire de **Martigues** est l'un des dix territoires de proximité les plus vulnérables. L'ensemble des dispositifs des différents domaines sont présents sur ce territoire. Le canton de Martigues, au regard de sa population totale, a un nombre d'actions conséquent en matière d'inégalités de santé et en ce qui concerne la population vieillissante. Cependant, compte-tenu de sa situation sanitaire et sociale (et en particulier de celle de la commune de Port-de-Bouc), il apparaît comme un territoire prioritaire pour un développement d'actions à mener, en s'appuyant sur les dynamiques existantes de politiques locales.

De plus, au sein de ce territoire, le canton regroupé de Port St Louis du Rhône cumule une vulnérabilité sociale et une surmortalité prématurée importante et en accroissement. Il est relativement démuné en dispositifs avec essentiellement un ASV, un centre de planification et d'éducation familiale et un centre de vaccination. Les déplacements pour la population, compte-tenu de sa situation excentrée, sont difficiles.

Le territoire de proximité d'**Arles** est aussi l'un des dix territoires les plus vulnérables. Les cantons regroupés de Tarascon, Orgon et Stes Maries de la Mer au sein de ce territoire cumulent une mortalité prématurée importante, voire supérieure à la moyenne régionale. Les dispositifs existants dans le domaine inégalités de santé sont situés à Arles. Si les consultations de PMI et les centres de planification et d'éducation familiale sont répartis sur l'ensemble du territoire, en revanche, il y a globalement très peu de dispositifs et ils sont essentiellement concentrés sur la commune d'Arles. En outre, les dynamiques de politique locale (hors Arles où existe un ASV) sont très faibles.

Le territoire de proximité **Toulon-Hyères** concerné par des cantons regroupés cumulant les indicateurs de vulnérabilité et de surmortalité (Toulon, La Seyne et Collobrières) a peu de dispositifs de dynamique de politiques locales ; ainsi la ville de Toulon n'est inscrite que depuis un an au réseau des villes actives PNNS (cf. définition en annexe 9) et l'ASV de la Seyne-sur-mer est en difficulté. Un besoin d'animation locale type ASV est particulièrement ressenti pour Toulon.

La plupart des dispositifs de prévention sont implantés sur la bande littorale.

Dans l'arrière pays varois, les dispositifs sont limités alors que les territoires de Brignoles et Draguignan comportent des cantons regroupés cumulant des indicateurs sociaux et de santé défavorables (Brignoles, Barjols, Tavernes et Le Luc).

Le haut-pays des **Alpes Maritimes**, dans le domaine des inégalités des santé ne dispose que d'un PAEJ et d'une PASS à Puget-Théniers. En revanche Breil sur Roya et Tende ont bénéficié d'actions, notamment en matière d'addictologie à destination des jeunes, dans le cadre de l'atelier local de santé. Cependant, cette dynamique locale est actuellement suspendue.

Sauf pour les services relatifs à la périnatalité et à la petite enfance, les dispositifs sont concentrés sur la bande littorale, en particulier de Nice à Cannes. Les dynamiques locales sont en net développement, tant en terme d'ateliers santé ville que de villes PNNS.

Bien que la proportion de bénéficiaires de la CMUC soit relativement faible (5,6%) dans le territoire de proximité de Nice, en effectif, c'est le troisième territoire de la région le plus concerné avec plus de 27 000 personnes. Par ailleurs, il compte une proportion relativement importante de personnes couvertes par des allocataires CAF bas revenus. Il est donc important d'accompagner les dynamiques mentionnées ci-dessus par des actions.

Dans les **Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes-Alpes**, les dispositifs essentiels sont représentés dans les principales villes. En ce qui concerne les actions et quels que soient les domaines, les territoires ruraux et de montagne ont proportionnellement à leur population, un nombre important d'actions. Ceci s'explique notamment par l'effet de seuil. Par ailleurs, dans ces territoires, les coûts en déplacement et en dépenses énergétiques sont nettement plus élevés, ce qui pèse sur l'accès aux soins et à la prévention.

Le territoire de proximité de Marseille, qui est socialement particulièrement vulnérable, concentre sur chacun des domaines stratégiques un nombre conséquent de dispositifs. Les dynamiques de politiques locales engagées dans les différents domaines sont particulièrement actives. Ce territoire concentre également la majorité des actions réalisées dans le cadre du PRSP. Cependant, au regard du poids démographique de la ville, le nombre d'actions qui a été mis en oeuvre sur ce territoire dans le cadre des politiques antérieures, est proportionnellement très faible, dans tous les domaines. Ceci est d'autant plus à prendre en considération en raison du poids global de la précarité (15,4% de la population est bénéficiaire de la CMUC). Ce constat est cependant à nuancer pour la ville de Marseille comme pour l'ensemble des principales villes, compte tenu des actions développées par d'autres institutions et dans le cadre du volet santé des contrats urbains de cohésion sociale, par exemple. Enfin, il faut noter que pour ce territoire, le positionnement des établissements de santé en matière de prévention promotion de la santé, en particulier dans le développement d'actions spécifiques pour l'accès aux soins des plus démunis, reste inégal.

L'enjeu du schéma est ici de concilier l'impératif de ne pas laisser à découvert les territoires ruraux et de montagne, avec la nécessité primordiale d'engager un développement majeur des actions dans les grandes villes pour prendre en compte le poids démographique des populations précaires et pour contribuer à une diminution des inégalités de santé.

L'action sur les déterminants des inégalités de santé nécessite une démarche intersectorielle construite, au niveau local, dans le cadre d'un fort partenariat avec les institutions concernées.

Eléments d'analyse issus des évaluations

Il s'agit des évaluations d'actions financées dans le cadre du PRSP en 2007, 2008 et 2009.

Contexte

Cette analyse porte sur un total de 81 fiches évaluatives disponibles sur les trois années de référence, issues du programme d'évaluation initié par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) sur l'ensemble des programmes du PRSP 2005-2009.

Ces évaluations ont été conduites sur l'ensemble des 25 territoires de proximité, par des équipes pluridisciplinaires associant des personnels du GRSP, de la DRASS, des DDASS, de l'Assurance-Maladie ainsi que de l'Education Nationale et des Villes membres du groupement. Chaque évaluation a fait l'objet d'un entretien entre le promoteur de l'action et l'équipe d'évaluation, sur la base du renseignement d'une fiche d'évaluation type comprenant différents modules et des items évaluatifs.

Méthodologie utilisée

Cette analyse est basée sur un traitement statistique des données issues de la grille de synthèse renseignée pour chaque évaluation identifiant les caractéristiques de l'action en terme de « forces et opportunités », « faiblesses et obstacles », et enfin « marges de progrès et recommandations ».

Ce traitement statistique s'appuie sur une typologie de treize items par catégorie (cf. Annexe 10).

Le nombre total de fiches exploitées étant limité, il est important de rester prudent quant à toute extrapolation de ces données.

Limites de l'analyse

Les résultats obtenus ne permettent pas de mener une réflexion sur l'ensemble des domaines stratégiques du PSRS. Ainsi, le domaine «Personnes en situation de handicap – Personnes âgées» n'a pu être traité ici, les évaluations réalisées ne portant que sur l'axe «Vieillesse» dans le cadre du programme «Prévenir les risques liés au vieillissement» du PRSP.

Les données issues de ces évaluations gagneront en force et en représentativité en complétant la base de données par de nouvelles fiches d'évaluation. Cette condition doit inciter à développer une politique d'évaluation ambitieuse basée sur l'appropriation d'une culture partagée de l'évaluation en promotion, prévention et éducation à la santé.

Synthèse générale des résultats

Une analyse spécifique des atouts, faiblesses et recommandations a été effectuée pour chaque domaine stratégique.

Globalement, les résultats fournissent des éléments très intéressants sur :

- les points forts des actions financées dans le cadre du PRSP,
- les difficultés les plus souvent rencontrées par les porteurs,
- les axes de travail à privilégier en vue d'une démarche d'amélioration de l'intervention en prévention et promotion de la santé.

Sur les quatre domaines stratégiques traités (inégalités de santé, santé mentale et addictions, maladies chroniques, périnatalité), **la compétence et l'engagement des intervenants, la qualité du travail partenarial ou en réseau ainsi que la légitimité des structures et leur implantation**, constituent les principaux atouts des actions évaluées (cf. graphique Annexe 10).

En termes de difficultés, on constate une plus grande hétérogénéité selon les domaines étudiés. Ainsi, seules les difficultés relatives à la **méthodologie de projet et à la qualité des outils d'évaluation** sont partagées par la plupart des porteurs de projet. Ces faiblesses ont déjà été soulignées lors de l'évaluation intermédiaire du PRSP menée en 2008 qui mettait notamment l'accent sur le besoin d'appui méthodologique auprès des porteurs de projets (cf. graphique Annexe 10).

Les recommandations les plus souvent formulées concernent le développement et l'amélioration des outils d'évaluation de l'action et l'aspect méthodologique du projet (rédaction, définition d'objectifs et indicateurs de résultats). Pour y répondre, le réseau CRES-CODES, à la demande du GRSP, assure depuis 2009 une mission d'appui méthodologique auprès des opérateurs, conformément aux conclusions de l'évaluation intermédiaire du PRSP. Les effets de cet accompagnement ne pourront être perçus qu'au travers de nouvelles campagnes d'évaluation à l'horizon 2012. Les recommandations relatives à l'adaptation des moyens financiers, humains ou matériels sont également assez présentes. Enfin, il apparaît que le travail en réseau semble également devoir être renforcé de manière générale (cf. graphique Annexe 10).

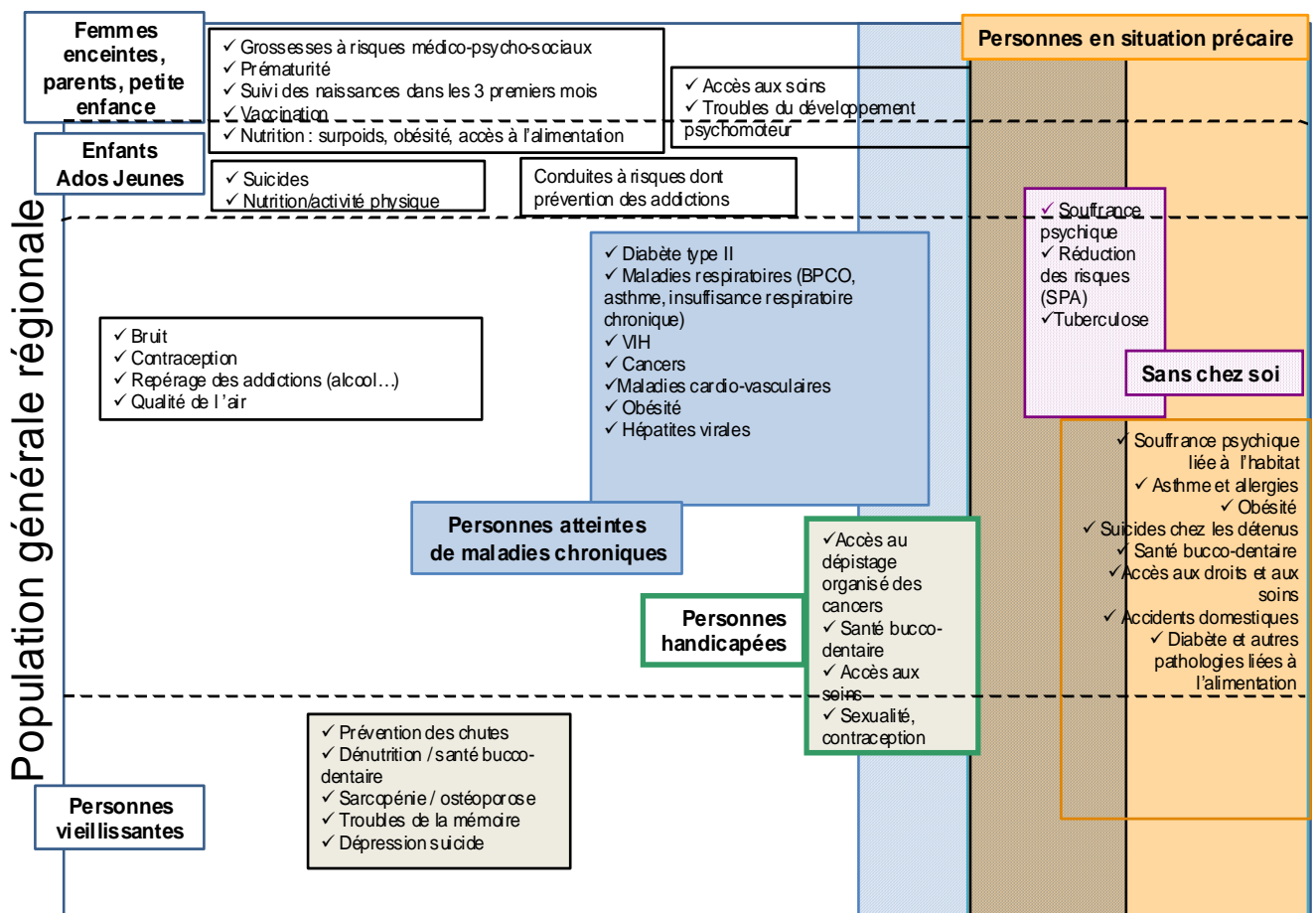
6. Priorités du schéma régional de prévention volet PPS

Chacun des domaines stratégiques du PSRS a été analysé précisément dans le cadre du schéma de prévention. Cette analyse qui fait l'objet d'un document préparatoire a permis de mettre en évidence un certain nombre de caractéristiques régionales et même parfois territoriales.

L'examen des priorités a fait l'objet d'un temps de travail spécifique du groupe technique du schéma¹⁹. Il a été réalisé à partir des données analysées pour chaque domaine du PSRS.

Plusieurs priorités se dégagent, qui peuvent être ventilées en fonction d'une approche par public. Cette approche est représentée ci-dessous en identifiant :

- un groupe population générale qui correspond à la totalité du cadre,
- et au sein de cet ensemble, des sous-groupes correspondant à différents publics visés par des priorités spécifiques mises en évidence dans le schéma de prévention : Femmes enceintes, parents, petite enfance, Enfants Ados Jeunes, Personnes vieillissantes, Personnes en situation de handicap, Personnes atteintes de maladies chroniques et Personnes en situation précaire.



¹⁹ Réunion du 12 avril 2011 en sous-groupes par domaine stratégique avec utilisation d'une grille de priorisation commune.

A partir de ce travail et des données disponibles, deux types de priorité pourront être proposés :

- Des priorités pour l'établissement de programmes ou plans d'actions portant sur un problème important dans la région et pour lesquels des solutions efficaces et adaptées (actions probantes) existent. L'inscription de ces problématiques dans une politique nationale constitue un élément de priorisation supplémentaire,
- Des priorités pour le développement d'expérimentations ou de recherches correspondant à des problèmes importants dans la région et pour lesquels il n'y a pas de solutions efficaces et adaptées.

Ces priorités ont conduit à la détermination d'objectifs pour les publics identifiés ci-dessus. Ces objectifs sont présentés dans le chapitre suivant.

7. Synthèse des objectifs retenus par public

Les objectifs définis pour chacun des domaines stratégiques en fonction des priorités retenues ont été répartis par public en précisant à quel type d'objectif général du PSRS ils se rapportent (cf. tableaux en annexe 11). Le détail des objectifs (dont plusieurs sont chiffrés) pour chacun de ces domaines est précisé en annexe 12.

Une synthèse de ces objectifs a été réalisée ci-après pour six catégories de publics :

7.1 Population générale

C'est l'ensemble de la population (tous âges confondus) résidant sur un territoire donné (région, département, commune ou quartier) qui est concernée. Les principaux objectifs proposés sont les suivants :

- Réduire les inégalités territoriales de santé : les publics les plus vulnérables socialement ne sont pas a priori privilégiés dans le choix des actions à mener ; en effet, ces inégalités territoriales peuvent concerner l'ensemble de la population qu'il s'agisse des effets de l'exposition à un environnement délétère ou des conséquences des difficultés spécifiques d'accès aux soins pour des raisons géographiques.
- Prévenir les récurrences des tentatives de suicide en améliorant leur prise en charge.
- Prévenir les maladies chroniques ou en réduire les complications : il s'agit ici de réduire le tabagisme et la consommation d'alcool et de promouvoir l'application des repères du Programme National Nutrition Santé (PNNS), et aussi d'améliorer le dépistage des cancers, de l'infection à VIH ou de certaines maladies chroniques.
- Promouvoir une bonne santé sexuelle et reproductive²⁰.
- Favoriser l'intégration des personnes malades dans la cité.

Réduire les inégalités territoriales de santé

- Modéliser un diagnostic local intégrant un indicateur de défavorisation, des indicateurs épidémiologiques disponibles et un recueil de données qualitatives.
- Mettre en œuvre les actions nécessaires dans le cadre de conventions avec les institutions concernées.
- Mettre en œuvre une démarche territoriale de promotion de la santé dans les territoires prioritaires, soutenir l'activité des Ateliers Santé Ville, définir des programmes territoriaux de santé qui pourront aboutir à des contrats locaux de santé.
- Promouvoir la participation de la population.
- Préserver la population des effets de la pollution atmosphérique et améliorer la qualité de l'eau dans les territoires de montagne (cf. Programme Régional Santé Environnement (PRSE) 2).

²⁰ Pour l'OMS, la santé sexuelle et reproductive s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie.

Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent.

Cette conception de la santé génésique suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé. Cf. http://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/index.html

Prévenir les récurrences des tentatives de suicide en améliorant leur prise en charge

- Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique,
- Améliorer le repérage de la crise suicidaire et des tentatives de suicide (y compris pour les personnes âgées)
- Diminuer la récurrence de tentatives de suicides (TS) ou des crises suicidaires.
- Développer les dispositifs coordonnés de prise en charge des TS.
- Développer les actions de formation des professionnels de santé de proximité et des travailleurs sociaux et les évaluer.

Prévenir les maladies chroniques ou en réduire les complications en luttant contre les facteurs de risque comportementaux et environnementaux

- Réduire en 5 ans d'au moins 25% la prévalence du tabagisme quotidien et en particulier réduire la prévalence du tabagisme chez les femmes entre 45 et 64 ans
- Réduire la consommation quotidienne d'alcool (18-55 ans).
- Prévenir l'usage de produits psycho-actifs et les conduites addictives :
 - développer les pratiques de prévention et de réduction globale des risques avec une offre mieux différenciée par niveaux de prévention notamment auprès des personnes les plus exposées.
 - développer le repérage et l'orientation des personnes ayant des usages problématiques de produits psycho actifs.
- Promouvoir l'adoption par la population générale de comportements favorables pour lutter contre la transmission du VIH/Hépatites et notamment pour les populations les plus exposées (hors PRAPS).
- Promouvoir l'application des repères du PNNS et notamment augmenter l'activité physique et réduire la sédentarité.
- Réduire de moitié sur 5 ans l'écart de surpoids ou d'obésité entre les personnes de statut socio-économique (SSE) faible et de SSE élevé sachant que les valeurs actuelles²¹ sont les suivantes :
 - SSE faible 45% de surpoids ou d'obésité,
 - SSE élevé 31% de surpoids ou d'obésité.
- Promouvoir la prévention et la réduction des complications des maladies chroniques.

Améliorer le dépistage de certaines maladies chroniques

- Améliorer le dépistage des cancers (colorectal, sein, col de l'utérus), de l'infection à VIH/Sida, des IST, des hépatites et du diabète de type 2.
- Améliorer le diagnostic précoce des cancers de la peau.
- Améliorer la continuité entre dépistage, diagnostic et soins.

Promouvoir une bonne santé sexuelle et reproductive

- Promouvoir les mesures permettant de choisir le moment de la grossesse : renforcer l'accès au counseling, à une contraception adaptée y compris la contraception d'urgence, aux préservatifs et renforcer l'accès à l'IVG.
- Développer la prévention des IST, de l'infection à VIH, des infections à Chlamydiae, à Papillomavirus humain et à Herpes simplex virus.

Prévenir les violences faites aux femmes

²¹ Source : Baromètre santé nutrition 2008

Favoriser l'intégration des personnes malades dans la cité. Changer les représentations collectives des maladies chroniques, des troubles de santé mentale, du handicap et du vieillissement.

- Offrir une visibilité sociale et assurer une mobilisation collective sur le thème des troubles de santé mentale, des maladies chroniques, du handicap et du vieillissement.
- Faire connaître, sensibiliser, communiquer sur les maladies chroniques, les troubles de la santé mentale, le vieillissement et le handicap.
- Lutter contre les discriminations à l'égard des personnes vivant avec le VIH, présentant des troubles de santé mentale ou en situation de handicap.

7.2 Femmes enceintes, parents et petite enfance

L'objectif ici est de réduire les effets négatifs des inégalités socio-économiques sur la santé, en intervenant dès la grossesse et la vie intra-utérine, tout au long de la période néonatale (0-28 jours) et auprès des enfants de 0 à 6 ans et de leurs parents. Agir à cette période est capital pour réduire les inégalités de santé ; de nombreuses mesures ciblent donc cet objectif. Les actions visant à développer les facteurs de protection ont une vocation générale pour certaines (allaitement maternel) ou plus ciblée sur des territoires vulnérables pour d'autres (développement des compétences psychosociales). La prévention du surpoids et de l'obésité concernera plus particulièrement ces territoires socialement vulnérables.

Pour les enfants de moins de 6 ans qui correspondent au public « petite enfance », l'objectif est ici d'intervenir le plus précocement possible en particulier pour réduire les conséquences d'un environnement physique ou social défavorable et promouvoir des facteurs de protection à même d'inscrire l'enfant dans la trajectoire de vie la plus favorable.

Mieux connaître et prendre en compte les inégalités territoriales et sociales de santé

- Décrire l'impact des inégalités de distribution de l'exposition aux nuisances environnementales sur la santé des enfants (cf. PRSE 2).
- Protéger les populations vulnérables, en particulier les enfants, des conséquences majeures des expositions précoces (substances chimiques en particulier) en terme de handicap ou d'autres pathologies lourdes, chroniques ou à long terme (cf. PRSE 2 et résultats étude mentionnée ci-dessus).
- Décrire l'état de santé des enfants de 3-4 ans et de 5-6 ans en précisant ses spécificités selon les différents territoires de la région (en exploitant les bilans de santé en écoles maternelles).
- Assurer l'exploitation des données recueillies lors de l'établissement des certificats de santé pour chacun des départements de la région et au niveau le plus fin.
- Décrire la mortalité des enfants par accident domestique.
- Inscrire un axe petite enfance dans le volet santé des CUCS ainsi que dans les ASV, en tant que de besoin.
- Développer des programmes coordonnés d'intervention précoce pour les enfants et leur famille vivant dans un contexte de vulnérabilité (agir sur le développement somatique, moteur, du langage, cognitif et social), en lien avec les REAAP (Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents) pour ce qui concerne le soutien aux parents :
 - améliorer le taux de couverture vaccinale en visant l'objectif fixé au niveau national,
 - améliorer l'accès à la prévention, au dépistage et le suivi des bilans de santé : troubles du développement psychomoteur et en particulier d'apprentissage du langage, améliorer le taux de suivi des préconisations réalisées à l'issue des bilans de santé en milieu scolaire (3,5/4,5 ans et 5/6 ans)
 - identifier et agir sur les conditions de vie insalubre ou les logements inadaptés pour les enfants (saturnisme infantile, asthme,...) (cf. PRAPS et PRSE),

- recourir à des outils adaptés de transmission de l'information.
- Garantir une alimentation suffisante et équilibrée pendant la grossesse.
- Développer et renforcer le lien d'attachement parent-enfant (cf. SROS périnatalité).

Promouvoir des facteurs de protection chez les enfants

- Promouvoir l'Entretien Prénatal Précoce.
- Prévenir les conduites addictives chez les femmes enceintes.
- Favoriser l'allaitement maternel.
- Mettre en œuvre des programmes de développement des compétences psychosociales chez les enfants.
- Promouvoir des actions d'éducation à la santé (hygiène bucco-dentaire, alimentation suffisante et équilibrée et activité physique adaptée) dans les territoires prioritaires pour l'Education Nationale et dans les territoires vulnérables (en particulier territoires en CUCS).
- Assurer le respect du calendrier vaccinal en suivant les recommandations du comité de pilotage chargé de la stratégie vaccinale régionale.
- Participer à l'amélioration du repérage précoce des enfants exposés aux violences, notamment à l'impact des violences conjugales, en renforçant la formation des professionnels de santé.

Diminuer l'incidence des maladies chroniques :

- Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants.

Prévenir les accidents de la vie courante

Lutter contre les violences faites aux femmes

- Sensibiliser les professionnels (généralistes, spécialistes, sages-femmes) à la problématique des mutilations sexuelles féminines (cf. plan Violences faites aux femmes).

7.3 Enfants, adolescents, jeunes

L'âge du public visé ici est compris entre 6 et 25 ans et les objectifs concernant les jeunes ciblent également les jeunes en détention.

Les mesures proposées concernent en priorité certains problèmes de santé ou comportements à risques plus marqués à l'adolescence : souffrance psychique, suicide, surpoids/obésité, accidents, usage de substances psychoactives. Elles visent aussi la promotion d'une santé épanouie : développement des compétences psychosociales chez les enfants, sexualité. Des mesures spécifiques seront développées pour soutenir les parents.

Mieux connaître et prendre en compte les inégalités territoriales de santé

- Améliorer l'accès à la prévention (santé bucco-dentaire), au dépistage et à la prise en charge : troubles du développement psychomoteur et en particulier d'apprentissage du langage.
- Améliorer le taux de couverture vaccinale en visant l'objectif fixé au niveau national.
- Identifier et agir sur les conditions de vie insalubre ou les logements inadaptés pour les enfants (saturnisme infantile, asthme,...).

Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique, de la crise suicidaire, des tentatives de suicide et des troubles de santé mentale

- Développer la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents présentant une souffrance psychique, une dépression, des troubles du comportement.

- Informer les parents des facteurs de risque repérables sans investigation ou nécessitant le recours aux soins spécialisés.
- Diminuer la récurrence des TS ou des crises suicidaires.
- Développer les prises en charge coordonnées des TS.

Prévenir l'usage de produits psycho-actifs, les addictions et leurs conséquences

- Développer des programmes de prévention des addictions (jeunes scolarisés ou hors système scolaire).
- Développer des programmes de réduction des risques, y compris sexuels, notamment dans les milieux festifs et commerciaux.

Promouvoir des facteurs de protection et des connaissances en santé

- Promouvoir des actions d'éducation à la santé (notamment sur l'activité physique/nutrition, l'hygiène, le sommeil, la gestion du stress et le bruit).
- Mettre en œuvre des programmes de développement des compétences psychosociales chez les enfants.
- Soutien à la fonction parentale pour favoriser, maintenir ou améliorer les liens entre parents/enfants /institutions.

Promouvoir une bonne santé sexuelle et reproductive

- Renforcer l'accès à une contraception adaptée et ainsi réduire les grossesses non désirées.
- Développer des programmes d'éducation à la vie affective et sexuelle (cf. composantes de ces programmes en annexes 11 p. 86 et 12 p. 100), en priorité dans les territoires les plus vulnérables et auprès des jeunes hors système scolaire.

Diminuer l'incidence des maladies chroniques :

- Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids.
- Réduire l'usage quotidien du tabac chez les garçons et les filles.
- Réduire la consommation d'alcool.
- Promouvoir la vaccination contre l'hépatite B et contre les papillomavirus.

7.4 Personnes les plus démunies : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

Le public visé ici est en situation de vulnérabilité économique (pauvreté monétaire) ou sociale (personnes détenues, migrantes, familles monoparentales correspondant le plus souvent à des femmes élevant seules leurs enfants, personnes sans chez soi, ...).

Les mesures proposées s'articulent autour de trois axes :

- Réduire les inégalités de santé en définissant des programmes territoriaux de santé sur les sites les plus socialement vulnérables et en renforçant les actions de prévention visant les personnes vulnérables (en particulier personnes migrantes, détenues,...).
- Favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité pour l'ensemble de la région.
- Promouvoir des actions de réduction des risques chez les publics usagers de drogues.

Mieux connaître et prendre en compte les inégalités de santé

- Harmoniser le recueil des données de dispositifs visant des publics en situation précaire ou de vulnérabilité (PASS, Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires, Lits Halte Soins Santé, appartements de coordination thérapeutique,...).

- A l'issue de la démarche territoriale de promotion de la santé dans les territoires prioritaires, développer des actions intersectorielles à même de prendre en compte les déterminants des inégalités de santé (état des logements, réussite scolaire, santé au travail, environnement, ...). et appropriées aux publics vulnérables dans un programme territorial de santé.
- Identifier et agir sur les conditions de vie insalubre ou les logements inadaptés, notamment pour les enfants (saturnisme infantile, asthme,...).
- Développer la prévention spécialisée à l'égard des addictions par territoire (sur les quartiers en politique de la ville, communes...).
- Prévenir le risque de suicide chez les personnes détenues.
- Réduire les inégalités territoriales de santé en garantissant l'accès à la prévention des maladies chroniques repérées comme prioritaires et en agissant sur leurs déterminants :
 - diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids.
 - réduire la consommation de tabac de 5% par an pendant 5 ans en facilitant l'accès au sevrage pour les publics les plus démunis.
 - augmenter de 50% la participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50-74 ans en situation précaire.
 - augmenter la participation au dépistage organisé du cancer colorectal et améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus
 - améliorer le dépistage du VIH, des hépatites et la vaccination hépatite B pour les publics concernés y compris à l'entrée et pendant la détention.
 - améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention.
 - réduire de 30% en 5 ans le pourcentage des 18-75 ans en situation d'insécurité alimentaire quantitative.
 - développer l'éducation thérapeutique pour le public concerné par le PRAPS en adaptant les programmes.

Favoriser l'accès aux droits, à la prévention et aux soins

- Accompagner les publics concernés à l'accès aux droits, au dépistage et aux soins.
- Favoriser l'accès au logement.
- Accroître en 5 ans le taux actuel de recours à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) (qui est de 25%) à 35%..
- Lutter contre les refus et/ou renoncements aux soins (réglementation, dépassements d'honoraires, charte,...).
- Favoriser l'intervention de pairs et de médiateurs formés (migrants...).
- Favoriser l'accès aux transports pour les personnes éloignées des dispositifs de prévention et de soins
- En détention, améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins
- Prévenir le risque de rupture de droit à l'entrée et à la sortie de prison : mettre en place au sein des établissements pénitentiaires une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie.
- Adapter la prise en charge des malades aux besoins spécifiques des publics concernés par le PRAPS :
 - développer des réseaux santé-précarité (continuité des soins pour les personnes sans chez soi en particulier), former les personnels, définir des protocoles (y compris à l'hôpital),
 - renforcer le fonctionnement des PASS (modalités de fonctionnement, consultations dentaires PASS ...).
- Favoriser l'accès aux soins pour les personnes sans chez soi présentant des troubles de santé mentale :
 - renforcer les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) (Nice, Avignon),
 - renforcer le fonctionnement des PASS de psychiatrie.

- Promouvoir des facteurs de protection et des connaissances en santé :
 - mettre en œuvre des programmes de développement des compétences psychosociales (CHRS,...),
 - améliorer le dépistage des IST,
 - renforcer l'accès à la contraception, l'accès à l'IVG et un accès aux préservatifs le plus large.

Promouvoir des actions de réduction des risques chez les publics usagers de drogues licites ou illicites

- Evaluer l'application des recommandations de la politique de réduction des risques (RDR) infectieux en milieu carcéral.
- Améliorer l'accessibilité des programmes et des matériels de réduction des risques liés à la toxicomanie et les traitements de substitution aux opiacés.
- Améliorer l'accès des femmes consommatrices de drogues à la prévention des risques sexuels et à un suivi gynécologique.

7.5 Personnes atteintes de maladies chroniques

Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, dont l'évolution peut être émaillée de complications.

Du fait du vieillissement de la population et des progrès de la médecine, la prévalence des maladies chroniques est en constante augmentation et représente un enjeu sanitaire, économique et sociétal majeur. En France, on estime que 15 millions de personnes, soit près de 20 % de la population, sont atteintes de maladies chroniques.

L'intégration de l'éducation thérapeutique dans le parcours de soins est un élément indispensable dans la prise en charge des maladies chroniques. Elle « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

La prévention médicalisée sera considérée en interface avec le SROS.

Les objectifs retenus sont les suivants.

1- Eviter l'apparition de complications des maladies chroniques ou les réduire :

- Sensibiliser les professionnels de santé au diagnostic précoce des maladies rares.
- Améliorer le diagnostic précoce de la Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO).
- Réduire la consommation d'alcool et de tabac, surpoids-obésité et dyslipidémies.
- prévenir la transmission des maladies chroniques liées à un agent infectieux et transmissible
- Analyser le parcours de soins des personnes en situation précaire et atteintes d'une maladie chronique en prenant le diabète de type II comme pathologie traceuse.
- Promouvoir et développer l'éducation thérapeutique (cf. détails dans la partie « maladies chroniques » du document préparatoire analyse par domaine stratégique) :
 - promouvoir et développer l'éducation thérapeutique réalisée majoritairement en ambulatoire en assurant un maillage territorial sur des pathologies prioritaires : diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, insuffisance rénale chronique, VIH-SIDA, obésité, troubles psychiatriques, tout en intégrant des personnes vulnérables y compris la population pénitentiaire,
 - développer l'éducation thérapeutique dans les maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires qui sont en projet.

- favoriser l'intégration des professionnels de santé libéraux au sein de programmes autorisés,
- développer des coopérations et des partenariats pour assurer le maillage territorial,
- sensibiliser et former les médecins libéraux à la démarche éducative.
- faire connaître les programmes autorisés,
- inciter les porteurs de programmes à intégrer les associations de patients (ou patients « experts ») dans leur élaboration et leur mise en œuvre,
- promouvoir l'articulation « programmes d'éducation thérapeutique/ accompagnement des patients réalisé par les associations ».

2- Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques en développant l'éducation thérapeutique, en prévenant ou retardant la perte d'autonomie, en luttant contre l'isolement et la désinsertion sociale et en soutenant les aidants :

- informer les aidants sur la maladie de leur proche.
- soutenir une politique de maintien dans l'emploi.
- accompagner les malades et leur famille.
- prévenir la perte d'autonomie des personnes atteintes de maladies chroniques.
- lutter contre l'isolement et la désinsertion sociale.

3- Expérimenter un modèle territorial d'animation et de coordination du parcours de santé

- Diagnostiquer les besoins et les ressources dans le champ sanitaire et social.
- Constituer une coordination locale de professionnels, articulée avec le niveau de spécialité, de recours et de référence.
- Structurer la prise en charge globale du patient en décrivant le parcours, en proposant un point d'entrée unique pour les patients, les familles et les professionnels (cf. détail dans la partie « maladies chroniques » du document analyse par domaine stratégique).

7.6 Personnes vieillissantes et personnes en situation de handicap

7.6.1 Personnes vieillissantes

Les objectifs proposés visent à promouvoir un vieillissement harmonieux à domicile pour les personnes âgées de 55 ans et plus. Ils concernent l'ensemble des composantes du parcours de vie en prenant en compte des éléments portant sur l'environnement physique des personnes, la qualité de leur lien social, l'évolution de leurs compétences cognitives et leurs comportements.

Améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes en prévenant ou retardant la perte d'autonomie, en luttant contre l'isolement et la désinsertion sociale et en soutenant les aidants.

Préserver les capacités mnésiques en développant les ateliers mémoire

Mieux connaître et prendre en compte les inégalités territoriales de santé

- Sensibiliser les partenaires pour l'amélioration des milieux de vie : aménagement des logements, accessibilité des locaux publics, qualité de vie du quartier, du voisinage (notamment aménagement de l'espace public favorable à la lutte contre la sédentarité).

Réduire les risques de chutes

Eviter l'apparition de complications des maladies chroniques ou les réduire

- Améliorer le dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein.
- Réduire la consommation d'alcool.

Prévenir les risques de sarcopénie, ostéoporose, de malnutrition ou de dénutrition

Les mesures relatives à la **dépression et au suicide** sont prise en compte dans les objectifs concernant la population générale.

Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse

7.6.2 Personnes en situation de handicap

La question de l'accès aux soins, au dépistage et à la prévention est très importante pour ce public. Elle est complexe car les problèmes rencontrés varient fortement en fonction de la nature du handicap et de l'environnement de la personne. Il s'agira donc de s'engager progressivement vers la définition de réponses adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées en ciblant quelques priorités. Les objectifs spécifiques proposés ci après concernent les personnes adultes en situation de handicap. Ils doivent être mis en œuvre en lien avec ceux proposés dans le cadre du schéma régional d'organisation médico-sociale dans une perspective de coordination et d'efficacité.

Développer auprès des personnes en situation de handicap, des actions d'éducation à la sexualité, la contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles et de l'infection à VIH dans les établissements et services médico-sociaux

- Adapter les messages de prévention aux personnes en situation de handicap.
- Inciter le public à se faire dépister en développant l'accompagnement de ces personnes aux dépistages.
- Renforcer les connaissances des personnels éducatifs et d'encadrement sur la prévention et à l'éducation à la sexualité en direction des personnes en situation de handicap.

Augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein des femmes de 50-74 ans accueillies dans les établissements et services médico-sociaux

Améliorer la participation au dépistage organisé du cancer colorectal des hommes et des femmes de 50 à 74 ans accueillis dans les établissements et services médico-sociaux

- Former les professionnels de santé aux spécificités du handicap :
 - adapter les consultations,
 - accueil et écoute des publics.
- Former des personnes relais au dépistage des cancers :
 - identifier une personne référente au sein de la structure d'accueil ou d'hébergement accueillant des personnes en situation de handicap,
 - renforcer les connaissances des personnes relais sur les modalités d'accès au dépistage organisé des cancers.

Former les professionnels de santé, notamment les médecins (plus spécifiquement généralistes, ophtalmologues, gynécologues, radiologues, etc.) et les chirurgiens dentistes aux spécificités du handicap

- Adaptation des consultations, accueil et écoute du public en situation du handicap.

8. Une stratégie associant actions en population générale et mesures ciblées

8.1 Des programmes ou plans d'action populationnels

Ce nombre important d'objectifs pourrait faire redouter une extrême complexité. Un examen plus attentif met en évidence la récurrence de plusieurs d'entre eux autour de problèmes identiques avec en corollaire des actions visant leurs déterminants les plus immédiats :

- Prévention du tabagisme-accès au sevrage tabagique, alcool, addictions, réduction des risques
- Nutrition, activité physique
- Accès aux dépistages (cancers, VIH, hépatites, diabète,...)
- Santé bucco-dentaire
- Suicide, souffrance psychique
- Vaccinations
- Développement des compétences psycho-sociales
- Sexualité/contraception
- Logement insalubre.

Plusieurs objectifs portent par ailleurs sur la mise en œuvre et l'organisation des actions. Il s'agit :

- soit de la définition sur les territoires les plus vulnérables de politiques locales de santé et de leur animation et coordination dans le cadre d'une démarche territoriale de promotion de la santé concernant de manière transversale le champ de la prévention, des soins et de l'accompagnement médico-social, associant la population et prenant en compte l'ensemble des déterminants notamment environnementaux (qualité de l'air, logement...)
- soit de l'organisation de l'offre (notamment couverture territoriale) ou du parcours d'accès aux soins et de continuité des soins (réseaux santé précarité, organisation de l'offre de prévention à l'égard des addictions, suivi des femmes enceintes vulnérables, réseaux petite enfance...).

Pour le volet PPS du Schéma régional de prévention, les propositions peuvent donc être faites sous deux formes bien distinctes, intégrant par ailleurs les orientations du PRSE 2 :

- **six programmes ou plans d'action populationnels :**
 - Population générale,
 - Femmes enceintes, parents et petite enfance,
 - Enfants, adolescents, jeunes,
 - PRAPS (personnes précaires, vulnérables et personnes sans chez soi),
 - Personnes atteintes de maladies chroniques,
 - Personnes vieillissantes et personnes en situation de handicap ;
- une prise en compte des préconisations du schéma **à l'échelle des départements** en distinguant **trois niveaux** :
 - les dispositifs à créer et à étendre,
 - la mise en œuvre et l'animation de démarches territoriales de promotion de la santé devant aboutir à la définition de programmes territoriaux de santé,
 - le développement d'actions de prévention selon les définitions et principes énoncés par le schéma, en visant en priorité les territoires et publics particulièrement vulnérables (cf. objectifs par territoires en annexe 13). Pour la plupart des thématiques mentionnées ci-dessus, les actions devront être développées en référence aux bonnes pratiques. Lorsqu'il n'existe pas de modalités probantes, des expérimentations seront d'abord nécessaires.

Ainsi, en développant ces programmes et ces mesures, la stratégie retenue pour réduire les inégalités de santé (cf. annexe 14) associerait de manière complémentaire :

- des actions développées pour l'ensemble de la population (prise en compte du gradient social),
- des actions visant les personnes les plus vulnérables (vulnérabilité socio-économique, personnes migrantes, détenus et sortants de détention,...),
- une démarche territoriale de promotion de la santé sur les territoires les plus vulnérables socialement et/ou au regard de leur environnement permettant la prise en compte de la dimension territoriale des inégalités de santé (cf. critères de qualité inégalités de santé et animation territoriale dans le document préparatoire).

8.2 Quatre axes à conjuguer

La mise en œuvre du schéma devra conjuguer quatre axes complémentaires, en leur affectant des moyens appelés à évoluer au fil des cinq années à venir :

- **Améliorer la connaissance**

Pour chacun des plans d'action comme pour le PRAPS, des objectifs visant à améliorer les connaissances sont proposés, soit pour mieux analyser l'état de santé des publics visés, soit en terme méthodologique.

- **Développer les politiques territoriales**

Actuellement, le développement de ces politiques s'appuie essentiellement sur le dispositif des ateliers santé ville (ASV), déployé sur les territoires en contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) et dont le financement ne relève pas de l'ARS. Des moyens complémentaires devront donc être affectés à cet axe, d'abord pour financer l'ingénierie locale nécessaire à la définition de programmes territoriaux de santé et à leur coordination, puis pour financer les actions nécessaires, en étroite articulation avec les institutions compétentes.

- **Soutenir la mise en œuvre des programmes**

Ce soutien passera par des appels à projets, avec une attention particulière à la structuration des actions, dans leur déploiement local (coordination avec d'autres acteurs, pertinence par rapport à la situation du territoire,...), mais aussi dans leur construction (priorité à des programmes déclinant des actions par niveau). Les actions devront s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques et prévoir des modalités d'évaluation précises sans que ceci prenne un caractère trop exclusif, car, dans le champ de la promotion de la santé, la multiplicité des déterminants rend les processus d'évaluation très complexes.

- **Recourir à l'innovation**

Cette approche permet d'associer dans le cadre de recherches-actions des opérateurs de terrain à des équipes de recherche. Elle vise à définir des réponses à des besoins pour lesquels aucune action probante n'est clairement identifiée ou à l'égard desquels les dispositifs existants sont peu ou pas opérants.

Plus largement, l'objectif poursuivi est de contribuer à améliorer la pertinence et la qualité des actions de promotion de la santé et de prévention développées dans la région (réponse aux besoins, méthodologie, évaluation,...).

9. Rechercher l'efficience

Le plan stratégique régional de santé

Un des domaines stratégiques identifiés du PSRS porte sur l'efficience et la qualité du système de santé.

L'enjeu est de rendre plus lisibles les modalités d'accès et de prise en charge de la population dans le double objectif de simplifier le parcours des personnes et d'éviter les surcoûts financiers.

La mise en œuvre de l'évaluation économique dans le secteur de la santé, c'est-à-dire la recherche de l'efficience vise à éviter les « pertes de chance » pour la population. C'est en cela qu'elle constitue un outil au service d'une "éthique" des choix publics.

La prévention : un très bon investissement

L'objectif de la prévention n'est pas de réduire les dépenses de santé, néanmoins elle y contribue en promouvant des comportements de responsabilisation et en développant des programmes de prévention ayant un impact sur la prévalence de certaines pathologies.

En outre, la prévention possède un remarquable rapport coût/efficacité : par ses effets en amont sur les conduites à risques, l'argent investi en prévention est dix à cent fois plus productif d'effets bénéfiques sur la santé que la même somme affectée au dépistage ou au soin.

A titre d'illustration, un des effets à moyen et long terme de l'éducation thérapeutique en matière d'économie est également attesté par des études coût/bénéfice réalisées pour différentes pathologies (diabète, asthme...).

Un schéma régional pour améliorer l'offre de prévention

Le schéma régional de prévention doit permettre :

- de développer une **approche intersectorielle, interministérielle et partenariale** de la promotion de la santé en capacité d'agir avec efficacité (et efficience) sur les déterminants environnementaux, sociaux et comportementaux de la santé,
- d'améliorer **la qualité des interventions** et d'identifier les métiers et les **formations** nécessaires à une meilleure efficacité et efficience des actions de promotion de la santé et de prévention dans la région,
- d'améliorer la qualité et l'efficience des actions par une **professionnalisation** du travail de prévention et une meilleure **articulation avec les autres schémas et politiques** portées par l'Etat, l'Assurance Maladie ou les collectivités,
- d'ancrer une démarche de santé publique intégrée allant de la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social sans oublier l'enjeu de la sécurité sanitaire.

Financer les actions les plus pertinentes

Les membres du groupe technique réuni pour contribuer à la rédaction du volet prévention promotion de la santé du schéma régional de prévention ont fait part avec force de la nécessité de faire bénéficier la politique régionale de prévention des moyens nécessaires.

Les choix en matière d'actions de prévention devront faire appel à une appréciation de la rentabilité sociale, c'est-à-dire du bénéfice que les actions procurent à la collectivité par rapport au coût engagé. La démarche devra demeurer pragmatique, tout en affichant d'emblée une démarche évaluative intégrée des actions.

Il faut s'assurer de la pertinence des projets proposés au regard des besoins jugés prioritaires et apprécier le degré d'adéquation entre les objectifs et les moyens mis en œuvre.

Il faudra aussi analyser les ressources employées et les confronter aux résultats de l'action.

De nouvelles organisations

A ce titre, l'ARS encourage les mutualisations et les complémentarités dans un souci de rationalisation des coûts, de partage des expériences et des bonnes pratiques. Elle sera particulièrement attentive, notamment dans l'élaboration des cahiers des charges visant à déterminer les appels à projets, à la fédération d'actions et de projets.

L'ARS prendra également en compte la logique d'efficacité dans ses critères d'analyse des projets.

Par ailleurs, il est impératif pour permettre un développement de la prévention de sortir d'une gestion à court terme, pénalisante tant sur le plan de l'efficacité que pour l'évaluation des actions.

Pour que l'impact des résultats des actions puisse être mesuré, il est nécessaire de s'inscrire dans la durée, ce que ne permet pas le financement annuel des projets.

C'est pourquoi, l'établissement ou la confirmation de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour des actions ou structures, pourrait être envisagé dans certains cas avec :

- une base d'activités pour trois ans en adéquation avec des axes prioritaires de la politique régionale de santé,
- une convention glissante permettant le maintien d'une constante visibilité pluriannuelle à partir d'évaluations annuelles et l'affichage de la durée et de l'avancement des programmes,
- des objectifs progressifs quantifiables sur trois ans avec un accroissement du niveau d'exigence.

Des critères de sélection des structures ou projets pouvant faire l'objet d'un CPOM devront préalablement être définis par l'ARS, en concertation avec ses partenaires.

10. Conclusion

Le schéma régional de prévention fait de la réduction des inégalités de santé l'enjeu majeur de la politique à mettre en œuvre pour les cinq prochaines années. Il associe des objectifs visant à améliorer la santé de l'ensemble de la population régionale à une approche plus sélective avec des objectifs spécifiques à des publics ou à des territoires.

Plusieurs conditions sont nécessaires pour espérer réussir :

- Engager les institutions partenaires dans la déclinaison du schéma.
La prise en compte des différents déterminants de santé rend indispensable une approche intersectorielle. Cela suppose une formalisation des engagements de chacun, dans un dispositif de conventions et un partage du pilotage et de l'animation des programmes à mettre en œuvre, selon les publics concernés.
- Définir des programmes territoriaux de santé appropriés aux besoins.
L'ARS doit à la fois assurer un accompagnement de l'animation au plan local, prévoir les financements nécessaires aux actions et préparer avec les collectivités locales concernées les termes des contrats locaux de santé correspondants. La participation de la population des territoires visés est indispensable.
- Envisager une période de transition entre des actions relativement ponctuelles et des programmes de prévention structurés articulant niveaux d'intervention et acteurs par thématiques (addictions, sexualité, ...), par territoires et/ou par publics (petite enfance, personnes en grande vulnérabilité sociale,...).
Cette période demandera du temps car des expérimentations et un accompagnement méthodologique seront nécessaires pour parvenir à structurer les interventions appropriées, dans un programme agissant à plusieurs niveaux.
- Mobiliser et impliquer la population, les associations de personnes malades et d'utilisateurs du système de santé.
Ces associations constituent d'importants relais potentiels de nombreuses actions prévues par le schéma ; leur rôle peut être majeur dans un contexte financier contraint.
- Mobiliser les professionnels libéraux, les établissements de santé et médico-sociaux pour ce qui les concerne, en veillant à la transversalité avec les autres schémas.
L'ensemble des professionnels de santé est concerné par la mise en œuvre du schéma régional de prévention, qu'il s'agisse de leurs missions intrinsèques, mais aussi, pour les établissements, de la ressource territoriale en santé qu'ils constituent, spécialement en zone rurale.
- Recourir à l'innovation.
En l'absence de modalités probantes d'intervention, le soutien à des actions innovantes, dans une démarche de recherche-action associant acteurs de terrain et équipes de recherche sera indispensable
- Disposer des moyens financiers nécessaires.
A moyen terme, le transfert, même d'une très faible partie des crédits affectés aux établissements et services de santé et médico-sociaux, accroîtrait considérablement les capacités d'actions dans le champ de la prévention. D'ores et déjà, les CPOM et projets d'établissement de ces structures devront intégrer certains des objectifs du schéma régional de prévention.

La dernière étape de la construction du Projet Régional de Santé s'ouvre maintenant avec la définition des programmes opérationnels et des plans d'action. Elle devra associer les différents partenaires concernés et organiser les collaborations indispensables dans un cadre conventionnel approprié.

Si certaines des actions prévues relèvent directement de l'ARS, la plupart nécessitent en effet une mise en œuvre associant différents partenaires institutionnels.

Le schéma régional de prévention n'est donc pas une politique de prévention spécifique à la seule ARS, mais une proposition pour une politique régionale partagée de prévention. Cette politique concerne non seulement tous les acteurs du système de santé mais doit traverser également l'ensemble des politiques publiques.

Ont participé à l'élaboration du schéma :

Equipe de Rédaction :

Laurence Clément, Dr Gérard Coruble, Dr Alain Ferrero, Ludovique Loquet, Danielle Marquis, Dr Martine Sciortino, avec le précieux concours de Nicole Miroglio, d'Antony Tartonne, de Nancy Gouabeau et des pilotes des programmes du PRSP : Lucie Bacchioni, Zahia Bédrani, Dr Cécile Lucas, Hervé Meur, Dr Jasmine Moretti et Christophe Tonner.

Equipe projet du SRP

Membres de l'Agence Régionale de Santé (ARS) :

Jean-Jacques Coiplet, Directeur Direction Santé Publique et Environnementale (DSPE)
Marie-Christine Savaill, Directrice adjointe DSPE
Philippe Alesandrini, Responsable Département Santé Environnement DSPE
Dr Francis Charlet, Responsable Département Veille et Sécurité Sanitaire DSPE
Dr Philippe Malfait, Responsable de la CIRE Sud-Est
Florian Franke, CIRE Sud-Est
Dr Hugues Riff, Directeur Adjoint Patient, Offre de Soins et Autonomie (POSA)
Emmanuel Debernieres, Directeur Adjoint Direction de la Stratégie et de la Prospective (DSP)
Marie-Cécile Marcellesi, Chargée de mission Cohésion Sociale-Précarité (POSA)
Dr Hélène Lansade (DSP)
Nathalie Molas-Gali, Représentant la Délégation territoriale 13
Karine Hadji, Représentant la Délégation territoriale 13

Partenaires :

Dr Philippe Barraize, Ville de Marseille
Dr Jacques Collomb, Conseil Général des Bouches du Rhône
Dr Fabien Josseran, Conseil Général des Alpes-Maritimes
Corinne Scandura, représentant la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS)
Dr Pierre Taudou, Médecin conseiller du Recteur de l'Académie d'Aix-Marseille
Joëlle Durant, Infirmière Conseillère Technique du Recteur de l'Académie d'Aix-Marseille
Hélène Portal, représentant la Direction Régionale de l'Agriculture de l'Alimentation et de la Forêt (DRAAF)
Yohan Pamelle, Direction Régionale de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement (DREAL)
Pierre-Yves Duthilleul, Coordonnateur des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
Jacques Politano, Directeur régional de la Mutualité Sociale Agricole PACA
Hélène Dutour, représentant le Régime Social des Indépendants (RSI)
Zeina Mansour, Directrice du Comité Régional d'Education pour la Santé PACA

Groupe technique volet Prévention Promotion de la Santé et Santé environnementale

Pr Christian Pradier, Département santé publique du CHU de Nice
Dr Patricia Enel, Présidente du COREVIH ouest
Dr Christiane Giraud, Représentante URML
Nathalie Merle, Directrice du CODES 13
Agnès Gillino, CASO Médecins du monde Nice
Dr Jacques Collomb, Directeur de la PMI et de la Santé Conseil général 13
Dr Françoise Bevançon, Chef du service de PMI Conseil général 06
Fabienne Szkutnicki, Infirmière de l'Education Nationale Lycée Général et Technologique du Rempart
Pierre Aplincourt, Représentant de l'Union Régionale de Sud-Est pour la Sauvegarde de la Vie, de la Nature et de l'Environnement (URVN-PACA)
Marie-Dominique Harmel, Directrice de la structure de dépistage des cancers ISIS 83
Etienne Zurbach, Dispositif d'appui Drogues et Dépendances PACA
Lisa Tichané, Directrice du Mouvement Français pour le Planning Familial 13
Renaud Dramais, Directeur du Collectif Actions des Sans Abri (Avignon)
Céline Gomez, Directrice générale de l'Université du Citoyen

Michel Lecarpentier, Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS)
Sarah Vernier, CRES au titre de l'animation régionale des Ateliers Santé Ville
Géraldine Meyer, Représentante URIOPSS
Hervé Terrien, Ingénieur au département santé environnement DSPE – ARS
Dr Garlone Roux Rousset-Rouvière, représentant la MSA
Karin Delrieu, représentant la Mutualité Française
Pierre-Yves Duthilleul, Coordonnateur des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
Lucie Bacchioni, Pilote de programmes PRSP
Zahia Bédrani, Pilote de programmes PRSP
Dr Cécile Lucas, Pilote de programmes PRSP
Hervé Meur, Pilote de programmes PRSP
Dr Jasmine Moretti, Pilote de programmes PRSP
Christophe Tonner, Pilote de programmes PRSP
Nathalie Molas-Gali, Délégation territoriale 13 ARS
Brigitte Moissonnier, Délégation territoriale 13 ARS
Martine Boyer, Service de PMI - Conseil général 13
Florence Lardillon, Université du citoyen
Fabrice Amaudruz, Université du citoyen
Dr Hélène Lansade, Chef de projet transversal Addictions DSP – ARS
Marie-Cécile Marcellesi, Chef de projet transversal Inégalités de santé POSA – ARS
Dr Geneviève Védrières, Chef de projet transversal Périnatalité petite enfance POSA – ARS
Dr Anne Brusquet, Chef de projet transversal Santé mentale POSA – ARS
Florence Bonnabel, Chef de projet transversal Vieillesse POSA – ARS

Les membres des groupes de travail

Education thérapeutique
Comité technique régional « maladies chroniques »
Périnatalité Petite enfance
Recherche et Développement en Santé Publique
Infection à VIH - Sida

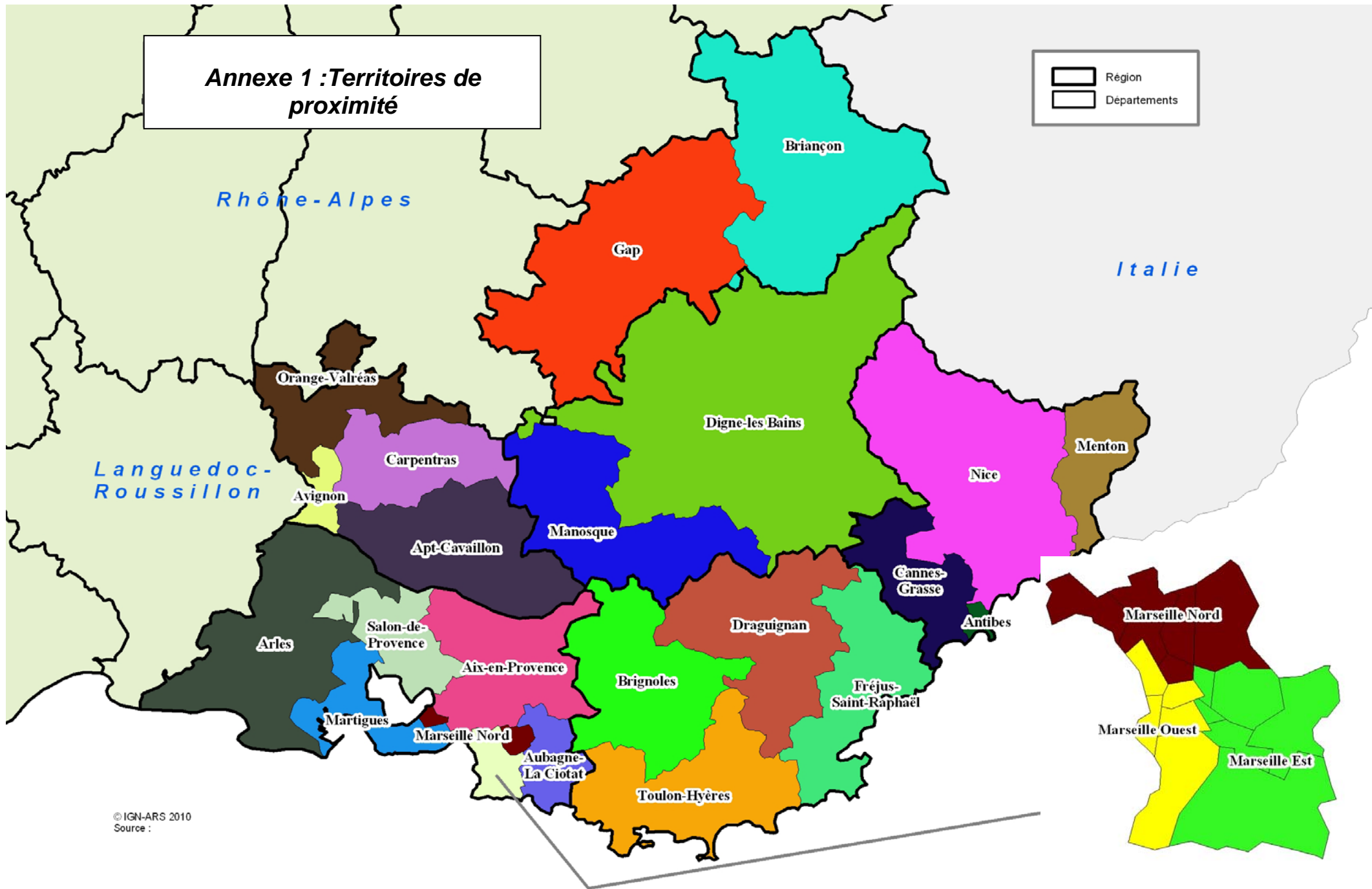
Liste des annexes

N° Annexe	Renvoi à la page du document	Titre de l'annexe	
1	Page 4	Carte des territoires de proximité	Page 46
2	Page 4	Définitions	Page 47 à 48
3	Page 7	Identification des territoires socialement vulnérables	Page 49 à 62
4	Page 8	Premier décile des communes présentant les plus forts taux de pauvreté infantile – 2009	Page 63 à 66
5	Page 8	Données et carte de la répartition des bénéficiaires de la CMUC	Page 65
6	Page 9	Cartographie des sites de la Politique de la Ville en PACA	Page 66
7	Page 12	Affections de longue durée par cantons regroupés	Pages 67 à 68
8	Page 16	Habitat et santé	Page 69
9	Page 17	Définitions des dispositifs de prévention	Pages 70 à 78
10	Page 20	Analyse des actions du PRSP évaluées en 2007/2008/2009	Pages 79 à 82
11	Page 22	Tableau des objectifs par publics	Pages 83 à 91
12	Page 22	Répartition des objectifs selon les objectifs du PSRS	Pages 92 à 119
13	Page 30	Répartition des objectifs par territoires	Pages 120 à 158
14	Page 30	Stratégie proposée pour réduire les inégalités de santé	Pages 159 à 160

Annexe 1 : Territoires de proximité

Legend:

- Region (Région)
- Departments (Départements)



© IGN-ARS 2010
Source :

ANNEXE 2

Définitions

Promotion de la santé

Outre les actions destinées à renforcer la capacité de chacun (la cible est l'ensemble de la population) à agir dans un sens favorable à sa santé et à celle des autres, la promotion de la santé comprend un ensemble d'activités à portée sociale, économique et politique. Ces activités visent à :

- renforcer les capacités de chacun à agir dans un sens favorable à sa santé et à celle des autres,
- faire évoluer le contexte social, politique, économique, et les conditions de vie des personnes, dans un sens favorable à leur santé,
- donner aux personnes et aux groupes des moyens pour agir sur les déterminants de leur santé, c'est-à-dire tous les facteurs qui ont un impact sur leur santé et celle de leurs proches.

Les déterminants sur lesquels on peut agir sont de plusieurs ordres :

- déterminants environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail...)
- déterminants sociaux (niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics...) et économiques (niveau de revenu, statut sur le plan de l'emploi...)
- les ressources personnelles et les comportements favorables à la santé,
- déterminants liés au système de santé (accès aux soins, qualité et sécurité des soins, accès au progrès technique).

Il s'agit donc d'une approche écologique et systémique qui vise à agir sur la qualité et les conditions de vie, de travail, sur l'accès aux produits (ex : alimentation saine), aux infrastructures et aux services essentiels.

La prévention

La définition de la prévention retenue dans le schéma prend en compte son évolution récente, d'une approche centrée sur la maladie, en amont ou en aval de celle-ci, à une approche centrée sur la participation des personnes²².

La prévention est ainsi « l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie, mais c'est aussi tout ce que fait un individu ou un groupe, informé et responsabilisé, en faveur du maintien ou de l'amélioration de sa santé ». Elle se décompose alors en trois niveaux :

- prévention universelle : c'est l'éducation pour la santé
- prévention orientée : c'est le champ classique de la prévention des maladies
- prévention ciblée qui s'adresse aux malades et qui correspond pour l'essentiel à l'éducation thérapeutique.

L'éducation pour la santé

Elle comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes.

Elle s'attache à développer :

- la démocratie participative et l'action communautaire, en prenant appui sur les demandes et représentations des publics auxquels elle s'adresse, en définissant avec ces publics les objectifs de ses interventions, en utilisant des méthodes favorisant la participation et l'« *empowerment* ».
- les aptitudes personnelles et collectives, en accompagnant les publics dans la proximité et la durée, et en installant des situations pédagogiques laissant une place aux individus et aux groupes dans la construction et l'appropriation des savoirs et compétences.

²² San Marco JL, Ferron C. fiche 2 La prévention in Bourdillon F. (sous la direction de). Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2009 : 192 p.

La prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques

Elle correspond à la **prévention orientée**, destinée aux divers sous-groupes, en fonction de leurs risques spécifiques, qu'existent ou non des facteurs de risque.

Elle repose sur des mesures extérieures et sur l'apprentissage de chacun à la gestion de ses propres risques.

Elle fait souvent appel à des interventions relevant des acteurs du soin.

La prévention au bénéfice des patients ou de leur entourage

C'est la prévention ciblée.

Les actions prennent en compte la sécurité des patients, la qualité des soins, l'éducation thérapeutique, la réadaptation et la réinsertion par :

- le traitement rationnel des événements indésirables associés aux soins (événements indésirables graves et infections associées aux soins) mettant en jeu la sécurité des patients ou pouvant représenter une menace de santé publique (épidémies locorégionales) afin de mettre fin à la menace immédiate et d'anticiper leur reproduction (analyse des causes) ;
- l'adaptation et l'amélioration des pratiques professionnelles qui consistent à rechercher le mode d'intervention efficace le moins agressif possible, afin d'en limiter les conséquences négatives ;
- un renforcement de l'autonomie des patients atteints de maladies chroniques, notamment par l'éducation thérapeutique, afin de retarder la survenue de pathologies secondaires entraînant des limitations fonctionnelles et une dégradation de la qualité de vie ;
- une organisation du système de santé adaptée à l'approche de la personne âgée, contribuant à préserver les capacités d'autonomie des personnes vieillissantes et à prévenir les rechutes ;
- une préparation du retour au domicile, en organisant le parcours de soins pour une récupération adaptée de l'autonomie, prévenant ainsi des rechutes par défaut de consolidation de l'état de santé, notamment chez la personne âgée.
- en cas de dépendance permanente, une prise en charge adaptée pour l'accomplissement des gestes de la vie courante et le maintien d'une certaine qualité de vie (une dépendance non accompagnée ne peut pas contribuer à stabiliser un état de santé déficient.)

Le lien de cette partie du schéma avec les autres schémas sectoriels (SROMS et SROS) de même qu'avec le volet VAGUSAN du SRP est évident.

ANNEXE 3

Identification des territoires socialement vulnérables

Neuf indicateurs sociaux ont été retenus pour identifier des territoires²³ prioritaires au regard d'une pauvreté ou d'une vulnérabilité sociale particulièrement prégnante :

- Quatre indicateurs portant sur le niveau de ressources :
 - % de Bénéficiaires de la CMUC (régime général) en 2010 (source SIRSé PACA)
 - revenu fiscal médian (par Unité de consommation) en 2007 (source SIRSé PACA)
 - rapport interdécile des revenus (D9/D1) en 2007 (source SIRSé PACA)
 - Nombre de personnes couvertes au 31/12/2007 par des allocations (CAF) à bas revenus pour 100 habitants de moins de 65 ans (Source DRASS, Corinthe (CAF) INSEE, Projection OMPHALE - Traitement DRASS 2007)
- Cinq indicateurs correspondant à des situations de vulnérabilité sociale particulière :
 - proportion de familles monoparentale en 2007 (source SIRSé PACA)
 - part des personnes sans diplôme en 2007 (source SIRSé PACA)
 - part de la population de nationalité étrangère en 2007 (source SIRSé PACA)
 - demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM) cat 1 < 25 ANS au 31/12/2009 (source SIRSé PACA)
 - DEFM cat 1 >50 ans au 31/12/2009 (source SIRSé PACA)

Un classement des territoires a été effectué pour chaque indicateur (du plus favorable au plus défavorable) et les rangs obtenus ont été additionnés, en pondérant de 50% la part de la population de nationalité étrangère dans la mesure où celles-ci, dans notre région, ne sont pas toutes nécessairement dans une situation de grande précarité.

Les dix territoires cumulant les plus mauvais classements sont :

Avignon, Carpentras, Marseille, Arles, Orange-Valréas, Cavaillon, Apt, Toulon-Hyères, Martigues et Nice (Cf. tableau pages 7 et 8).

Cette analyse peut être précisée à un niveau plus fin, celui des cantons regroupés²⁴, mais pour certaines de ces données seulement car toutes les données utilisées ci-dessus ne sont pas disponibles à cette échelle (manquent revenu fiscal médian, rapport interdécile des revenus, personnes couvertes par des allocations (CAF) à bas revenus et demandeurs d'emploi fin de mois).

Il a été retenu les taux de bénéficiaires de la CMUC et de personnes sans diplôme pour repérer les cantons les plus vulnérables²⁵ ; les 35 cantons regroupés les plus mal classés pour ces indicateurs se répartissent ainsi :

- Alpes de Haute-Provence : les Mées, Riez et Manosque,
- Hautes-Alpes : Rosans,
- Alpes-Maritimes : Nice, Tende et Breil sur Roya,
- Bouches-du-Rhône : Tarascon, Port-St Louis du Rhône, Marseille, Arles, Marignane, Martigues, Vitrolles, Salon de Provence, Saintes-Maries-de-la-Mer, Chateaufort, Orgon, Istres, Aubagne,
- Var : Toulon, Brignoles, La Seyne sur Mer, Le Luc, Fréjus
- Vaucluse : Avignon, Valréas, Bollène, Cavaillon, Bédarrides, Orange, Apt, Carpentras, Beaumes de Venise, Sault.

²³ NB : Les données disponibles au moment de la rédaction du schéma correspondant à l'ancien découpage en territoires de proximité. Ces données devront être actualisées dès que la mise à jour de SIRSé PACA intégrera le nouveau découpage territorial en EOP.

²⁴ Dans les agglomérations urbaines, chaque canton comprend en général une partie de la commune principale et éventuellement une ou plusieurs communes périphériques. Dans ce cas, l'Insee considère la commune principale, entière, comme un pseudo-canton unique et distinct. Pour la ou les communes périphériques, le pseudo-canton considéré est alors identique au vrai canton amputé de la fraction de la commune principale que comprend le vrai canton. **Les pseudo-cantons regroupés** sont quant à eux le groupement de ces pseudo-cantons correspondant à une fraction cantonale avec le pseudo-canton formé par la ville voisine.

²⁵ afin de vérifier l'existence d'un lien entre ces deux variables, un coefficient de corrélation des rangs de Spearman a été calculé, il est hautement significatif. L'existence de cette corrélation n'implique pas de lien de causalité entre ces deux variables, mais une répartition territoriale qui n'est pas aléatoire.

Territoire de proximité	Part des assurés de moins de 65 ans bénéficiaires de la CMUC (rég. gén.) en 2010	rang	Personnes couvertes par des allocataires à bas revenus	rang	Revenu fiscal médian en 2007	rang	Rapport interdécile des revenus en 2007	rang	Total des rangs	Part de DEFM cat. A âgés de moins de 25 ans au 31/12/2009	rang	Part de DEFM cat. A âgés de 50 ans ou plus au 31/12/2009	rang	Part de familles monoparentales en 2007	rang	Part de la population de nationalité étrangère en 2007	rang avec pondération de 0,5	Part de personnes sans diplôme en 2007	rang	Total des rangs	Total général
Briançon	2,10	1	12,6	2	16522	14	4,12	1	18	17,23	6	15,28	5	21,76	8	3,51	2	14,52	3	24	42
Gap	4,63	6	13,3	6	16942	11	4,42	2	25	19,33	18	16,97	11	20,76	5	2,6	1	14,44	2	37	62
Aix	5,49	10	12,6	3	19696	1	5,48	12	26	18,08	12	15,56	6	22,61	13	3,89	4	16,04	4	39	65
Embrun	3,38	2	13,4	7	16116	17	4,47	3	29	17,24	7	18,25	19	22	9	2,85	1,5	14,3	1	37,5	66,5
Aubagne-La Ciotat	5,38	8	13,1	5	18892	3	4,89	5	21	18,91	15	15,03	3	23,34	14	2,37	0,5	18,35	14	46,5	67,5
Antibes	3,71	4	13,0	4	19667	2	5,81	16	26	15,6	3	17,87	14	24,38	19	9,53	12	16,73	6	54	80
Menton	4,20	5	12,4	1	18474	5	4,84	4	15	14,33	1	17,35	12	24,65	21	12,38	12,5	21,36	19	65,5	80,5
Salon	6,05	11	15,0	8	17662	7	5,02	9	35	19,6	22	16,58	8	20,56	4	4,35	6	20,49	16	56	91
Brignoles	6,84	15	15,5	12	16862	12	4,93	6	45	19,59	21	17,87	15	18,63	1	3,52	2,5	17,22	7	46,5	91,5
Cannes-Grasse	3,69	3	15,2	9	18765	4	5,88	18	34	15,87	5	18,44	20	24,52	20	8,28	11	17,41	8	64	98
Sisteron	5,45	9	15,3	10	15769	22	4,93	7	48	18,46	13	20,31	25	20,44	3	3,6	3	17,86	10	54	102
Fréjus-St Raphaël	4,77	7	15,3	11	18163	6	5,59	14	38	17,75	10	18,76	22	23,87	16	7,44	9	18,05	12	69	107
Manosque	6,63	12	18,4	22	16367	15	5,33	11	60	17,64	9	18,1	18	22,18	10	4,01	4,5	18,14	13	54,5	114,5
Digne	6,79	14	15,9	14	16258	16	5,16	10	54	17,95	11	18,76	23	24,13	18	4,05	5	16,27	5	62	116
Draguignan	7,73	20	17,6	17	16627	13	5,54	13	63	19,25	17	17,59	13	21,24	6	6,01	7	17,93	11	54	117
Nice	6,98	17	17,7	18	17644	8	6,87	23	66	15,84	4	16,73	10	26,84	22	9,08	11,5	18,79	15	62,5	128,5
Martigues	9,48	22	18,7	23	17150	10	5,01	8	63	20,57	24	15,14	4	23,72	15	4,16	5,5	20,54	17	65,5	128,5
Toulon-Hyères	10,24	23	17,7	19	17488	9	6,09	20	71	19,39	20	16,64	9	26,94	23	3,83	3,5	17,77	9	64,5	135,5

Apt	7,28	18	18,2	21	15980	18	5,76	15	72	17,4	8	18,81	24	22,29	11	7,39	8,5	20,99	18	69,5	141,5
Cavaillon	6,74	13	16,3	15	15942	19	6,03	19	66	19,34	19	17,98	17	23,98	17	6,06	7,5	23,15	20	80,5	146,5
Orange-Valréas	7,67	19	18,0	20	15315	25	5,86	17	81	21,16	25	16,4	7	19,95	2	7,6	9,5	25,02	23	66,5	147,5
Arles	8,3	21	17,3	16	15881	20	6,2	21	78	18,69	14	17,97	16	22,44	12	5,76	6,5	25,08	25	73,5	151,5
Marseille	17,64	25	28,4	25	15880	21	12,21	25	96	15,54	2	14,24	1	31,46	25	7,16	8	24,33	22	58	154
Carpentras	6,86	16	15,8	13	15331	24	6,45	22	75	20,5	23	18,5	21	21,68	7	7,65	10	23,38	21	82	157
Avignon	12,06	24	23,6	24	15618	23	6,99	24	95	19,09	16	14,76	2	27,05	24	7,82	10,5	25,05	24	76,5	171,5

(légende : cellules en rose : classement dans les cinq territoires les plus défavorables pour l'indicateur indiqué)

Identification des territoires présentant une forte mortalité prématurée

L'analyse de la mortalité prématurée a été effectuée par cantons regroupés et par territoires de proximité.

→ Au niveau des territoires de proximité, il est possible de faire une analyse par genre.

Pour les hommes, pour la période 2000-2004, **le territoire de Marseille** est le seul de la région à présenter une **surmortalité prématurée significative** par rapport à la France (+ 4%).

Par ailleurs, les territoires de Briançon, Manosque, Digne, Toulon et Draguignan se situent au-dessus du taux observé en France métropolitaine (293,3 décès prématurés/100 000).

Les territoires de Gap, Menton, Nice, Antibes, Carpentras, Aix en Provence, Aubagne-La Ciotat et Martigues sont en sous-mortalité significative par rapport à la France.

Pour la même période, seul le **territoire de Draguignan** présente une **surmortalité évitable significative** pour les hommes par rapport à la France (+ 12%).

Les territoires de Martigues, Cavaillon, Embrun, Arles et Briançon présentent une proportion plus forte de décès prématurés chez les hommes (sex ratio allant de 2,31 à 2,50 vs sex ratio moyen de 2,11 pour PACA).

Pour les femmes, pour cette période, aucun territoire ne présente une surmortalité significative par rapport à la France. Les territoires de Draguignan, Digne, Salon de Provence, Brignoles, Cannes-Grasse, Manosque, Marseille, Toulon, Orange-Valréas et Nice se situent au-dessus du taux métropolitain (128,9 décès prématurés/100 000).

Les territoires d'Aix en Provence et Menton sont en sous-mortalité significative par rapport à la France.

Les territoires de Cannes-Grasse et Nice sont caractérisés par une proportion plus marquée de décès prématurés chez les femmes (sex-ratio d'environ 1,93), ce que l'on peut sans doute mettre en lien avec, notamment, une surmortalité féminine par cancer du poumon et du larynx dans ces territoires et plus largement dans l'Est de la région.

→ L'analyse des indicateurs à l'échelle des cantons regroupés apporte un éclairage complémentaire précieux sans toutefois permettre une analyse à l'échelle des arrondissements de Marseille ou des quartiers des plus grandes villes de la région²⁶.

Compte tenu de cette restriction, à cette échelle, pour la mortalité prématurée (période 2001-2007 – source FNORS), ce sont les cantons ruraux en particulier alpins qui se distinguent majoritairement par des taux comparatifs de mortalité élevés (8 cantons dans les Alpes de haute Provence, 10 dans les Hautes-Alpes, 3 dans les Alpes-Maritimes, 5 dans le Var et 1 dans le Vaucluse figurent parmi les 35 cantons aux taux les plus élevés); mettant ainsi sans doute en évidence des inégalités territoriales de santé liés au moins en partie à un accès aux soins ou à la prévention plus malaisé. Mais certaines villes (Cannes, Port-Saint-Louis du Rhône, Le Luc, La Seyne-sur-Mer, Toulon, Tarascon et Sisteron) sont également mal classées pour cet indicateur.

²⁶ Cette restriction est évidemment très gênante car elle ne permet pas de dégager les spécificités de certains territoires infra-urbains.

Les 35 cantons ayant le plus fort taux de mortalité prématurée pour la période 2001-2007

Dépt.	Canton regroupé	Taux comparatif de mortalité prématurée - 2001-2007	rang	Taux comparatif de mortalité prématurée - 1991-1997	rang
06	Tende	506,95	1	381,8	3
04	Saint-André-les-Alpes	363,34	2	169,13	150
13	Saintes-Maries-de-la-Mer	350,5	3	380,89	4
05	Aiguilles	336,35	4	403,04	2
05	Aspres-sur-Buëch	331,68	5	241,46	84
13	Port-Saint-Louis-du-Rhône	326,03	6	291,93	17
05	Serres	311,32	7	208,62	140
05	La Grave	310,54	8	372,35	5
04	Entrevaux	298,67	9	234,99	94
05	Ribiers	284,02	10	223,46	117
84	Sault	281,98	11	269,91	40
83	Tavernes	272,58	12	203,74	144
04	Banon	270,42	13	237,67	89
06	Breil-sur-Roya	267,39	14	358,28	6
05	Barcelonnette	266,82	15	313,94	10
83	Collobrières	263,87	16	257,5	55
06	Cannes	260,54	17	327,88	8
04	Forcalquier	255,54	18	269,56	41
04	Les Mées	255,28	19	281,38	26
83	Le Luc	253,37	20	330,75	7
83	Salernes	252,37	21	287,44	19
05	Veynes	250,19	22	284,46	23
05	Savines-le-Lac	246,46	23	167,38	151
83	La Seyne-sur-Mer	246,07	24	275,26	32
83	Le Muy	245,72	25	231,74	100
04	Valensole	244,87	26	241,67	83
04	Riez	244,55	27	209,41	137
83	Toulon	244,28	28	301,51	13
06	Saint-Sauveur-sur-Tinée	243,47	29	194,73	146
05	Laragne-Montéglin	242,61	30	321,46	9
13	Tarascon	240,06	31	273,35	33
04	Barcelonnette	238,14	32	235,27	93
05	Rosans	237,06	33	146,13	156
83	Barjols	236,19	34	234,32	95
04	Sisteron	236,11	35	275,52	31

Source SIRSé PACA

Une comparaison a été effectuée avec la période précédente (1991-1997) et, on le voit sur le tableau ci-dessus, les évolutions entre les deux périodes peuvent être très importantes pour certains cantons, mais ces évolutions correspondent parfois à de très faibles effectifs de décès supplémentaires.

Nous avons donc complété cette analyse par deux approches complémentaires :

- D'abord en établissant une liste des cantons dans lesquels la mortalité prématurée avait progressé entre 1991-1997 et 2001-2007, dont le taux 2001-2007 est supérieur au taux moyen régional (208/100000) et dont le nombre de décès prématurés a progressé de 10 décès au moins.

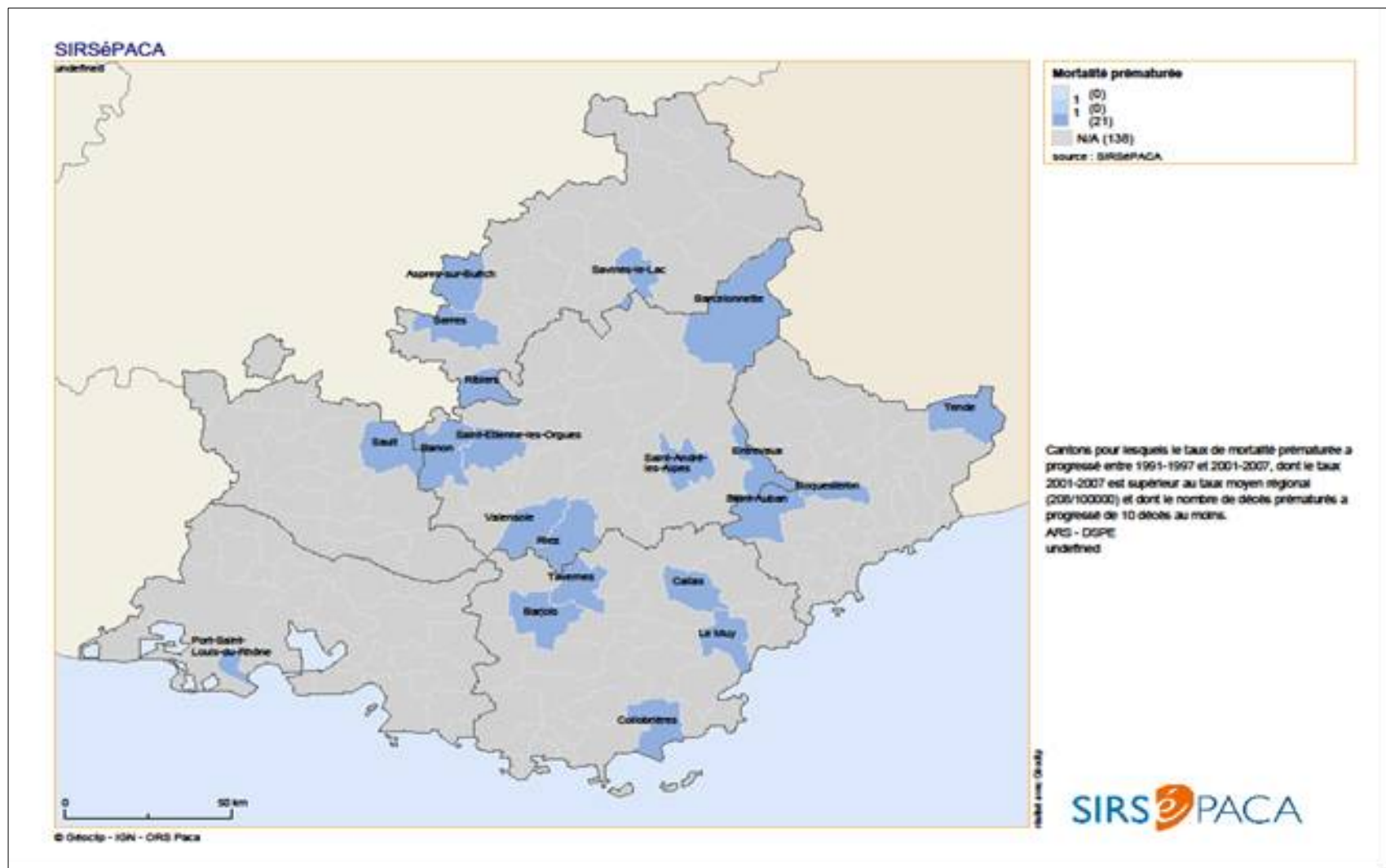
Dépt	Canton regroupé	Taux comparatif de mortalité prématurée - 2001-2007	Taux comparatif de mortalité prématurée - 1991-1997	Décès prématurés - 2001-2007	Décès prématurés - 1991-1997	progression nombre de décès prématurés
06	Tende	506,95	381,8	85	60	25
04	Saint-André-les-Alpes	363,34	169,13	38	16	22
05	Aspres-sur-Buëch	331,68	241,46	39	24	15
13	Port-Saint-Louis-du-Rhône	326,03	291,93	162	141	21
05	Serres	311,32	208,62	44	28	16
04	Entrevaux	298,67	234,99	25	15	10
05	Ribiers	284,02	223,46	30	18	12
84	Sault	281,98	269,91	46	35	11
83	Tavernes	272,58	203,74	76	49	27
04	Banon	270,42	237,67	47	35	12
83	Collobrières	263,87	257,5	235	209	26
05	Savines-le-Lac	246,46	167,38	25	15	10
83	Le Muy	245,72	231,74	401	340	61
04	Valensole	244,87	241,67	84	65	19
04	Riez	244,55	209,41	76	53	23
04	Barcelonnette	238,14	235,27	96	81	15
83	Barjols	236,19	234,32	150	106	44
83	Callas	231,81	212,28	109	76	33
06	Roquesteron	226,89	220,49	51	41	10
04	Saint-Etienne-les-Orgues	221,43	203,83	38	28	10
06	Saint-Auban	220,52	200,71	39	28	11

Source SIRSé PACA

Il s'agit de territoires majoritairement très ruraux et/ou situés en zone de montagne.

Dans ces cantons, le taux comparatif de mortalité prématurée a progressé entre 1991-1997 et 2001-2007, est supérieur au taux moyen régional pour 2001-2007 (208/100 000) avec un effectif de décès prématurés en progression de 10 décès au moins.

Cette localisation met en évidence des inégalités territoriales de santé liée qui pourrait être liées en partie à un accès aux soins ou à la prévention plus malaisé (cf. tableau en p. 13 et 14 du schéma). Par ailleurs, on notera que quatre des ces cantons (Tende, Port-Saint-Louis-du-Rhône, Sault et Riez) faisaient partie des cantons à forte vulnérabilité sociale mentionnés supra.



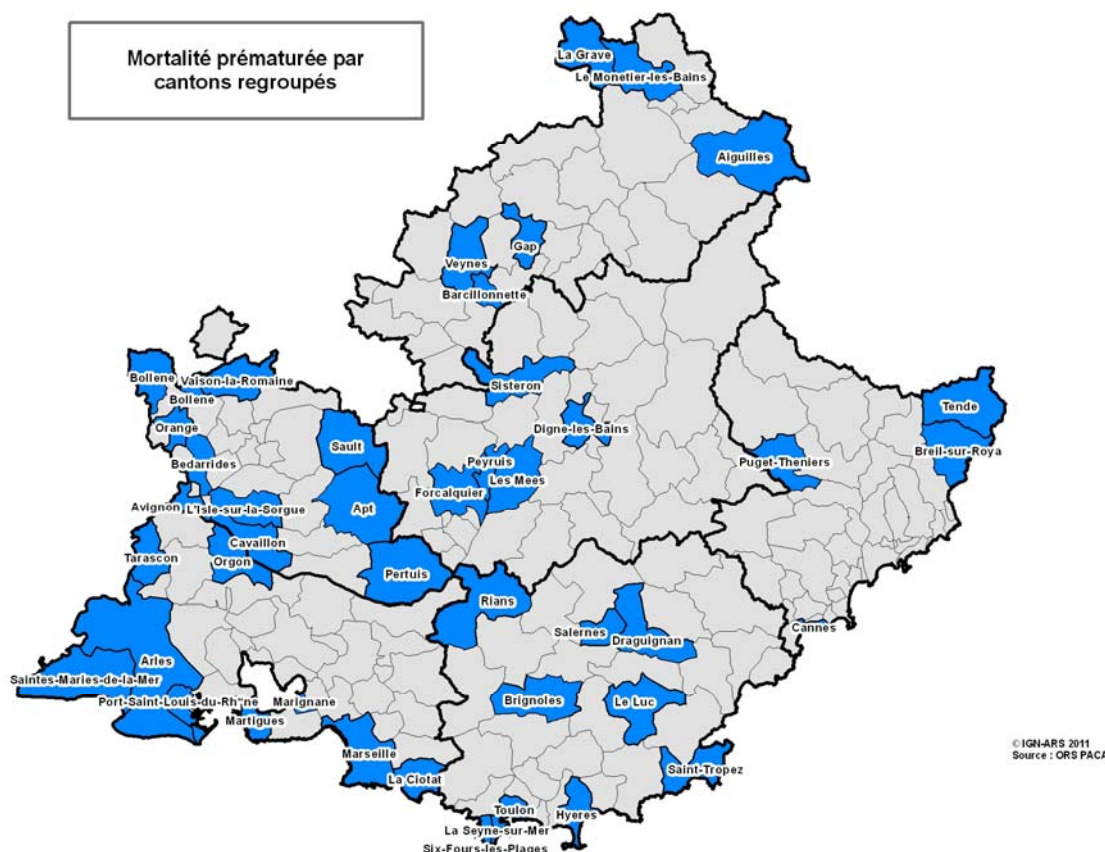
Carte : 21 cantons regroupés pour lesquels le taux de mortalité prématurée a progressé entre 1991-1997 et 2001-2007, dont le taux 2001-2007 est supérieur au taux moyen régional (208/100000) et dont le nombre de décès prématurés a progressé de 10 décès au moins

- ensuite, en ciblant l'analyse sur les cantons regroupés qui présentent des taux comparatifs de mortalité supérieurs à la moyenne régionale pour 2001-2007, et dont le classement a peu varié entre ces deux périodes, on obtient des résultats un peu différents, avec la présence de nombreux territoires déjà repérés comme cumulant des indicateurs sociaux défavorables.

Dépt	canton regroupé	taux comparatif de mortalité prématurée 2001-2007	rang	taux comparatif de mortalité prématurée 1991-1997	rang
06	Tende	506,95	1	381,8	3
13	Saintes-Maries-de-la-Mer	350,5	3	380,89	4
05	Aiguilles	336,35	4	403,04	2
13	Port-Saint-Louis-du-Rhône	326,03	6	291,93	17
05	La Grave	310,54	8	372,35	5
84	Sault	281,98	11	269,91	40
06	Breil-sur-Roya	267,39	14	358,28	6
05	Barcelonnette	266,82	15	313,94	10
06	Cannes	260,54	17	327,88	8
04	Forcalquier	255,54	18	269,56	41
04	Les Mées	255,28	19	281,38	26
83	Le Luc	253,37	20	330,75	7
83	Salernes	252,37	21	287,44	19
05	Veynes	250,19	22	284,46	23
83	La Seyne-sur-Mer	246,07	24	275,26	32
83	Toulon	244,28	28	301,51	13
13	Tarascon	240,06	31	273,35	33
04	Sisteron	236,11	35	275,52	31
84	Vaison-la-Romaine	231,23	37	262,26	47
83	Saint-Tropez	229,93	38	270,21	39
13	Marignane	228,9	39	247,79	70
13	La Ciotat	228,57	40	269,1	42
13	Marseille	226,82	42	282,62	25
04	Digne-les-Bains	226,66	43	255,06	57
05	Le Monétier-les-Bains	226,52	44	272,28	35
84	Avignon	225,71	46	265,66	43
83	Rians	223,13	48	261,36	48
84	Orange	219,04	55	247,2	71
84	L'Isle-sur-la-Sorgue	215,95	58	245,08	76
13	Orgon	215,47	59	248,59	65
84	Cavaillon	214,92	61	250,24	64
83	Brignoles	214,9	62	258,75	51
83	Draguignan	213,44	63	220,24	126
84	Pertuis	213,37	64	223,43	118
84	Bédarrides	213,35	65	244,22	80
83	Hyères	212,67	66	248,04	68
06	Puget-Théniers	212,02	68	258,73	52
83	Six-Fours-les-Plages	211,34	69	223,86	114
04	Peyruis	210,71	70	233,09	97
13	Martigues	210,23	71	248,13	67
84	Bollène	209,64	72	246,67	72
84	Apt	209,59	73	254,62	59
13	Arles	209,54	74	231,99	99
05	Gap	208,63	76	242,32	82
13	Aubagne	208,01	77	248,5	66

Cantons dont le classement a progressé ou n'a pas régressé au-delà de moins 20 places et dont le taux 2001-2007 est supérieur à la moyenne régionale (208/100 000) – les cantons apparaissant en gras italique sont ceux dans lesquels le taux de mortalité prématurée a progressé entre les deux périodes.

En examinant les cantons dont le classement avait peu varié entre les deux périodes d'analyse, et dont le taux comparatif de mortalité prématurée est supérieur au taux moyen régional pour 2001-2007, on retrouve de nombreux cantons en forte vulnérabilité sociale (surlignés en jaune dans le tableau).



Carte : cantons regroupés dont le taux de mortalité prématurée 2001-2007 est supérieur à la moyenne régionale (208/100000) et dont le classement a progressé ou n'a pas régressé au-delà de moins 20 places

Il apparaît ainsi que plusieurs types de cantons regroupés peuvent être considérés comme plus particulièrement prioritaires :

Départ	Cantons regroupés urbains ou ruraux présentant une vulnérabilité sociale et une mortalité prématurée > à la moyenne régionale et en accroissement entre 91/97 et 2001/2007	Cantons regroupés urbains ou ruraux présentant une vulnérabilité sociale et une mortalité prématurée 2001/2007 > à la moyenne régionale	Cantons regroupés ruraux présentant une mortalité prématurée > à la moyenne régionale et en accroissement entre 91/97 et 2001/2007
04	Riez	Les Mées	Entrevaux, Saint-André les Alpes, Banon, Barcelonnette, Valensole, Saint-Etienne les Orgues
05			Aspres sur Buëch Ribiers, Serres Savines-le-Lac,
06	Tende	Breil sur Roya,	Requesteron, Saint-Auban
13	Port-Saint-Louis du Rhône	Marseille, Martigues, Orgon, Aubagne, Arles, Marignane, Tarascon, Saintes-Maries de la Mer	
83		Toulon, Brignoles, La Seyne sur Mer, Le Luc,	Barjols, Collobrières, Le Muy, Tavernes, Callas
84	Sault	Avignon, Bédarrides, Bollène, Cavailon, Apt, Orange	

Il faut souligner à nouveau que les spécificités des quartiers des grandes villes de la région (ex. Nice), beaucoup plus hétérogènes que des cantons ruraux, ne peuvent être prises en compte ici.

S'agissant de ces derniers, et en particulier pour ceux qui présentent une mortalité prématurée importante et en accroissement (colonne de gauche du tableau ci-dessus), il faut sans doute rester attentif au fait que ces évolutions peuvent correspondre à des effectifs de décès modestes. Un certain nombre de ces cantons ruraux, comme l'indique le tableau ci-après présentent une mortalité élevée par accidents de la circulation dont l'impact sur les effectifs de décès prématurés peut être élevé à l'échelle de la population de ces territoires.

Une récurrence préoccupante pour certains territoires : Port-Saint-Louis du Rhône, Tende et La Seyne sur Mer

Nous avons tenté de préciser l'analyse pour l'ensemble des territoires listés supra.

Les trois principales causes de mortalité prématurée sont les cancers, les traumatismes et les maladies cardio-vasculaires.

Certains de ces territoires présentent une surmortalité significative (au seuil de 5%) pour certaines de ces causes de décès (incluant ici les décès au-delà de 65 ans) ou certains de leurs déterminants majeurs, l'alcool ou le tabac (cancer du poumon) (cf. ensemble des données détaillées en p. 18 et 19 avec la liste des cantons regroupés en surmortalité significative pour ces différentes causes).

2001-2007 en surmortalité significative	Ensemble des cancers	Cancer du poumon	Accidents de la circulation	Maladies de l'appareil circulatoire	Ensemble des pathologies liées à l'alcool Mortalité
04				Les Mées	
05					Laragne- Montéglin
06	Tende	Nice		Tende	Tende
13	Port-Saint- Louis du Rhône, Saintes- Maries de la Mer	Port-Saint- Louis du Rhône, Marseille, Salon de Provence, Chateaufrenard	Port-Saint- Louis du Rhône, Tarascon, Orgon, Chateaufrenard, Arles, Salon de Provence, Istres	Port-Saint- Louis du Rhône, Marignane, Vitrolles, Aubagne	Port-Saint- Louis-du- Rhône
83	Le Luc, La Seyne sur Mer	Toulon, La Seyne sur Mer, Le Muy	Le Luc, Barjols, Le Muy,	La Seyne sur Mer,	
84			Apt, Cavailhon, Bédarrides	Sault	

Limites de cette analyse :

L'identification des territoires de proximité les plus vulnérables à partir des neuf indicateurs retenus aurait dû se faire sur la base d'une analyse factorielle pour tenir compte de ce que les neuf indicateurs initiaux utilisés sont très corrélés entre eux : il aurait fallu calculer un indicateur agrégé global et deux sous indicateurs l'un reflétant la précarité de revenu, l'autre la précarité liée au manque de soutien social (indications données par l'ORS PACA).

Une analyse préliminaire a été effectuée sur la base du découpage territorial envisagé alors en Espaces Opérationnels de Proximité pour ne pas imposer une charge de travail excessive aux personnes à même de traiter ces données. Le découpage territorial définitif n'ayant été stabilisé qu'après un délai important, les résultats proposés reposent donc sur les résultats de cette analyse à partir d'une addition des rangs de classement, méthode « empirique, mais aux résultats cohérents » selon les collègues du département observations et études de l'ARS.

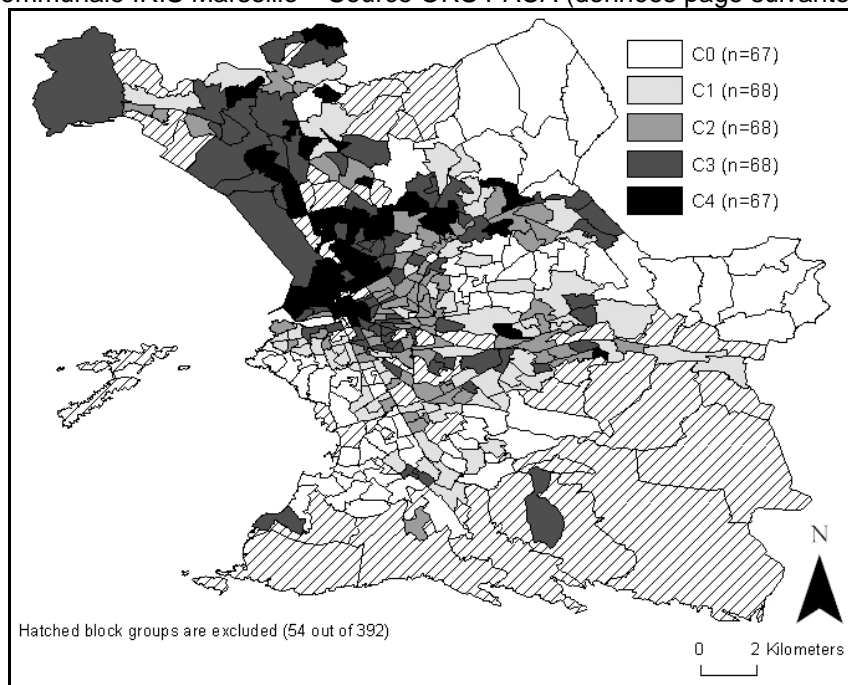
Les indicateurs retenus en ont été choisis en fonction de leur disponibilité sur SIRSé PACA et pour partie en référence à différentes publications²⁷.

La part des personnes de nationalité étrangère a été pondérée dans la mesure où dans notre région, les personnes concernées ne sont pas toutes en situation précaire (cf. territoires d'Antibes ou de Cannes en particulier).

L'identification des cantons regroupés les plus vulnérables ne repose que sur deux indicateurs, ce qui en limite évidemment la portée. Le taux de bénéficiaires de la CMUC ne concerne que les assurés du régime général, ce qui pénalise les territoires ruraux. Un indicateur de revenu aurait été plus pertinent mais sur SIRSé PACA, seul le revenu moyen de référence est disponible ce qui n'est pas paru pertinent, dans la mesure où une moyenne identique peut masquer des écarts très importants et très variables. Les cantons sont de dimensions très dissemblables ; si les cantons ruraux sont relativement homogènes, il n'en va pas de même des grandes villes pour lesquelles une analyse à l'échelle infra-communale (au niveau des IRIS) est nécessaire (voir ci-dessous à titre d'illustration le travail concernant la ville de Marseille fait par l'ORS PACA).

Il sera donc indispensable de compléter cette analyse, en particulier au moyen de données environnementales portant en particulier sur la qualité de l'air et sur le logement indigne²⁸.

Echelle infra-communale IRIS Marseille – Source ORS PACA (données page suivante)



²⁷ Voir par exemple : *L'indice de santé sociale d'Ile de France 2010* élaboré par l'IAU d'Ile de France et la MIPES/Conseil Régional d'Ile de France p. 9 et 10 ou l'article de Sabrina Havard et al. *A small-area index of socio-economic deprivation to capture health inequalities in France* in *Social Science & Medicine* 67 (2008) 2007-2016.

²⁸ Ces données sont en attente.

Source ORS PACA

Score de précarité et moyennes des 17 variables selon le niveau de précarité (n=338)					
Variables	Niveau de précarité				
	C ₀ ^a	C ₁	C ₂	C ₃	C ₄
Taux d'ouvriers (%)	9,2	14,1	17,6	22,9	32,4
Taux de personnes avec des emplois précaires (%)	8,0	10,0	11,8	13,5	14,7
Taux de personnes avec des emplois stables (%)	68,8	68,5	65,2	59,1	46,1
Taux de chômage (%)	8,8	12,6	15,9	21,4	35,1
Taux de chômage de longue durée (%)	1,9	2,7	3,2	4,0	6,1
Revenu médian par unité de consommation (Euros/ans)	23628,0	19209,2	15959,8	13084,2	7062,2
Taux de personnes de 15 ans ou plus avec au moins un Bac+2 (%)	12,7	17,8	21,5	30,5	46,6
Taux de personnes de 15 ans ou plus avec le baccalauréat (%)	18,1	17,0	16,1	13,6	11,1
Taux de personnes de 15 ans ou plus sans diplômes (%)	22,4	14,9	13,3	10,2	5,2
Taux de résidences principales type maison (%)	40,9	22,8	12,7	14,7	3,1
Taux de résidences principales type appartement (%)	58,4	76,4	86,5	83,8	94,3
Taux de ménages sans voiture (%)	13,9	22,4	31,0	36,4	51,2
Taux de ménages avec au moins deux voitures (%)	35,9	24,7	16,7	14,0	8,0
Taux de locataires (%)	25,3	39,8	51,4	62,8	82,2
Taux d'HLM (%)	2,4	11,0	12,3	23,9	44,2
Taux de familles monoparentales (%)	13,3	17,9	22,0	25,5	31,8
Taux d'étrangers (%)	1,9	2,9	4,9	8,2	18,8
Score de précarité moyen	-4,0	-1,9	-0,4	1,3	5,0

^bC₀ est la catégorie la moins précaire, C₄ est la plus précaire

NB: Variance expliquée sur l'axe 1, 57%

Source ORS PACA

code	Canton regroupé	Taux comparatif de mortalité par cancers - 2001-2007	Significativité de l'ICM (base 100 : France) par cancers - 2001-2007
1330	Saintes-Maries-de-la-Mer	413,76	2
0631	Tende	357,32	2
1328	Port-Saint-Louis-du-Rhône	353,11	2
8323	Salernes	306,00	2
8317	Le Luc	280,89	2
8398	La Seyne-sur-Mer	267,13	2

2 : Surmortalité significative (au seuil de 5 %)

Source SIRSé PACA

code	Canton regroupé	Taux comparatif de mortalité par consommation excessive d'alcool - 2001-2007	ICM (base 100 : France) par consommation excessive d'alcool - 2001-2007	Significativité de l'ICM (base 100 : France) par consommation excessive d'alcool - 2001-2007
0631	Tende	82,09	225,49	2
1328	Port-Saint-Louis-du-Rhône	63,14	184,52	2
0512	Laragne-Montéglin	53,24	151,26	2

2 : Surmortalité significative (au seuil de 5 %)

Source SIRSé PACA

code	Canton regroupé	Taux comparatif de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire - 2001-2007	ICM (base 100 : France) par mal. de l'appareil circulatoire - 2001-2007	Significativité de l'ICM (base 100 : France) par mal. de l'appareil circulatoire - 2001-2007
0631	Tende	397,57	136,51	2
0623	Saint-Martin-Vésubie	385,59	151,87	2
0629	Villars-sur-Var	340,32	134,59	2
0514	Orcières	338,19	136,49	2
1328	Port-Saint-Louis-du-Rhône	327,04	118,98	2
8420	Sault	324,37	129,44	2
0607	Contes	317,03	120,05	2
8319	Rians	310,21	121,67	2
8414	Malaucène	308,5	118,81	2
8323	Salernes	304,67	118,12	2
0612	Levens	303,93	120,61	2
1336	Marignane	299,98	117,3	2
1353	Vitrolles	295,29	113,96	2
0414	Les Mées	293,8	114,83	2
1309	Éyguières	292,18	111,88	2
1394	Aubagne	290,84	112,87	2

1352	Les Pennes-Mirabeau	289,74	109,17	2
8398	La Seyne-sur-Mer	286,9	111,27	2
1331	Saint-Rémy-de-Provence	284,71	110,92	2
1310	Gardanne	282,7	108,72	2
1329	Roquevaire	281,21	108,43	2
1335	Allauch	280,76	109	2

2 : Surmortalité significative (au seuil de 5 %)

Source SIRSé PACA

code	Canton regroupé	Taux comparatif de mortalité par cancer du poumon - 2001-2007	CM (base 100 : France) par cancer du poumon - 2001-2007	Significativité de l'ICM (base 100 : France) par cancer du poumon - 2001-2007
1328	Port-Saint-Louis-du-Rhône	75,59	168,25	2
8310	Cuers	62,79	139,26	2
1331	Saint-Rémy-de-Provence	58,41	132,09	2
8398	La Seyne-sur-Mer	57,04	128,63	2
8340	Six-Fours-les-Plages	54,97	122,74	2
1332	Salon-de-Provence	54,79	124,54	2
1307	Châteaurenard	54,48	121,64	2
8337	Le Muy	53,85	122,09	2
8311	Draguignan	53,38	120,89	2
0698	Cannes	52,04	115,46	2
8318	Ollioules	51	117,54	2
1399	Marseille	50,42	113,28	2
8399	Toulon	49,21	109,41	2
0699	Nice	47,23	107,29	2

2 : Surmortalité significative (au seuil de 5 %)

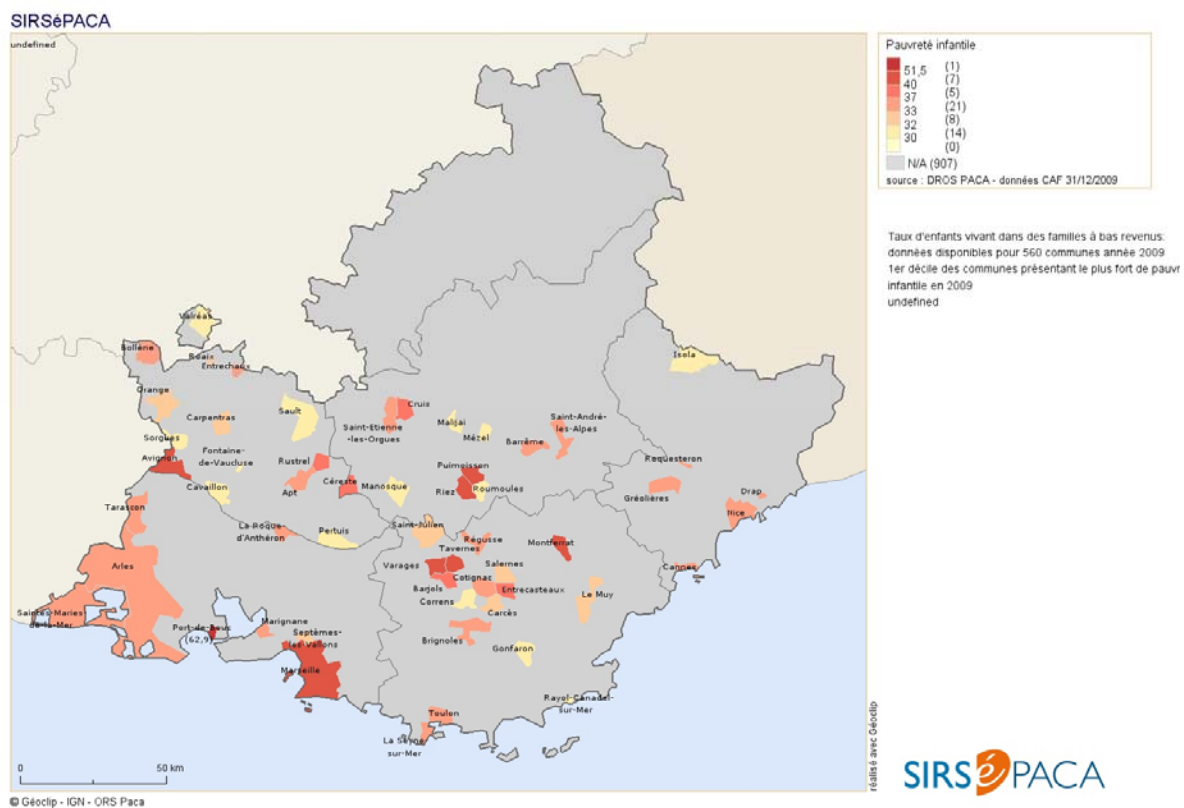
Source SIRSé PACA

Annexe 4
Premier décile des communes présentant les plus forts taux de pauvreté
infantile – 2009
Source DROS PACA – données CAF

Commune	Taux de pauvreté infantile (%)	Rattachement au canton regroupé de
Port-de-Bouc	62,9	Martigues
Puimoisson	49,4	Riez
Riez	46,0	Riez
Avignon	44,9	Avignon
Tavernes	44,6	Tavernes
Marseille	43,8	Marseille
Varages	41,5	Barjols
Montferrat	40,8	Callas
Cruis	38,6	Saint-Etienne-les-Orgues
Rustrel	37,8	Apt
Céreste	37,8	Reillanne
Entrecasteaux	37,7	Cotignac
Barjols	37,3	Barjols
La Seyne-sur-Mer	36,8	La Seyne-sur-Mer
Cotignac	36,3	Cotignac
Arles	35,8	Arles
Roquesteron	35,5	Roquesteron
Saint-Étienne-les-Orgues	35,1	Saint-Etienne-les-Orgues
Régusse	35,1	Tavernes
Saint-André-les-Alpes	35,0	Saint-André-les-Alpes
Toulon	34,5	Toulon
Bollène	34,4	Bollène
Gréolières	34,2	Coursegoules
Marignane	34,2	Marignane
Entrechaux	34,1	Malaucène
La Roque-d'Anthéron	33,7	Lambesc
Drap	33,7	Contes
Barrême	33,5	Barrême
Cannes	33,5	Cannes
Saintes-Maries-de-la-Mer	33,5	Saintes-Maries-de-la-Mer
Tarascon	33,4	Tarascon
Brignoles	33,2	Brignoles
Apt	33,2	Apt
Nice	33,1	Nice
Septèmes-les-Vallons	33,0	Les Pennes-Mirabeau
Roaix	32,9	Vaison-la-Romaine
Orange	32,8	Orange
Carpentras	32,6	Carpentras
Carcès	32,5	Cotignac
Salernes	32,4	Salernes
Saint-Julien	32,2	Rians
Le Muy	32,2	Le Muy
Mézel	32,0	Mézel
Fontaine-de-Vaucluse	32,0	L'Isle-sur-la-Sorgue
Malijai	31,8	Les Mées

Isola	31,6	Saint-Etienne-de-Tinée
Roumoules	31,5	Riez
Gonfaron	31,4	Besse-sur-Issole
Correns	31,3	Cotignac
Valréas	31,0	Valréas
Pertuis	31,0	Pertuis
Sorgues	31,0	Bédarrides
Manosque	30,9	Manosque
Rayol-Canadel-sur-Mer	30,7	Saint-Tropez
Cavaillon	30,3	Cavaillon
Sault	30,3	Sault

Le taux de pauvreté infantile (en %) ou taux d'enfants vivant dans des familles à bas revenus rapporte l'ensemble des enfants de 0 à 17 ans (à charge au sens de la législation familiale) connus des CAF, vivant dans un foyer allocataire à bas revenus à l'ensemble des enfants (du même âge) au dernier recensement de la population.



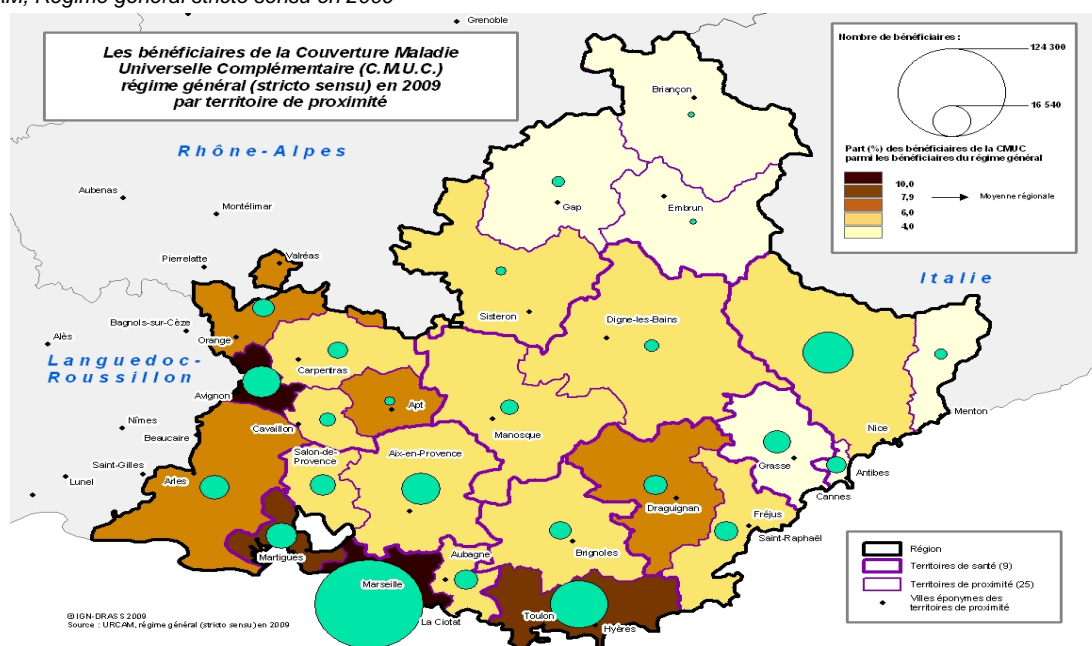
Source DROS PACA – données CAF 2009

Annexe 5

Données et carte : Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire au 1er janvier 2009 (Régime général stricto sensu)

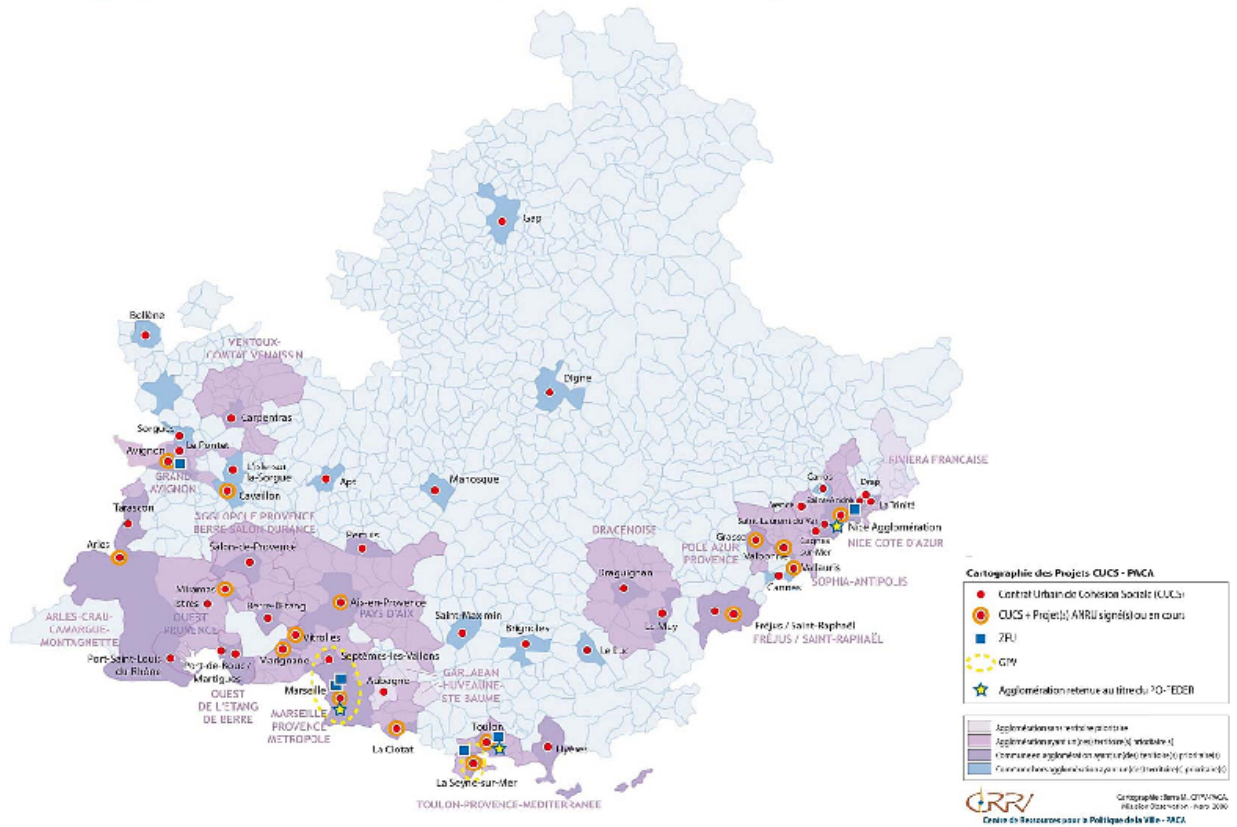
Territoires de proximité	Nombre de bénéficiaires Assurance maladie	CMUC en 2009	
		Nombre d'assurés	Part des assurés
Marseille	807 557	124 303	15,4
Avignon	153 039	16 417	10,7
Toulon-Hyères	399 440	34 285	8,6
Martigues	129 767	10 443	8,1
PACA	3 867 422	305 631	7,9
Arles	121 321	9 309	7,7
Orange-Valréas	77 949	5 304	6,8
Draguignan	88 678	5 821	6,6
Apt	18 824	1 137	6,0
Carpentras	65 329	3 916	6,0
Digne-les-Bains	34 247	1 983	5,8
Brignoles	86 543	5 008	5,8
Nice	482 861	27 241	5,6
Cavaillon	54 049	2 985	5,5
Salon-de-Provence	133 697	7 195	5,4
Manosque	65 817	3 479	5,3
Aix-en-Provence	317 407	16 546	5,2
Aubagne-La Ciotat	138 343	6 400	4,6
Sisteron	26 615	1 226	4,6
Fréjus-St Raphaël	148 123	6 074	4,1
Gap	49 952	1 916	3,8
Menton	49 918	1 690	3,4
Antibes	129 055	4 353	3,4
Cannes-Grasse	249 829	7 685	3,1
Embrun	13 567	409	3,0
Briançon	25 495	506	2,0

URCAM, Régime général stricto sensu en 2009



Annexe 6

Cartographie des sites de la Politique de la Ville en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur



Annexe 7
Affections de longue durée par cantons regroupés
Pour les hommes

code	Canton regroupé	Taux standardisé des hommes assurés du régime général ayant une ALD en 2010	Indice comparatif de morbidité - ALD (base 100 : PACA) chez les hommes (régime général) en 2010	Significativité de l'indice comparatif de morbidité - ALD (base 100 : PACA) chez les hommes (régime général) en 2010
0516	Ribiers	23,81	133,66	2
0631	Tende	23,10	127,07	2
0503	Aspres-sur-Buëch	22,72	124,16	2
8342	Garde	21,61	121,84	2
0512	Laragne-Montéglin	21,28	119,58	2
0518	Saint-Bonnet-en-Champsaur	21,08	118,99	2
0430	Volonne	20,86	116,08	2
0419	Peyruis	20,42	113,67	2
8305	Brignoles	20,40	114,27	2
8406	Bollène	20,18	112,90	2
8398	La Seyne-sur-Mer	20,16	113,04	2
8302	Barjols	19,89	110,49	2
8422	Valréas	19,78	111,11	2
8310	Cuers	19,65	111,57	2
8497	Avignon	19,64	111,66	2
0414	Les Mées	19,62	110,15	2
1353	Vitrolles	19,62	108,51	2
0599	Gap	19,34	108,62	2
1399	Marseille	19,28	107,98	2
8405	Bédarrides	19,27	106,93	2
8399	Toulon	19,19	108,43	2
1352	Les Pennes-Mirabeau	19,17	106,92	2
8317	Le Luc	19,08	106,90	2
8499	Orange	18,99	105,54	2
1308	La Ciotat	18,98	106,27	2
1394	Aubagne	18,90	105,19	2
1336	Marignane	18,81	104,42	2
0497	Digne-les-Bains	18,78	105,94	2
8413	L'Isle-sur-la-Sorgue	18,75	104,00	2
1396	Martigues	18,46	103,23	2

Source SIRSé PACA

**Affections de longue durée par cantons regroupés
Pour les femmes**

code	Canton regroupé	Taux standardisé des femmes assurées du régime général ayant une ALD en 2010	Indice comparatif de morbidité - ALD (base 100 : PACA) chez les femmes (rég. gén.) en 2010	Significativité de l'indice comparatif de morbidité - ALD (base 100 : PACA) chez les femmes (rég. gén.) en 2010
0517	Rosans	20,14	128,31	2
0512	Laragne-Montéglin	20,1	127,62	2
0520	Saint-Firmin	19,92	128,04	2
0618	Puget-Théniers	19,03	121,61	2
0409	Entrevaux	18,94	123,69	2
0430	Volonne	18,28	116,60	2
0518	Saint-Bonnet-en-Champsaur	18,16	117,28	2
1399	Marseille	17,98	115,85	2
8342	Garde	17,4	109,97	2
1336	Marignane	17,36	112,27	2
1335	Allauch	17,18	111,58	2
8406	Bollène	17,15	110,87	2
8405	Bédarrides	17,05	110,11	2
1394	Aubagne	17,03	110,64	2
1328	Port-Saint-Louis-du-Rhône	17,01	110,68	2
1353	Vitrolles	17,01	109,83	2
8319	Rians	16,94	109,23	2
0599	Gap	16,9	108,50	2
8497	Avignon	16,83	108,67	2
1352	Les Pennes-Mirabeau	16,82	109,86	2
8398	La Seyne-sur-Mer	16,8	107,57	2
0414	Les Mées	16,77	108,29	2
8399	Toulon	16,73	106,17	2
8305	Brignoles	16,71	108,16	2
1395	Istres	16,54	106,53	2
1310	Gardanne	16,52	105,98	2
1396	Martigues	16,37	106,34	2
1308	La Ciotat	16,33	106,62	2
1306	Berre l'Etang	16,27	104,99	2
8499	Orange	16,06	104,06	2

Source SIRSé PACA

Annexe 8

Habitat et santé

Quand l'habitat est dégradé, qu'il s'agisse de la vétusté ou d'autres facteurs de dégradation, il peut présenter un réel danger pour la santé de ses occupants. Les facteurs de risques liés au logement sont le plus souvent : la présence de peintures dégradées au plomb qui peuvent être à l'origine de cas de saturnisme chez les enfants, l'humidité, le manque d'aération d'un logement qui sont des facteurs d'apparition/d'aggravation d'asthme et d'allergies, un dysfonctionnement des appareils de chauffage qui peut être à l'origine d'intoxications au monoxyde de carbone (environ 300/an en région PACA).

Etat du parc de logements et de l'accessibilité aux logements :

D'après l'enquête de l'INSEE²⁹, La proportion de résidences principales considérées comme étant de « mauvaise qualité » en région Paca est supérieure à la moyenne nationale (8% contre 5%). De même, la sur occupation des logements est plus fréquente en PACA (12% des ménages) qu'au niveau national (9 %).

La région Paca se distingue des autres régions de Province par des dépenses totales de logement relativement élevées en moyenne alors que le revenu moyen des ménages est plus faible. Le taux d'effort brut - rapport des loyers et charges aux revenus - des ménages de Paca est donc élevé : 15,3% contre 13,4 % en France métropolitaine.

Lutte contre l'habitat indigne :

La lutte contre l'habitat indigne, c'est-à-dire contre les logements insalubres, exposant à un risque d'intoxication au plomb, menaçant ruine, hôtels meublés dangereux, et habitat précaire, a été lancée comme plan d'action pluriannuel, à la suite de l'adoption du programme communautaire de lutte pour "l'inclusion", autrement dit de lutte contre les exclusions, au sommet européen de Nice en décembre 2000.

²⁹ Le logement en Provence-Alpes-Côte d'Azur - Insee - Décembre 2008

Annexe 9

Définitions des dispositifs de prévention

Domaine « INEGALITES DE SANTE »

Dispositifs pour les jeunes

Point accueil écoute jeunes PAEJ

Les Points Accueil Ecoute Jeunes ont été créés par la circulaire DGAS/DGS n° 2002/145 du 12 Mars 2002. Ils constituent des formes d'intervention légères qui peuvent jouer utilement un rôle de proximité défini autour d'une fonction préventive d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation au contact des jeunes exposés à des situations de risque, et de leur entourage adulte

Espace santé jeunes ESJ

Lieu de proximité, anonyme et gratuit, les Espaces Santé Jeunes sont ouverts aux adolescents et jeunes adultes (11-25 ans). Leur mission principale est avant tout une mission de prévention de la santé globale au sens de l'OMS. Ce sont des lieux d'Accueil, d'Ecoute, de Prévention et d'Orientation. Ils s'efforcent de favoriser l'éducation à la santé par des actions collectives et individuelles, le bien être des adolescents et jeunes adultes, et la prévention des troubles psychiques.

Dispositifs pour les populations précaires

Permanence d'accès aux soins PASS

Article L6112-6 Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 4 JORF 11 août 2004.

Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins prévus à l'article L. 1411-11, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé. Elles comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Premier accueil médicalisé PAM

Pour les personnes en grande difficulté sociale, et dont les droits médicaux (couverture médicale universelle) ne sont pas encore ouverts, le premier accueil médicalisé assure une écoute, donne les soins médicaux répondant à l'état de la personne et oriente vers les services chargés de l'accès aux droits et vers les établissements de santé.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité

Les EMPP sont chargées de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion souffrant de troubles psychiques. Les EMPP constituent un dispositif complémentaire intersectoriel situé à l'interface du dispositif de soins psychiatrique et du dispositif social afin de mieux appréhender les besoins des personnes non pris en charge afin d'envisager l'orientation, les modalités d'accueil et l'aménagement de compétences spécifiques en faveur de ces publics. En 2008, on comptait en France 92 EMPP.

Textes de référence

Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005.

Circulaire no DHOS/O2/DGAS/3SD/DGS/MC4CNSA/2009/97 du 8 avril 2009 relative aux modalités concertées de mise en Œuvre de l'allocation de ressources 2009 dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale

Centres examens de santé CES

Les centres d'examens de santé (CES) sont agréés ou gérés par les caisses primaires d'assurance maladie, pour les assurés ou leurs ayant droits du régime général de l'assurance maladie, de la MSA, et certains régimes spéciaux. Ils proposent un bilan de santé gratuit tous les 5 ans.

Sont prioritairement concernés, du fait de leur situation sociale :

- ✓ les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) et la CMU,
- ✓ les jeunes de 16/25 ans en stage de formation,
- ✓ les chômeurs,
- ✓ les personnes âgées de 60 à 75 ans,
- ✓ les personnes aujourd'hui inactives et qui ont été exposées à l'amiante ou à la poussière de bois pendant dans leur vie professionnelle,
- ✓ les invalides, handicapés et bénéficiaires d'une rente d'accident du travail...
- ✓ pour les jeunes de 16-25 ans, la consultation est annuelle

Dispositifs pour les détenus

L'unité de consultations et de soins ambulatoires

L'UCSA est une unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire. Elle assure les soins somatiques et psychiatriques incluant la prévention, l'organisation des soins en milieu hospitalier ainsi que la continuité de soins à la sortie de détention. Le médecin de l'UCSA coordonne, au sein de l'établissement pénitentiaire, les actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Dispositifs "politiques locales"

Villes actives PNNS (programme national nutrition santé)

Les municipalités, par leurs compétences, leurs liens avec les populations et de nombreux professionnels intervenant dans les domaines : social, sanitaire, jeunesse, sports, éducation, économique, sont des acteurs importants pour la mise en œuvre d'interventions de proximité, en adéquation avec les orientations du PNNS.

Les villes qui signent leur adhésion à la charte Ville Active PNNS s'engagent :

- ✓ à promouvoir et soutenir toute action qui contribue à l'atteinte des objectifs du PNNS ;
- ✓ à mettre en œuvre, chaque année au moins, une action issue de la liste proposée par le PNNS ou innovante
- ✓ à veiller à ce que pour toutes actions menées à ce titre soient utilisées exclusivement les recommandations issues des référentiels du PNNS ou des documents porteurs du logo du PNNS
- ✓ à veiller à ce que toute action nutritionnelle impliquant la collectivité n'aille pas à l'encontre des repères de consommation du PNNS ;
- ✓ à nommer un référent « actions municipales du PNNS » qui mentionnera et rendra compte, annuellement, des actions mises en place durant l'année et prévues pour l'année suivante ;
- ✓ à afficher le logo « Ville-active du Programme national nutrition santé » de façon explicite sur les documents afférents à cette action

Atelier santé ville (ASV)

L'atelier santé ville est un dispositif opérationnel permettant une coordination des actions de santé pilotées par l'Etat et la collectivité locale en cohérence avec les priorités régionales. Le dispositif est animé par un professionnel.

"Les dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), portées notamment par les ateliers santé ville, sont essentielles pour la mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau des communes signataires des CUCS et de leurs quartiers prioritaires.

Sur la base de diagnostic mené au plus près des besoins de la population, ces dynamiques permettent d'organiser la convergence de l'action sanitaire et sociale en direction des populations les plus vulnérables et d'agir sur les contextes qui déterminent l'état de santé des populations locales.

Dans la perspective de soutenir et d'amplifier les initiatives locales, il a été prévu

le dispositif de Contrat Local de Santé (CLS)

Les collectivités territoriales et leur groupement peuvent conclure avec l'ARS pour la mise en œuvre du projet régional de santé des contrats locaux de santé portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médico-social.

Article L1434-2 et L1434-17 du code de la santé publique

Villes OMS

La politique de l'OMS se fonde sur une appréhension positive et très large de la santé qui la situe bien au-delà de l'absence de maladie. Dans cette conception dynamique et globale, chercher à améliorer la Santé pour Tous et à réduire les inégalités, c'est s'attaquer aux facteurs qui se conjuguent pour que la santé se gagne ou se perde. Ce sont aux conditions de vie (logement, habitat, transport, nourriture), aux conditions de travail, à la qualité de l'environnement et des relations sociales, à la culture qu'il faut s'intéresser pour développer cette approche qui peut être considérée comme une socio-écologie de la santé.

On définit une Ville-Santé comme une ville qui améliore constamment la qualité de son environnement, favorise le développement d'une communauté solidaire et qui participe à la vie de la cité, agit en faveur de la santé de tous et réduit les inégalités, développe une économie diversifiée et innovante, donne à chacun les moyens d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel de créativité.

Centres de ressources

Le comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRES PACA) est un centre de ressources généraliste en éducation pour la santé et en santé publique. Il impulse des programmes d'éducation pour la santé à portée régionale, avec les six **comités départementaux (CoDES) de PACA**, dont il anime le réseau.

Centre régional de politique de la ville

Structure d'appui aux territoires, le centre de ressources est un lieu d'échanges et de confrontation, d'information et de formation, pour les différents acteurs de la Politique de la Ville.

Dans cet esprit, ses missions consistent de façon prioritaire à :

- organiser les échanges d'expériences sur les savoirs et les savoir-faire, élaborer et promouvoir des outils de capitalisation,
- susciter la réflexion et le débat autour des questions clés de la Politique de la Ville,
- favoriser la circulation de l'information par une veille informative et la facilitation de l'accès aux sources et aux ressources documentaires,
- contribuer au développement des fonctionnements en réseau.

Domaine « PERINATALITE PETITE ENFANCE »

Les centres d'action médico-sociale précoce

Les CAMSP ont pour objet le dépistage, le traitement et la rééducation en cure ambulatoire des enfants de moins de six ans qui présentent des déficiences sensorielles, motrices ou mentales. Ils assurent également une guidance des familles dans les soins et l'éducation spécialisée requise par l'enfant. L'enfant est orienté vers le CAMSP par un service de pédiatrie ou de protection maternelle et infantile, l'école maternelle ou le médecin généraliste. Les CAMSP sont autorisés conjointement par l'ARS et le président du conseil général. Ils sont financés à 80% par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et à 20% par le service de protection maternelle et infantile du département.

La Protection maternelle et infantile

La PMI regroupe un ensemble de mesures médico-sociales destinées à assurer par des actions préventives continues la protection des femmes enceintes, des mères et des enfants jusqu'à l'âge de l'obligation scolaire.

- ✓ Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants
- ✓ Des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps
- ✓ La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que des assistantes maternelles
- ✓ Des actions d'aides aux familles

Centres de planification

Ils assurent des consultations de contraception, des actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, des entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse et des entretiens relatifs à la régulation des naissances dans les suites d'une interruption volontaire de grossesse. Ils organisent en outre des séances de préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, et des entretiens de conseil conjugal. Les centres de planification ou d'éducation familiale délivrent à titre gratuit des médicaments ou objets contraceptifs aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire.

Réseau Périnatalité

Le Réseau de Santé permet aux professionnels par la coordination des actions, la mutualisation des compétences, et l'harmonisation des collaborations d'améliorer la prise en charge des mères et des bébés.

Numéro Vert IVG/Contraception

Le N° Vert IVG/Contraception a pour mission d'informer et d'orienter les personnes sur toute question concernant la contraception et l'interruption volontaire de grossesse pour la région PACA.

Les appels sont reçus par des conseillères conjugales et familiales du mouvement français de planning familial des Bouches-du-Rhône, du Var, du Vaucluse et des Alpes Maritimes. Il est accessible du lundi au vendredi de 9h à 19h, samedi de 9h à 12h. L'appel est confidentiel, gratuit depuis un poste fixe ou une cabine publique (depuis un téléphone mobile : l'appel est compris dans le forfait ou facturé comme un appel métropolitain).

Domaine « MALADIES CHRONIQUES »

Les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

Les CIDDIST assurent les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles, à titre gratuit et de manière anonyme.

Les centres de dépistage anonyme et gratuit du VIH

Les CDAG assurent la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH/Sida ainsi que l'accompagnement dans la recherche des soins appropriés, à titre gratuit et de manière anonyme.

Les Centres de lutte antituberculeuse

Les CLAT sont présents dans tous les départements. Ils coordonnent la lutte antituberculeuse au niveau départemental et réalisent :

- ✓ Des consultations médicales avec suivi des patients et délivrance des médicaments antituberculeux, en particulier pour les personnes en rupture de couverture sociale.
- ✓ Le dépistage avec enquêtes dans l'entourage des cas, réalisation d'actions ciblées de dépistage, élaboration des stratégies.
- ✓ Des actions de prévention primaire, notamment ciblées pour des groupes à risques avec information, communication.
- ✓ La vaccination par le vaccin antituberculeux BCG.
- ✓ La formation des professionnels.
- ✓ Le développement des partenariats et la participation à un réseau départemental de lutte contre la tuberculose.
- ✓ La participation à l'évaluation et la surveillance épidémiologique.
- ✓ Les centres de vaccination proposent des consultations gratuites pour les adultes et les enfants de plus de 6 ans.

Education thérapeutique

Le nouveau contexte réglementaire :

- ✓ l'article 84 de la loi HPST du 21 juillet 2009 inscrit l'éducation thérapeutique du patient dans le code de Santé Publique : Titre VI
- ✓ « l'ET s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie. Les compétences nécessaires pour dispenser l'ETP sont déterminées par décret »
- ✓ Tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise de médicaments est interdit
- ✓ « les programmes sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé. Ils sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des ARS. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé »
- ✓ Ils sont évalués par la HAS
- ✓ « les actions d'accompagnement font partie de l'ET. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national »
- ✓ Les programmes ne peuvent être ni élaborés, ni mis en œuvre par les entreprises du médicament mais elles peuvent prendre part au financement
- ✓ « les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant »
- ✓ Les programmes d'apprentissage : mis en œuvre par des PS intervenant pour le compte d'un opérateur pouvant être financé par l'entreprise du médicament
- ✓ Ils sont soumis à autorisation de l'AFSSAPS
- ✓ 30 000 euros d'amende si mise en œuvre d'un programme ETP sans autorisation
- ✓ L'ARS est chargé du contrôle du respect des autorisations délivrées

Arrêté et décret du 2/08/2010 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP et à la composition du dossier de demande d'autorisation

- ✓ Formation d'une durée minimale de 40H d'enseignements théoriques et pratiques
- ✓ 15 compétences décrites relevant du relationnel, de la pédagogie et de l'animation, de la méthode et de l'organisation et du domaine biomédicale et soins
- ✓ 3 compétences relèvent exclusivement de PS inscrits dans le code de santé publique (apprendre à mieux gérer le traitement, évaluer l'ETP et ses effets thérapeutiques, éduquer les patients à la gestion de crises).

Pour être autorisé, un programme doit être conforme au cahier des charges national et respecter les compétences requises pour dispenser cette activité

L'autorisation est obligatoire pour l'ensemble des programmes, qu'ils soient portés par les établissements de santé, la médecine de ville, une association...

Tout n'est pas programme (ensemble coordonné d'activités d'éducation)

L'autorisation ne vaut pas accord de financement.

Formalisation : de l'efficacité potentielle, des objectifs, de la population cible, des objectifs éducatifs partagés et un programme personnalisé, d'un dossier éducatif, des modalités du programme, des outils utilisés.

Coordination :

- ✓ interne,
- ✓ externe notamment avec le MT à toutes les étapes,

Documents :

- ✓ information et consentement du patient
- ✓ charte de déontologie et de confidentialité signées par les intervenants

Evaluation du programme

- ✓ auto évaluation annuelle de l'activité globale et du déroulement du programme
- ✓ évaluation quadriennale en termes d'activité, de processus et de résultats

Service d'accompagnement de l'Assurance Maladie pour les malades chroniques

Sophia est un service dédié à l'accompagnement des malades chroniques. Les patients diabétiques en sont les premiers bénéficiaires. Son objectif est d'améliorer la qualité de vie des patients et de renforcer la prévention des complications de la maladie.

Structure de gestion du dépistage organisé des cancers

La structure de gestion est l'instance opérationnelle assurant l'organisation locale des dépistages organisés des cancers à l'échelle d'un ou plusieurs départements.

Les structures de gestion cancer assurent l'organisation locale et la promotion des dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal. Elles sont financées par l'Etat, l'ARS, l'Assurance maladie et, pour certaines, également par les conseils généraux.

Leurs principales missions sont les suivantes :

- ✓ gérer et assurer la sécurité des fichiers des personnes ciblées par les dépistages
- ✓ envoyer les lettres invitant les personnes à se faire dépister ainsi que les relances
- ✓ participer à la sensibilisation et à l'information des populations concernées
- ✓ organiser la formation des médecins et professionnels de santé sur les dépistages
- ✓ assurer le suivi des dépistages
- ✓ veiller à la qualité du dispositif
- ✓ collecter les données pour le pilotage et l'évaluation des programmes et les transmettre à l'Institut de veille sanitaire.
- ✓ approvisionner les médecins généralistes en tests de dépistage pour le dépistage du cancer colorectal.

Le centre Régional d'Information et de Prévention du Sida Provence-Alpes-Côte d'Azur

Le CRIPS est un centre ressource sur l'infection à VIH/sida, les hépatites, les infections sexuellement transmissibles, la réduction des risques liés à l'usage de drogue, la contraception et la sexualité. Il gère et anime deux centres de documentation à Marseille et à Nice ouverts aux professionnels et au public recherchant de l'information et de la documentation sur ces thématiques.

Les COordinations RÉgionales de lutte contre l'infection à VIH (**COREVIH**) ont été créées par le décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le VIH.

Elles ont trois missions :

- ✓ Favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique, para clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, des actions de coopération internationale, de la formation et de l'information, de l'action sociale et médico sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé.
- ✓ Participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation et à l'harmonisation des pratiques
- ✓ Procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH suivis à partir de 1998 (cohorte DMI2)

DOMAINE SANTE MENTALE

Les Centres médico-psychopédagogiques

Les CMPP s'adressent aux enfants et adolescents présentant des difficultés scolaires, des troubles psychomoteurs ou des troubles du comportement. Ils ont pour fonction de faire un bilan, de diagnostiquer les manifestations pathologiques et de mettre en œuvre une action éducative et thérapeutique sous l'autorité d'un médecin. L'enfant est orienté vers le CMPP par l'école ou le médecin généraliste. Le diagnostic et le traitement sont effectués en consultation ambulatoire. L'enfant reste dans son milieu familial.

Les CMPP ne doivent pas être confondus avec les CMP (centre médico psychologique) qui sont des services de consultations assurés par les services de psychiatrie.

Les Maisons des Adolescents

Généralisées à partir de 2005 au travers d'un cahier des charges national, les maisons des adolescents sont des structures d'accueil et de soins au service des adolescents.

Elles sont accessibles à tous les jeunes, mais s'adressent en priorité aux adolescents les plus vulnérables. Adossées à des établissements de santé, elles apportent à l'adolescent une écoute personnalisée et des propositions de soins adaptées dans un souci de pluridisciplinarité et de continuité des prises en charge.

Ces structures sont à l'usage des adolescents, de leur famille et des professionnels qui les côtoient, en priorité dans les quartiers urbains en difficulté et les zones rurales éloignées

Elles doivent répondre aux principales missions que sont l'accueil des adolescents, l'écoute, l'évaluation des situations, la prise en charge médicale, l'accompagnement éducatif, social et juridique. Les MDA sont des lieux polyvalents où la santé est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, relationnelle et sociale, éducative.

Domaine « ADDICTIONS »

Les Centres d'accueil et d'accompagnement pour la réduction des risques auprès des usagers de drogues (CAARUD)

Les CAARUD ont été créés en 2005. Le but était simple : intégrer les structures de réduction des risques dans le champ des établissements médico-sociaux, et les placer sous le financement de l'assurance maladie.

Les missions des CAARUD ont été clairement définies dans la circulaire qui les a créés

- ✓ l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues
- ✓ le soutien aux usagers dans l'accès aux soins ;
- ✓ le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- ✓ la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- ✓ l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- ✓ le développement d'actions de médiation sociale et la participation au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

Consultations jeunes consommateurs

Le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ont décidé de mettre en place, en février 2005, un programme de prévention de l'usage du cannabis, fondé sur une campagne de sensibilisation aux effets de cette consommation. En parallèle, un dispositif de « consultations d'évaluation et d'accompagnement des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psycho actives » a vu le jour : communément appelées « consultations cannabis » ou « consultations jeunes consommateurs », elles ont progressivement ouvert dans tous les départements (à raison d'une structure au moins par département).

Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Inscrits dans la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002, les CSAPA sont des établissements relevant du 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

La création d'un dispositif de prise en charge unique pour l'ensemble des addictions correspond à la volonté du législateur de réunir les deux dispositifs existants : les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).

Les CSAPA, dont les missions sont précisées dans le décret du 14 mai 2007, s'inscrivent dans le cadre des orientations du plan gouvernemental de lutte contre les drogues, le tabac et l'alcool 2004-2008 ainsi que dans le cadre du plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011.

DADD Dispositif d'appui drogues et dépendances Dispositif régional

Placée sous l'autorité du Premier ministre, la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), constitue l'épicentre du dispositif français de lutte contre les toxicomanies. La MILDT est chargée de coordonner l'action du Gouvernement dans le domaine de la prévention, la prise en charge sanitaire et sociale, la répression, la formation, la communication, la recherche et les échanges internationaux. Sa compétence couvre l'ensemble des drogues illicites, l'abus d'alcool, de tabac et de médicaments psychotropes.

Schéma Régional d'Addictologie - PACA 2010-2011

Le schéma a été élaboré par la DRASS et l'ARS après avis de la Commission Régionale Addiction instituée par la circulaire du 28 février 2008 relative aux CSAPA. Son objectif est d'avoir une politique régionale en addictologie, coordonnée et planifiée et dans cette optique de :

- ✓ garantir l'accès aux soins de la population concernée à proximité de son lieu de vie et en tenant compte de sa diversité, de la géographie (territoires de santé, bassins de vie) et des produits consommés.
- ✓ accompagner la mise en réseau des acteurs autour du patient

- ✓ intégrer de nouvelles missions telles que le repérage précoce, le conseil minimum et les interventions brèves,
- ✓ mettre en place un système de suivi et d'évaluation du fonctionnement du dispositif,
- ✓ développer les formations initiales et continues en addictologie ainsi que la recherche.

La prévention des addictions et la réduction des risques chez les usagers de drogues sont intégrées à ce schéma. Elles permettent de couvrir l'ensemble des modalités d'intervention sur la question des addictions, par leur rôle :

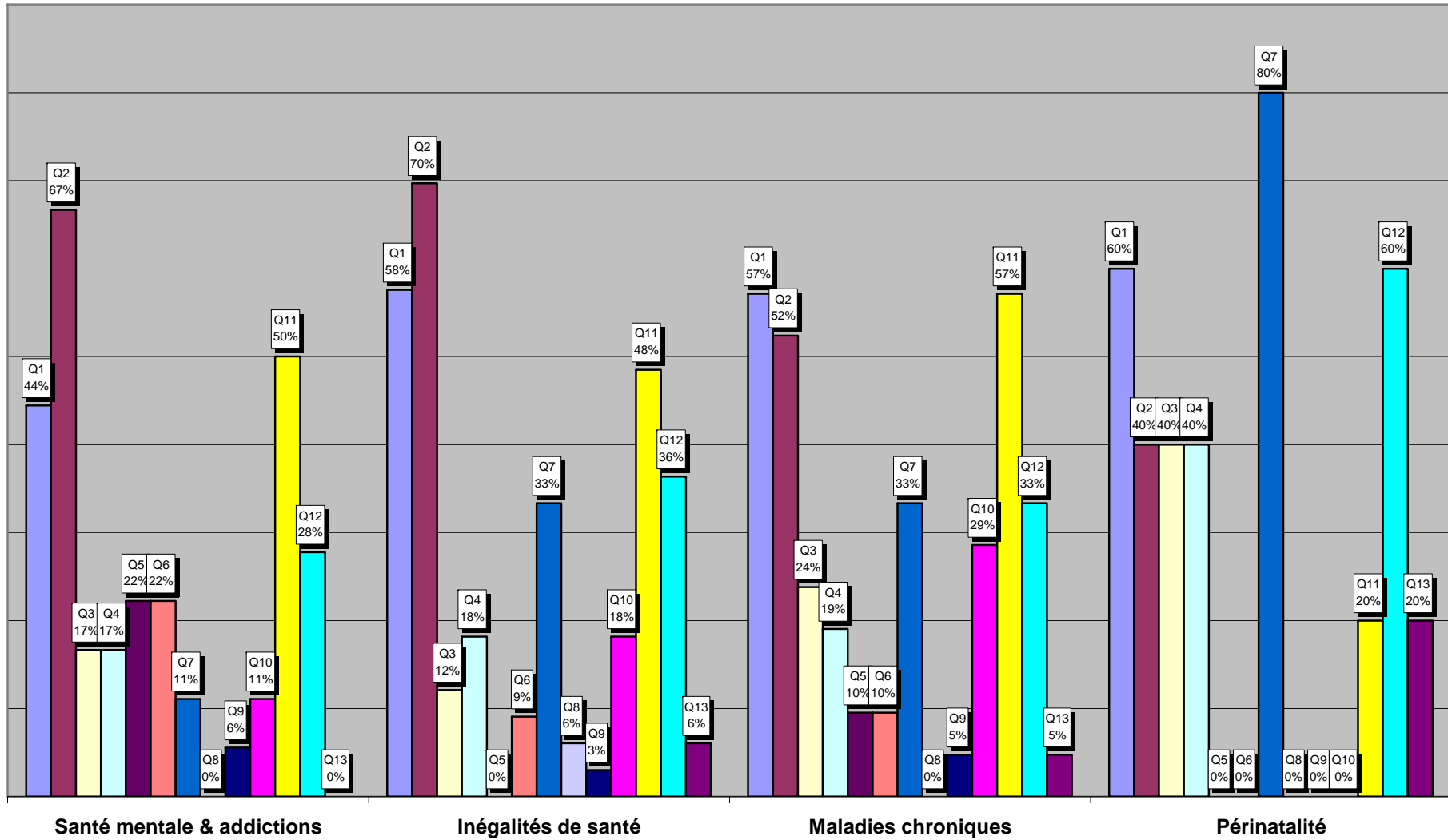
- ✓ d'information de la population,
- ✓ d'éducation à la santé pour les publics à risques,
- ✓ de prévention des risques ou de réduction des dommages sanitaires et sociaux chez les usagers de drogues,
- ✓ de relais pour un accès aux soins plus précoce et mieux réparti sur l'ensemble du territoire.

Annexe 10 Analyse des actions 2007, 2008 et 2009 du Plan Régional de Santé Publique

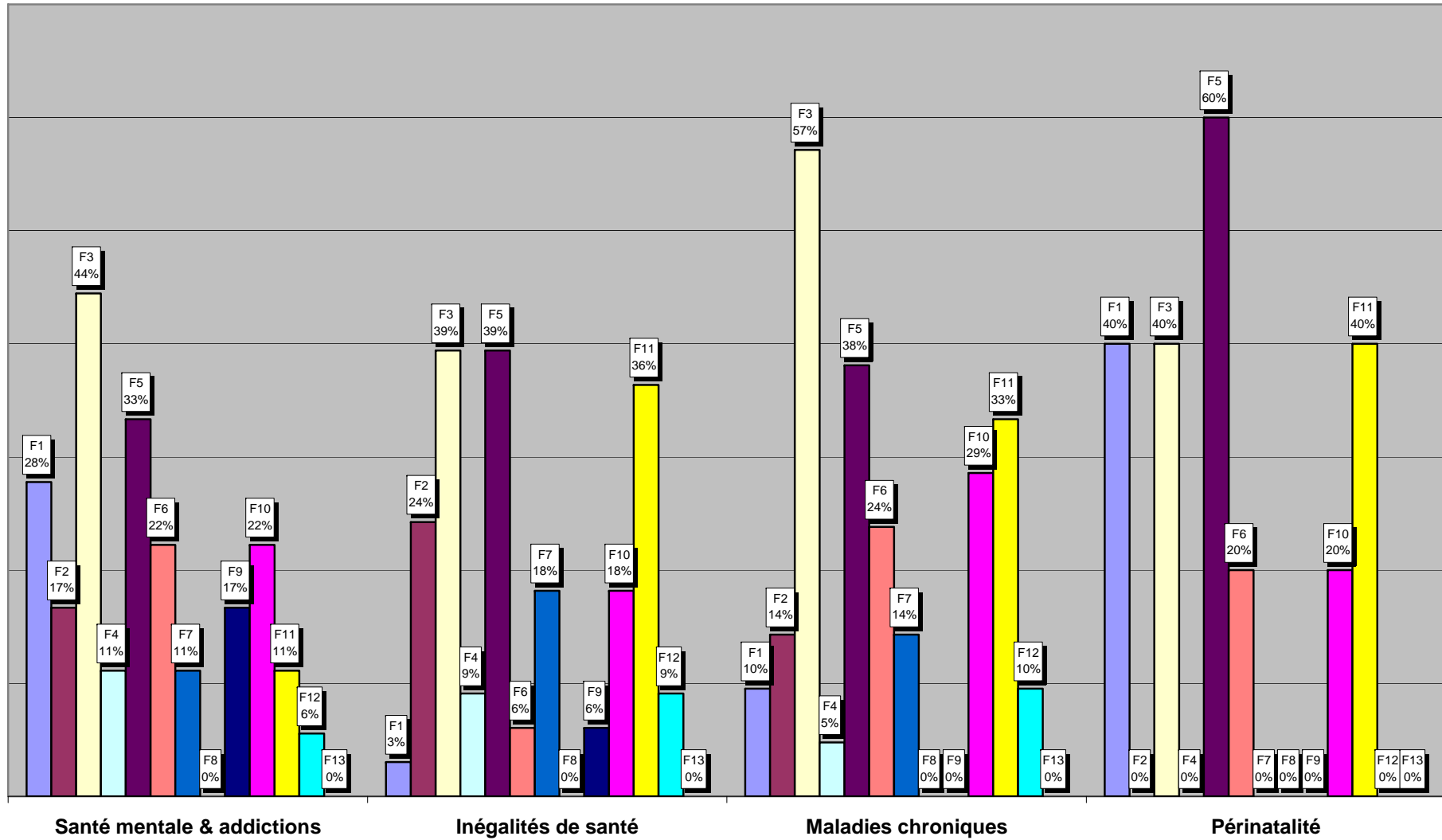
Typologie des forces / opportunités, faiblesses / obstacles, marges de progrès / recommandations des actions de prévention, promotion et éducation à la santé.

ITEMS	Catégorie : Forces / Opportunités	Q	Catégorie : Faiblesses / Obstacles	F	Catégorie : Marges de progrès / Recommandations	R
	compétences / engagement des intervenants	Q1	compétences / engagement des intervenants	F1	travail sur les compétences / la formation des intervenants	R1
	qualité du travail partenarial / en réseau	Q2	qualité du travail partenarial / en réseau	F2	développer / pérenniser le travail partenarial / en réseau	R2
	méthodologie / montage de projet / gestion de projet	Q3	méthodologie / montage de projet / gestion de projet	F3	travail sur l'écriture / méthodologie de projet / objectifs de l'action	R3
	qualité des outils d'action	Q4	qualité des outils d'action	F4	développer / améliorer les outils d'action	R4
	qualité des outils d'évaluation	Q5	qualité des outils d'évaluation	F5	développer / améliorer les outils d'évaluation	R5
	identification plus-value / valorisation / communication autour de l'action	Q6	identification plus-value / valorisation / communication autour de l'action	F6	travail sur la valorisation / communication autour de l'action	R6
	implication / atteinte des publics cibles	Q7	implication / atteinte des publics cibles	F7	travail sur l'implication / l'atteinte des publics cibles	R7
	valorisation des publics cibles	Q8	valorisation des publics cibles	F8	travail sur la valorisation des publics cibles	R8
	rapport "qualité-prix" de l'action	Q9	rapport "qualité-prix" de l'action	F9	travail sur la maîtrise des coûts de l'action	R9
	développement de compétences particulières par les intervenants liées à l'action	Q10	manque de moyens matériels / humains / financiers	F10	adaptation des moyens matériels / humains / financiers	R10
	légitimité / implantation de la structure	Q11	facteurs "exogènes" (socioculturels, structurels, etc.)	F11	travail sur la légitimité / l'implantation de la structure	R11
	inscription de l'action dans les politiques publiques / prise en compte des priorités du programme / du financeur / etc.	Q12	inscription de l'action dans les politiques publiques / prise en compte des priorités du programme / du financeur / etc.	F12	inscription de l'action dans les politiques publiques / prise en compte des priorités du programme / du financeur / recherche de cofinancements	R12
	caractère innovant / transférable / généralisable de l'action	Q13	transférabilité / généralisation de l'action	F13	extension / transfert / généralisation de l'action	R13

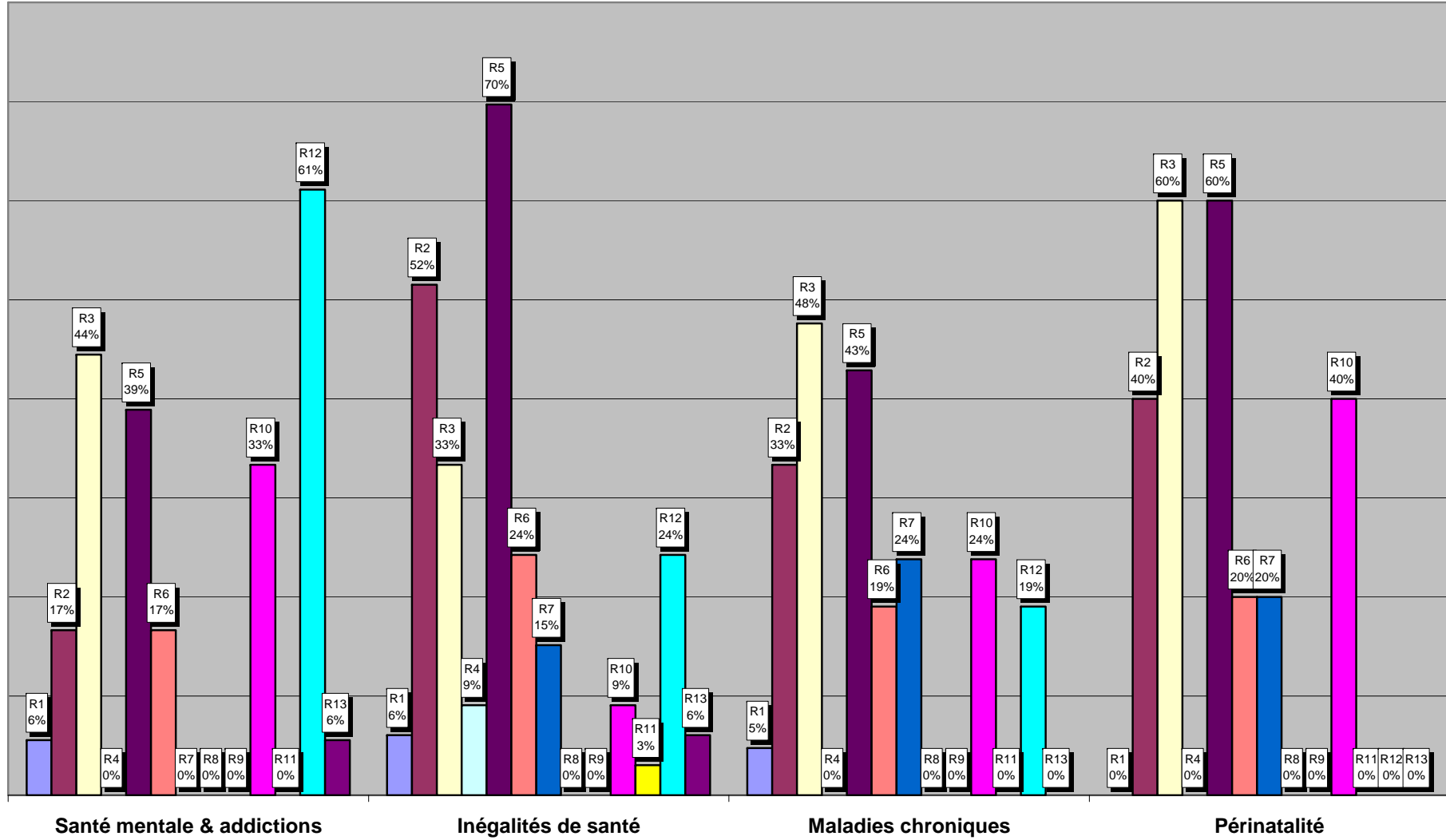
Forces / opportunités des actions 2007/08/09 évaluées :



Faiblesses / Obstacles des actions 2007/08/09 évaluées :



Marges de progrès / Recommandations émises sur les actions 2007/08/09 évaluées :



Annexe 11

Les objectifs définis pour chacun des domaines stratégiques en fonction des priorités retenues ont été répartis par publics en précisant à quel type d'objectifs général du PSRS ils se rapportaient (cf. détails dans le document spécifique intitulé « analyse par domaine stratégique » annexé au schéma) ;

Connaissances = AMELIORER LA CONNAISSANCE POUR MIEUX CIBLER ET EVALUER LES ACTIONS

Inégalités territoriales = REDUIRE LES INEGALITES TERRITORIALES DE SANTE

Droit à la santé = RENDRE EFFECTIF LE DROIT A LA SANTE DANS LE CHAMP DE LA PREVENTION, DU SOIN ET MEDICO-SOCIAL

Parcours de santé = METTRE EN PLACE UN PARCOURS COORDONNE DE SANTE ET D'ACCOMPAGNEMENT, EN RESPECTANT LE LIBRE CHOIX DES PERSONNES

Qualité offre de santé = AMELIORER LA QUALITE DE L'OFFRE DE SANTE

Domaines stratégiques	Inégalités de santé	Périnatalité Petite enfance	Maladies chroniques	Santé mentale Addictions	Vieillesse Handicaps
Publics					
Population générale	<p>Connaissances</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disposer d'un indicateur de défavorisation - Appliquer cet indicateur au niveau des cantons regroupés et des IRIS - Modéliser un diagnostic local intégrant des indicateurs épidémiologiques disponibles et un recueil de données qualitatives. <p>Inégalités territoriales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accroître d'au moins deux par année le nombre de villes PNNS de la région d'ici 2016. - Protéger les populations vulnérables, en particulier les enfants, des conséquences majeures des expositions précoces (substances chimiques en particulier) en terme de handicap ou d'autres pathologies lourdes, chroniques ou à long terme. - Préserver la population des effets de la pollution atmosphérique et améliorer la qualité de l'eau dans les territoires de montagne <p>Parcours de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définir un dispositif conventionnel, 	<p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir les mesures permettant de choisir le moment de la grossesse : renforcer l'accès à une contraception adaptée y compris la contraception d'urgence, l'accès à l'IVG et un accès aux préservatifs le plus large. - Développer la prévention des IST, de l'infection à VIH, des infections à Chlamydiae et à Herpes simplex virus - Promouvoir le test de dépistage du VIH aux futurs pères. 	<p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduire en 5 ans, en population adulte, d'au moins 25% la prévalence du tabagisme quotidien chez les hommes et les femmes. Réduire la prévalence du tabagisme chez les femmes entre 45 et 64 ans. - Réduire au moins de 10% en 5 ans la consommation déclarée quotidienne d'alcool chez les personnes âgées de 18 à 75 ans - Promouvoir l'application des repères du PNNS - Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité : augmenter chez les adultes en 5 ans la proportion de personnes situées dans la classe d'activités physiques élevées de 20% au moins chez les hommes et de 25% au moins chez les femmes - Passer de 12,6% à 20% en 5 ans la proportion d'adultes 	<p>Connaissances</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer l'impact et l'efficacité des actions de formation en direction des professionnels de santé de premier recours dont les médecins généralistes au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires <p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuer la récidive de la TS ou de la crise suicidaire - Développer au niveau territorial des actions de sensibilisation du grand public sur les troubles de la santé mentale, les maladies mentales et leur prise en charge - Réduire la consommation de tabac de 5% par an pendant 5 ans en facilitant l'accès au sevrage tabagique pour les plus précaires. - En population générale, développer le repérage et l'orientation des personnes ayant des usages problématiques 	

	<p>équivalent à la convention passée avec la DRJSCS, avec les institutions dont les missions sont à même de contribuer à agir sur les déterminants ou les conséquences des inégalités sociales de santé (Education Nationale, Conseils Généraux, ...).</p> <p>Qualité offre de santé</p> <p>- En lien avec le développement de prévention-promotion de la santé dans les territoires les plus vulnérables, promouvoir la participation des habitants à l'élaboration de politiques locales de santé (en termes d'attente, de besoins et d'implication). Cette démarche pourra être constitutive de la création d'un réseau de santé communautaire.</p>		<p>ayant déclaré avoir consommé des fruits ou légumes au moins 5 fois la veille de l'enquête</p> <p>- Mettre en place un dispositif d'informations du public sur les facteurs de risque comportementaux et environnementaux liés aux maladies chroniques au niveau des territoires de proximité, en s'appuyant sur les associations de malades et sur une organisation de type réseau.</p> <p>- Améliorer le taux de dépistage du cancer colo rectal de 33,23 % à 50% en 2013 chez les personnes de 50 à 74 ans</p> <p>- Améliorer le taux de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans de 46% à 65% en 2013</p> <p>- Améliorer la détection précoce des cancers de la peau</p> <p>- Développer le diagnostic précoce de la BPCO</p> <p>- Dépistage VIH</p> <p>- Améliorer le dépistage du diabète</p> <p>- offrir une visibilité sociale et assurer une mobilisation collective sur le thème des maladies chroniques</p>	<p>de produits psycho actifs</p> <p>- développer les pratiques de prévention avec une offre mieux différenciée par niveaux : généraliste, sélective (prévention en entreprise, sur les risques routiers...), indiquée (accès aux soins=repérage précoce), en réduction des risques et mieux coordonnée</p> <p>- améliorer la visibilité des actions de prévention</p> <p>Parcours de santé</p> <p>- Repérer et soutenir les réseaux et actions les plus efficaces en prévention et récurrence du suicide</p> <p>Qualité offre de santé</p> <p>sensibiliser les médecins généralistes à la prévention, au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique, notamment les troubles dépressifs et les risques suicidaires.</p>	
<p>Femmes enceintes, Parents, Petite enfance</p>	<p>Connaissances</p> <p>- Décrire l'impact des inégalités de distribution de l'exposition aux nuisances environnementales (qualité de l'air extérieur) sur la santé des enfants.</p> <p>- Décrire les écarts de surpoids et d'obésité à 5-6 ans entre les différents</p>	<p>Connaissances</p> <p>- Réaliser tous les deux ans une exploitation d'un échantillon des premiers bilans de santé en maternelle réalisés sur la base d'EVALMATER</p> <p>- Assurer l'exploitation des</p>	<p>Droit à la santé</p> <p>- Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants de grande section de maternelles de 12,6% à 9,5% en 2013</p> <p>- Atteindre chez les enfants âgés de 24 mois une</p>	<p>Droit à la santé</p> <p>- Prévenir les risques de conduites addictives chez les femmes enceintes</p>	

	<p>territoires de la région</p> <p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Simplifier les démarches administratives et la transmission des informations, trop souvent sur supports écrits confiés aux familles - Garantir une alimentation suffisante et équilibrée pendant la grossesse. - Renforcer l'accès des enfants vivant dans un contexte de vulnérabilité aux dispositifs de droit commun pour la prévention et le dépistage et améliorer le taux de suivi des préconisations réalisées à l'issue des bilans de santé en milieu scolaire : troubles du développement psychomoteur et en particulier d'apprentissage du langage,. - Développer un programme spécifique de prévention du surpoids et de l'obésité dans les territoires les plus vulnérables dans une démarche de promotion de la santé. - Inscrire un axe petite enfance dans le volet santé des CUCS ainsi que dans les ASV. - Améliorer le taux de couverture vaccinale en visant l'objectif fixé au niveau national. <p>Qualité offre de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer des programmes de développement des compétences psycho-sociales en milieu scolaire (ex. PRODAS tel qu'il est expérimenté à Marseille notamment dans les quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai). 	<p>données recueillis lors de l'établissement des certificats de santé des 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois pour chacun des départements de la région et au niveau le plus fin.</p> <p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - favoriser l'allaitement maternel - Promouvoir des actions d'éducation pour la santé en ZEP, visant à acquérir une bonne hygiène dentaire et une meilleure hygiène alimentaire - Prévenir les accidents de la vie courante 	<p>couverture vaccinale de 80% pour la primo-vaccination complète par le vaccin de l'hépatite B</p>		
<p>Enfants Adolescents Jeunes</p>	<p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atteindre NN% de participation à l'examen bucco-dentaire (EBD) gratuit à 6 ans et 12 ans. - Mettre en œuvre les préconisations de l'étude qualitative effectuée en 		<p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduire en 5 ans de 20% au moins le pourcentage de garçons et de filles de 17 ans déclarant un usage quotidien de tabac (>1cg/j) 	<p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuer la récidive de la TS ou de la crise suicidaire - Développer des actions pour la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents 	

	<p>2010 sur le recours à l'EBD.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'accès, pour les populations défavorisées, au dispositif de l'examen bucco-dentaire de prévention systématique à 6 ans pris en charge à 100 %, ainsi que les soins nécessaires, en partenariat avec les caisses d'assurance maladie. - Développer un programme spécifique de prévention du surpoids et de l'obésité dans les territoires les plus vulnérables dans une démarche de promotion de la santé. - Promouvoir des actions d'éducation pour la santé en ZEP, visant à acquérir une bonne hygiène dentaire et une meilleure hygiène alimentaire. - Améliorer le taux de couverture vaccinale en visant l'objectif fixé au niveau national - Réduire de moitié dans les 5 ans les IVG chez les mineures. - Systématiser dans les 5 ans la réalisation de programmes d'éducation à la sexualité auprès des jeunes dans les établissements scolaires situés dans les territoires les plus vulnérables (ZEP, territoires en CUCS, collèges et écoles "ambition réussite") et dans l'ensemble des dispositifs accueillant des jeunes en formation hors éducation nationale. Ces programmes devront intégrer en particulier des éléments portant notamment sur la contraception, la prévention des IST et de l'infection à VIH, la lutte contre l'homophobie et la prévention des violences de genres. - Promouvoir des actions d'éducation à la santé (notamment activité physique/nutrition, bruit) - Prévenir les accidents de la vie courante <p>Qualité offre de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer des programmes de 		<ul style="list-style-type: none"> - Réduire au moins de 10% en 5 ans la consommation déclarée quotidienne d'alcool chez les personnes âgées de 18 à 75 ans. - Diminuer de 20% la consommation régulière d'alcool (+10fois/mois) chez les jeunes de 17 ans - Améliorer, d'ici 5 ans, chez les jeunes filles âgées de 15 ans la couverture vaccinale contre les papillomavirus et contre l'hépatite B 	<p>présentant une souffrance psychique une dépression ou des troubles du comportement</p> <p>Parcours de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repérer et soutenir les réseaux et actions les plus efficaces en prévention du suicide et récurrence des TS <p>Qualité offre de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer des programmes de prévention des addictions auprès des jeunes scolarisés ou hors système scolaire notamment en favorisant l'acquisition de compétences individuelles et psycho-sociales (Jeunes en apprentissage, détenus, en foyer, en centres socio éducatifs, étudiants, élèves du secteur agricole etc. ...) - Développer des programmes de prévention de réduction des risques, y compris sexuels, notamment dans les milieux festifs et commerciaux 	
--	---	--	--	---	--

	<p>développement des compétences psycho-sociales en milieu scolaire (ex. PRODAS tel qu'il est expérimenté à Marseille notamment dans les quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai).</p>				
<p>Personnes Précaires, vulnérables</p>	<p>Connaissances</p> <ul style="list-style-type: none"> - Harmoniser le recueil de données sociales et médicales renseignées par les PASS de la région et les exploiter à des fins d'analyse des besoins et de veille. - Exploiter les données recueillies par les UCSA pour identifier les besoins de santé des personnes détenues. <p>Inégalités territoriales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans les 5 ans, sur les 14 territoires les plus vulnérables, après qu'un diagnostic local ait été rigoureusement effectué, mettre en œuvre une démarche territoriale de promotion de la santé. <p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place au sein des établissements pénitentiaires une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie - Prévenir le risque de rupture de droit à l'entrée et à la sortie de prison en s'assurant de la continuité de la perception des droits sociaux relevant des CG (AAH, APA, PCH, RSA). - Accroître en 5 ans le taux actuel de recours à l'ACS (qui est de 25%) à 35%. - Faire appliquer la réglementation relative aux refus de soins en aidant les associations en proximité des personnes les plus précaires à signaler les situations de refus de soins. idem pour les dépassements d'honoraires (Art. 54 de la Loi HPST). - Diffuser une charte sur les droits et devoirs des bénéficiaires de la CMUC 	<p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les moyens d'investigation qui permettent d'identifier et d'agir sur les conditions de vie insalubre ou les logements inadaptés, notamment pour les enfants (saturnisme infantile, asthme,...). 	<p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'ici 2016, réduire l'écart de mortalité par cardiopathie ischémique qui était de 2,5 entre les ouvriers et les cadres et professions intellectuelles supérieures (source ORS PACA -1991-2005) chez les hommes. - D'ici 2016, réduire l'écart de mortalité par maladies cérébrovasculaire qui était de 2,8 entre les ouvriers et les cadres et professions intellectuelles supérieures (source ORS PACA -1991-2005) chez les hommes. - Améliorer le dépistage du VIH, des hépatites et des IST et la vaccination hépatite B à l'entrée et pendant la détention. - Améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention - Augmenter de 50% la participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50-74 ans en situation précaire pour atteindre un taux de participation de 45% (sur la base d'un taux actuel de 30% à Marseille qui est un territoire repéré comme socialement très vulnérable). - Réduire de 30% en 5 ans le pourcentage des 18-75 ans en situation d'insécurité 	<p>Inégalités territoriales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer la prévention spécialisée par « territoire » (sur les quartiers en politique de la ville, communes,...) avec phase de diagnostic partagé, construction d'une réponse adaptée au territoire associant les partenaires locaux, socio-sanitaires, éducatifs et de l'application de la loi. <p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduire la consommation de tabac de 5% par an pendant 5 ans en facilitant l'accès au sevrage tabagique pour les plus précaires. - Réduire de 20%, au moins, la prévalence du tabagisme quotidien chez les chômeurs de 18 à 65 ans. 	<p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les partenaires pour l'aménagement des logements, accessibilité de l'espace public (caisses de retraite, communes), avec une attention particulière pour les territoires comportant des populations précaires et/ou en zone rurale

	<p>(dans la continuité d'un travail entrepris dans le cadre du PRAPS III).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la couverture territoriale pour les consultations dentaires PASS pour les établissements situés dans des territoires socialement vulnérables ou ayant identifié des besoins précis (Brignoles, Martigues, Arles, Salon, Gap) - Mettre en œuvre les préconisations de l'enquête régionale relative au fonctionnement des PASS (2009) - Accompagner les publics ayant des difficultés à accéder aux droits, au dépistage et aux soins. - Développer un programme spécifique de prévention du surpoids et de l'obésité dans les territoires les plus vulnérables dans une démarche de promotion de la santé. 		<p>alimentaire quantitative.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer les priorités du domaine maladie chronique pour garantir un accès à la prévention de cette population (diabète, maladies respiratoires, obésité, VIH-SIDA) sur les territoires concernés. - Développer l'éducation thérapeutique pour le public concerné par le PRAPS en adaptant les programmes 		
<p>Personnes sans chez-soi</p>	<p>Connaissances</p> <ul style="list-style-type: none"> . Analyser les besoins pour développer des PASS de psychiatrie et les Lits Halte soins Santé <p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'ici 2016, former tous les personnels d'accueil, des services d'urgence et des maternités à la prise en charge des malades en situation sociale difficile (personnes SDF, CMUC, AME) et définir les protocoles correspondants. - Renforcer la couverture territoriale pour les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) : Nice et Avignon en priorité - Accompagner les publics ayant des difficultés à accéder au dépistage et aux soins. <p>Parcours de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutenir et développer la création de réseaux santé-précarité en priorité pour les personnes sans chez-soi. Ils devront veiller en particulier à éviter 			<p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir des actions de réductions des risques chez les publics usagers de drogues licites et illicites 	

	<p>les ruptures de soins notamment au décours d'une hospitalisation (soins somatiques ou psychiatriques), l'objectif étant d'éviter que les personnes malades en situation précaire se retrouvent à la rue.</p> <p>Qualité offre de santé - Développer les compétences psycho-sociales pour les personnes hébergées en CHRS : développer des actions visant à redonner confiance (estime de soi, compétences personnelles) aux personnes les plus démunies.</p>				
--	---	--	--	--	--

<p>Personnes atteintes de maladies chroniques</p>	<p>Connaissances Documenter le parcours de soins des personnes en situation précaire et atteintes d'une maladie chronique en prenant le diabète de type II comme pathologie traceuse.</p> <p>Droit à la santé Réduire de moitié sur 5 ans l'écart de surpoids ou d'obésité entre les personnes de statut socio-économique (SSE) faible et de SSE élevé sachant que les valeurs actuelles sont les suivantes : - SSE faible 45% de surpoids ou d'obésité - SSE élevé 31% de surpoids ou d'obésité. Certains territoires prioritaires (ex. Marseille, Port Saint-Louis du Rhône, Istres et Tende) devront faire l'objet d'actions spécifiques.</p>		<p>Parcours de santé Eviter l'apparition de complications des maladies chroniques ou les réduire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informer et conseiller les patients atteints de maladies chroniques • Promouvoir et développer l'éducation thérapeutique (cf. détail dans la partie « maladies chroniques » du document analyse par domaine stratégique) - Promouvoir et développer l'éducation thérapeutique réalisé en ambulatoire en assurant un maillage territorial sur des pathologies prioritaires : diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, insuffisance rénale chronique, VIH-SIDA, obésité, psychose tout en intégrant des personnes vulnérables y compris la population pénitentiaire. - Développer l'éducation thérapeutique sur les maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires qui sont en 	<p>Parcours de santé - Mettre en place un parcours coordonné de santé et d'accompagnement, en respectant le libre choix des personnes : Ce parcours englobe la prévention, le repérage précoce, l'accès aux soins et la réinsertion du patient ainsi que le soutien aux professionnels. Cela nécessite d'organiser les relais entre la prévention, le soin et les structures d'insertion.</p>	<p>Droit à la santé</p>
--	--	--	---	---	--------------------------------

			<p>projet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'intégration des professionnels de santé libéraux au sein de programmes autorisés - Sensibiliser et former les médecins libéraux à la démarche éducative - Faire connaître les programmes autorisés - Promouvoir l'articulation « programmes d'éducation thérapeutique/ accompagnement des patients réalisé par les associations <p>Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques en développant l'éducation thérapeutique, en prévenant ou retardant la perte d'autonomie, en luttant contre l'isolement et la désinsertion sociale et en soutenant les aidants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépister la perte d'autonomie, - Faire bénéficier le patient des aides nécessaires - Maintenir le patient dans son milieu de vie habituel - Identifier et animer des lieux de rencontre en proximité - ... 		
<p>Personnes âgées Personnes handicapées</p>	<p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les partenaires pour l'aménagement des logements, accessibilité de l'espace public (caisses de retraite, communes). 		<p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le taux de dépistage du cancer colo rectal de 33,23 % à 50% en 2013 chez les personnes de 50 à 74 ans - Améliorer le taux de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans de 46% à 65% en 2013. - Favoriser l'accès des personnes en situation de 	<p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduire au moins de 10% en 5 ans la consommation déclarée quotidienne d'alcool chez les personnes âgées de 18 à 75 ans 	<p>Droit à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduire les chutes. - Prévenir les risques de sarcopénie, ostéoporose, de malnutrition ou de dénutrition : lutter contre l'inactivité physique et promouvoir une alimentation adaptée. - Améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes en prévenant ou retardant la perte d'autonomie, en luttant contre

			<p>handicap au dépistage systématique des cancers : renforcer les connaissances et compétences des personnes relais sur les modalités d'accès des personnes en situation de handicap au dépistage des cancers.</p>		<p>l'isolement et la désinsertion sociale</p> <ul style="list-style-type: none">- A 5 ans, développer sur tous les territoires et proportionnellement au nombre de personnes concernées des ateliers mémoire- Favoriser l'accès au dépistage et aux soins bucco-dentaires : tendre l'action du réseau Handidents à l'ensemble de la région.- Développer auprès des personnes handicapées, des actions d'éducation à la sexualité, la contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles et de l'infection à VIH <p>Qualité offre de santé</p> <ul style="list-style-type: none">- Former les professionnels de santé aux spécificités du handicap (adaptation des consultations, accueil et écoute des publics)
--	--	--	---	--	--

Annexe 12

Répartition des objectifs selon les objectifs du PSRS

Domaine stratégique : INEGALITES DE SANTE		
OBJECTIFS GENERAUX DU PSRS	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	MODALITES ET/OU CALENDRIER ENVISAGES
3.1.1 - Mieux connaître et décrire les inégalités territoriales de santé, populationnelles et géographiques	Décrire les inégalités de distribution de l'exposition aux nuisances environnementales (qualité de l'air extérieur en particulier)	Etude prévue en fin d'année 2011 à Marseille. A étendre ensuite à d'autres territoires exposés, éventuellement en fonction des résultats
3.1.1	Disposer d'un indicateur de défavorisation (il s'agit plutôt a priori d'en retenir un parmi ceux qui existent et non d'en définir un nouveau) Appliquer cet indicateur au niveau des cantons regroupés et des IRIS	Tous les territoires sont concernés
	Modéliser un diagnostic local intégrant des indicateurs épidémiologiques disponibles et un recueil de données qualitatives	Démarche méthodologique générale qui sera appliquée à des territoires prioritaires.
	Promouvoir des recherches-actions associant acteurs de terrain et équipes de recherche en visant à construire des modalités d'intervention qui dans l'idéal pourraient être modélisées	Démarche méthodologique générale qui sera appliquée à certaines thématiques (ex. nutrition)
	Documenter le parcours de soins des personnes en situation précaire et atteintes d'une maladie chronique en prenant le diabète de type II comme pathologie traceuse	Un canton regroupé à déterminer au sein des cantons regroupés prioritaires sur cette thématique - pour les hommes Marseille, Marignane, Port st Louis, Vitrolles, Istres, Martigues, Arles, Toulon, La Seyne, Avignon, Valréas - pour les femmes Breil sur Roya, Marseille, Marignane, Port st Louis, Vitrolles, Istres, Martigues, Arles, Toulon, La Seyne sur mer, Avignon, Valréas et Bédarrides
3.1.2 - Préciser les différents besoins de santé, pour chacun des publics, en termes de prévention et de soins	Harmoniser le recueil de données sociales et médicales renseigné par les Permanences d'accès aux soins (PASS) de la région et en assurer l'exploitation à des fins d'analyse des besoins et de veille.	A engager dans la première période du schéma, pour chaque PASS
3.1.2	Exploiter les données recueillies par les UCSA pour identifier les besoins de santé des personnes détenues	Dans la première période du schéma pour chaque UCSA (Aix, Arles-Tarascon, Avignon, Digne, Draguignan, Gap, Grasse, Marseille, Nice, Salon, et Toulon).
3.1.4 - Mieux articuler les politiques de santé avec les autres politiques publiques et favoriser le travail en réseau (santé environnement, ville, transports, éducation, culture, emploi, logement...)	Mettre en œuvre une démarche territoriale de promotion de la santé, associant la population, les élus et l'ensemble des institutions concernées dans un travail intersectoriel. Soutenir l'activité des Ateliers Santé Ville, ou des démarches similaires, définir des programmes territoriaux de santé qui pourront aboutir pour certains à des contrats locaux de santé	Dans la première période du schéma, sur les territoires les plus vulnérables à l'échelle des cantons regroupés : Accompagnement à poursuivre à Nice, à Arles, à Marseille avec la prévision d'un CLS 2, un CLS intercommunal à Martigues-Port de Bouc, à envisager à Port st Louis et Arles A développer ou à préciser dans la première période du schéma à Tende, Breil sur Roya, dans le sud-ouest des Alpes de Haute

	<p>Cette approche devra s'inscrire dans la durée, être coordonnée par les institutions partenaires et s'appuyer sur une animation territoriale. Elle visera des territoires ou des quartiers très vulnérables et devra être à même de prendre en compte la question du logement (et plus largement du cadre de vie). Elle serait déclinée pour chacun des partenaires au niveau de mise en œuvre qui est le sien. Pour certains, elle pourra aboutir à la définition d'un CLS.</p>	<p>Provence et l'extrême ouest des Hautes Alpes, Le Luc, Brignoles, Toulon/La Seyne sur Mer, Avignon, Orange, Bédarrides, Valréas, Bollène</p> <p>Dans la première période du schéma, soutien aux actions issues des démarches similaires (plan local de santé publique), en particulier dans le cadre d'un ASV</p>
3.1.4	<p>Accroître d'au moins deux par année le nombre de villes actives PNNS de la région d'ici 2016.</p>	<p>Dans la première période du schéma, accentuer la démarche pour l'obtention du label PNNS auprès des villes et autres collectivités</p>
3.1.5 - Améliorer l'accès à la prévention et aux soins (public en difficulté d'accès à la santé)	<p>D'ici 2016, réduire l'écart de mortalité par cardiopathie ischémique qui était de 2,5 entre les ouvriers et les cadres et professions intellectuelles supérieures (source ORS PACA -1991-2005) chez les hommes.</p>	<p>Les actions viseront les facteurs de risque : consommation de tabac, alimentation sur les territoires à l'échelle des cantons regroupés les plus vulnérables et présentant une surmortalité significative (Aubagne, Port st Louis, Istres, Martigues, Tende)</p>
3.1.5	<p>Réduire la consommation de tabac de 5% par an pendant 5 ans en facilitant l'accès au sevrage tabagique pour les plus démunis.</p>	<p>Il s'agit de généraliser la pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes en sachant qu'une mesure CNAMTS prévoit la prise en charge des médicaments de sevrage du tabac à hauteur de 150 € pour les bénéficiaires de la CMUC et les femmes enceintes. Dans la première période du schéma à Marseille, Salon, Toulon-Hyères, Nice, Avignon, Fréjus Dans la deuxième période du schéma à Apt, Cavaillon, Carpentras, Orange, Arles, Martigues</p>
3.1.5	<p>Mettre en place au sein des établissements pénitentiaires une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie</p>	<p>Dans la première période du schéma dans tous les établissements pénitentiaires (Aix, Arles-Tarascon, Avignon, Digne, Draguignan, Gap, Grasse, Marseille, Nice, Salon, et Toulon). Etude des modalités de mise en place de la consultation de sortie pour les personnes condamnées. Généralisation de cette consultation. Recensement des structures d'accueil et d'hébergement</p>
3.1.5	<p>Améliorer le dépistage du VIH, des hépatites et des IST et la vaccination hépatite B à l'entrée et pendant la détention. Améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention</p>	<p>Dans la première période du schéma dans tous les établissements pénitentiaires (Aix, Arles-Tarascon, Avignon, Digne, Draguignan, Gap, Grasse, Marseille, Nice, Salon, et Toulon) Etat des lieux sur les pratiques de dépistage durant la détention et à la sortie</p>
3.1.5	<p>Augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50-74 ans dans les territoires repérés vulnérables pour atteindre un taux de participation de 45% (sur la base d'un taux actuel de 30% à Marseille qui est un territoire repéré comme socialement très vulnérable)</p>	<p>Dans la première période du schéma, à l'échelle des ex-territoires de proximité du PRSP : Nice, Marseille, Arles, Martigues, Toulon, Apt, Avignon, Cavaillon, Orange et avec un effort accru sur le canton regroupé de Carpentras qui présente une surmortalité significative par cancer du sein</p>

		<p>Des actions ont déjà été entreprises dans la région et seront à compléter ou renforcer pour les publics résidant dans ces territoires</p> <ul style="list-style-type: none"> - formation de professionnels relais, après bonne identification des relais exerçant auprès de cette population cible (ex : CCAS, collectivités territoriales, ASV) en se servant de la « boîte à outils des dépistages des cancers en région PACA » - identification de groupes déjà existants où il serait possible d'intervenir sur la prévention, la santé, pour aboutir au dépistage (ex. action dans les groupes d'alphabétisation pour les migrants primo arrivant avec l'outil « Magnet-santé » élaboré par le CRES avec les structures de gestion). <p>Dans la deuxième période du schéma, tous les sites en CUCS</p>
3.1.5	<p>Favoriser l'accès des personnes en situation de handicap au dépistage systématique des cancers : renforcer les connaissances et compétences des personnes relais sur les modalités d'accès des personnes en situation de handicap au dépistage des cancers</p> <p>Ex : Actions menées par le réseau des CRES/ CODES dont il faut assurer le suivi et le relais</p>	<p>Dans la première période du schéma sur tous les territoires</p> <p>Développer une formation de professionnels relais dans les établissements accueillant des handicapés adultes (exemple: actions menées pendant 2 ans par le réseau CRES/ Codes et le CREAI)</p> <p>Dans l'objectif de couvrir tous les établissements concernés à échéance du schéma.</p>
3.1.5	<p>Augmenter de 50% la participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50-74 an, y compris pour les personnes handicapés adultes à domicile</p>	<p>Dans la première période du schéma sur tous les territoires</p> <p>Développer une action auprès des médecins traitants</p>
3.1.5	<p>Augmenter la participation au DO du cancer colorectal</p>	<p>Dans la première période du schéma sur tous les territoires</p> <p>Il sera nécessaire de s'appuyer sur une étude des faibles taux de réponse au dépistage organisé, par territoire avec une attention particulière sur les zones à forte proportion de personnes en situation précaire et/ou isolées.</p> <p>Une sensibilisation particulière du corps médical, et notamment du médecin traitant qui distribue les tests, sera sans doute à envisager, à l'image de l'opération déployée par la CNAMTS visant à mieux impliquer les médecins traitants dans les programmes de dépistage qui a été réalisée à travers les visites des délégués de l'Assurance maladie ciblées notamment sur le dépistage du cancer colorectal.</p>
3.1.5	<p>Améliorer la détection précoce des cancers de la peau et en particulier du mélanome.</p>	<p>Une attention particulière sera apportée à certaines populations particulièrement exposées (agriculteurs, travailleurs du bâtiment...)</p> <p>Dans la première période du schéma, tous les territoires sont concernés</p>

<p>3.1.5</p>	<p>Réduire de moitié sur 5 ans l'écart de surpoids ou d'obésité entre les personnes de statut socio-économique (SSE) faible et de SSE élevé sachant que les valeurs actuelles sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SSE faible 45% de surpoids ou d'obésité - SSE élevé 31% de surpoids ou d'obésité. 	<p>* Dans la première période du schéma, les sites en CUCS et en priorité Nice, Marseille, Port St Louis, Martigues, La Seyne sur mer et Avignon devront faire l'objet d'actions spécifiques (à confronter à une analyse locale plus précise), par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - développement de jardins familiaux collectifs - amélioration de l'accessibilité à des aliments de bonne qualité nutritionnelle en liaison avec le PNA (DRAAF) <p>* Dans la première période du schéma, sur tous les territoires : Poursuivre la formation des personnes qui distribuent l'aide alimentaire pour que les personnes en situation précaire s'approprient les préconisations du PNNS.</p>
<p>3.1.5</p>	<p>Prévenir les violences faites aux femmes</p>	<p>Dans la première période du schéma dans tous les territoires</p>
<p>3.1.6 - Soutenir les actions en faveur de l'accès aux droits et lutter contre les refus de soins (droit à la "non discrimination")</p>	<p>Prévenir le risque de rupture de droit à l'entrée et à la sortie de prison en s'assurant de la continuité de la perception des droits sociaux relevant des CG (AAH, APA, PCH, RSA)</p>	<p>Dans la première période du schéma dans tous les établissements pénitentiaires (Aix, Arles-Tarascon, Avignon, Digne, Draguignan, Gap, Grasse, Marseille, Nice, Salon, et Toulon)</p>
<p>3.1.6</p>	<p>Accroître en 5 ans le taux actuel de recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (qui est de 25%) à 35%.</p>	<p>Dans la première période du schéma sur tous les territoires</p>
<p>3.1.</p>	<p>Faire appliquer la réglementation relative aux refus de soins en aidant les associations en proximité des personnes les plus précaires à signaler les situations de refus de soins.</p>	<p>Dans la première période du schéma sur tous les territoires</p>
<p>3.</p>	<p>Faire appliquer la réglementation relative aux dépassements d'honoraires (Art. 54 de la Loi HPST) en aidant les associations en proximité des personnes les plus précaires à signaler les situations de refus de soins.</p>	<p>Dans la première période du schéma sur tous les territoires</p>
<p>3.1.6</p>	<p>Diffuser une charte sur les droits et devoirs des bénéficiaires de la CMUC (dans la continuité d'un travail entrepris dans le cadre du PRAPS III)</p>	<p>Dans la première période du schéma sur tous les territoires</p>
<p>3.1.7 - Rendre effective l'accessibilité aux équipements et services, favoriser la mobilité (mesures d'accessibilités physiques, accompagnement dans les dispositifs de soins...)</p>	<p>Atteindre 45% de participation à l'examen bucco-dentaire (EBD) gratuit à 6 ans et 12 ans. Mettre en œuvre les préconisations de l'étude qualitative effectuée en 2010 sur le recours à l'EBD.</p>	<p>Dans la première période du schéma</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Communiquer de manière adaptée sur l'invitation à l'EBD à la fois sur la forme (intelligibilité du message) et le fond : valeur de la dent et de ses fonctions (alimentaires et sociales) en visant plus spécifiquement les mères ➤ Mettre en avant la nécessité d'associer l'hygiène dentaire et le contrôle médical pour assurer une prévention efficace.

3.1.7	Favoriser l'accès aux soins psychiatriques, aux soins dentaires et favoriser la continuité des soins pour les personnes « sans chez soi »	SROS (cf. appel à projets consultation dentaire PASS 2010) Dans la première période du schéma, créer ; ➤ une consultation dentaire PASS à Gap, Brignoles, Martigues, Arles, Salon ➤ une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) à Nice et à Avignon
3.1.7	Favoriser l'accessibilité aux droits et aux soins	SROS Dans la première période du schéma sur tous les territoires avec une PASS, mettre en œuvre les préconisations de l'enquête régionale relative au fonctionnement des PASS (2009)
3.1.7	Analyser les besoins pour développer des PASS de psychiatrie	SROS Digne, Gap, Nice, Cannes-Grasse, Marseille, Arles, Draguignan, Avignon
3.1.7	Accompagner les publics ayant des difficultés à accéder au dépistage et aux soins	Dans la première période du schéma sur les territoires de : Digne, Manosque, Gap, Briançon, Nice, Cannes-Grasse, Marseille, Aix, Salon, Martigues, Arles, Aubagne-La Ciotat, Avignon, Carpentras, Orange, Fréjus, Toulon, Brignoles Accompagner physiquement les publics les plus en difficulté à partir des dispositifs d'urgence sociale et des CHRS. Pour lever les freins culturels, le recours à des actions de médiation peut être approprié dans ce cadre, tout particulièrement pour les personnes migrantes. Il devra se prolonger par des relais sur les quartiers concernés
3.1.8 - Encourager la complémentarité entre les institutions, services et professionnels des champs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, éducatif, insertion professionnelle	Soutenir et développer la création de réseaux santé-précarité en priorité pour les personnes sans chez-soi. Ils devront veiller en particulier à éviter les ruptures de soins notamment au décours d'une hospitalisation (soins somatiques ou psychiatriques), l'objectif étant d'éviter que les personnes malades en situation précaire se retrouvent à la rue.	Dans la première partie du schéma sur les territoires de Nice (en renforcement), Marseille, Avignon, Toulon, Accompagner et soutenir l'émergence de dispositifs entre institutions, associations et professionnels de santé pour favoriser l'inscription des personnes concernées dans un parcours de soins.
3.1.8	Développer des actions intersectorielles à même de prendre en compte les déterminants des inégalités de santé (état des logements, réussite scolaire, santé au travail, environnement, ...).	Il s'agira de définir un dispositif conventionnel, équivalent à la convention passée avec la DRJSCS, avec les institutions dont les missions sont à même de contribuer à agir sur les déterminants ou les conséquences des inégalités sociales de santé (Education Nationale, Conseils Généraux, ...) et de coordonner les actions en s'appuyant sur la commission de coordination des politiques publiques de santé en prévention. Dans la première période du schéma, dans les cantons regroupés de Marseille, Martigues, Arles, Port St Louis, Nice, Cannes, Dans la deuxième partie du schéma, dans les cantons regroupés de

		Brignoles, Toulon, La Seyne sur Mer, Avignon, Orange
3.1.9 bis - Renforcer les stratégies d'engagement favorables à la santé	Développer les compétences psycho-sociales pour les personnes hébergées en CHRS: développer des actions visant à redonner confiance (estime de soi, compétences personnelles) aux personnes les plus démunies.	Dans la première période du schéma, sur les territoires de Marseille, Avignon, Toulon et Nice Dans la deuxième période dans les territoires de proximité de Digne, Manosque, Gap, Briançon, Cannes-Grasse, Aix, Salon, Martigues, Arles, Fréjus, Brignoles, Carpentras, Orange
3.1.9	Développer des programmes de développement des compétences psycho-sociales en milieu scolaire (ex. PRODAS tel qu'il est expérimenté à Marseille notamment dans les quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai).	Dans la première période du schéma à Marseille dans les territoires en CUCS
3.1.9	En lien avec le développement de prévention-promotion de la santé dans les territoires les plus vulnérables, promouvoir la participation des habitants à l'élaboration de politiques locales de santé (en termes d'attente, de besoins et d'implication). Cette démarche pourra être constitutive de la création d'un réseau de santé communautaire.	Dans la première période du schéma, à Marseille et dans les autres villes bénéficiant d'un ASV (Digne, Nice, Cannes, Grasse, Antibes, Marseille, Arles, Martigues, Salon, La Seyne sur Mer, Dans la deuxième période du schéma où un ASV serait souhaitable: Manosque, Toulon, Avignon, Orange

Domaine stratégique : PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET PERSONNES AGEES		
OBJECTIFS GENERAUX du PSRS	OBJECTIFS SPECIFIQUES du SRP - VOLET PPS	MODALITES ET/OU CALENDRIER ENVISAGES
3.2.5 - Renforcer l'offre de Prévention à destination des personnes âgées et des personnes handicapées, dans les établissements et services médico-sociaux	PA - Sensibiliser les établissements et services médico-sociaux à la prise en compte de la prévention dans leurs missions	A inscrire dans les CPOM, les projets d'établissement, les conventions tripartites, les appels à projet médico-sociaux des établissements PA et à prendre en charge par les établissements
3.2.5-	PH - Favoriser l'accès des personnes en situation de handicap au dépistage systématique des cancers Renforcer les connaissances et compétences des personnes relais sur les modalités d'accès au dépistage organisé des cancers pour les personnes en situation de handicap (exemple ; actions menées par le réseau des CRES/CODES dont il faut assurer le suivi et le relais)	Dans la première période du schéma sur tous les territoires Développer une formation de professionnels relais dans les établissements accueillant des handicapés adultes. A inscrire dans les CPOM, les projets d'établissement, les conventions tripartites, les appels à projet médico-sociaux des établissements PH adulte et à prendre en charge progressivement par les établissements
	PH - Développer auprès des personnes en situation de handicap des actions d'éducation à la sexualité, la contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles et de l'infection à VIH	A développer en partenariat avec les établissements et services médico-sociaux, tous les territoires sont concernés

	PA - Réduire les chutes : Actions auprès des personnes et des aidants	Dans les territoires de proximité en prenant en compte le nombre de personnes âgées isolées et la proportion parmi les 65/79 ans : Dans la première période du schéma : Digne, Nice, Menton, Cannes, Grasse, Marseille, Toulon-Hyères, Avignon Dans la deuxième période : Manosque, Gap, Briançon, Antibes, Aubagne-La Ciotat, Aix en Pce, Martigues, Salon, Arles, Draguignan, Brignoles, Fréjus, St Raphael, Carpentras, Orange-Valréas
3.2.6	PA - Réduire les chutes : Sensibiliser les médecins et les personnes à l'importance du dépistage de l'ostéoporose	Partenariat avec URPS et assurance maladie
3.2.6	PA - Réduire les chutes : Sensibiliser les partenaires pour l'aménagement des logements, accessibilité de l'espace public (caisses de retraite, communes), avec une attention particulière pour les territoires avec des populations précaires et/ou en zone rurale	Tous les territoires Partenariat avec les collectivités
3.2.6	PA - Prévenir les risques de sarcopénie, ostéoporose, de malnutrition ou de dénutrition . lutter contre l'inactivité physique . promouvoir une alimentation adaptée en sensibilisant les collectivités à une politique urbaine favorisant la lutte contre la sédentarité (trottoirs, espaces de vie) et l'accessibilité aux produits de base (maintien de commerces ou marchés de proximité ou commerces ambulants)	Tous les territoires Partenariat avec les collectivités
3.2.6	PA - Prévenir les risques de sarcopénie, ostéoporose, de malnutrition ou de dénutrition en développant des actions auprès des personnes et des aidants	Dans les territoires de proximité en prenant en compte le nombre de personnes âgées isolées et la proportion parmi les 65/79 ans : Dans la première période du schéma : Digne, Nice, Menton, Cannes, Grasse, Marseille, Toulon-Hyères, Avignon
3.2.6	PA - Préserver les capacités mnésiques, développer des ateliers mémoire	Dans les territoires de proximité en prenant en compte le nombre de personnes âgées isolées et la proportion parmi les 65/79 ans Dans la première période du schéma : Digne, Nice, Menton, Cannes, Grasse, Marseille, Toulon-Hyères, Avignon Dans la deuxième période : Manosque, Gap, Briançon, Antibes, Aubagne-La Ciotat, Aix en Pce, Martigues, Salon, Arles, Draguignan, Brignoles, Fréjus, St Raphael,

		Carpentras, Orange-Valréas
3.2.6	PA - Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse sensibiliser les professionnels de santé (médecins et pharmaciens) en partenariat avec l'assurance maladie sensibiliser les personnes (exemple la communication sur les antibiotiques), en partenariat avec l'assurance maladie	Partenariat avec assurance maladie et URPS
3.2.12 – Renforcer la formation des médecins généralistes de ville pour la prise en charge des personnes en situation de handicap	PH -Former les professionnels de santé, notamment les médecins et les chirurgiens dentistes, aux spécificités du handicap (adaptation des consultations, accueil et écoute des publics)	Tous les territoires Partenariat avec les URPS et les conseils de l'ordre
3.2.13 – Promouvoir l'application des recommandations des bonnes pratiques (HAS...)	PH -Favoriser le développement des actions de prévention en les intégrant aux missions des établissements et services et le cas échéant à leurs budgets	A inscrire dans les CPOM, les projets d'établissement, les conventions tripartites, les appels à projet médico-sociaux des établissements PH adulte et enfants et à prendre en charge par les établissements

Domaine stratégique : PERINATALITE ET PETITE ENFANCE

OBJECTIFS GENERAUX DU PSRS	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP – VOLET PPS	MODALITES ET/OU CALENDRIER ENVISAGES
3.4.1 - Renforcer la connaissance épidémiologique sur le développement des enfants et particulièrement des nouveau-nés vulnérables en lien avec les données du suivi de grossesse	Réaliser tous les deux ans une exploitation d'un échantillon des premiers bilans de santé en maternelle réalisés sur la base d'EVALMATER	A engager dans la première période du schéma Il faudra au préalable s'assurer de l'harmonisation de l'utilisation de cet outil entre les services de PMI de la Région. Tous les territoires sont concernés
3.4.1	Assurer l'exploitation des données recueillies lors de l'établissement des certificats de santé des 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois pour chacun des départements de la région et au niveau le plus fin.	A engager dans la première période du schéma En partenariat avec le conseil général Il sera notamment ainsi possible de disposer d'un taux de prématurités et d'un taux d'enfants hypotrophiques à la naissance au moins par cantons regroupés, données actuellement non disponibles. Tous les territoires sont concernés
3.4.1	Décrire l'impact des inégalités de distribution de l'exposition aux nuisances environnementales (qualité de l'air extérieur) sur la santé des enfants. Etude prévue en fin d'année 2011 à Marseille.	A engager dans la première période du schéma à Marseille En fonction des résultats de l'étude, étendre ensuite à d'autres territoires exposés

<p>3.4.1</p>	<p>Décrire les écarts de surpoids et d'obésité à 5-6 ans entre les différents territoires de la région Engager des échanges avec le Rectorat de Nice, en vue d'établir une convention similaire à celle signée avec le Rectorat d'Aix Marseille en 2010. Cette convention prévoit l'exploitation annuelle des données biométriques des bilans de santé de la très grande majorité des enfants de grande section de maternelle, afin de dresser une cartographie des IMC par écoles et/ou autre territoire géographique pertinent. L'objectif est de pouvoir adapter les mesures en matière d'éducation pour la santé et plus spécifiquement les actions « nutrition » au plus près des caractéristiques des enfants et des familles concernées.</p>	<p>A engager dans la première période du schéma sur tous les territoires des deux académies</p>
<p>3.4.4- Améliorer, pour les populations vulnérables, les modalités d'accès effectives des familles et en particulier des femmes à : - la promotion de la santé et à l'éducation à la santé - au suivi de la grossesse, à l'AMP, à la contraception et à l'IVG et mieux cibler l'offre de prévention</p>	<p>Réduire les grossesses non désirées chez les mineures.</p>	<p>Systématiser dans les 5 ans la réalisation de programmes d'éducation à la sexualité auprès des jeunes dans les établissements scolaires situés dans les territoires les plus vulnérables (sites CUCS) et dans l'ensemble des dispositifs accueillant des jeunes (ZEP, RAR, établissements agricoles, CFA, jeunes en formation) Ces programmes devront intégrer en particulier des éléments portant notamment sur la contraception, la prévention des IST et de l'infection à VIH, la lutte contre l'homophobie et la prévention des violences de genres. Développer des actions appropriées de sensibilisation/formation auprès des professionnels concernés (Tous les territoires sont concernés)</p>
<p>3.4.4</p>	<p>Prévenir les risques de conduites addictives chez les femmes enceintes</p>	<p>A engager dans la première période du schéma Promouvoir le sevrage tabagique pendant la grossesse (prises en charge des traitements à hauteur de 150 € par l'Assurance-maladie pour les femmes enceintes). Des mesures spécifiques sont à prévoir à l'égard des femmes usagères de d'alcool. et de drogues (incluant prévention VIH - cf. plan national SIDA) en partenariat avec la PMI et les maternités. Tous les territoires sont concernés</p>

3.4.4	Garantir une alimentation suffisante et équilibrée pendant la grossesse et pendant la petite enfance	A engager dans la première période du schéma Développer des ateliers puériculture, nutrition dans les structures sociales accueillant des femmes en situation de vulnérabilité socio-économique. A engager dans la première période du schéma dans les communes en tenant compte du nombre et de la proportion d'enfants vivant dans des familles à bas revenus : Riez, Cannes, Nice, Port de Bouc, Marseille, Arles, Stes Maries de la mer, Tarascon, Port st Louis, la Seyne sur mer, Toulon, Brignoles, Avignon, Orange, Carpentras, Bollene, Apt
3.4.4	Favoriser l'allaitement maternel	A engager dans la première période du schéma En partenariat avec la PMI et les maternités Tous les territoires sont concernés
3.4.5 Renforcer et coordonner les offres de prévention et de dépistage précoce en direction de la petite enfance, en lien avec les PMI, les CAMSP et la santé scolaire, concernant notamment : * le surpoids et l'obésité * les troubles sensoriels (audition, vision) * les troubles du langage * les troubles envahissants du développement * les vaccinations	Protéger les populations vulnérables, en particulier les enfants, des conséquences majeures des expositions précoces (substances chimiques en particulier) en terme de handicap ou d'autres pathologies lourdes, chroniques ou à long terme.	A développer en fonction des résultats de l'étude A développer en fonction des résultats de l'étude d'impact, citée à l'objectif 3.4.1, des inégalités de distribution de l'exposition aux nuisances environnementales, prévue à Marseille
3.4.5-	Développer les programmes d'intervention précoce pour les enfants et leur famille vivant dans un contexte de vulnérabilité (agir sur le développement somatique, moteur, du langage, cognitif et social)	
3.4.5:	➤ Simplifier les démarches administratives et la transmission des informations, trop souvent sur supports écrits confiés aux familles.	A engager dans la première période du schéma sur les territoires de Marseille, Port de Bouc, Arles, Avignon, La Seyne sur mer, Toulon, Bollene A engager dans la deuxième période du schéma pour les autres territoires
3.4.5	➤ Inscrire un axe petite enfance dans le volet santé des CUCS ainsi que dans les ASV.	Tous les sites en CUCS
3.4.5	➤ Renforcer l'accès des enfants vivant dans un contexte de vulnérabilité aux dispositifs de droit commun pour la prévention	Dans la première période du schéma Le développement de coordinations petite enfance

	et le dépistage.	sur ces territoires est particulièrement à soutenir. la PMI a un rôle majeur à jouer dans ces coordinations, de même que les services de santé scolaire pour ce qui concerne le suivi des bilans dits de 6 ans. territoires concernés : tous les sites CUCS et la zone rurale du sud des Alpes de Haute Provence, et les zones rurales de Brignoles et Draguignan
3.4.5	➤ Améliorer le taux de suivi des préconisations réalisées à l'issue des bilans de santé en milieu scolaire (3/4 ans et 5/6 ans)	Dans la première période du schéma Le développement de coordinations petite enfance sur ces territoires est particulièrement à soutenir. la PMI a un rôle majeur à jouer dans ces coordinations, de même que les services de santé scolaire pour ce qui concerne le suivi des bilans dits de 6 ans. territoires concernés : Marseille, Marignane, Port De Bouc, Avignon, La Seyne sur mer, Arles, Toulon, Bollene, Orange, Nice, Cannes, Brignoles et zones rurales Draguignan rural, Carpentras, Apt, Manoque et zone rurale, Arles et Ste Marie de la mer
3.4.5	➤ Favoriser l'accès, pour les populations défavorisées, au dispositif de l'examen bucco-dentaire de prévention systématique à 6 ans pris en charge à 100 %, ainsi que les soins nécessaires, en partenariat avec les caisses d'assurance maladie.	Tous les territoires en sont concernés A pondérer en fonction des données de l'Assurance-Maladie. ➤ Communiquer de manière adaptée sur l'invitation à l'EBD à la fois sur la forme (intelligibilité du message) et le fond : valeur de la dent et de ses fonctions (alimentaires et sociales) en visant plus spécifiquement les mères ➤ Mettre en avant la nécessité d'associer l'hygiène dentaire et le contrôle médical pour assurer une prévention efficace.
3.4.5	➤ Soutenir et/ou impulser la mise en place d'actions qui favorisent l'acquisition de facteurs de protection et de compétences psychosociales. Ex PRODAS tel qu'il est développé dans certaines écoles du centre ville de Marseille :	A engager dans la première période du schéma dans les territoires CUCS de Marseille Partenariat étroit avec l'Education Nationale et le GIP CUCS Marseille et en s'assurant que les conditions permettant l'inscription de ces actions sont remplies au sein de l'EN
3.4.5	➤ Développer un programme spécifique de prévention du surpoids et de l'obésité dans les territoires les plus vulnérables dans une démarche de promotion de la santé	A engager dans la première période du schéma dans les villes combinant un taux élevé de pauvreté infantile et un effectif important d'enfants

		appartenant à des familles à bas revenus (données DROS). Port De Bouc, Marseille, Avignon, La Seyne Sur Mer, Arles, Toulon, Bollene, Orange, Nice, Cannes, Brignoles, Carpentras, Apt
3.4.5	➤ Promouvoir des actions d'éducation pour la santé en ZEP, visant à acquérir une bonne hygiène dentaire et une meilleure alimentation suffisante et équilibrée et une activité physique adaptée	A engager dans la première période du schéma Port De Bouc, Marseille, Avignon, La Seyne Sur Mer, Arles, Toulon, Bollene, Orange, Nice, Cannes, Brignoles, Carpentras, Apt
3.4.5	➤ Mobiliser les moyens d'investigation qui permettent d'identifier et d'agir sur les conditions de vie insalubre ou les logements inadaptés, notamment pour les enfants (saturnisme infantile, asthme,...).	A engager dans la première période du schéma Port De Bouc, Marseille, Avignon, La Seyne Sur Mer, Arles, Toulon, Bollene, Orange, Nice, Cannes, Brignoles, Carpentras, Apt
3.4.5	➤ Améliorer le taux de couverture vaccinale en visant l'objectif fixé au niveau national	A engager dans la première période du schéma La cible nationale à atteindre pour la rougeole à 24 mois est 95% des enfants ayant reçu une première dose et 80% ayant reçu une deuxième dose Tous les territoires en sont concernés
3.4.5	Prévenir les accidents de la vie courante	Tous les territoires en sont concernés

Domaine stratégique : MALADIES CHRONIQUES		
OBJECTIFS GENERAUX du PSRS	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP – VOLET PPS	MODALITES ET/OU CALENDRIER ENVISAGES
3.5.1 - Renforcer la déclinaison territoriale des actions de prévention des facteurs de risques des maladies chroniques et favoriser l'accès aux dépistages dans les territoires défavorisés	Réduire les inégalités territoriales de santé en garantissant un accès à la prévention en agissant sur les déterminants	Développer les priorités du domaine maladie chronique (diabète, maladies respiratoires, obésité, VIH-SIDA, maladies cardio-vasculaires, affections psychiatriques) sur les territoires concernés
3.5.2 - Lutter contre les facteurs de risque comportementaux et environnementaux Les maladies chroniques les plus fréquentes sont fortement conditionnées par les déterminants comportementaux : nutrition et activité physique, tabac, alcool. Les actions d'éducation pour la santé doivent être renforcées en conséquence	Réduire en 5 ans, dans la population générale, d'au moins 25% la prévalence du tabagisme quotidien chez les hommes et chez les femmes Prévalence PACA hommes de 28% en 2005 et Prévalence PACA femmes de 27% en 2005 INPES/Baromètre Santé PACA	Tous les territoires et en priorité les populations vulnérables
3.5.2	Réduire la prévalence du tabagisme chez les femmes entre 45 et 64 ans Prévalence nationale du tabagisme chez la femme de cet âge de 29,9% en 2010 ESCAPAD PACA	Tous les Territoires

3.5.2	Réduire en 5 ans de 20% au moins le pourcentage de garçons et de filles déclarant un usage quotidien de tabac (>1cg/l) Pourcentage de garçons de 17 ans déclarant un usage quotidien de tabac= 30 et chez les filles=28 ESCAPAD PACA 2008	Tous les Territoires
3.5.2	Réduire de 20% au moins la prévalence du tabagisme quotidien chez les chômeurs de 18 à 65 ans Prévalence de 45% en 2005 et de 49,6% en 2010 INPES/Baromètre de santé	Les actions viseront les quatre territoires présentant une surmortalité significative par cardiopathies ischémiques et par ailleurs très vulnérables : Aubagne, Port-Saint-Louis du Rhône, Istres et Tende.
3.5.2	Réduire au moins de 10% en 5 ans la consommation déclarée quotidienne d'alcool chez les personnes de 18 à 75 ans En 2008 23% chez les hommes et 11% chez les femmes ESCAPAD PACA	Tous les territoires
3.5.2	Diminuer de 20% la consommation régulière d'alcool (+10 fois/par mois) chez les jeunes de 17 ans Chez les garçons=11% et chez les filles=4% ESCAPAD PACA 2008	Tous les territoires
3.5.2	Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité : augmenter chez les adultes en 5 ans la proportion de personnes situées dans la classe d'activités physiques élevées de 20% au moins chez les hommes et de 25% au moins chez les femmes Classes élevées Hommes=52,1%Femmes=36,6% Baromètre santé nutrition PACA2008	Tous les territoires
3.5.2	Passer de 12,6% à 20% en 5 ans la proportion d'adultes ayant déclaré avoir consommé des fruits ou légumes au moins 5 fois la veille de l'enquête	Tous les territoires
3.5.2	Réduire de 30% en 5 ans le pourcentage des 18-75 ans en situation d'insécurité alimentaire quantitative 2008 3,1% Baromètre santé nutrition PACA	Territoires en CUCS et en priorité ceux qui sont identifiés comme les plus vulnérables Manosque, Nice, St André de la Roche, La Trinité, Arles, Aubagne, Istres, Marignane, Marseille, Martigues, Miramas, Port de Bouc, Port st Louis, Salon, Tarascon, Vitrolles, Brignoles, Fréjus, Le Luc, La Seyne, Toulon, Apt, Avignon, Carpentras, Cavaillon, Le Pontet, Sorgues

<p>3.5.3 - Informer et sensibiliser le public et les professionnels de santé (notamment sur les maladies rares) Informer sur les maladies, les facteurs de risque, la prévention et le dépistage précoce.</p>	<p>Mettre en place un dispositif d'informations du public sur les maladies chroniques au niveau des territoires de proximité en s'appuyant sur les associations de malades et sur une organisation de type réseau</p>	<p>tous les territoires, selon la disponibilité de ressources locales</p>
<p>3.5.4 - Améliorer le taux de couverture vaccinale pour la part de ces maladies chroniques liées à un agent infectieux particulier (hépatites, herpès, VIH...)</p>	<p>Promouvoir la vaccination contre le VHB : Atteindre chez les enfants de 24 mois une couverture vaccinale de 80% pour la primo vaccination complète par le vaccin de l'Hépatite B Indicateur à rajouter dans l'enquête de l'EN réalisée en classe de seconde ou de troisième 3ème</p>	<p>tous les territoires</p>
<p>3.5.4</p>	<p>Promouvoir la vaccination contre HPV : Améliorer d'ici 5 ans, chez les jeunes filles âgées de 15 ans la couverture vaccinale contre les papillomavirus</p>	<p>tous les territoires</p>
<p>3.5.5 - Améliorer le dépistage * Améliorer la participation aux dépistages organisés des cancers * Favoriser le dépistage d'autres maladies chroniques (broncho-pneumopathie chronique obstructive, dépistage opportuniste du diabète...)</p>	<p>Améliorer le taux de dépistage du cancer colo rectal de 33,23% à 50% en 2013 chez les personnes de 50 à 74 ans</p>	<p>tous les territoires</p>
<p>3.5.5</p>	<p>Améliorer le taux de dépistage du cancer du sein de 46% à 65% en 2013 chez les personnes de 50 à 74 ans</p>	<p>tous les territoires</p>
<p>3.5.5</p>	<p>Améliorer la détection précoce de la BPCO Nombre d'ALD pour BPCO</p>	<p>tous les territoires</p>
<p>3.5.5</p>	<p>Améliorer le dépistage du diabète de type 2</p>	<p>tous les territoires</p>
<p>3.5.5</p>	<p>Améliorer le dépistage du VIH et des hépatites</p>	<p>tous les territoires</p>
<p>3.5.7 - Faciliter le parcours de soins des patients atteints de maladie chronique en améliorant la coordination des acteurs</p>	<p>Expérimenter un modèle territorial d'animation et de coordination du parcours de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnostic des besoins et des ressources dans le champ sanitaire et social ➤ Constitution d'une coordination locale de professionnels, articulée avec le niveau de spécialités de recours et de référence ➤ Structuration de la prise en charge globale du patient en simplifiant le parcours, en proposant un point d'entrée unique pour les patients, les familles et les professionnels (cf. détail dans la partie « maladies chroniques » du document préparatoire analyse par domaine stratégique). 	<p>Territoires à définir pour l'expérimentation</p>

3.5.9 - Développer la prise en charge médico-sociale des personnes atteintes de maladies chroniques en perte d'autonomie	Dépister la perte d'autonomie	Tous les territoires
3.5.9	Prendre en considération cette dimension dans le parcours de soins sans oublier la réadaptation	Tous les territoires
3.5.9	Faire bénéficier le patient des aides nécessaires	Cantons regroupés vulnérables
3.5.10 - Assurer l'articulation avec les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé pour renforcer la prise en charge des conséquences sociales de ces maladies (isolement, conséquences financières, réinsertion professionnelle)	Favoriser l'accès aux aides sociales	Cantons regroupés vulnérables
3.5.10	Soutenir une politique de maintien dans l'emploi (partenariat)	Tous les territoires
3.5.10	Favoriser le maintien du patient dans son milieu de vie habituel	Tous les territoires
3.5.10	Mener une politique d'animation et d'accompagnement des malades et de leur famille	Tous les territoires
3.5.10	Identifier et animer les lieux de rencontre en proximité	Territoires à déterminer
3.5.10	Promouvoir la formation des aidants quand nécessaire	Tous les territoires
3.5.10	Intégrer si besoin les aidants dans les programmes d'éducation thérapeutique	Tous les territoires
3.5.11 - Développer l'accompagnement et l'éducation thérapeutique pour rendre les patients autonomes	Promouvoir et développer l'éducation thérapeutique réalisé majoritairement en ambulatoire en assurant un maillage territorial sur des pathologies prioritaires : diabète, maladies cardio-vasculaires, pathologies respiratoires, insuffisance rénale chronique, VIH-SIDA, troubles psychotiques, obésité tout en intégrant des personnes vulnérables sans oublier la population pénitentiaire.	
3.5.11	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabète ➤ Maladies Cardio vasculaires ➤ Pathologies respiratoires ➤ Obésité 	<p>Département des Alpes de Haute Provence : 2 territoires Digne et Manosque L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire. Des partenariats pourront être recherchés entre les 2 territoires. Digne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financer le programme Diabète autorisé sur CH Digne/Les Mées après bilan d'activité évaluatif • Développer un programme d'ETP pour pathologies cardio vasculaires avec pour cible 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer un programme d'ETP sur les pathologies respiratoires (BPCO et asthme) avec 50

		<p>forfaits</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer d'ici 5 ans un programme d'ETP pour obésité avec 50 forfaits • Développer l'éducation thérapeutique sur la maison de santé pluridisciplinaire en projet sur Castellane sur les thématiques décrites ci dessus • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Manosque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires, pour diabète et pour pathologies respiratoires avec pour cible 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer d'ici 5 ans un programme d'ETP pour obésité avec 50 forfaits d'ici 5 ans • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative
<p>3.5.11</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabète et Pathologies respiratoires sur Gap ➤ Maladies Cardio vasculaires ➤ Obésité 	<p>Département des Hautes Alpes : 2 territoires Gap et Briançon</p> <p>L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire. Des partenariats pourront être recherchés entre les 2 territoires.</p> <p>Gap</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer l'ETP avec au moins 50 forfaits pour le Diabète et 50 forfaits pour les maladies respiratoires • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires avec pour cible 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer d'ici 5 ans un programme d'ETP pour obésité avec 50 forfaits • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Briançon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires avec pour cible 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer d'ici 5 ans un programme d'ETP pour obésité avec 50 forfaits

		<ul style="list-style-type: none"> • Développer l'éducation thérapeutique sur les maisons de santé pluridisciplinaires en projet sur Aiguilles et L'argentière sur les thématiques décrites ci dessus • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative
<p>3.5.11</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabète ➤ Maladies Cardio vasculaires ➤ Pathologies respiratoires ➤ Obésité ➤ Troubles psychotiques 	<p>Département des Alpes Maritimes : 4 territoires Nice, Menton, Cannes/Grasse et Antibes L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire. Des partenariats devront être recherchés entre les territoires et le développement devra s'appuyer fortement sur le CHU de Nice qui dispose d'un financement MIG.</p> <p>Menton</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer un programme d'éducation thérapeutique (50 forfaits) pour le diabète au niveau de Menton (partenariat avec le CHU de Nice à rechercher)et sur le Haut Pays • Développer l'ETP pour obésité notamment sur Menton (50 forfaits)et sur le Haut Pays (en s'appuyant si possible sur le CHU de Nice et sur les maisons de santé pluridisciplinaires en projet) • Développer un programme pour BPCO et Asthme (50 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires sur Menton et sur le Haut Pays • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Nice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer au moins un programme pour les patients psychotiques en s'appuyant sur le CHU de Nice • Développer des programmes sur l'ensemble des pathologies prioritaires en s'appuyant sur le CHU de Nice qui devra établir des liens avec les autres territoires pour assurer un maillage en éducation thérapeutique au sein du département • Développer l'éducation thérapeutique sur les

		<p>maisons de santé pluridisciplinaire en projet sur Roquebillière, Roquesteron, et Puget Theiner en ciblant les pathologies prioritaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Cannes/Grasse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financer le programme d'ETP autorisé sur le CH Cannes pour BPCO après bilan évaluatif • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Antibes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer un programme pour BPCO et Asthme (80 forfaits d'ici 5 ans) • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires et pour obésité • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche
<p>3.5.11</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diabète • Maladies Cardio vasculaires • Pathologies respiratoires • VIH-SIDA • I Rénale Chronique • Troubles psychotiques 	<p>Département des Bouches du Rhône : 6 territoires Marseille, Martigues, Aix, Salon, Arles, Aubagne/La Ciotat</p> <p>L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire</p> <p>Marseille</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financer le programme ETP autorisé pour pathologies respiratoires sur le St Joseph après bilan évaluatif • Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires (100 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (800 forfaits) d'ici 5 ans • Soutenir auprès de l'Assurance maladie la pertinence du financement de la Fédération des réseaux de Marseille (VIH-SIDA) • Développer au moins un programme d'éducation

		<p>thérapeutique pour patients présentant des troubles psychotiques</p> <ul style="list-style-type: none">• Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire• Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Martigues S'appuyer fortement sur le CH de Martigues qui dispose d'une MIG</p> <ul style="list-style-type: none">• -Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires (adulte)(80 forfaits) d'ici 5 ans• -Développer l'ETP pour obésité en ambulatoire (50 à 80 forfaits)• -Développer d'ici 5 ans au moins 50 forfaits d'ETP pour Insuffisance Rénale chronique• -Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (150 forfaits) d'ici 5 ans (moins prioritaire)• -Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire• -Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Aix</p> <ul style="list-style-type: none">• -Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (150 forfaits) et pour pathologies respiratoires (100 forfaits) d'ici 5 ans• -Développer l'ETP pour obésité en ambulatoire (50 forfaits)• -Développer un programme d'éducation thérapeutique VIH/SIDA sur le territoire d'Aix (50 forfaits)• -Développer d'ici 5 ans au moins 50 forfaits supplémentaires d'ETP pour Insuffisance Rénale chronique• -Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">• -Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Salon</p> <ul style="list-style-type: none">• Développer un programme diabète sur le territoire déficitaire de Salon (cible 50 forfaits d'ici 5 ans)• Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires• (80 forfaits) d'ici 5 ans• Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (150 forfaits) d'ici 5 ans• Développer l'ETP pour obésité en ambulatoire (50 forfaits)• Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire• Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Arles</p> <ul style="list-style-type: none">• S'appuyer sur le CH d'Arles qui dispose d'une MIG• Ouvrir le programme Diabète autorisé sur le CH Arles à l'ambulatoire (50 forfaits)• Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires (80 forfaits) d'ici 5 ans• Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires avec pour cible 150 forfaits d'ici 5 ans• Développer l'ETP pour obésité en ambulatoire(50 forfaits)• Développer d'ici 5 ans au moins 50 forfaits d'ETP pour Insuffisance Rénale chronique• Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire• Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Aubagne/La Ciotat</p> <ul style="list-style-type: none">• Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires sur Aubagne/La Ciotat avec mise en place de 50 forfaits d'ici 5 ans• Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires
--	--	---

		<p>(150 forfaits) d'ici 5 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer l'ETP pour obésité sur Aubagne/La Ciotat (50 forfaits) d'ici 5 ans • Développer d'ici 5 ans au moins 50 forfaits supplémentaires d'ETP pour Insuffisance Rénale chronique sur Aubagne/La Ciotat • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative
<p>3.5.11</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diabète • VIH • Maladies cardio vasculaires • Pathologies respiratoires • Obésité • Troubles psychotiques 	<p>Département du Var : 4 territoires Toulon/Hyères, Draguignan, Fréjus St Raphael, Brignoles</p> <p>L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire</p> <p>Toulon/Hyères S'appuyer sur le CH de Toulon qui dispose d'une MIG</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ouvrir en ambulatoire le programme ETP obésité autorisé sur le CH de Toulon • Développer d'ici 5 ans 400 forfaits supplémentaires d'ETP Diabète de l'adulte en s'appuyant sur le CH de Toulon • Développer l'ETP dans le cadre des maladies respiratoires sur le CH de Toulon (100 forfaits) • Financer le programme obésité autorisé sur la Clinique St Michel en 2012 ou 2013 quand la file active aura augmenté et après bilan évaluatif • Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies cardio vasculaires avec pour cible d'avoir 800 forfaits supplémentaires sur le territoire d'ici 5 ans • Développer un programme d'éducation thérapeutique VIH-SIDA sur le département avec au moins 50 forfaits en s'appuyant sur le CH de Toulon qui dispose de financement • Développer au moins un programme d'éducation thérapeutique pour patients présentant des troubles psychotiques

		<ul style="list-style-type: none">• Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire• Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Draguignan</p> <ul style="list-style-type: none">• Financer le programme obésité autorisé sur le CH de Draguignan après bilan évaluatif• Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies cardio vasculaires et dans le cadre des pathologies respiratoires avec pour cible d'avoir 100 forfaits d'ici 5 ans• Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire• Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Fréjus St Raphael</p> <ul style="list-style-type: none">• Financer le programme ETP Diabète du CH de Fréjus après bilan évaluatif• Développer l'ETP dans le cadre des maladies respiratoires sur Fréjus(100 forfaits) d'ici 5 ans• Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies cardio vasculaires sur Fréjus avec pour cible d'avoir 200 forfaits d'ici 5 ans• Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire• Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Brignoles</p> <ul style="list-style-type: none">• Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies cardio vasculaires avec pour cible d'avoir 100 forfaits d'ici 5 ans• Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre du diabète avec pour cible d'avoir 100 forfaits d'ici 5 ans• Développer l'éducation thérapeutique sur la maison de santé pluridisciplinaire en projet à Carcès sur
--	--	--

		<p>une thématique décrite ci-dessus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative
<p>3.5.11</p>	<p>Diabète Maladies Cardio vasculaires Pathologies respiratoires Obésité Troubles psychotiques</p>	<p>Département du Vaucluse : 4 territoires Apt /Cavaillon, Avignon, Orange/Valréas, Carpentras:</p> <p>L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire et s'appuyer sur les établissements de santé disposant d'une MIG non totalement utilisée.</p> <p>Apt/ Cavaillon</p> <ul style="list-style-type: none"> • -Développer un programme d'ETP sur le diabète, sur les pathologies respiratoires et sur les pathologies cardio vasculaires à partir du CH d'Apt qui a un financement MIG (90 forfaits) • -Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • -Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative • Avignon • Développer un programme d'ETP sur le diabète , sur les pathologies respiratoires et sur l'obésité à partir du CH d'Avignon qui a un financement MIG • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires • Développer un programme d'éducation thérapeutique pour patients présentant des troubles psychotiques • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Orange/Valréas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ouvrir en ambulatoire le programme d'ETP diabète du CH de Valréas d'autant plus que la structure a un financement MIG et développer un partenariat avec le CH d'Orange et Vaison la Romaine • Développer l'ETP pour pathologies respiratoires et pour les pathologies cardio vasculaires en s'appuyant sur le CH de Valréas

		<ul style="list-style-type: none"> • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Carpentras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer un programme d'ETP sur le diabète, sur les pathologies respiratoires et sur les pathologies cardio vasculaires à partir du CH de Carpentras qui a un financement MIG • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative
3.5.11	Développer l'éducation thérapeutique sur les maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires qui sont en projet actuellement.	Castellane, Aiguilles, l'Argentière, Roquebillière, Roquestéron, Puget-Théniers
3.5.11	Favoriser l'intégration des professionnels de santé libéraux (formés à l'éducation thérapeutique) au sein de programmes d'éducation thérapeutique autorisés	Tous les territoires
3.5.11	Développer des coopérations et des partenariats pour assurer le maillage territorial	Tous les territoires
3.5.11	Sensibiliser et former les médecins libéraux à la démarche éducative indispensable pour assurer le continuum avec les programmes d'éducation thérapeutique	Tous les territoires
3.5.11	Faire connaître les programmes autorisés en PACA	Tous les territoires
3.5.11	Inciter les porteurs de programmes à intégrer les associations de patients (ou patient « expert ») dans leur élaboration et leur mise en œuvre.	Sans lien avec le territoire
3.5.11	Promouvoir l'articulation « programmes d'éducation thérapeutique/ accompagnement des patients réalisé par les associations ».	Sans lien avec le territoire
3.5.13 - Favoriser la participation des usagers	Changer les représentations collectives de la maladie chronique et lutter contre les discriminations en modifiant l'image et les représentations de certaines maladies chroniques : offrir une visibilité sociale et assurer une mobilisation collective sur le thème des maladies chroniques	Tous les territoires
3.5.13	Faire connaître, sensibiliser, communiquer sur le sujet	Tous les territoires

Domaine stratégique : SANTE MENTALE ET ADDICTIONS		
OBJECTIFS GENERAUX DU PSRS	OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP – VOLET PPS	MODALITES ET/OU CALENDRIER ENVISAGES
3.6.1 - Développer et promouvoir les études épidémiologiques et les dispositifs de connaissance en santé mentale en lien avec les travaux existants	Développer les actions de formation des professionnels de santé de proximité et des travailleurs sociaux et les évaluer : faire une cartographie des professionnels de santé de 1er recours ayant bénéficié d'une formation au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires, à partir de la nouvelle organisation mise en place en PACA	Tous les territoires sont concernés
3.6.3 - Développer au niveau territorial des actions de sensibilisation du grand public sur les troubles de la santé mentale, les maladies mentales et leur prise en charge	Favoriser l'intégration des personnes malades dans la cité : promouvoir dans chaque département la semaine d'information sur la santé mentale (SISM) actuellement organisée dans les Bouches du Rhône seulement (cf rapport Couty changer le regard de la société)	Nice, Avignon, Digne, Gap, Toulon
3.6.4 - Développer des actions pour la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents présentant des troubles psychiatriques ou du comportement, accessibles dans tous les territoires	Développer des actions pour la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents présentant des troubles psychiatriques ou du comportement	Tous territoires sont concernés et en priorité Nice, Avignon, Digne, Gap, Toulon, Marseille
3.6.4	Développer des instances pour mieux coordonner les différents partenaires impliqués dans la prise en charge des adolescents en amont et en aval afin d'éviter les ruptures dans le parcours de prise en charge des adolescents	Chefs lieux des départements: Digne, Gap, Nice, Toulon, Avignon (instance déjà existante à Marseille)
3.6.5 - Améliorer l'information des professionnels santé de 1er recours et sensibiliser les médecins généralistes de la prévention, au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique notamment les troubles dépressifs et les risques suicidaires	Développer les actions de formation des professionnels de santé de proximité et des travailleurs sociaux et les évaluer : développer un partenariat avec l'URPS (médecins) pour : ➤ connaître l'impact de la diffusion du CDROM contenant les outils permettant d'optimiser le diagnostic en matière de dépression ➤ et en fonction du résultat, renouveler et étendre	Tous les territoires sont concernés

	cette action	
3.6.5	Développer les actions de formation des professionnels de santé de proximité et des travailleurs sociaux et les évaluer : développer un partenariat avec la direction régionale du service médical de l'assurance maladie pour une amélioration des compétences des médecins généralistes en matière de dépistage de la dépression et du bon usage des psychotropes	Tous les territoires sont concernés
3.6.5	Mener une réflexion à partir de l'action portée par le CH Montperrin (BDR) "enquête aux urgences sur les tentatives de suicide pour une prévention de la récurrence." et portant sur : <ul style="list-style-type: none"> ➤ la dynamique de liaison et de coordination entre les différents intervenants hospitaliers et externes à l'hôpital par la réalisation d'un maillage territorial, ➤ l'amélioration des pratiques des médecins généralistes vis-à-vis des épisodes dépressifs majeurs et des troubles bipolaires <p>En fonction des résultats, déterminer les possibilités d'extension sur d'autres sites.</p>	Aix en Provence dans l'immédiat et à 5 ans déterminer les possibilités d'extension sur les territoires de proximité en surmortalité par suicide des 15/34 ans Manosque, Draguignan, Avignon, Toulon Antibes, Cannes-Grasse, Marseille
3.6.5	Poursuivre le développement des actions de formations au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires à destination des personnels de santé	A engager dans la première période du schéma Dans les chefs-lieux des départements et territoires en surmortalité par suicides des 15/34 ans Digne, Gap, Nice, Cannes Grasse, Marseille, Manosque, Draguignan, Avignon, Toulon Antibes
3.6.5	Prévenir le risque de suicide chez les personnes détenues : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions, évaluation conjointe des actions de prévention ➤ Poursuivre le développement des actions de formations au repérage et à la prise en charge 	Tous les territoires avec établissements pénitentiaires

	de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires à destination des personnels de santé et sociaux des services pénitentiaires	
3.6.5	Pour les jeunes Poursuivre le développement des actions de formations au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires à destination des personnels de santé Promouvoir des actions de repérage de la souffrance psychique auprès des travailleurs sociaux	A engager dans la première période du schéma Dans les chefs-lieux des départements et territoires en surmortalité par suicides des 15/34 ans Digne, Gap, Nice, Cannes Grasse, Marseille, Manosque, Draguignan, Avignon, Toulon Antibes
3.6.7 – Repérer et soutenir les réseaux et actions les plus efficaces en prévention et récurrence du suicide.	Evaluer le réseau ASMA à destination des jeunes. En fonction des résultats extension de réseaux à d'autres territoires	Marseille
3.6.9 - Déterminer sur chaque territoire de santé le parcours de soins en addictologie, y compris pour les patients détenus ce parcours englobe le repérage précoce, l'accès aux soins, le soin et la réinsertion du patient ainsi que le soutien aux professionnels	En population générale, développer le repérage et l'orientation des personnes ayant des usages problématiques de produits psycho actifs Promouvoir des méthodes techniques et outils validés et recommandés, auprès des médecins généralistes et des professionnels de santé et sociaux, pour leur mise en œuvre quels que soient le territoire, l'âge, l'addiction, les co morbidités. Exemples de méthodes et outils : le RPIB (repérage précoce intervention brève), l'entretien motivationnel, le conseil minimal pour le tabac, le questionnaire DETA pour l'alcool etc....	Cantons regroupés avec surmortalité due à l'alcool et cantons regroupés vulnérables Manosque, Riez; Laragne-Montéglin, Rosans; Nice, Tende, Breil-sur-Roya; Port St Louis Marseille, Martigues, Vitrolles, Arles, Tarascon, Salon, Ste aries de la mer, Chateaurenard, Orgon, Istres, Aubagne; Brignoles, Draguignan, Toulon, La Seyne sur mer, le Luc, Fréjus; Avignon, Valréas, Bollène, Cavaillon, Bédarrides, Orange, Apt, Carpentras, Beaumes de Venise, Saut
3.6.9	Promouvoir des actions de réductions des risques chez les publics usagers de drogues licites et illicites Il concerne notamment les usagers ne sollicitant pas les dispositifs de prise en charge et de réduction des risques, ou situés sur des territoires éloignés des dispositifs d'offre de soins, ou en errance, ou participant aux milieux festifs alternatifs (vie en squat, free party etc..).	Tous les territoires sont concernés
3.6.9	En détention, améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins	Tous les territoires avec établissements pénitentiaires

	<p>(Application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 MILDT)</p> <p>–</p> <p>Actions déjà engagées dans le cadre du schéma d'addictologie transversal (juillet 2010), maintenir et poursuivre la transversalité avec le SROS et le SROMS</p> <p>Repérage pour la mise en place d'une prise en charge ad hoc, diffusion du guide des bonnes pratiques sur les traitements de substitution en prison</p>	<p>Digne, Gap, Nice, Grasse; Aix, Arles, Tarascon, Marseille, Salon, Toulon , Draguignan; Avignon</p>
3.6.9	<p>Evaluer l'application des recommandations de la politique de réduction des risques (RDR) infectieux en milieu carcéral</p> <p>la région PACA a fait partie de l'enquête PREVACAR (état des lieux des mesures de RDR en prison et recommandations pour leur mise en œuvre)</p> <p>En fonction des résultats de l'enquête, développer des actions</p>	<p>Tous les territoires avec établissements pénitentiaires</p> <p>Digne, Gap Nice, Grasse; Aix, Arles, Tarascon, Marseille, Salon, Toulon , Draguignan; Avignon</p>
3.6.12 - Mettre en place une coordination locale des actions de prévention des addictions et une coopération entre décideurs publics.	<p>Développer des programmes de prévention favorisant l'acquisition de compétences individuelles et psycho-sociales auprès des jeunes (scolarisés Education Nationale, en apprentissage, détenus, en foyer, en centres socio éducatifs, étudiants, élèves du secteur agricole etc).</p>	<p>Tous les territoires sont concernés</p>

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Domaine stratégique du PSRS : Inégalités de santé								
Décrire les inégalités de distribution de l'exposition aux nuisances environnementales (qualité de l'air extérieur en particulier)				Etude prévue en fin d'année 2011 à Marseille				Eventuellement en fonction des résultats de l'étude à étendre ensuite à d'autres territoires exposés
Disposer d'un indicateur de défavorisation (il s'agit plutôt a priori d'en retenir un parmi ceux qui existent et non d'en définir un nouveau)	Tous les territoires sont concernés							Appliquer cet indicateur au niveau des cantons regroupés et des IRIS
Modéliser un diagnostic local intégrant des indicateurs épidémiologiques disponibles et un recueil de données qualitatives							Démarche méthodologique générale qui sera appliquée à des territoires prioritaires.	
Promouvoir des recherches-actions associant acteurs de terrain et équipes de recherche en visant à construire des modalités d'intervention qui dans l'idéal pourraient être modélisées							Démarche méthodologique générale qui sera appliquée à certaines thématiques (ex. nutrition)	
Documenter le parcours de soins des personnes en situation précaire et atteintes d'une maladie chronique en prenant le diabète de type II comme pathologie traceuse							Un canton regroupé à déterminer au sein des cantons regroupés prioritaires sur cette thématique - pour les hommes Marseille, Maignane, Port st Louis, Vitrolles, Istres, Martigues, Arles, Toulon,	

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
							La Seyne, Avignon, Valréas - pour les femmes Breil sur Roya, Marseille, Marignane, Port st Louis, Vitrolles, Istres, Martigues, Arles, Toulon, La Seyne sur mer, Avignon, Valréas et Bédarrides	
Harmoniser le recueil de données sociales et médicales renseigné par les Permanences d'accès aux soins (PASS) de la région et en assurer l'exploitation à des fins d'analyse des besoins et de veille.	Digne, Sisteron, Entrevaux (Puget-Théniers) Manosque	Gap, Laragne-Montéglin	Antibes, Cannes, Grasse, Menton, Nice, Puget-Théniers (Entrevaux)	Aix en Provence, Arles, Aubagne, La Ciotat, Marseille, Martigues, Salon	Brignoles, Draguignan, Fréjus, Hyères, La Seyne sur mer, Toulon	Apt, Avignon, Carpentras, Cavailon, Orange, Pertuis, Valréas		A engager dans la première période du schéma pour chaque PASS
Exploiter les données recueillies par les UCSA pour identifier les besoins de santé des personnes détenues	Digne	Gap	Nice, Grasse	Marseille, Aix, Arles-Tarascon, Salon,	Toulon, Draguignan	Avignon		Dans la première période du schéma pour chaque UCSA
Mettre en œuvre une démarche territoriale de promotion de la santé, associant la population, les élus et l'ensemble des institutions concernées dans un travail intersectoriel. Soutenir l'activité des Ateliers Santé Ville ou des démarches similaires, définir des programmes territoriaux de santé qui pourront aboutir, pour certains, à des contrats locaux de santé Cette approche devra s'inscrire dans la durée, être coordonnée par les institutions partenaires et s'appuyer sur une animation territoriale. Elle visera des territoires ou des quartiers très vulnérables et devra être à même de prendre en compte la question du logement (et plus largement du cadre de vie).	Accompagnement à développer ou à préciser dans le sud-ouest du département Soutien aux actions issues des démarches similaires (plan local de santé publique), en particulier dans le cadre d'un ASV	Accompagnement à développer ou à préciser dans l'extrême ouest du département Soutien aux actions issues des démarches similaires (plan local de santé publique), en particulier dans le cadre d'un ASV	Accompagnement - à poursuivre à Nice - à développer ou à préciser à Tende, Breuil sur Roya Soutien aux actions issues des démarches similaires (plan local de santé publique), en particulier dans le cadre d'un ASV	Accompagnement - à poursuivre à Marseille, avec la prévision d'un CLS2, à Martigues Port de Bouc pour le CLS intercommunal en cours d'élaboration et à Port st Louis et Arles - à développer ou à préciser à Marignane, Vitrolles, Istres, Miramas Soutien financier	Accompagnement à développer ou à préciser au Luc, Brignoles, Toulon , Fréjus et La Seyne sur Mer Soutien aux actions issues des démarches similaires (plan local de santé publique), en particulier dans le cadre d'un ASV	Accompagnement à développer en particulier à Avignon, soutenir les démarches en cours à Carpentras, Apt et Cavailon. Dans la seconde partie du schéma ces mêmes démarches pourraient concerner Bédarrides, Valréas et Bollène. Soutien aux actions issues		Dans la première période du schéma, sur les territoires les plus vulnérables à l'échelle des cantons regroupés

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Elle serait déclinée pour chacun des partenaires au niveau de mise en œuvre qui est le sien. Pour certains, elle pourra aboutir à la définition d'un CLS.				aux actions issues des démarches similaires (plan local de santé publique), en particulier dans le cadre d'un ASV		des démarches similaires (plan local de santé publique), en particulier dans le cadre d'un ASV		
Accroître d'au moins deux par année le nombre de villes actives PNNS de la région d'ici 2016.	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma Accentuer la démarche pour l'obtention du label PNNS auprès des villes et autres collectivités
D'ici 2016, réduire l'écart de mortalité par cardiopathie ischémique qui était de 2,5 entre les ouvriers et les cadres et professions intellectuelles supérieures (source ORS PACA - 1991-2005) chez les hommes.			Tende	Aubagne, Port St Louis, Istres, Martigues				Les actions viseront les facteurs de risque (consommation de tabac, alimentation) des cantons regroupés les plus vulnérables et présentant une surmortalité significative
Réduire la consommation de tabac de 5% par an pendant 5 ans en facilitant l'accès au sevrage tabagique pour les plus démunis			Dans la première période du schéma à Nice	Dans la première période du schéma à Marseille et Salon, Dans la deuxième période du schéma à Arles et Martigues	Dans la première période du schéma à Toulon-Hyères et Fréjus	Dans la première période du schéma à Avignon Dans la deuxième période du schéma à Apt, Cavaillon, Carpentras, et Orange		Il s'agit de généraliser la pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes en sachant qu'une mesure CNAMTS prévoit la PEC des médicaments de sevrage du tabac à hauteur de 150 € pour les bénéficiaires de la CMUC et les femmes enceintes.

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Mettre en place au sein des établissements pénitentiaires une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie	Digne	Gap	Nice Grasse	Aix, Arles, Tarascon, Marseille, Salon	Toulon Draguignan	Avignon		Dans la première période du schéma sur les territoires avec un établissement pénitentiaire Etude des modalités de mise en place de la consultation de sortie pour les personnes condamnées. Généralisation de cette consultation. Recensement des structures d'accueil et d'hébergement
Améliorer le dépistage du VIH, des hépatites et des IST et la vaccination hépatite B à l'entrée et pendant la détention. Améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention	Digne	Gap	Nice Grasse	Aix, Arles, Tarascon, Marseille, Salon	Toulon Draguignan	Avignon		Dans la première période du schéma dans tous les établissements pénitentiaires Etat des lieux sur les pratiques de dépistage durant la détention et à la sortie
Augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50-74 ans dans les territoires vulnérables pour atteindre un taux de participation de 45% (sur la base d'un taux actuel de 30% à Marseille qui est un territoire repéré comme socialement très vulnérable)	Dans la deuxième période du schéma, tous les sites en CUCS Digne, Manosque	Dans la deuxième période du schéma, tous les sites en CUCS Gap	Dans la première période du schéma, Nice (territoire de proximité) Dans la deuxième période du schéma, tous les sites en CUCS Cagnes sur mer, Cannes, Carros, Drap, Grasse, St André de la Roche, St Laurent du Var La trinité,	Dans la première période du schéma, Marseille, Arles, Martigues (territoire de proximité) Dans la deuxième période du schéma, tous les sites en CUCS Aix en Provence, Arles, Aubagne, Berre l'étang, La Ciotat, Istres,	Dans la première période du schéma, Toulon (territoire de proximité) Dans la deuxième période du schéma, tous les sites en CUCS Brignoles, Draguignan, Fréjus, Hyères, Le Luc, Le Muy, St Maximin, St Raphael, La	Dans la première période du schéma sur Apt; Avignon Cavaillon, Orange (territoire de proximité) et avec un effort accru sur le canton regroupé de Carpentras qui présente une surmortalité significative par cancer du sein		Des actions ont déjà été entreprises dans la région et seront à compléter ou renforcer pour les publics résidant dans ces territoires - formation de professionnels relais, après bonne identification des relais exerçant auprès de cette population cible (ex : CCAS, collectivités

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
			Valbonne, Vallauris, Vence	Marignane, Miramas, Port de Bouc, Port St Louis du Rhône, Salon, Septèmes les vallons, Tarascon, Vitrolles	Seyne sur mer	Dans la deuxième période du schéma, tous les sites en CUCS Bollène, L'Isle sur la Sorgue, Pertuis, Le Pontet, Sorgues		territoriales, ASV) en se servant de la « boîte à outils des dépistages des cancers en région PACA » - identification de groupes déjà existants où il serait possible d'intervenir sur la prévention, la santé, pour aboutir au dépistage (ex. action dans les groupes d'alphabétisation pour les migrants primo arrivant avec l'outil « Magnet-santé » élaboré par le CRES).
Augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50-74 ans, y compris pour les personnes handicapés adultes à domicile	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma sur tous les territoires Développer une action auprès des médecins traitants
Augmenter la participation au dépistage organisé du cancer colorectal	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma Il sera nécessaire de s'appuyer sur une étude des faibles taux de réponse au dépistage organisé, par territoire avec une attention particulière sur les zones à forte proportion de personnes en situation précaire et/ou isolées.

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								<p>Une sensibilisation particulière du corps médical, et notamment du médecin traitant qui distribue les tests, sera sans doute à envisager, à l'image de l'opération déployée par la CNAMTS visant à mieux impliquer les médecins traitants dans les programmes de dépistage qui a été réalisée à travers les visites des délégués de l'Assurance maladie ciblées notamment sur le dépistage du cancer colorectal.</p>
<p>Améliorer la détection précoce des cancers de la peau et en particulier du mélanome.</p>	<p align="center">Tous les territoires sont concernés</p>							<p>Dans la première période du schéma Une attention particulière sera apportée à certaines populations particulièrement exposées (agriculteurs, travailleurs du bâtiment...).</p>

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Réduire de moitié sur 5 ans l'écart de surpoids ou d'obésité entre les personnes de statut socio-économique (SSE) faible et de SSE élevé sachant que les valeurs actuelles sont les suivantes : - SSE faible 45% de surpoids ou d'obésité - SSE élevé 31% de surpoids ou d'obésité.	Territoires en CUCS et Les Mées	Territoires en CUCS	Territoires en CUCS et en priorité Nice	Territoires en CUCS et en priorité Marseille, Port St Louis, Martigues	Territoires en CUCS et en priorité La Seyne sur Mer	Territoires en CUCS et en priorité Avignon		* Dans la première période du schéma, ces territoires prioritaires devront faire l'objet de programmes d'actions spécifiques (à confronter à une analyse locale plus précise), par exemple : - développement de jardins familiaux collectifs, - amélioration de l'accessibilité à des aliments de bonne qualité nutritionnelle en liaison avec le PNA (DRAAF)
Réduire de moitié sur 5 ans l'écart de surpoids ou d'obésité entre les personnes de SSE faible et de SSE élevé	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma, sur tous les territoires : Poursuivre la formation des personnes qui distribuent l'aide alimentaire pour que les personnes en situation précaire s'approprient les préconisations du PNNS
Prévenir les violences faites aux femmes	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma
Prévenir le risque de rupture de droit à l'entrée et à la sortie de prison en s'assurant de la continuité de la perception des droits sociaux relevant des conseils généraux (AAH, APA, PCH, RSA)	Digne	Gap	Nice, Grasse	Marseille, Aix, Arles, Tarascon, Salon	Toulon, Draguignan	Avignon		Dans la première période du schéma dans les établissements pénitentiaires

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Accroître en 5 ans le taux actuel de recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (qui est de 25%) à 35% en partenariat étroit avec l'assurance maladie.	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma
Faire appliquer la réglementation relative aux refus de soins en aidant les associations en proximité des personnes les plus précaires à signaler les situations de refus de soins.	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma
Faire appliquer la réglementation relative aux dépassements d'honoraires (Art. 54 de la Loi HPST) en aidant les associations en proximité des personnes les plus précaires à signaler les situations de refus de soins.	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma
Diffuser une charte sur les droits et devoirs des bénéficiaires de la CMUC (dans la continuité d'un travail entrepris dans le cadre du PRAPS III)	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma
Atteindre 45% de participation à l'examen bucco-dentaire (EBD) gratuit à 6 ans et 12 ans. Mettre en œuvre les préconisations de l'étude qualitative effectuée en 2010 sur le recours à l'EBD.	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma ➤ Communiquer de manière adaptée sur l'invitation à l'EBD à la fois sur la forme (intelligibilité du message) et le fond : valeur de la dent et de ses fonctions (alimentaires et sociales) en visant plus spécifiquement les mères ➤ Mettre en avant la nécessité d'associer

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								l'hygiène dentaire et le contrôle médical pour assurer une prévention efficace.
Favoriser l'accès aux soins psychiatriques, aux soins dentaires et favoriser la continuité des soins pour les personnes « sans chez soi »		Créer une consultation dentaire PASS à Gap	Créer une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) à Nice	Créer des consultations dentaires PASS à Martigues, Arles et Salon,	Créer une consultation dentaire PASS à Brignoles	Créer une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) à Avignon		SROS Cf. Appel à projet PASS dentaire 2010
Favoriser l'accessibilité aux droits et aux soins Mettre en œuvre les préconisations de l'enquête régionale relative au fonctionnement des PASS (2009)	Digne, Sisteron, Entrevaux (Puget-Théniers) Manosque	Gap, Laragne-Monteglin	Antibes, Cannes, Grasse, Menton, Nice, Puget-Théniers (Entrevaux)	Aix en Provence, Arles, Aubagne, La Ciotat, Marseille, Martigues, Salon	Brignoles, Draguignan, Fréjus, Hyères, La Seyne sur mer, Toulon	Apt, Avignon, Carpentras, Cavaillon, Orange, Pertuis, Valréas		SROS Dans la première période du schéma sur tous les territoires avec une PASS
Analyser les besoins pour développer des PASS de psychiatrie	Digne	Gap	Nice, Cannes-Grasse	Marseille, Arles	Draguignan	Avignon		SROS
Accompagner les publics ayant des difficultés à accéder au dépistage et aux soins	Digne, Manosque	Gap, Briançon	Nice, Cannes-Grasse	Marseille, Aix, Salon, Martigues, Arles, Aubagne-la Ciotat	Fréjus, Toulon, Brignoles	Avignon, Carpentras, Orange		Dans la première période du schéma, Territoires de proximité avec CHRS ou dispositifs d'urgence sociale Accompagner physiquement les publics les plus en difficulté à partir des dispositifs d'urgence sociale et des CHRS. Pour lever les freins culturels, le recours à des actions de médiation peut être approprié dans ce cadre, tout

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								particulièrement pour les personnes migrantes. Il devra se prolonger par des relais sur les quartiers concernés
Soutenir et développer la création de réseaux santé-précarité en priorité pour les personnes sans chez-soi. Ils devront veiller en particulier à éviter les ruptures de soins notamment au décours d'une hospitalisation (soins somatiques ou psychiatriques), l'objectif étant d'éviter que les personnes malades en situation précaire se retrouvent à la rue.			Dans la première partie du schéma Nice (en renforcement)	Dans la première partie du schéma Marseille	Dans la première partie du schéma Toulon	Dans la première partie du schéma Avignon		Accompagner et soutenir l'émergence de dispositifs entre institutions, associations et professionnels de santé pour favoriser l'inscription des personnes concernées dans un parcours de soins.
Développer des actions intersectorielles à même de prendre en compte les déterminants des inégalités de santé (état des logements, réussite scolaire, santé au travail, environnement, ...).			Dans la première période du schéma, les cantons regroupés de Nice et Cannes	Dans la première période du schéma, les cantons regroupés de Marseille, Martigues, Arles, Port St Louis	Dans la deuxième partie du schéma, les cantons regroupés de Brignoles, Toulon, La Seyne sur Mer	Dans la deuxième partie du schéma, les cantons regroupés de Avignon, Orange		Il s'agira de définir un dispositif conventionnel, équivalent à la convention passée avec la DRJSCS, avec les institutions dont les missions sont à même de contribuer à agir sur les déterminants ou les conséquences des inégalités sociales de santé (Education Nationale, Conseils Généraux,..) et de coordonner les actions en s'appuyant sur la commission de coordination des

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention.
Développer les compétences psycho-sociales pour les personnes hébergées en CHRS : développer des actions visant à redonner confiance (estime de soi, compétences personnelles) aux personnes les plus démunies.	Dans la deuxième période, les territoires de proximité avec CHRS Digne, Manosque	Dans la deuxième période, les territoires de proximité avec CHRS Gap et Briançon	Dans la première période du schéma, Nice Dans la deuxième période, les territoires de proximité avec CHRS Cannes-Grasse	Dans la première période du schéma, Marseille Dans la deuxième période, les territoires de proximité avec CHRS Aix en Provence, Salon, Martigues, Arles	Dans la première période du schéma, Toulon Dans la deuxième période, les territoires de proximité avec CHRS Fréjus, Brignoles	Dans la première période du schéma, Avignon Dans la deuxième période, les territoires de proximité avec CHRS Carpentras, Orange		
Développer des programmes de développement des compétences psycho-sociales en milieu scolaire (ex. PRODAS tel qu'il est expérimenté à Marseille notamment dans les quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai).				Dans la première période du schéma à Marseille : dans les territoires en CUCS				partenariat étroit avec l'Education Nationale et le GIP CUCS Marseille et en s'assurant que les conditions permettant l'inscription de ces actions sont remplies au sein de l'EN
En lien avec le développement de prévention-promotion de la santé dans les territoires les plus vulnérables, promouvoir la participation des habitants à l'élaboration de politiques locales de santé (en termes d'attente, de besoins et d'implication). Cette démarche pourra être constitutive de la création d'un réseau de santé communautaire.	Dans la première période du schéma à Digne Dans la deuxième période du schéma à Manosque		Dans la première période du schéma à Nice, Cannes, Grasse, Antibes	Dans la première période du schéma, à Marseille, Arles, Martigues, Salon	Dans la première période du schéma à La Seyne sur Mer et Fréjus Dans la deuxième période du schéma à Toulon	Dans la deuxième période du schéma à Avignon et Orange		Dans la première période du schéma, villes bénéficiant d'un ASV, dans la deuxième période dans des villes où un ASV serait souhaitable
Domaine stratégique : PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET PERSONNES AGEES								
PA - Sensibiliser les établissements et services médico-sociaux à la prise en compte de la prévention dans leurs missions	Sur la durée du schéma tous les établissements							A inscrire dans les CPOM, les projets d'établissement, les conventions tripartites, les

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								appels à projet médico-sociaux des établissements PA et à prendre en charge par les établissements
<p>PH - Favoriser l'accès des personnes en situation de handicap au dépistage systématique des cancers : renforcer les connaissances et compétences des personnes relais sur les modalités d'accès des personnes en situation de handicap au dépistage des cancers Ex : Actions menées par le réseau des CRES/ CODES dont il faut assurer le suivi et le relais.</p>								<p>Dans la première période du schéma sur tous les territoires Développer une formation de professionnels relais dans les établissements accueillant des handicapés adultes A inscrire dans les CPOM, les projets d'établissement, les conventions tripartites, les appels à projet médico-sociaux des établissements PH adulte et à prendre en charge progressivement par les établissements</p>
<p>PH - Développer auprès des personnes en situation de handicap, des actions d'éducation à la sexualité, la contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles et de l'infection à VIH</p>								<p>A développer en partenariat avec les établissements et services médico-sociaux</p>

Sur la durée du schéma tous les établissements

Tous les territoires

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
PA - Réduire les chutes : Actions auprès des personnes et des aidants	Première période du schéma Digne Deuxième période du schéma Manosque	Deuxième période du schéma Gap, Briançon	Première période du schéma Nice, Menton, Cannes Grasse Deuxième période du schéma Antibes	Première période du schéma Marseille Deuxième période du schéma Aubagne La Ciotat Aix en Pce, Martigues, Salon, Arles	Première période du schéma Toulon/Hyères Deuxième période du schéma, Draguignan, Brignoles, Fréjus St Raphael	Première période du schéma Avignon Deuxième période du schéma Carpentras, Orange-Valréas		Dans la première période du schéma, dans les territoires de proximité en prenant en compte le nombre de personnes âgées isolées et la proportion parmi les 65/79 ans
PA - Réduire les chutes : Sensibiliser les médecins et les personnes à l'importance du dépistage de l'ostéoporose	Tous les territoires							Partenariat avec URPS et assurance maladie
PA - Réduire les chutes : Sensibiliser les partenaires pour l'aménagement des logements, accessibilité de l'espace public (caisses de retraite, communes), avec une attention particulière pour les territoires avec des populations précaires et/ou en zone rurale	Tous les territoires							Partenariat avec les collectivités
PA - Prévenir les risques de sarcopénie, ostéoporose, de malnutrition ou de dénutrition . lutter contre l'inactivité physique . promouvoir une alimentation adaptée en sensibilisant les collectivités à une politique urbaine favorisant la lutte contre la sédentarité (trottoirs, espaces de vie) et l'accessibilité aux produits de base (maintien de commerces ou marchés de proximité ou commerces ambulants)	Tous les territoires							Partenariat collectivités
PA - Prévenir les risques de sarcopénie, ostéoporose, de malnutrition ou de dénutrition en développant des actions auprès des personnes et des aidants	Territoires de proximité Digne		Territoires de proximité Nice, Menton, Cannes Grasse	Territoires de proximité Marseille	Territoires de proximité Toulon/Hyères			Dans la première période du schéma, dans les territoires en prenant en compte le nombre de personnes âgées isolées et la

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								proportion parmi les 65/79 ans
PA - Préserver les capacités mnésiques, développer des ateliers mémoire	Première période du schéma, Digne Deuxième période du schéma Manosque	Deuxième période du schéma Gap, Briançon	Première période du schéma Nice, Menton, Cannes Grasse Deuxième période du schéma Antibes	Première période du schéma, Marseille Deuxième période du schéma Aubagne La Ciotat Aix en Pce, Martigues, Salon, Arles	Première période du schéma Toulon/Hyères Deuxième période du schéma, Draguignan, Brignoles, Fréjus St Raphael	Première période du schéma Avignon Deuxième période du schéma Carpentras, Orange-Valréas		Dans la première période du schéma, dans les territoires de proximité en prenant en compte le nombre de personnes âgées isolées et la proportion parmi les 65/79 ans
PA - Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse sensibiliser les professionnels de santé (médecins et pharmaciens) en partenariat avec l'assurance maladie sensibiliser les personnes (exemple la communication sur les antibiotiques), en partenariat avec l'assurance maladie,	Tous les territoires							Partenariat avec assurance maladie et URPS
PH -Former les professionnels de santé notamment, les médecins et les chirurgiens dentistes, aux spécificités du handicap (adaptation des consultations, accueil et écoute des publics)	Tous les territoires							Partenariat avec les URPS et les conseils de l'Ordre
PH -Favoriser le développement des actions de prévention en les intégrant aux missions des établissements et services et le cas échéant à leurs budgets	Tous les territoires							A inscrire dans les CPOM, les projets d'établissement, les conventions tripartites, les appels à projet médico-sociaux des établissements PH Adulte et enfants et à prendre en charge par les établissements

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Domaine stratégique : PERINATALITE ET PETITE ENFANCE								
Réaliser tous les deux ans une exploitation d'un échantillon des premiers bilans de santé en maternelle réalisés sur la base d'EVALMATER	Tous les départements sont concernés						A engager dans la première période du schéma Il faudra au préalable s'assurer de l'harmonisation de l'utilisation de cet outil entre les services de PMI de la Région.	
Assurer l'exploitation des données recueillies lors de l'établissement des certificats de santé des 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois pour chacun des départements de la région et au niveau le plus fin.	Tous les départements sont concernés						A engager dans la première période du schéma En partenariat avec le conseil général Il sera notamment ainsi possible de disposer d'un taux de prématurités et d'un taux d'enfants hypotrophiques à la naissance au moins par cantons regroupés, données actuellement non disponibles.	
Décrire l'impact des inégalités de distribution de l'exposition aux nuisances environnementales (qualité de l'air extérieur) sur la santé des enfants. Etude prévue en fin d'année 2011 à Marseille.				A engager dans la première période du schéma à Marseille			En fonction des résultats de l'étude, étendre ensuite à d'autres territoires exposés	
Décrire les écarts de surpoids et d'obésité à 5-6 ans entre les différents territoires de la région Engager des échanges avec le Rectorat de Nice, en vue d'établir une convention similaire à celle signée avec le Rectorat d'Aix Marseille en 2010. Cette	Les deux académies Aix-Marseille et Nice						A engager dans la première période du schéma sur tous les territoires	

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
<p>convention prévoit l'exploitation annuelle des données biométriques des bilans de santé de la très grande majorité des enfants de grande section de maternelle, afin de dresser une cartographie des IMC par écoles et/ou autre territoire géographique pertinent. L'objectif est de pouvoir adapter les mesures en matière d'éducation pour la santé et plus spécifiquement les actions « nutrition » au plus près des caractéristiques des enfants et des familles concernées.</p>								
<p>Réduire de moitié dans les 5 ans les grossesses non désirées chez les mineures.</p>	<p align="center">Tous les territoires sont concernés</p>							<p>Systématiser dans les 5 ans la réalisation de programmes d'éducation à la sexualité auprès des jeunes dans les établissements scolaires situés dans les territoires les plus vulnérables et dans l'ensemble des dispositifs accueillant des jeunes en formation hors éducation nationale. ZEP — RAR — établissements agricoles — CFA et territoires en CUCS Ces programmes devront intégrer en particulier des éléments portant notamment sur la contraception, la prévention des IST et de l'infection à VIH, la lutte contre l'homophobie et la prévention des violences de genres. Développer des actions appropriées de sensibilisation/formation auprès des</p>

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								professionnels concernés. Tous les territoires sont concernés.
Prévenir les risques de conduites addictives chez les femmes enceintes			Tous les territoires sont concernés					A engager dans la première période du schéma Promouvoir le sevrage tabagique pendant la grossesse (prises en charge des traitements à hauteur de 150 € par l'Assurance-maladie pour les femmes enceintes). Des mesures spécifiques sont à prévoir à l'égard des femmes usagères de d'alcool. et de drogues (incluant prévention VIH - cf. plan national SIDA) en partenariat avec la PMI et les maternités. Tous les territoires sont concernés
Garantir une alimentation suffisante et équilibrée pendant la grossesse et pendant la petite enfance	Riez		Cannes, Nice	Port de Bouc, Marseille, Arles, Saintes Maries de la Mer, Tarascon, Port St Louis du Rhône	La Seyne sur mer, Toulon, Brignoles	Avignon, Orange, Carpentras, Bollène Apt		Développer des ateliers puériculture, nutrition dans les structures sociales accueillant des femmes en situation de vulnérabilité socio-économique. A engager dans la première période du schéma dans les communes en tenant compte du nombre et de la proportion d'enfants vivant dans des familles à bas revenus
Favoriser l'allaitement maternel			Tous les territoires sont concernés					A engager dans la première période du schéma En partenariat avec la

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								PMI et les maternités
Protéger les populations vulnérables, en particulier les enfants, des conséquences majeures des expositions précoces (substances chimiques en particulier) en terme de handicap ou d'autres pathologies lourdes, chroniques ou à long terme.								A développer en fonction des résultats de l'étude d'impact des inégalités de distribution de l'exposition aux nuisances environnementales, prévue à Marseille
Développer les programmes d'intervention précoce pour les enfants et leur famille vivant dans un contexte de vulnérabilité (agir sur le développement somatique, moteur, du langage, cognitif et social)								
➤ Simplifier les démarches administratives et la transmission des informations, trop souvent sur supports écrits confiés aux familles.	A engager dans la deuxième période du schéma tous les territoires	A engager dans la deuxième période du schéma tous les territoires	A engager dans la deuxième période du schéma tous les territoires	A engager dans la première période du schéma sur les territoires de Marseille, Port de Bouc, Arles A engager dans la deuxième période du schéma pour les autres territoires	A engager dans la première période du schéma sur La Seyne sur mer, Toulon A engager dans la deuxième période du schéma pour les autres territoires	A engager dans la première période du schéma sur Avignon, Bollène A engager dans la deuxième période du schéma pour les autres territoires		
➤ Inscrire et/ou développer un axe petite enfance dans le volet santé des CUCS ainsi que dans les ASV.	Dans la première période du schéma, sites CUCS Digne, Manosque	Dans la première période du schéma, sites CUCS Gap	Dans la première période du schéma, sites CUCS Nice, Cagnes sur mer, Cannes, Carros, Drap, Grasse, St	Dans la première période du schéma, sites CUCS Marseille, Arles, Martigues, Aix en Provence, Arles,	Dans la première période du schéma, sites CUCS Brignoles, Draguignan, Fréjus, Hyères, Le Luc, Le Muy,	Dans la première période du schéma, sites CUCS Apt; Avignon, Carpentras, Cavailon, Bollène, L'Isle sur la Sorgue,		

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
			André de la Roche, St Laurent du Var La Trinité, Valbonne, Vallauris, Vence	Aubagne, Berre l'étang, La Ciotat, Istres, Marignane, Miramas, Port de Bouc, Port St Louis du Rhône, Salon, Septèmes les vallons, Tarascon, Vitrolles	St Maximin, St Raphael, La Seyne sur mer, Toulon	Pertuis, Le Pontet, Sorgues		
➤ Renforcer l'accès des enfants vivant dans un contexte de vulnérabilité aux dispositifs de droit commun pour la prévention et le dépistage.	sites CUCS Digne, Manosque et zone rurale du sud du département	sites CUCS Gap	sites CUCS Nice, Cagnes sur mer, Cannes, Carros, Drap, Grasse, St André de la Roche, St Laurent du Var La Trinité, Valbonne, Vallauris, Vence	sites CUCS Marseille, Arles, Martigues, Aix en Provence, Arles, Aubagne, Berre l'étang, La Ciotat, Istres, Marignane, Miramas, Port de Bouc, Port St Louis du Rhône, Salon, Septèmes les vallons, Tarascon, Vitrolles	sites CUCS Brignoles, Draguignan, Fréjus, Hyères, Le Luc, Le Muy, St Maximin, St Raphael, La Seyne sur mer, Toulon Et zones rurales de Brignoles et de Draguignan	sites CUCS Apt, Avignon, Carpentras, Cavailon, Bollène, L'Isle sur la Sorgue, Pertuis, Le Pontet, Sorgues		Dans la première période du schéma Le développement de coordinations petite enfance sur ces territoires est particulièrement à soutenir. la PMLi a un rôle majeur à jouer dans ces coordinations, de même que les services de santé scolaire pour ce qui concerne le suivi des bilans dits de 6 ans.
➤ Améliorer le taux de suivi des préconisations réalisées à l'issue des bilans de santé en milieu scolaire (3/4 ans et 5/6 ans)	Manosque et zone rurale		Nice, Cannes	Marseille, Marignane, Port De Bouc, Arles et Ste Marie de la mer,	La Seyne sur mer, Toulon Brignoles et zones rurales Draguignan rural	Avignon, Bollene, Orange Carpentras, Apt,		Dans la première période du schéma Le développement de coordinations petite enfance sur ces territoires est particulièrement à soutenir. la pmi a un rôle majeur à jouer dans ces coordinations,

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								de même que les services de santé scolaire pour ce qui concerne le suivi des bilans dits de 6 ans.
<p>➤ Favoriser l'accès, pour les populations défavorisées, au dispositif de l'examen bucco-dentaire de prévention systématique à 6 ans pris en charge à 100 %, ainsi que les soins nécessaires, en partenariat avec les caisses d'assurance maladie.</p>	Tous les territoires en sont concernés							<p>- Relayer l'expérimentation menée à Marseille en ce sens</p> <p>- A pondérer en fonction des données de l'Assurance-Maladie.</p> <p>➤ Communiquer de manière adaptée sur l'invitation à l'EBD à la fois sur la forme (intelligibilité du message) et le fond : valeur de la dent et de ses fonctions (alimentaires et sociales) en visant plus spécifiquement les mères</p> <p>➤ Mettre en avant la nécessité d'associer l'hygiène dentaire et le contrôle médical pour assurer une prévention efficace.</p>
<p>➤ Soutenir et/ou impulser la mise en place d'actions qui favorisent l'acquisition de facteurs de protection et de compétences psychosociales. Ex PRODAS tel qu'il est développé dans certaines écoles du centre ville de Marseille :</p>				dans les territoires en CUCS de Marseille				<p>A engager dans la première période du schéma.</p> <p>Partenariat étroit avec l'Education Nationale et le GIP CUCS Marseille et en s'assurant que les conditions permettant l'inscription de ces actions sont remplies</p>

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								au sein de l'EN
➤ Développer un programme spécifique de prévention du surpoids et de l'obésité dans les territoires les plus vulnérables dans une démarche de promotion de la santé			Nice, Cannes,	Port De Bouc, Marseille, Arles,	La Seyne Sur Mer, Toulon, Brignoles,	Avignon, Bollene, Orange, Carpentras, Apt		A engager dans la première période du schéma dans les villes combinant un taux élevé de pauvreté infantile et un effectif important d'enfants appartenant à des familles à bas revenus (données DROS).
➤ Promouvoir des actions d'éducation pour la santé en ZEP, visant à acquérir une bonne hygiène dentaire et une meilleure alimentation suffisante et équilibrée et une activité physique adaptée			Nice, Cannes,	Port De Bouc, Marseille, Arles,	La Seyne Sur Mer, Toulon, Brignoles,	Avignon, Bollene, Orange, Carpentras, Apt		A engager dans la première période du schéma
➤ Mobiliser les moyens d'investigation qui permettent d'identifier et d'agir sur les conditions de vie insalubre ou les logements inadaptés, notamment pour les enfants (saturnisme infantile, asthme,...).			Nice, Cannes,	Port De Bouc, Marseille, Arles,	La Seyne Sur Mer, Toulon, Brignoles,	Avignon, Bollene, Orange, Carpentras, Apt		A engager dans la première période du schéma
➤ Améliorer le taux de couverture vaccinale en visant l'objectif fixé au niveau national	Tous les territoires sont concernés							A engager dans la première période du schéma La cible nationale à atteindre pour la rougeole à 24 mois est 95% des enfants ayant reçu une première dose et 80% ayant reçu une deuxième dose
Prévenir les accidents de la vie courante	Tous les territoires sont concernés							

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Domaine stratégique : MALADIES CHRONIQUES								
Réduire les inégalités territoriales de santé en garantissant un accès à la prévention en agissant sur les déterminants								Développer les priorités du domaine maladie chronique (diabète, maladies respiratoires, obésité, VIH-SIDA, maladies cardiovasculaires, affections psychiatriques) sur les territoires concernés
Réduire en 5 ans, dans la population générale, d'au moins 25% la prévalence du tabagisme quotidien chez les hommes et chez les femmes Prévalence PACA hommes de 28% en 2005 et Prévalence PACA femmes de 27% en 2005 INPES/Baromètre Santé PACA	Tous les territoires sont concernés							Tous les territoires et en priorité les populations vulnérables
Réduire la prévalence du tabagisme chez les femmes entre 45 et 64 ans Prévalence nationale du tabagisme chez la femme de cet âge de 29,9% en 2010 ESCAPAD PACA	Tous les territoires sont concernés							
Réduire en 5 ans de 20% au moins le pourcentage de garçons et de filles déclarant un usage quotidien de tabac (>1cg/l) Pourcentage de garçons de 17 ans déclarant un usage quotidien de tabac= 30 et chez les filles=28 ESCAPAD PACA 2008	Tous les territoires sont concernés							
Réduire de 20% au moins la prévalence du tabagisme quotidien chez les chômeurs de 18 à 65 ans Prévalence de 45% en 2005 et de 49,6% en 2010 iNPES/Baromètre de santé			Tende.	Aubagne, Port-Saint-Louis du Rhône, Istres				Les actions viseront le territoire présentant une surmortalité significative par cardiopathies

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								ischémiques et par ailleurs très vulnérable
Réduire au moins de 10% en 5 ans la consommation déclarée quotidienne d'alcool chez les personnes de 18 à 75 ans En 2008 23% chez les hommes et 11% chez les femmes ESCAPAD PACA	Tous les territoires sont concernés							
Diminuer de 20% la consommation régulière d'alcool (+10 fois/par mois) chez les jeunes de 17 ans Chez les garçons=11% et chez les filles=4% ESCAPAD PACA 2008	Tous les territoires sont concernés							
Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité : augmenter chez les adultes en 5 ans la proportion de personnes situées dans la classe d'activités physiques élevées de 20% au moins chez les hommes et de 25% au moins chez les femmes Classes élevées Hommes=52,1% Femmes=36,6% Baromètre santé nutrition PACA 2008	Tous les territoires sont concernés							
Passer de 12,6% à 20% en 5 ans la proportion d'adultes ayant déclaré avoir consommé des fruits ou légumes au moins 5 fois la veille de l'enquête	Tous les territoires sont concernés							
Réduire de 30% en 5 ans le pourcentage des 18-75 ans en situation d'insécurité alimentaire quantitative 2008 3,1% Baromètre santé nutrition PACA	Manosque		Nice, St André de la Roche, La Trinité	Arles, Aubagne, Istres, Marignane, Marseille, Martigues, Miramas, Port de Bouc, Port St Louis, Salon, Tarascon, Vitrolles,	Brignoles, Fréjus, Le Luc, La Seyne sur Mer, Toulon	Apt, Avignon, Carpentras, Cavillon, Le Pontet, Sorgues		Sites CUCS et en priorité ceux qui sont identifiés comme les plus vulnérables

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Mettre en place un dispositif d'informations du public sur les maladies chroniques au niveau des territoires de proximité en s'appuyant sur les associations de malades et sur une organisation de type réseau	tous les territoires, selon la disponibilité de ressources locales							
Promouvoir la vaccination contre le VHB : Atteindre chez les enfants de 24 mois une couverture vaccinale de 80% pour la primo vaccination complète par le vaccin de l'Hépatite B Indicateur à rajouter dans l'enquête de l'EN réalisée en classe de seconde ou de troisième 3ème	Tous les territoires sont concernés							
Promouvoir la vaccination contre HPV : Améliorer d'ici 5 ans, chez les jeunes filles âgées de 15 ans la couverture vaccinale contre les papillomavirus	Tous les territoires sont concernés							
Améliorer le taux de dépistage du cancer colo rectal de 33,23% à 50% en 2013 chez les personnes de 50 à 74 ans	Tous les territoires sont concernés							
Améliorer le taux de dépistage du cancer du sein de 46% à 65% en 2013 chez les personnes de 50 à 74 ans	Tous les territoires sont concernés							
Améliorer la détection précoce de la BPCO Nombre d'ALD pour BPCO	Tous les territoires sont concernés							
Améliorer le dépistage du diabète type 2	Tous les territoires sont concernés							
Améliorer le dépistage du VIH et des hépatites	Tous les territoires sont concernés							

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Expérimenter un modèle territorial d'animation et de coordination du parcours de santé > Diagnostic des besoins et des ressources dans le champ sanitaire et social > Constitution d'une coordination locale de professionnels, articulée avec le niveau de spécialités de recours et de référence > Structuration de la prise en charge globale du patient en simplifiant le parcours, en proposant un point d'entrée unique pour les patients, les familles et les professionnels (cf. détail dans la partie « maladies chroniques » du document préparatoire analyse par domaine stratégique).								Territoires à définir pour l'expérimentation
Retarder la perte d'autonomie des personnes atteintes de maladies chroniques	Tous les territoires sont concernés							
Prendre en considération cette dimension dans le parcours de soins sans oublier la réadaptation	Tous les territoires sont concernés							
Faire bénéficier le patient des aides nécessaires	Manosque, Riez, les Mées	Laragne-Montéglin, Rosans	Nice Tende, Breil-sur-Roya	Port St Louis Marseille, Marignane, Martigues, Vitrolles, Arles, Tarascon, Salon, Ste maries de la mer, Chateaufrenard, Orgon, Istres, Aubagne	Brignoles, Toulon, La Seyne sur mer, le Luc, Fréjus	Avignon, Valréas, Bollène, Cavaillon, Bédarrides, Orange, Apt, Carpentras, Beaumes de Venise, Sault		Cantons regroupés vulnérables
Favoriser l'accès aux aides sociales	Manosque, Riez, les Mées	Laragne-Montéglin, Rosans	Nice Tende, Breil-sur-Roya	Port St Louis Marseille, Marignane, Martigues, Vitrolles, Arles, Tarascon, Salon, Ste maries de la mer,	Brignoles, Toulon, La Seyne sur mer, le Luc, Fréjus	Avignon, Valréas, Bollène, Cavaillon, Bédarrides, Orange, Apt, Carpentras, Beaumes de Venise, Sault		

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
				Chateaufort, Istres, Aubagne				
Soutenir une politique de maintien dans l'emploi (partenariat)	Tous les territoires sont concernés							
Favoriser le maintien du patient dans son milieu de vie habituel	Tous les territoires sont concernés							
Mener une politique d'animation et d'accompagnement des malades et de leur famille	Tous les territoires sont concernés							
Identifier et animer les lieux de rencontre en proximité								Territoires à déterminer
Promouvoir la formation des aidants quand nécessaire	Tous les territoires sont concernés							
Intégrer si besoin les aidants dans les programmes d'éducation thérapeutique	Tous les territoires sont concernés							
Promouvoir et développer l'éducation thérapeutique réalisée majoritairement en ambulatoire en assurant un maillage territorial sur des pathologies prioritaires : diabète, maladies cardio-vasculaires, pathologies respiratoires, insuffisance rénale chronique, VIH-SIDA, troubles psychotiques, obésité tout en intégrant des personnes vulnérables sans oublier la population pénitentiaire.	<p>Pathologies prioritaires sur le département</p> <p>Diabète</p> <p>Maladies Cardio vasculaires</p> <p>Pathologies respiratoires</p> <p>Obésité</p> <p>L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire. Des partenariats pourront être recherchés entre les 2 territoires.</p> <p>Digne</p> <ul style="list-style-type: none"> Financer le programme Diabète autorisé sur CH Digne/Les Mées après bilan d'activité 	<p>Pathologies prioritaires sur le département</p> <ul style="list-style-type: none"> Diabète et Pathologies respiratoires sur Gap Maladies Cardio vasculaires Obésité <p>L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire. Des partenariats pourront être recherchés entre les 2 territoires.</p> <p>Gap</p>	<p>Pathologies prioritaires sur le département</p> <ul style="list-style-type: none"> Diabète Maladies Cardio vasculaires Pathologies respiratoires Obésité Troubles psychotiques <p>L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire. Des partenariats devront être recherchés entre les territoires et le développement devra s'appuyer fortement sur le</p>	<p>Pathologies prioritaires sur le département</p> <ul style="list-style-type: none"> Diabète Maladies Cardio vasculaires Pathologies respiratoires VIH-SIDA I Rénale Chronique Troubles psychotiques <p>L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire</p> <p>Marseille</p> <ul style="list-style-type: none"> Financer le programme ETP autorisé pour pathologies respiratoires 	<p>Pathologies prioritaires sur le département</p> <ul style="list-style-type: none"> Diabète VIH Maladies cardio vasculaires Pathologies respiratoires Obésité Troubles psychotiques <p>L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire</p> <p>Toulon/Hyères</p> <p>S'appuyer sur le CH de Toulon qui dispose d'une MIG</p> <ul style="list-style-type: none"> Ouvrir en ambulatoire le 	<p>Pathologies prioritaires sur le département</p> <ul style="list-style-type: none"> Diabète Maladies Cardio vasculaires Pathologies respiratoires Obésité Troubles psychotiques <p>L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire et s'appuyer sur les établissements de santé disposant d'une MIG non totalement utilisée.</p> <p>Apt/ Cavailon</p> <ul style="list-style-type: none"> -Développer un 		•

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
	<p>évaluatif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer un programme d'ETP pour pathologies cardio vasculaires avec pour cible 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer un programme d'ETP sur les pathologies respiratoires (BPCO et asthme) avec 50 forfaits • Développer d'ici 5 ans un programme d'ETP pour obésité avec 50 forfaits • Développer l'éducation thérapeutique sur la maison de santé pluridisciplinaire en projet sur Castellane sur les thématiques décrites ci dessus • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche 	<ul style="list-style-type: none"> • Développer l'ETP avec au moins 50 forfaits pour le Diabète et 50 forfaits pour les maladies respiratoires • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires avec pour cible 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer d'ici 5 ans un programme d'ETP pour obésité avec 50 forfaits • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des 	<p>CHU de Nice qui dispose d'un financement MIG.</p> <p>Menton</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer un programme d'éducation thérapeutique (50 forfaits) pour le diabète au niveau de Menton (partenariat avec le CHU de Nice à rechercher) et sur le Haut Pays • Développer l'ETP pour obésité notamment sur Menton (50 forfaits) et sur le Haut Pays (en s'appuyant si possible sur le CHU de Nice et sur les maisons de santé pluridisciplinaires en projet) • Développer un programme 	<p>sur l'hôpital dt Joseph après bilan évaluatif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires (100 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (800 forfaits) d'ici 5 ans • Soutenir auprès de l'Assurance maladie la pertinence du financement de la Fédération des réseaux de Marseille (VIH-SIDA) • Développer au moins un programme d'éducation thérapeutique pour patients présentant des troubles psychotiques • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population 	<p>programme ETP obésité autorisé sur le CH de Toulon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer d'ici 5 ans 400 forfaits supplémentaires d'ETP Diabète de l'adulte en s'appuyant sur le CH de Toulon • Développer l'ETP dans le cadre des maladies respiratoires sur le CH de Toulon (100 forfaits) • Financer le programme obésité autorisé sur la Clinique St Michel en 2012 ou 2013 quand la file active aura augmenté et après bilan évaluatif • Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies cardio vasculaires avec pour cible d'avoir 	<p>programme d'ETP sur le diabète, sur les pathologies respiratoires et sur les pathologies cardio vasculaires à partir du CH d'Apt qui a un financement MIG (90 forfaits)</p> <ul style="list-style-type: none"> • -Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • -Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Avignon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer un programme d'ETP sur le diabète, sur les pathologies respiratoires et sur l'obésité à partir du CH d'Avignon qui a un financement 		

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
	<p>éducative</p> <p>Manosque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires, pour diabète et pour pathologies respiratoires avec pour cible 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer d'ici 5 ans un programme d'ETP pour obésité avec 50 forfaits d'ici 5 ans • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables <p>Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative</p>	<p>généralistes du territoire à la démarche éducative</p> <p>Briançon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires avec pour cible 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer d'ici 5 ans un programme d'ETP pour obésité avec 50 forfaits • Développer l'éducation thérapeutique sur les maisons de santé pluridisciplinaires en projet sur Aiguilles et L'argentière et sur les thématiques décrites ci dessus • Dans tous 	<p>pour BPCO et Asthme (50 forfaits) d'ici 5 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires sur Menton et sur le Haut Pays • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Nice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer au moins un programme pour les patients psychotiques en s'appuyant sur le CHU de Nice • Développer des programmes sur 	<p>pénitentiaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Martigues</p> <p>S'appuyer fortement sur le CH de Martigues qui dispose d'une MIG</p> <ul style="list-style-type: none"> • -Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires (adulte)(80 forfaits) d'ici 5 ans • -Développer l'ETP pour obésité en ambulatoire (50 à 80 forfaits) • -Développer d'ici 5 ans au moins 50 forfaits d'ETP pour Insuffisance Rénale chronique • -Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (150 forfaits) d'ici 5 ans 	<p>800 forfaits supplémentaires sur le territoire d'ici 5 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer un programme d'éducation thérapeutique VIH-SIDA sur le département avec au moins 50 forfaits en s'appuyant sur le CH de Toulon qui dispose de financement • Développer au moins un programme d'éducation thérapeutique pour patients présentant des troubles psychotiques • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative 	<p>MIG</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (200 forfaits) • Développer un programme d'éducation thérapeutique pour patients présentant des troubles psychotiques • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Orange/Valréas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ouvrir en ambulatoire le programme d'ETP diabète du CH de Valréas d'autant plus que la structure a 		

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
		<p>ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables</p> <p>Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative</p>	<p>l'ensemble des pathologies prioritaires en s'appuyant sur le CHU de Nice qui devra établir des liens avec les autres territoires pour assurer un maillage en éducation thérapeutique au sein du département</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer l'éducation thérapeutique sur les maisons de santé pluridisciplinaire en projet sur Roquebillière, Roquesteron, et Puget Theiner en ciblant les pathologies prioritaires. • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables 	<p>(moins prioritaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> • -Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • -Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Aix</p> <ul style="list-style-type: none"> • -Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (150 forfaits) et pour pathologies respiratoires (100 forfaits) d'ici 5 ans • -Développer l'ETP pour obésité en ambulatoire (50 forfaits) • -Développer un programme d'éducation thérapeutique VIH/SIDA sur le territoire d'Aix (50 	<p>généralistes du territoire à la démarche éducative</p> <p>Draguignan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financer le programme obésité autorisé sur le CH de Draguignan après bilan évaluatif • Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies cardio vasculaires et dans le cadre des pathologies respiratoires avec pour cible d'avoir 100 forfaits d'ici 5 ans • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes 	<p>un financement MIG et développer un partenariat avec le CH d'Orange et Vaison la Romaine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer l'ETP pour pathologies respiratoires et pour les pathologies cardio vasculaires en s'appuyant sur le CH de Valréas • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Carpentras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer un programme d'ETP sur le diabète, sur les pathologies respiratoires 		

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
			<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Cannes/Grasse</p> <ul style="list-style-type: none"> Financer le programme d'ETP autorisé sur le CH Cannes pour BPCO après bilan évaluatif Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Antibes</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer un programme pour BPCO et Asthme 	<p>forfaits)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Développer d'ici 5 ans au moins 50 forfaits supplémentaires d'ETP pour Insuffisance Rénale chronique -Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire -Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Salon</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer un programme diabète sur le territoire déficitaire de Salon (cible 50 forfaits d'ici 5 ans) Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires (80 forfaits) 	<p>du territoire à la démarche éducative</p> <p>Fréjus St Raphael</p> <ul style="list-style-type: none"> Financer le programme ETP Diabète du CH de Fréjus après bilan évaluatif Développer l'ETP dans le cadre des maladies respiratoires sur Fréjus (100 forfaits) d'ici 5 ans Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies cardio vasculaires sur Fréjus avec pour cible d'avoir 200 forfaits d'ici 5 ans Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire Sensibiliser 	<p>et sur les pathologies cardio vasculaires à partir du CH de Carpentras qui a un financement MIG</p> <ul style="list-style-type: none"> Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables <p>Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative</p>		

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
			<p>(80 forfaits d'ici 5 ans)</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires et pour obésité Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables <p>Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche</p>	<p>d'ici 5 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (150 forfaits) d'ici 5 ans Développer l'ETP pour obésité en ambulatoire (50 forfaits) Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative <p>Arles</p> <ul style="list-style-type: none"> S'appuyer sur le CH d'Arles qui dispose d'une MIG Ouvrir le programme Diabète autorisé sur le CH Arles à l'ambulatoire (50 forfaits) 	<p>et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative</p> <p>Brignoles</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies cardio vasculaires avec pour cible d'avoir 100 forfaits d'ici 5 ans Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre du diabète avec pour cible d'avoir 100 forfaits d'ici 5 ans Développer l'éducation thérapeutique sur la maison de santé pluridisciplinaire en projet à Carcès sur une thématique décrite ci-dessus 			

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
				<ul style="list-style-type: none"> • Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires (80 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires avec pour cible 150 forfaits d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour obésité en ambulatoire(50 forfaits) • Développer d'ici 5 ans au moins 50 forfaits d'ETP pour Insuffisance Rénale chronique • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire <p>Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative</p>			

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
				<p>démarche éducative</p> <p>Aubagne/La Ciotat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires sur Aubagne/La Ciotat avec mise en place de 50 forfaits d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour pathologies cardiovasculaires (150 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour obésité sur Aubagne/La Ciotat (50 forfaits) d'ici 5 ans • Développer d'ici 5 ans au moins 50 forfaits supplémentaires d'ETP pour Insuffisance Rénale chronique sur Aubagne/La Ciotat • Dans tous ces 				

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
				projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative				
Développer l'éducation thérapeutique sur les maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires qui sont en projet actuellement.	Castellane	Aiguilles, L'argentière	Roquebillière Roquestéron Puget-Théniers		Carces			
Favoriser l'intégration des professionnels de santé libéraux (formés à l'éducation thérapeutique) au sein de programmes d'éducation thérapeutique autorisés	Tous les territoires sont concernés							
Développer des coopérations et des partenariats pour assurer le maillage territorial	Tous les territoires sont concernés							
Sensibiliser et former les médecins libéraux à la démarche éducative indispensable pour assurer le continuum avec les programmes d'éducation thérapeutique	Tous les territoires sont concernés							
Faire connaître les programmes autorisés en PACA	Tous les territoires sont concernés							
Inciter les porteurs de programmes à intégrer les associations de patients (ou patient « expert ») dans leur élaboration et leur mise en œuvre.								Sans lien avec le territoire
Promouvoir l'articulation « programmes d'éducation thérapeutique/ accompagnement des patients réalisé par les associations ».								Sans lien avec le territoire
Changer les représentations collectives de la maladie chronique	Tous les territoires sont concernés							

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
et lutter contre les discriminations en modifiant l'image et les représentations de certaines maladies chroniques : offrir une visibilité sociale et assurer une mobilisation collective sur le thème des maladies chroniques								
Faire connaître, sensibiliser, communiquer sur le sujet	Tous les territoires sont concernés							
Domaine stratégique : SANTE MENTALE ET ADDICTIONS								
Faire une cartographie des professionnels de santé de 1er recours ayant bénéficié d'une formation au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires, à partir de la nouvelle organisation mise en place en PACA	Tous les territoires sont concernés							
Promouvoir dans chaque département la semaine d'information sur la santé mentale (SISM) actuellement organisée dans les Bouches du Rhône seulement (cf rapport Couty changer le regard de la société)	Digne	Gap	Nice		Toulon	Avignon		
Développer des actions pour la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents présentant des troubles psychiatriques ou du comportement	Tous territoires sont concernés et en priorité Digne	Tous territoires sont concernés et en priorité Gap	Tous territoires sont concernés et en priorité Nice	Tous territoires sont concernés et en priorité Marseille	Tous territoires sont concernés et en priorité Toulon	Tous territoires sont concernés et en priorité Avignon		
Développer des instances pour mieux coordonner les différents partenaires impliqués dans la prise en charge des adolescents en amont et en aval afin d'éviter les ruptures dans le parcours de prise en charge des adolescents	Digne	Gap	Nice		Toulon	Avignon,		Chefs lieux de département, instance déjà existante à Marseille
Développer un partenariat avec l'URPS (médecins) pour :	Tous les territoires sont concernés							

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
<ul style="list-style-type: none"> ➤ connaître l'impact de l'a diffusion du CDROM contenant les outils permettant d'optimiser le diagnostic en matière de dépression ➤ et en fonction du résultat, renouveler et étendre cette action 								
Développer un partenariat avec la direction régionale du service médical de l'assurance maladie pour une amélioration des compétences des médecins généralistes en matière de dépistage de la dépression et du bon usage des psychotropes	Tous les territoires sont concernés							
<p>Mener une réflexion à partir de l'action portée par le CHS Montperrin (BDR) "enquête aux urgences sur les tentatives de suicide pour une prévention de la récurrence. » et portant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ la dynamique de liaison et de coordination entre les différents intervenants hospitaliers et externes à l'hôpital par la réalisation d'un maillage territorial, ➤ l'amélioration des pratiques des médecins généralistes vis-à-vis des épisodes dépressifs majeurs et des troubles bipolaires 	Manosque		Antibes, Cannes-Grasse	Marseille	Draguignan, Toulon	Avignon		A 5 ans, en fonction des résultats, déterminer les possibilités d'extension sur les territoires de proximité en surmortalité par suicide des 15/34 ans
Poursuivre le développement des actions de formations au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires à destination des personnels de santé	Digne : Manosque	Gap	Nice Antibes, Cannes-Grasse	Marseille	Draguignan, Toulon	Avignon,		A engager dans la première période du schéma Chefs lieux des départements et territoires en surmortalité par suicides des 15/34 ans

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
<p>Pour les détenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions, évaluation conjointe des actions de prévention ➤ Poursuivre le développement des actions de formations au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires à destination des personnels de santé et sociaux des services pénitentiaires 	Digne	Gap	Nice Grasse	Aix, Arles, Tarascon, Marseille, Salon	Toulon Draguignan	Avignon,		Tous les territoires avec établissements pénitentiaires
<p>Pour les jeunes</p> <p>Poursuivre le développement des actions de formations au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires à destination des personnels de santé</p>	Digne Manosque	Gap	Nice Antibes, Cannes- Grasse	Marseille	Draguignan, Toulon	Avignon,		<p>A engager dans la première période du schéma</p> <p>Chefs lieux des départements et territoires en surmortalité par suicides 15/34 ans</p>
<p>Pour les jeunes</p> <p>Promouvoir des actions de repérage de la souffrance psychique auprès des travailleurs sociaux</p>	Digne Manosque	Gap	Nice Antibes, Cannes- Grasse	Marseille	Draguignan, Toulon	Avignon,		<p>A engager dans la première période du schéma</p> <p>Chefs lieux des départements et territoires en surmortalité par suicides 15/34 ans</p>
<p>Evaluer le réseau ASMA à destination des jeunes.</p> <p>En fonction des résultats extension de réseaux à d'autres territoires</p>				Marseille				
<p>En population générale, développer le repérage et l'orientation des personnes ayant</p>	Manosque, Riez ,	Laragne- Montéglin Rosans	Nice Tende, Breil- sur-Roya	Port St Louis Marseille, Martigues,	Brignoles, Draguignan, Toulon, La Seyne sur mer, le Luc, Fréjus	Avignon, Valréas, Bollène,		Cantons regroupés avec surmortalité due à

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
des usages problématiques de produits psycho actifs Promouvoir des méthodes techniques et outils validés et recommandés, auprès des médecins généralistes et des professionnels de santé et sociaux, pour leur mise en œuvre quels que soient le territoire, l'âge, l'addiction, les co morbidités. Exemples de méthodes et outils : le RPIB (repérage précoce intervention brève), l'entretien motivationnel, le conseil minimal pour le tabac, le questionnaire DETA pour l'alcool etc....				Vitrolles, Arles, Tarascon, Salon, Ste maries de la mer, Chateaufrenard, Orgon, Istres, Aubagne		Cavaillon, Bédarrides, Orange, Apt, Carpentras, Beaumes de Venise, Saut		l'alcool et Cantons regroupés vulnérables
Promouvoir des actions de réductions des risques chez les publics usagers de drogues licites et illicites Il concerne particulièrement : les usagers ne sollicitant pas les dispositifs de prise en charge et de réduction des risques, ou situés sur des territoires éloignés des dispositifs d'offre de soins, ou en errance, ou participant aux milieux festifs alternatifs (vie en squat, free party etc..).	Tous les territoires sont concernés							
En détention, améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins (Application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 MILDT) – Actions déjà engagées dans le cadre du schéma d'addictologie transversal (juillet 2010), maintenir et poursuivre la transversalité avec le SROS et le SROMS Repérage pour la mise en place	Digne	Gap	Nice Grasse	Aix, Arles, Tarascon, Marseille, Salon	Toulon Draguignan	Avignon,		Tous les territoires avec établissements pénitentiaires

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
d'une prise en charge ad hoc, diffusion du guide des bonnes pratiques sur les traitements de substitution en prison								
<p>Evaluer l'application des recommandations de la politique de réduction des risques (RDR) infectieux en milieu carcéral la région PACA a fait partie de l'enquête PREVACAR (état des lieux des mesures de RDR en prison et recommandations pour leur mise en œuvre)</p> <p>En fonction des résultats de l'enquête, développer des actions</p>	Digne	Gap	Nice Grasse	Aix, Arles, Tarascon, Marseille, Salon	Toulon Draguignan	Avignon,		Tous les territoires avec établissements pénitentiaires
Développer des programmes de prévention favorisant l'acquisition de compétences individuelles et psycho-sociales auprès des jeunes (scolarisés Education Nationale, en apprentissage, détenus, en foyer, en centres socio éducatifs, étudiants, élèves du secteur agricole etc).	Tous les territoires sont concernés							

Annexe 14

Stratégie proposée pour réduire les inégalités de santé

La définition d'une stratégie pour réduire les inégalités de santé ne va pas de soi.

Quelques pays européens ont élaboré des stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé ; c'est notamment le cas du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Suède³⁰.

Le Royaume-Uni a défini d'emblée des objectifs quantifiés. Les Pays-Bas ont procédé à la mise en œuvre de plusieurs expérimentations locales.

Dans ces trois pays, des volets visant à agir sur les déterminants sociaux des ISS, en amont du système sanitaire ont été mis en œuvre.

Au Royaume-Uni, certains des objectifs portaient sur des états de santé : diminution de la mortalité infantile, réduction de la différence d'espérance de vie à la naissance entre les zones les plus défavorisées et la moyenne nationale. Ces objectifs ont été complétés par des objectifs portant sur des causes de mortalité plus précises :

- Réduction de 40% de l'écart de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire entre les zones défavorisées et l'ensemble du pays
- Réduction de 6% de l'écart de mortalité par cancer entre ces zones et l'ensemble du pays.

Certains déterminants ont été visés directement :

- Réduction de la prévalence du tabac chez les travailleurs manuels

Ou indirectement dans la mesure où les publics sont plus souvent pauvres :

- Diminution de 50% des grossesses non désirées chez les moins de 18 ans
- Arrêt de l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants de moins de 11 ans.

Plus globalement un vaste programme interministériel déclinait 4 axes d'interventions :

- Soutien aux familles, aux mères et aux enfants,
- Promotion de l'engagement communautaire,
- Prévention et accès aux soins efficaces
- Actions sur les déterminants sociaux de la santé.

Enfin les acteurs de soins primaires sont appelés à développer des actions orientés vers les publics cibles, particulièrement dans les quartiers défavorisés :

- Arrêt du tabac,
- Amélioration de la nutrition, promotion de l'allaitement maternel et de l'activité physique
- Accès au dépistage et au traitement (cancers, maladies coronariennes) dans les zones les moins bien couvertes.

Les autorités locales sont invitées à s'inscrire dans ces politiques dans le cadre de contrats locaux d'objectifs.

Les premiers éléments d'évaluation suggèrent l'efficacité des politiques retenues. Par exemple, les programmes de soutien à la petite enfance semblent améliorer le développement et l'indépendance des enfants, réduire les risques parentaux et favoriser l'utilisation des services sociaux³¹.

S'il n'est pas possible de comparer un programme national d'une telle ampleur avec la politique régionale que peut définir l'ARS, il semble que sur la base de cet exemple et des autres expériences en cours quelques conclusions peuvent être tirées :

- La définition d'une politique nationale, visant explicitement la réduction des ISS et comportant des objectifs de réduction des inégalités économiques et sociales est un élément de renforcement essentiel pour une politique régionale ;
- La définition d'objectifs quantifiés et opérationnels est une étape importante pour la coordination, l'évaluation et le suivi des actions ;
- La coordination des politiques et des acteurs au niveau régional et local est essentielle, sur la base d'objectifs partagés, ceux-ci pouvant faire l'objet d'un contrat local de santé (CLS) ;
- L'organisation du système de soins primaires doit permettre une égalité effective d'accès aux soins, et amener les populations à une meilleure gestion de leur maladie³².

Sur cette base, il est possible de proposer la stratégie régionale suivante :

- ⇒ **Promotion de la santé** : programmes territoriaux sur les territoires cumulant vulnérabilité sociale et dégradation de l'état de santé (analysée à partir de la mortalité prématurée et des

³⁰ L'ensemble des informations de ce paragraphe sur le Royaume-Uni est tiré de COUFFINHAL A., DOURGNON P. et alii *Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen*. IRDES. Questions d'économie de la santé n°93 février 2005. p.3

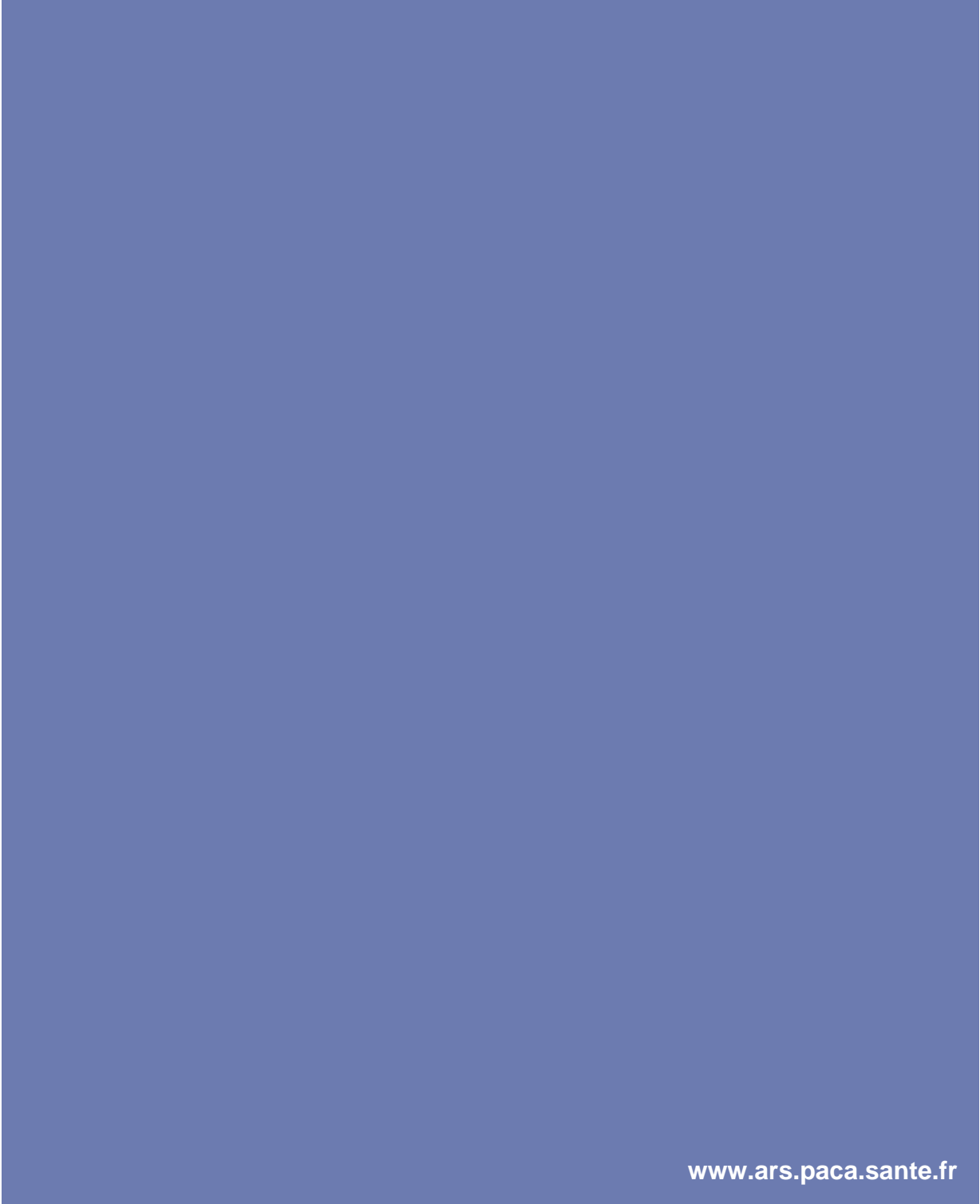
³¹ Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : p. 79

³² Potvin L op. cit.

ALD), en incluant la prise en compte de déterminants ne relevant pas ou seulement partiellement de l'ARS tels que cadre de vie/habitat, environnement et réussite scolaire.

- ⇒ **Prévention de certaines maladies ou de certains risques** : surpoids/obésité, tabac, risques professionnels, santé bucco-dentaire
- ⇒ **Prévention ciblée pour certaines maladies** : diabète, asthme, santé mentale (souffrance psychique notamment en lien avec le cadre de vie)
- ⇒ **Accès aux droits et aux soins pour tous les publics vulnérables** en développant un volet spécifique pour les migrants, les détenus et les personnes handicapées (cf. domaine stratégique Vieillesse-Handicap)), en lien avec le SROS (notamment le SROS ambulatoire) et le SROMS. Dans ce cadre, une attention particulière sera apportée à un accès approprié de ces publics en particulier à l'hôpital en veillant en particulier à ce que les personnels les plus concernés soient à même de proposer un accueil adapté. L'accès à l'Aide Complémentaire Santé fera l'objet d'actions spécifiques.
- ⇒ **Prise en charge des besoins particuliers des personnes sans chez-soi** dans le cadre du PRAPS. Conformément au rapport Girard, l'objectif général pourrait être «*plus de personnes malades à la rue*» et la stratégie proposée dans le rapport pourrait être partiellement reprise.

Les actions de prévention devront être déclinées spécifiquement selon les différents publics.



www.ars.paca.sante.fr

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
132, boulevard de Paris - 13003 Marseille
Adresse postale : CS 50039 - 13331 Marseille cedex 03
Standard : 04 13 55 80 10

