
Contrat Local de Santé entre
la Communauté d'Agglomération du Pays de
Martigues, l'Etat et
l'Agence régionale de santé de PACA
2014-2016

Contrat-cadre
du Contrat Local de Santé
décembre 2013



L'élaboration du Contrat Local de Santé du territoire de la Communauté d'Agglomération du Pays de Martigues (CAPM)

Rappel des textes législatifs

Les CLS sont une mesure de la loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

« Le projet régional de santé est constitué :

1. d'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;
2. de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;
3. de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels définis à l'article L.1434-17.

Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion » (Art L. 1434-2 du CSP).

« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclu par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social »(Art. L. 1434-17 du CSP) ».

I - Historique de la démarche

A - Quelques rappels des principes posés par le Protocole d'accord du 23 novembre 2012 pour l'élaboration d'un CLS de la CAPM

- L'amélioration de l'état de santé de la population admet de multiples déterminants, et la lutte contre les inégalités de santé ne peut être réduite au seul champ des politiques de santé.
- L'objectif du CLS est bien de coordonner sur le territoire de la CAPM l'action des différents champs de politiques publiques, aux différents niveaux de compétence pour en permettre une mise en cohérence vertueuse favorisant la lutte contre les inégalités de santé.
- Le CLS est complémentaire et non redondant avec le PLSP auquel il veillera à être articulé :
 - ce dernier étant territorialement ciblé au sein même de la CAPM ;
 - ce dernier étant centré sur la prévention et la promotion de la santé quand le CLS est plus large.
- La démarche choisie vise à faire vivre la démocratie sanitaire à travers, d'une part des échanges étroits entre les collectivités territoriales, l'ARS et les services de l'Etat, et d'autre part l'adoption d'une démarche participative impliquant l'ensemble des acteurs professionnels et les habitants du territoire.

* Cf. Annexe 1 : Protocole d'accord pour l'élaboration du Contrat local de santé

B - Les travaux menés pour l'élaboration du CLS

- Un document de synthèse reprenant les éléments de connaissance sur la situation du territoire élaboré par les villes et l'ARS ;
- Un travail mené par l'Observatoire de Santé d'analyse de toutes les données et sources d'information visant à décrire l'état de santé et l'offre de soins sur le territoire de la CAPM ;
- L'appel d'offre pour une mission d'accompagnement du CLS :
 - Lecture synthétique des éléments de diagnostic en vue d'en partager les principaux faits saillants avec l'ensemble des partenaires – organisation d'un séminaire de lancement le 21 juin 2013 ;
 - La détermination des grands enjeux du CLS pour le territoire de la CAPM – Arbitrage du comité de pilotage rendu lors de la réunion du 28 juin 2013 ;
 - Composition, cadrage et animation de trois groupes de travail sur les quatre grandes thématiques retenues, composés de professionnels de terrain et accompagnés par l'équipe opérationnelle du CLS, en vue de faire émerger des propositions d'actions opérationnelles permettant de traiter ces enjeux – Restitution lors d'une réunion publique des actions proposées par les différents groupes le 21 novembre 2013 ;

-
- La synthèse des propositions pour le CLS lors de la réunion du comité de pilotage du 29 novembre 2013 ;
 - Rédaction d'un contrat-cadre du Contrat Local de Santé pour signature le 19 décembre 2013.

II - Eléments de diagnostic

- Inégalités de santé – le territoire a une espérance de vie qui progresse moins que celle de ses voisins dans la région.
- Situations nombreuses de précarités et revenus modestes sur le territoire de la CAPM obligent à une vigilance toute particulière aux questions d'accès économique aux soins.
- Des voyants rouges sur la démographie médicale de la CAPM : les médecins spécialistes ne s'installent pas ou peu sur le territoire de la CAPM, et les médecins généralistes seront rapidement en nombre insuffisant si rien n'est fait pour augmenter l'attractivité du territoire.
- Les équipements médico-sociaux en faveur notamment des personnes handicapées demeurent insuffisants.
- L'existence de faisceaux convergents d'études et d'analyses pour considérer que la santé de la population locale pourrait être affectée par les risques professionnels et de pollution de l'air.

** Cf. Annexe 2 : les cartes des inégalités de santé et leurs commentaires parus dans le journal de la CAPM « Médecins en pays de Martigues »*

III - Axes stratégiques du Contrat Local de Santé

A - Penser autrement l'offre de premier recours

Dans un contexte d'offre de soins de 1er recours fragilisée et de besoins grandissants sur le territoire de la CAPM, le comité de pilotage du CLS a convenu de prévenir un risque de dégradation de l'accès aux soins, et plus positivement, de mettre en place sur le territoire les conditions novatrices d'une médecine moderne, attractive, et accessible à tous.

Un groupe de travail a été mandaté en vue de formuler des propositions d'actions sur cet axe stratégique. 36 propositions, pouvant être regroupées en 14 mesures potentielles, ont été émises par ce groupe.

** Cf. Annexe 3-1 : mandat du groupe de travail n°1*

** Cf. Annexe 4-1 : synthèse des propositions du groupe de travail n°1 qui constitueront une base de travail pour les comités techniques sans présupposer des engagements des programmations futures*

B - Rattraper le retard et organiser l'offre de prise en charge des personnes âgées et en situation de handicap

Le taux d'équipement est faible sur le territoire de la CAPM, et toute la zone d'emploi de Martigues, pour une majorité d'offre d'hébergement et de services en direction des personnes âgées et des personnes handicapées. Aussi, le comité de pilotage du CLS a convenu de favoriser un rattrapage de ces retards ainsi qu'une organisation cohérente des équipements s'appuyant sur des actions susceptibles de renforcer les coopérations et la coordination des acteurs.

Un groupe de travail a été mandaté en vue de formuler des propositions d'actions sur cet axe stratégique. 17 propositions, pouvant être regroupées en 11 mesures potentielles, ont été émises par ce groupe.

** Cf. Annexe 3-2 : mandat du groupe de travail n°2*

** Cf. Annexe 4-2 : synthèse des propositions du groupe de travail n°2 qui constitueront une base de travail pour les comités techniques sans présupposer des engagements des programmations futures*

C - Développer la connaissance, réduire les risques et prendre en charge les pathologies liées au travail et à la qualité de l'air

Parmi les nombreux facteurs qui jouent sur la mortalité prématurée du territoire de la CAPM, les problèmes environnementaux ne doivent aujourd'hui plus être minorés. En conséquence, le comité de pilotage du CLS a convenu de concevoir un dispositif permettant à la fois de développer les connaissances, de prévenir les risques, et d'assurer la bonne prise en charge des pathologies liées au travail et à la pollution de l'air.

Un groupe de travail a été mandaté en vue de formuler des propositions d'actions sur cet axe stratégique. 18 propositions, pouvant être regroupées en 5 mesures potentielles, ont été émises par ce groupe.

** Cf. Annexe 3-3 : mandat du groupe de travail n°3*

** Cf. Annexe 4-3 : synthèse des propositions du groupe de travail n°3 qui constitueront une base de travail pour les comités techniques sans présupposer des engagements des programmations futures*

D - Création d'un Conseil Local de Santé Mentale

Le comité de pilotage du CLS a également convenu de favoriser la création d'un Conseil local de santé mentale (CLSM). Lieu de concertation et de coordination entre les services de psychiatrie publics, les élus locaux, les usagers et les professionnels de terrain, le CLSM a une fonction de coordination qui permet de décloisonner les différents services et

institutions et d'apporter une réponse globale adaptée aux besoins des malades et de leurs familles.

Cet axe stratégique n'a pas donné lieu à mandatement par le comité de pilotage d'un groupe de travail en vue de formuler des préconisations d'actions. En effet, la dynamique locale préexistante, qui s'appuie sur la réflexion des professionnels et la définition du rôle d'un CLSM par les textes, n'ont pas nécessité un approfondissement à ce stade.

Les engagements du contrat-cadre du CLS du territoire de la CAPM

Vu le Code de la santé publique, notamment les articles L.1434-2 et L.1434-17,
Vu la délibération du conseil communautaire de la Communauté d'agglomération du pays de Martigues (CAPM) en date du 28 novembre 2013,

Il est convenu ce qui suit :

Titre 1 – Le champ du contrat-cadre

Article 1 – Les signataires du contrat-cadre

Le présent contrat est signé par la CAPM, représentée par son président ; l'ARS PACA, représentée par son directeur général ; l'Etat, représenté par le sous-préfet de l'arrondissement d'Istres.

Article 2 – Le périmètre géographique

Le CLS couvre le territoire de la Communauté d'Agglomération du Pays de Martigues.

Article 3 – L'articulation du CLS à l'ASV et au PLSP

Conformément au protocole d'accord signé en novembre 2012, les signataires du contrat-cadre considèrent que le CLS est une suite logique de la démarche de l'atelier santé ville (ASV) et du plan local de santé publique (PLSP) 2006-2009 puis 2010-2013.

En effet, la démarche de l'ASV, engagée en 2003, a permis la capitalisation des connaissances et la mobilisation des partenaires. La coopération institutionnelle qui repose sur ces années de travail en commun doit faciliter la mise en œuvre du CLS.

Pour les signataires, le CLS et le PLSP n'ayant ni les mêmes objectifs, ni le même territoire, ni le même champ thématique, ceux-ci doivent coexister et s'enrichir mutuellement. De plus, le référentiel national des ASV, produit par le secrétariat général du comité interministériel des villes (SGCIV) en mars 2012, sous l'égide des ministres de la santé et de la ville, préconise une articulation des ASV avec les CLS.

Le CLS est un contrat opérationnel qui permet de prendre en compte d'autres champs que celui de la prévention, tels que l'offre de soins et l'offre d'accompagnement médico-social, la santé environnementale.

En vertu des recommandations nationales, le comité de pilotage du CLS est confondu avec celui de l'ASV afin de faciliter la circulation des informations et veiller à la cohérence d'ensemble.

La coordination du CLS est assurée par la coordinatrice de l'ASV Martigues Port-de-Bouc.

Article 4 – Les partenaires du contrat-cadre

Les signataires du contrat-cadre associeront, autant que de besoin, à la définition des programmations annuelles successives du CLS et à leur mise en œuvre respective, le Conseil général des Bouches-du-Rhône, le Conseil régional PACA, la CPCAM 13, la DIRECCTE PACA, la DREAL PACA, ainsi que le Centre hospitalier de Martigues.

Article 5 – La nature des engagements

Afin de pouvoir examiner les propositions d'actions formulées par les groupes de travail, de les sélectionner aux regards de critères de priorité pour le territoire de la CAPM et de faisabilité,

Afin de préciser le montage opérationnel des actions retenues,

Afin de proposer les modalités juridiques, financières, institutionnelles envisageables, en privilégiant l'optimisation des ressources existantes sur le territoire et les partenariats,

Afin d'assurer une formulation des projets et une programmation annuelle du CLS cohérentes avec les priorités des schémas d'organisation des décideurs et avec les moyens dont ils disposent,

Les signataires du contrat-cadre s'engagent sur :

- des objectifs qui guideront la sélection des mesures à mettre en œuvre pour chacun des axes stratégiques ;
- des dispositifs transversaux sur lesquels les actions du CLS pourront être définies et bâties ;
- des modalités de pilotage, d'organisation et de suivi du présent contrat-cadre.

Titre 2 – Objectifs du contrat-cadre

Les objectifs ci-après visent à guider la sélection des mesures à mettre en œuvre pour chacun des axes stratégiques.

Axe stratégique 1 - Penser autrement l'offre de premier recours

- Objectif 1.1 - Améliorer l'accessibilité financière géographique et culturelle aux soins
- Objectif 1.2 - Rendre plus attractif le territoire

-
- Objectif 1.3 - Favoriser la coordination des acteurs de la santé et les partenariats
 - Objectif 1.4 - Etre un territoire leader d'une médecine moderne

Axe stratégique 2 - Rattraper le retard et organiser l'offre de prise en charge des personnes âgées et en situation de handicap

- Objectif 2.1 – Prendre en compte les inégalités territoriales en équipements et services
- Objectif 2.2 - Adapter l'accessibilité économique des équipements en place en fonction des besoins effectifs du territoire
- Objectif 2.3 - Moderniser et diversifier l'offre en faveur des personnes âgées et en situation de handicap
- Objectif 2.4 - Faciliter le parcours et améliorer l'orientation des personnes accompagnées

Axe stratégique 3 - Développer la connaissance, réduire les risques et prendre en charge les pathologies liées au travail et à la qualité de l'air

- Objectif 3.1 - Mieux connaître pour mieux agir
- Objectif 3.2 - Faire connaître pour mieux prévenir
- Objectif 3.3 - Adapter l'offre de soins aux spécificités environnementales

Axe stratégique 4 - Création d'un Conseil Local de Santé Mentale

- Objectif 4.1 – L'observation des besoins et ressources en santé mentale
- Objectif 4.2 - L'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins
- Objectif 4.3 - L'inclusion sociale et la lutte contre l'exclusion
- Objectif 4.4 - La lutte contre la stigmatisation
- Objectif 4.5 - L'éducation en santé mentale
- Objectif 4.6 - L'aide à la résolution des situations psychosociales complexes

Titre 3 - La mise en œuvre du contrat-cadre

La priorisation des actions et leurs programmations annuelles sont assurées par le comité de pilotage du CLS sur propositions de l'équipe projet.

Les objectifs seront poursuivis par la mise en place de dispositifs clefs, transversaux aux quatre axes stratégiques, sur lesquelles les actions du Contrat Local de Santé pourront être définies et bâties.

Ces dispositifs sont conçus avec les professionnels et les usagers du territoire, de façon à ce qu'ils soient le mieux adaptés aux pratiques de travail et aux besoins des acteurs, ce qui est un gage essentiel de leur efficacité.

Dès la première année du contrat, la définition et de la mise en œuvre des programmations annuelles successives s'appuieront sur trois grands dispositifs :

- Dispositifs d'information pour la coordination des acteurs et l'accès de la population aux services et aux droits existants ;
- Dispositifs d'observation pour l'évaluation et le pilotage du CLS ;
- Dispositifs de formation pour l'émergence d'une communauté locale en faveur de la santé.

Ces dispositifs seront développés en lien avec l'expérimentation que souhaite mener l'ARS en vue du déploiement d'une mission de coordination territoriale d'appui.

Article 1 - Dispositifs d'information

Plusieurs objectifs retenus, dont les objectifs 1.3, 2.4, 3.2 et 4.6, reposent sur l'importance de disposer d'outils d'information.

Nécessaires à la définition et à la mise en œuvre du futur programme d'actions, ces outils d'information pourront se distinguer selon les thématiques, le public, et les supports.

Quatre grandes thématiques apparaissent :

- les droits pour l'accès aux soins et aux services médico-sociaux ou sociaux ;
- les ressources locales médicales, paramédicales, sociales ;
- les risques qu'ils soient sanitaires, professionnels, environnementaux ou sociaux ;
- les patients ou les personnes suivies par les établissements et services, cette dernière thématique étant centrale pour la coordination des acteurs ville-hôpital, sanitaire-médico-social ou social, ... tout en tenant compte des difficultés particulières en termes de sécurisation et protections des données individuelles, qui exige de prendre en considération en amont les règles édictées par la Commission Nationale Informatique et Libertés en la matière.

Deux grandes catégories de publics ciblés par les dispositifs d'information sont concernées :

- les usagers ;
- les professionnels.

Quatre grands types de support, exclusifs ou combinés sont envisageables :

- numérique ;
- téléphonique ;
- éditorial ;
- personne ou service ressource.

Des comités techniques seront constitués autour de ces grandes thématiques, afin de proposer et de mettre en place les systèmes d'informations et les plans de communication adaptés au sujet traité et au public visé.

Article 2 - Dispositifs d'observation et d'étude

Les outils d'observation et d'étude représentent également un support indispensable à la définition et à la mise en place du plan d'action.

Ils remplissent plusieurs fonctions :

- Création, suivies et mises à jour des données pour les systèmes d'information ressources (cf. objectifs 1.3, 2.4, 3.2) ;
- Analyses et études concernant certaines pathologies (cf. objectifs 3.1, 4.1) ;
- Examens et appréciation des besoins locaux pour les dossiers de demandes d'autorisations (cf. objectifs 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 4.2) ;
- Suivi des indicateurs de suivi et d'évaluation des actions qui seront retenues et mises en place dans le cadre du CLS.

Ils s'appuient sur l'ensemble des partenaires producteurs de données, qui définiront les conditions d'accès aux données locales et les modalités de traitements dans le cadre des différentes missions d'étude qui seront assignées.

Article 3 - Dispositifs de formation

Une grande partie des problèmes de coordination entre les acteurs se trouvent résolue lorsque ces derniers se connaissent (effet réseau) et partagent un « capital commun » de connaissances et de retours d'expériences, favorisant l'émergence d'une vision partagée des problèmes (effet apprentissage).

De nombreuses propositions d'actions des différents groupes tablent sur l'organisation d'instances d'échanges et de formation. Ces instances existent déjà, mais elles sont trop souvent cloisonnées et leurs programmations rarement concertées. S'il est important que

les professionnels soient en mesure de suivre des formations spécialisées dédiées à leur « cœur de métier », il l'est tout autant qu'ils aient connaissance des contextes dans lesquels ils travaillent respectivement et des multiples déterminants de l'état de santé des habitants du territoire qu'ils soignent, suivent et accompagnent ensemble.

La poursuite des objectifs 1.2, 1.3, 3.1, 4.4 repose sur cette dimension.

Titre 4 – Durée, suivi et révision du contrat-cadre

Les partenaires signataires du Contrat Local de Santé du Pays de Martigues s'accordent sur les modalités de pilotage, d'organisation et de suivi du présent contrat-cadre.

Article 1 – Les instances de gouvernance

La gouvernance du présent contrat s'articule autour de trois instances. Les signataires s'engagent à consacrer les temps de personnels qui seront nécessaires au pilotage, au suivi et à l'avancée des différents points actés.

Le comité de pilotage

Composition

Le comité de pilotage est composé des représentants des signataires du Contrat Local de Santé : la CAPM, représenté par son président et les vice-présidents Maires des communes membres ; l'ARS PACA, représentée par la déléguée territoriale des Bouches-du-Rhône ; l'Etat, représenté par le sous-préfet de l'arrondissement d'Istres.

Fonctions

Le comité de pilotage est l'instance décisionnelle. Il arbitre les priorités d'actions en fonction des objectifs arrêtés dans le présent contrat-cadre et fixe les programmations annuelles successives du Contrat Local de Santé.

L'équipe projet

Composition

L'équipe projet est composée des responsables opérationnels des signataires (directeurs, responsable techniques, chargés de mission, ...).

Fonctions

Elle coordonne les travaux des comités techniques et prépare les réunions du comité de pilotage.

Elle est chargée du suivi et de l'évaluation des objectifs fixés par le présent contrat. Pour ce faire, elle fournit les informations nécessaires au comité de pilotage pour prendre les

décisions sur la mise en œuvre du CLS et fixer la programmation annuelle des actions dans la limite des moyens de chacun.

Les comités techniques

Composition

Les comités techniques à géométrie variable sont constitués des référents des thématiques abordées. Ils sont constitués sur proposition de l'équipe projet en fonction des thématiques traitées ou des dispositifs à la mise en place desquels ils s'attendent, pour réunir l'ensemble des compétences nécessaires.

Ils réuniront des membres de l'équipe projet concernés par les thématiques ou les dispositifs transversaux, des représentants des partenaires mentionnés à l'article 4 du titre 1 et associeront des représentants des professionnels du territoire. Ils pourront également procéder à des auditions de personnalités qualifiées, et recueillir les témoignages d'expériences connexes menées dans d'autres territoires.

Fonctions

- Préciser, plus encore que ne l'ont fait les membres des groupes de travail, le montage opérationnel des actions susceptibles de répondre aux objectifs sur lesquels ont été déclinés les axes stratégiques ;
- Proposer les modalités juridiques, financières, institutionnelles, en privilégiant l'optimisation des ressources existantes sur le territoire, et les partenariats ;
- Assurer une formulation des projets cohérente avec les priorités des schémas d'organisation des décideurs.

Article 2 – Suivi et évaluation

A. De l'activité des instances

Critères de suivi et d'évaluation :

- nombre de réunions des comités techniques ;
- nombre de personnes participant aux comités techniques ;
- nombre de dossiers traités par les comités techniques ;
- nombre de réunions de l'équipe projet ;
- nombre de dossiers proposés à l'arbitrage du comité de pilotage ;
- nombre de décisions du comité de pilotage.

B. Des actions

Un référentiel d'évaluation des actions retenues dans la programmation annuelle du contrat sera par ailleurs élaboré dès le démarrage de celle-ci.

Article 3 – Communication

Les partenaires signataires s'engagent à organiser une fois par an des rencontres plénières pour rendre visible aux acteurs de la santé comme à la population les avancées réalisées pour le Contrat Local de Santé.

Article 4 – Durée du contrat-cadre

Le présent contrat est signé pour une durée de 3 années à compter de la date de signature. Il sera complété au cours de l'année 2014 par un avenant qui arrêtera le plan d'action retenu pour la durée du CLS. Ces actions feront l'objet d'une programmation annuelle.

Article 5 – Révisions et avenants

Le présent contrat sera complété chaque année par une programmation annuelle.

Annexes

- annexe 1 : Liens pour accéder au programme régional de santé (PRS), au schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) et au programme régional d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC) ;
- annexe 2 : Protocole d'accord pour l'élaboration du CLS, novembre 2012 ;
- annexe 3 : Cartographie des inégalités de santé sur le territoire ;
- annexe 4 : Mandats des groupes de travail ;
- annexe 5 : Préconisations des groupes de travail thématiques pour les axes stratégiques 1 à 3 qui constitueront une base de travail pour les comités techniques sans présupposer des engagements des programmations futures.

Fait à Martigues, le 19 décembre 2013,

le Président
du Pays de Martigues,

Le Sous-préfet de
l'arrondissement d'Istres,

le Directeur Général de l'ARS PACA
représenté par
la Déléguée Territoriale des Bouches-
du-Rhône,

Henri CAMBESSEDES

Simon BABRE

Marie-Christine SAVAILL

Annexe 1

Liens pour accéder au Programme régional de santé (PRS), au Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) et au Programme régional d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC)

Le Programme Régional de Santé (PRS) :

http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Docs_officiels/2012-01-30_ARS_DG_Projet_regional_de_sante_arspaca.pdf

Le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS) :

http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Docs_officiels/2012-01-30_ARS_DG_prs_schema_regional_organisation_medico_sociale_arspaca.pdf

Le Programme Régional d'Accompagnement du Handicap et de la Perte d'Autonomie (PRIAC) :

http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Docs_officiels/PRIAC_MAJ_SEPT_2012.pdf

Annexe 2

Protocole d'accord pour l'élaboration du CLS, novembre 2012

**PROTOCOLE D'ACCORD
POUR L'ELABORATION D'UN
CONTRAT LOCAL DE SANTE
ENTRE L'AGENCE REGIONALE
DE SANTE PROVENCE ALPES
COTE D'AZUR
LES VILLES DE MARTIGUES ET
DE PORT DE BOUC
ET LA COMMUNAUTE
D'AGGLOMERATION DU PAYS DE
MARTIGUES**

Novembre 2012



PREAMBULE

Les Villes de Martigues et de Port-de-Bouc sont engagées contractuellement avec l'Etat depuis 2003, dans le cadre de la Politique de la Ville, dans la mise en œuvre d'un Plan local de santé publique intercommunal contribuant à favoriser l'accès aux soins et à la prévention des populations les plus défavorisées.

Les Contrats locaux de santé permettent de compléter cette démarche, centrée sur la promotion de santé pour des publics prioritaires de la Politique de la Ville, par une démarche globale conduite dans tous les champs de la santé et en faveur de l'ensemble de la population.

L'Agence régionale de santé, le Préfet ainsi que les Villes de Martigues et de Port-de-Bouc et la Communauté d'Agglomération du Pays de Martigues, dont le territoire est caractérisé par des risques environnementaux spécifiques, un taux de précarité important, une part de personnes âgées en augmentation et un retard sur certains équipements sanitaires ou médico-sociaux, souhaitent s'engager collectivement dans l'élaboration d'un Contrat local de santé intercommunal.

Pour marquer cet engagement et en définir le cadre, ce protocole d'accord est signé par les différentes parties. Il précise les objectifs attendus, en particulier la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, de même qu'il fixe les modalités de travail qui permettront à moyen terme de définir le contenu du Contrat local de santé (périmètre du CLS, moyens, pilotage, démocratie sanitaire, étapes de la démarche, modalités pratiques).

RAPPEL DU CONTEXTE LEGISLATIF

Les contrats locaux de santé mis en place par le code de la santé publique :

Article L.1434-2. Le projet régional de santé est constitué :

- 1° D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région;
- 2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale;
- 3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. **La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-17.**

Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Article L.1434-17. Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L.1434-9, le directeur général de l'agence régionale de santé constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé.

La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique. La conférence de territoire peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé.

La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

OBJECTIFS STRATEGIQUES DU FUTUR CONTRAT LOCAL DE SANTE

Face à l'augmentation des inégalités sociales de santé, à la présence de disparités territoriales et environnementales de santé, le Contrat Local de Santé est un outil décisif de développement des solidarités, vecteur de la cohésion sociale. Dans ce cadre, il agit sur certains des déterminants sociaux et environnementaux de santé, par une mobilisation convergente des signataires – mais aussi des autres acteurs des politiques publiques.

Les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale ». Deux éléments sont importants dans cette définition : l'existence d'un lien entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale ; et le fait que ces inégalités de santé sont considérées comme évitables. Elles ne relèvent pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits.

Le concept de déterminants sociaux de la santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se « transforment » en inégalités de santé. A côté de l'âge, du sexe et des facteurs héréditaires, les comportements individuels (consommation de tabac et d'alcool, alimentation, exercice physique...), les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie et de travail (emploi, logement, transports, accès aux services publics essentiels), et enfin les conditions économiques, culturelles et environnementales sont les grandes catégories de déterminants les plus souvent identifiées. La façon dont ces déterminants se construisent et s'enchaînent renvoie à des modèles théoriques mais surtout, *in fine*, à des choix politiques en termes de justice sociale.

Cinq grandes catégories de facteurs peuvent être retenues :

- les déterminants « biologiques » de l'état de santé que sont l'âge, le sexe et le patrimoine génétique d'un individu, et qui sont indépendants de sa position sociale ;
- les déterminants comportementaux, eux-mêmes liés au contexte social, et associés pour certains à des facteurs de risques précis pour la santé : consommation de tabac ou d'alcool, comportements alimentaires etc. ;
- l'entourage et les réseaux sociaux dans lesquels l'individu est inséré, et qui vont notamment jouer dans le soutien social dont il pourra bénéficier face aux événements auxquels il est confronté ;
- l'environnement et les conditions de vie et de travail, qui incluent notamment l'accès aux ressources, aux services et aux infrastructures ;
- les conditions socioéconomiques d'ensemble de la société : la richesse nationale, l'état du marché du travail et de l'économie, les facteurs culturels... et la façon dont ils sont distribués dans la population.

Mettre en place une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé s'ancre dans un double constat :

Le premier est qu'améliorer l'état de santé moyen de la population ne suffit pas, puisque non seulement les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas, mais qu'elles tendent même à s'aggraver pour partie : en classe de CM2, la proportion d'enfants obèses chez les ouvriers était dix fois plus élevée que chez les cadres en 2008, contre quatre fois en 2002.

Le second est que l'action sur le système de prévention et de soins ne permet pas à elle seule de réduire les inégalités sociales de santé. En effet, la majeure partie des déterminants sociaux de la santé se constitue en amont du système de soins, dans les conditions de vie et de travail des individus.

La réduction des inégalités sociales de santé implique de retenir une approche large de la santé :

- le fait que les inégalités sociales de santé se constituent en amont de la prise en charge de la maladie (l'accès au système de soins et la prise en charge des pathologies ne compterait que pour 20 % dans les inégalités sociales de santé) évite de faire porter l'intégralité de l'effort sur les politiques de soins et mobilise au contraire largement le champ de la promotion de la santé ;
- en soulignant la complexité et la multiplicité des facteurs qui influent sur l'état de santé, et leur dimension socioéconomique, l'approche par les inégalités sociales de santé, montre que la politique de lutte contre les inégalités sociales de santé ne peut pas relever exclusivement des institutions en charge de la politique de santé.

Les inégalités sociales de santé sont étroitement liées à l'environnement, aux conditions de vie et au contexte socioéconomique général.

Elles se constituent largement avant que ne se pose la question de l'accès aux soins, et même à la prévention. Elles se creusent également très tôt dans la vie. La majorité des politiques publiques, chacune dans son domaine, contribue à l'état de santé et doit donc porter une attention particulière aux effets de son action sur les différents groupes sociaux.

De même, cette démarche doit prendre en compte les relations qu'entretiennent les inégalités sociales de santé avec d'autres formes d'inégalités, au premier rang desquelles les inégalités territoriales.

Au-delà des conditions socioéconomiques, les caractéristiques propres à certains lieux de vie (type de logement et d'urbanisme, pollution, relations sociales au sein du quartier, proximité des commerces...) contribuent à creuser les inégalités de santé.

Cette approche tend à relier et mettre en adéquation les politiques publiques de la santé avec l'ensemble des autres politiques publiques dans les domaines de l'éducation, de l'accès aux droits, des loisirs, de la culture, de l'action sociale, du logement, des transports, de l'environnement, ..., et notamment à assurer la cohérence globale du Contrat Local de Santé avec les politiques de la Ville (CUCS).

Ainsi, il devient clair que la prise en compte de la santé doit être globale :

- elle concerne les professionnels de santé, acteurs privilégiés de ce contrat mais aussi ceux exerçant dans d'autres domaines d'activité (social, éducation, ...), le secteur associatif comme les institutions, les acteurs du public comme du privé.
- elle nécessite l'implication des intervenants institutionnels qui doivent connaître et ainsi répondre aux problèmes et aux questions posés par la population, les associations, les médias et œuvrer ensemble à l'amélioration globale de la santé des populations.
- elle invite des démarches transversales, afin de dépasser les fonctionnements cloisonnés qui caractérisent trop souvent le système de santé.

Les villes constituent l'échelon territorial le plus proche des habitants. Cette situation privilégiée leur permet d'appréhender le territoire de façon cohérente, dans le respect de son hétérogénéité et de ses spécificités. Le territoire local, lieu privilégié de synergie opérationnelle entre les acteurs, favorisant la proximité et l'écoute du citoyen, est approprié au développement d'une politique de santé participative, en direction de l'ensemble des populations. Cette proximité favorise l'émergence des demandes et la compréhension des besoins. Quant aux acteurs locaux, ils constituent des relais et des partenaires incontournables pour l'identification et la réalisation des actions.

Le contrat local de santé (CLS) permettra de connaître et de prendre en compte les besoins du territoire tout en respectant les priorités fixées par les différents plans nationaux et le projet régional de santé (PRS), arrêté le 30 janvier 2012 par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

LE PROTOCOLE D'ACCORD

Les partenaires de ce protocole s'accordent pour préparer conjointement la signature d'un CLS entre le directeur général de l'agence régionale de santé de Provence Alpes Côte d'Azur, les maires des villes de Martigues et de Port de Bouc, le président de la communauté d'agglomération du Pays de Martigues et le préfet des Bouches du Rhône. La participation du Conseil général des Bouches-du-Rhône aux travaux devra être recherchée.

Les éléments ci-après visent à instaurer un partenariat et des modalités de travail permettant de définir le contenu du futur CLS.

I – Le périmètre du CLS et le positionnement de l'atelier santé ville

Le CLS a vocation à contractualiser sur des priorités de santé, des objectifs et des actions dont la mise en œuvre opérationnelle transversale vise à apporter une plus-value significative pour la population, plus value exprimée dans les objectifs du CLS. Ainsi, le CLS permet l'articulation des différentes composantes du système de santé : prévention, sanitaire, médico-social, santé environnementale.

Son intérêt réside également dans sa vocation d'analyse et de remontée des besoins de santé du territoire auprès de l'ensemble des décideurs.

Pour sa part, l'ARS s'engage à veiller à la mise en cohérence des priorités qui seront retenues dans le cadre du CLS avec celles prévues par les schémas sectoriels du PRS (organisation des soins, organisation médico-sociale, prévention) qui constitue un cadre sécurisé de référence.

Les signataires considèrent que le projet de CLS est une suite logique de la démarche de l'atelier santé ville (ASV) et du plan local de santé publique (PLSP) 2010-2013.

En effet, la démarche de l'ASV, engagée en 2003, a permis la capitalisation des connaissances et la mobilisation des partenaires. La coopération institutionnelle qui repose sur ces années de travail en commun doit faciliter la mise en place du CLS.

Pour les signataires, le CLS et l'ASV n'ayant pas les mêmes objectifs, le même territoire, le même champ thématique, ceux-ci doivent coexister et s'enrichir mutuellement. De plus, le référentiel national des ASV, produit par le secrétariat général du comité interministériel des villes (SGCIV) en mars 2012, préconise une articulation des ASV avec les CLS.

Le CLS est un contrat opérationnel qui apporte une dimension plus large par rapport à l'ASV et au PLSP. En effet, il doit permettre de prendre en compte d'autres champs que la prévention, tels que l'offre de soins et d'accompagnement sanitaire et médico-social, la santé environnementale.

II – Les moyens

Les villes, l'ARS et la CAPM contribueront à l'ingénierie du projet en mobilisant leurs ressources internes (humaines et documentaires).

Au niveau des villes, il s'agit notamment de la coordinatrice de l'ASV et des équipes techniques communales.

Au niveau de l'ARS, il s'agit des agents de la délégation territoriale des Bouches du Rhône (DT 13) intervenant sur le territoire de Martigues et de Port de Bouc.

Un groupe de travail associant les villes et l'ARS-DT13 est ainsi constitué.

L'ARS apporte une aide financière ponctuelle dans le cadre des crédits 2012 du schéma régional de prévention pour soutenir l'ingénierie du CLS.

Un kit national méthodologique émanant de la direction générale de la santé propose des hypothèses de travail. Il constitue un outil d'aide à la décision concernant le choix thématique, les articulations entre les champs d'intervention en santé, les signataires, les partenaires, et les sources de financements possibles.

III – Le pilotage

Le pilotage se fera au sein d'un comité de pilotage associant les signataires du protocole. En vertu des recommandations du kit national, ce comité est confondu avec celui de l'ASV afin de faciliter la circulation des informations et veiller à la cohérence d'ensemble.

IV - Les modalités de travail

La mise en œuvre d'une démocratie sanitaire

Priorité des ARS, la démocratie sanitaire est d'abord à l'œuvre à travers la participation des collectivités locales, dans les instances de l'ARS et à travers les outils d'analyse des besoins sociaux. Ainsi les élus, les représentants de l'ARS et les autres partenaires qui pilotent l'ASV depuis sa création, sont également animateurs du projet de CLS.

Les habitants, qu'ils soient usagers du système de santé ou destinataires des politiques de prévention, et les professionnels doivent aussi être associés dans l'ensemble de la démarche.

Les relations avec les forces vives locales sont à rechercher. Dans le cadre de l'ASV, les professionnels sanitaires et sociaux locaux et les habitants ont été interrogés en phase de diagnostic et lors de l'élaboration du PLSP. Cette dynamique sera poursuivie pour l'élaboration et la mise en œuvre du CLS.

En effet, il est indispensable :

- de s'appuyer sur des mobilisations d'acteurs déjà existantes dans des démarches telles que l'ASV, certains comités de pilotage, les instances locales...
- d'élargir le groupe de travail ARS-DT13/villes à quelques acteurs clés (professionnels, représentants associatifs).

- d'associer les habitants, et notamment les publics-cibles, à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions.

Les étapes de la démarche

1/ Réaliser un état des lieux partagé pour identifier les besoins

Pour identifier les besoins du territoire de Martigues - Port de Bouc en matière de santé, il est nécessaire de dresser un état des lieux de l'offre existante en matière de santé. Celui-ci doit être construit en commun, chaque partenaire apportant sa part de connaissance et d'éléments de diagnostic, dans un but de complémentarité.

Cet état des lieux doit être transversal à tous les domaines de la santé. Toutes ressources jugées opportunes pourront être utilisées : données détenues par l'ARS et les villes, mais également les études et bilans déjà réalisés dans d'autres cadres (projet territorial de santé, projet d'établissement du Centre Hospitalier de Martigues, projet médical de territoire, ...). Des études de cas intégrant une approche par parcours de vie et/ou de soins seront en particulier recherchées.

Avant d'être validé et afin de favoriser une dynamique d'appropriation des objectifs du futur CLS, cet état des lieux devra être confronté au terrain. Il est prévu d'organiser des temps de retour vers les populations et les professionnels dans le cadre de rencontres auxquelles l'ARS sera associée.

2/ Déterminer des priorités

Les problématiques de santé du territoire seront définies à partir des besoins que l'état des lieux fera émerger. Elles seront intégrées dans le CLS et auront une validité pluriannuelle.

Ces priorités seront travaillées successivement sur la durée du contrat. Chaque année, une programmation, basée sur des objectifs opérationnels, sur les opportunités de financement et sur l'évaluation des actions, sera opérée.

Conformément aux objectifs stratégiques, le Contrat Local de Santé devra s'attacher à ce que les actions développées en son sein atteignent spécifiquement et prioritairement les groupes d'habitants ou les quartiers spontanément éloignés de la prévention ou de l'accès aux soins. Il devra favoriser la mise en œuvre à l'échelle du territoire local de parcours cohérents de santé, allant de la prévention à la prise en charge en passant par les soins. Cet effort de cohérence devra bénéficier en particulier aux personnes pour lesquelles les difficultés sociales conduisent à une fragmentation ou à des lacunes dans la prise en charge.

Les modalités pratiques

Les signataires du protocole s'entendent sur les modalités de travail suivantes :

1/ Rencontres ARS/villes :

- organisation d'échanges réguliers entre l'ARS-DT13 et les villes en alternant réunions techniques avec les techniciens en charge des différents secteurs de la santé et réunions stratégiques avec les élus des deux villes. Les échanges pourront également se faire par voie électronique.

- un calendrier de rencontres villes/ARS-DT13 sera défini. L'objet immédiat est la réalisation conjointe de l'état des lieux. Ces rencontres serviront à partager les éléments de connaissance réciproques et à définir, si nécessaire, les autres ressources à mobiliser.
- compte tenu des problématiques liées aux influences industrielles, une réunion spécifique à la santé environnementale sera programmée.

2/ Rencontres locales :

- ces rencontres pourront prendre la forme de : présentations publiques, groupes de travail de professionnels, rencontres avec le public...

Une rencontre avec les professionnels de santé du territoire a déjà été organisée par les villes le 18 octobre 2011, en présence de l'ARS.

3/ Participation du centre hospitalier de Martigues, acteur clé du territoire, aux travaux. Le directeur sera invité aux réunions de travail.

4/ Coordination du CLS par la coordinatrice de l'ASV Martigues Port de Bouc.

Le présent protocole est signé pour une année. Ses effets seront prolongés jusqu'à la signature du contrat local de santé.

Fait à ...Martigues....., le 23 NOV. 2012

Le Maire de Martigues,
Député des Bouches-du-Rhône,
Président du Pays de Martigues,
Gaby CHARROUX



Le Maire de Port-de-Bouc,
2^{ème} Vice-présidente
du Pays de Martigues,
Patricia FERNANDEZ-PÉDINIELLI



Le Préfet des Bouches-du-Rhône,
par délégation
Simon BABRE,
Sous-préfet de l'arrondissement d'Istres



Le Directeur général de l'ARS PACA,
représenté par
Marie-Christine SAVAILL,
Déléguée départementale des Bouches-du-Rhône



Annexe 3

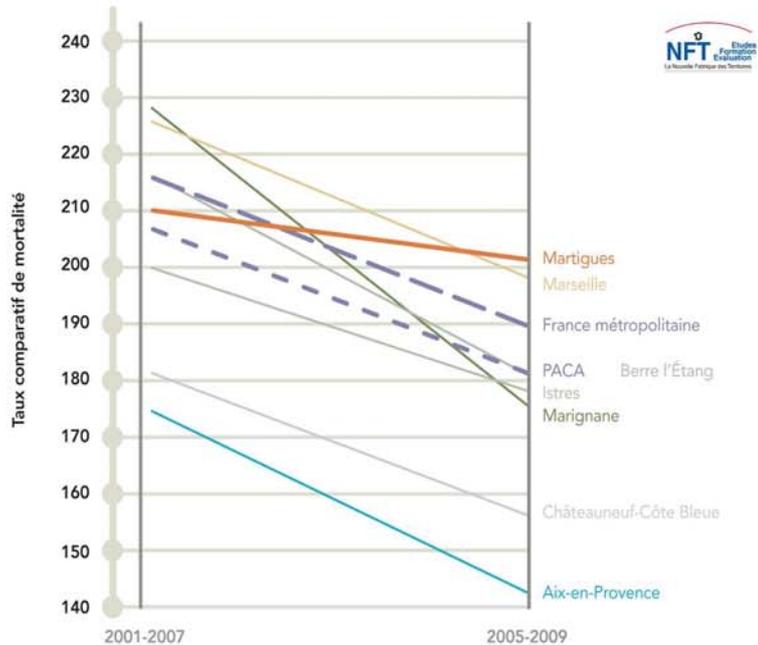
Cartographie des inégalités de santé sur le territoire

**Extrait du journal d'information de la CAPM
« Médecins en pays de Martigues », n°17, septembre 2013**

» La mortalité prématurée : un décrochage important

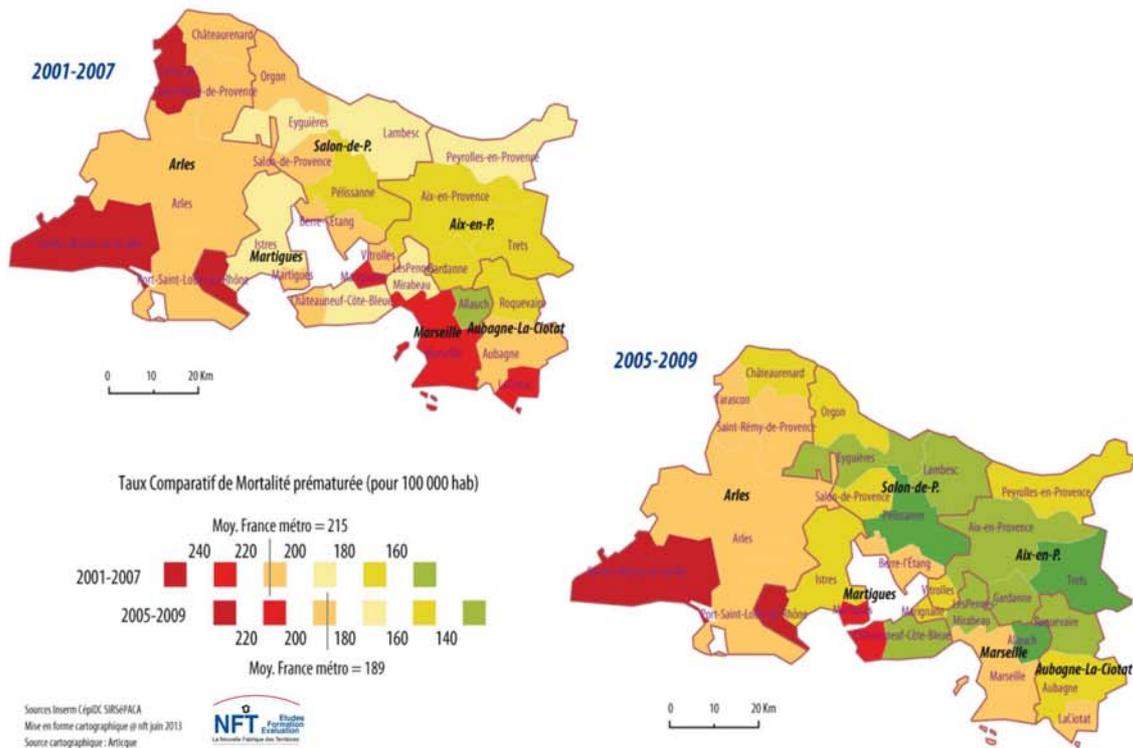
Selon Sandrine Haas, directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, la mortalité prématurée en France a reculé en moyenne de 12 % au cours de la décennie 2000. Mais ce progrès général n'est pas partagé partout, et il masque un renforcement des inégalités de santé. Dans les Bouches-du-Rhône, le paysage qu'offre la mortalité prématurée est plus contrasté en fin de décennie (cf. carte ci-dessous), illustrant la fracture territoriale de l'état de santé des habitants. La situation de zones comme Aix-en-Provence, Châteauneuf-les-Martigues ou la Côte Bleue, déjà en bonne santé en 2000, s'améliore plus encore. Mais à Martigues on voit s'amorcer un inquiétant décrochage : en sous-mortalité jusque dans les années 2000, la situation du canton ne s'améliore pas beaucoup (- 4 % de mortalité prématurée), beaucoup moins que celle de ses voisins (cf. ci-contre).

L'évolution du taux comparatif de mortalité prématurée dans la décennie 2000



L'évolution de la mortalité prématurée dans les Bouches-du-Rhône dans la dernière décennie

Le creusement des inégalités - Les signes d'un décrochage sur le canton de Martigues ?



» Inégalités de santé : quel rôle de l'environnement ?

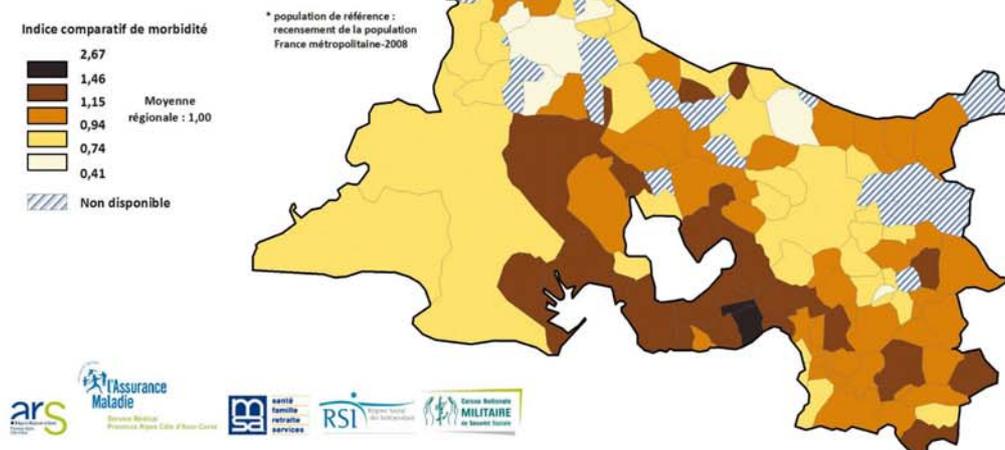
Parmi les nombreux facteurs qui jouent sur la mortalité prématurée du territoire martégal, les problèmes environnementaux doivent aujourd'hui être considérés à leur juste mesure. Le Dr Bernard Faverge, chef du service pédiatrie au CHM le constate : « l'asthme, décelé auparavant chez l'enfant, s'est développé chez le petit enfant, et atteint aujourd'hui le nourrisson et même le petit nourrisson ». Ces dires d'experts sont confortés par les travaux menés depuis dix ans par la cellule régionale de l'Institut de Veille Sanitaire (InVs), qui mettent en exergue sur le pourtour de l'Étang-de-Berre un lien entre la pollution de l'air et l'hospitalisation, notamment pour l'infarctus du myocarde, et des cas

de leucémie aigüe. Enfin, la carte des Affections longue durée pour infarctus coronariens (cf carte ci-dessous), réalisée par le Département observation et études de l'ARS, à partir des données recueillies auprès de toutes les caisses d'assurance maladie, montre une morbidité de plus de 15 % supérieure à la moyenne régionale, sur la majorité des communes autour de l'Étang de Berre (20 % à Martigues et Port-de-Bouc). Cette géographie est frappante, et malgré toutes les précautions qu'impose le maniement des données d'ALD (Cf. encadré ci-dessous) et le fait que d'autres facteurs tels que l'accessibilité aux soins puissent l'expliquer, elle ne peut manquer d'interroger les élus et la population.

Observatoire REVELA 13 : Appel à signalements

Une étude de faisabilité menée conjointement par l'ARS et l'InVs a été lancée en avril 2012 dans les Bouches-du-Rhône pour mettre en place un Observatoire de surveillance de cancers du rein, de la vessie et des leucémies aigües chez l'adulte (cf. *Médecins à Martigues* précédents). Un appel est lancé aux professionnels de santé de notre territoire : vous pouvez effectuer un signalement direct à l'Observatoire à l'aide des fiches de signalement dédiées à compléter en ligne sur <https://voozanoo.invs.sante.fr/revela13>.

Infarctus coronaire - ALD n°13



Données ALD : limites de la démarche et précautions de lecture

- o Les données exploitées proviennent de bases de données dont l'objectif premier n'est pas de répondre à des questions d'ordre épidémiologique.
- o Certaines personnes, pour lesquelles l'ALD remonte à plusieurs années, ne suivent plus de traitement.
- o Les données sont issues de l'ensemble des régimes d'assurance maladie au 31/12/2011 représentant au final 99,4 % de la population de PACA.
- o Des facteurs en partie indépendants de l'état de santé sont susceptibles de modifier les résultats :
 - * certains assurés bénéficiant de la CMU-C peuvent ne pas demander une exonération du ticket modérateur pour ALD
 - * certaines personnes bénéficiant d'une bonne mutuelle peuvent ne pas faire la démarche de mise en ALD
 - * des phénomènes de sous ou sur-déclaration par les médecins traitants peuvent exister pour certaines maladies ou certaines zones géographiques. Pour les pathologies graves, les marges de variation sont cependant très étroites
- * l'attribution ou non d'une ALD est effectuée en fonction d'une série de critères définis nationalement. Il reste malgré tout une certaine variabilité entre les différents médecins conseils, voire entre les différents régimes
- * les consignes de codage en cas de pathologies multiples pour un même patient peuvent varier d'un service médical à un autre
- * une même adresse peut être enregistrée sous de nombreux formats différents, et être parfois incomplète. Au final, on peut estimer que la qualité du géocodage est excellente à l'échelle de la commune (99 %).

Extraits de *Inégalités de santé : une représentation de la morbidité en PACA à une échelle territoriale fine*, in Info Stat, La santé observée, n°17, octobre 2012

► Inégalités de revenus : un risque de renoncement aux soins

L'organisation du système de santé a été confiée aux ARS, avec pour principale mission de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Avec plusieurs quartiers présentant des niveaux de revenus significativement inférieurs aux moyennes régionales et départementales (cf. carte ci-dessous),

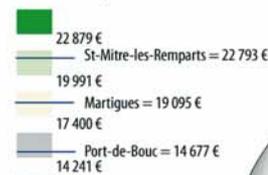
le territoire martégal est à ce titre un territoire prioritaire des politiques de santé. Une vigilance particulière porte sur l'accessibilité financière aux soins. Pour Emmanuel Vigneron, le reste à charge, qui s'établit aujourd'hui à 21 % des dépenses courantes de santé et a continuellement augmenté ces dernières

années, pèse très lourd sur les faibles revenus. Le renoncement aux soins pour des raisons financières n'a cessé d'augmenter dans le contexte de crise que nous connaissons. C'est l'un des enjeux majeurs de l'engagement des élus locaux pour la mise en place d'un Contrat local de santé.

Les inégalités de revenus sur le territoire martégal

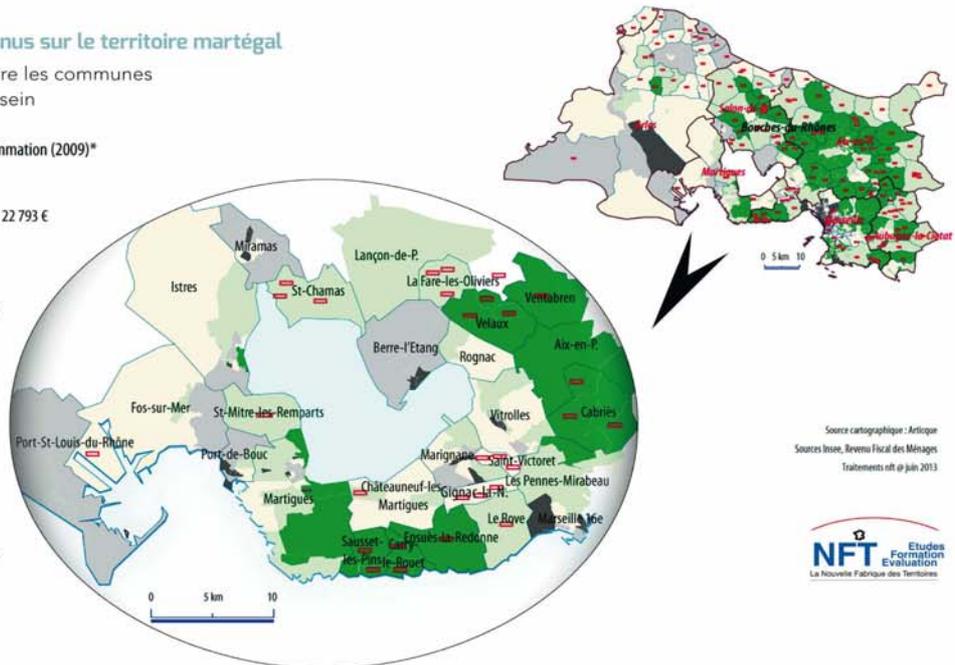
sont plus marquées entre les communes de la CAPM qu'en leur sein

Revenu médian par unité de consommation (2009)*



* Discrétisation au quintile

■ Iris pour lesquels la valeur n'est pas disponible : valeur communale



Source cartographique : Artique
Sources Insee, Revenu Fiscal des Ménages
Traitements rth @ juin 2013

NFT
Etudes
Formation
Évaluation
La Nouvelle Fabrique des Territoires

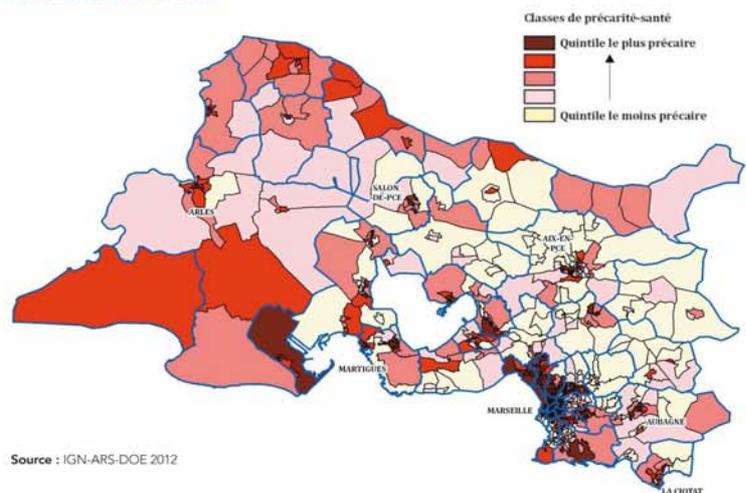
L'indice de désavantage social : résultats pour les Bouches-du-Rhône

La « défavorisation » (déprivation) a été définie par Townsend en 1987 comme : « un état observable et démontrable de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe ».

5 variables sont retenues :

- le niveau de revenu médian
- le taux de chômage
- la part de non diplômés chez les 15 ans et plus
- la proportion de logements en location
- la part de familles monoparentales

La référence est la moyenne régionale. Les territoires sont classés en 5 quintiles (20 % de la population par quintile).



Source : IGN-ARS-DOE 2012

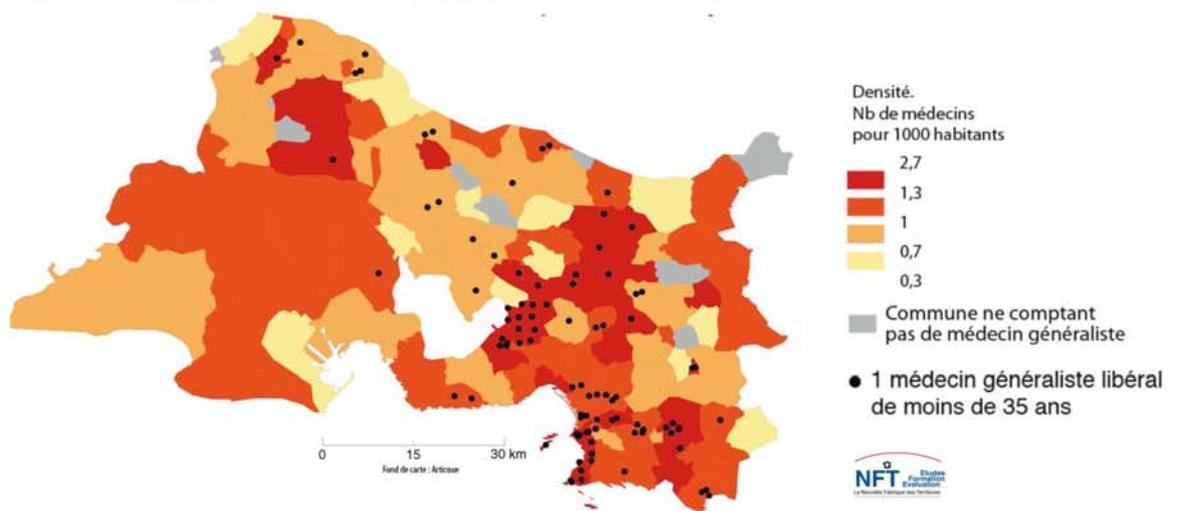
» Agir sur les inégalités de santé : accès aux soins et à la santé

Densité de médecins généralistes libéraux au 01/01/2013 et implantation de jeunes médecins

L'offre de médecine de ville sur le territoire martégal est aujourd'hui accessible, avec un nombre de médecins par habitant inscrit dans la moyenne du pays, et une part plus limitée qu'ailleurs de médecins en secteur 2. Pour autant, cette situation favorable ne prend pas en compte le fait que quelques médecins comptabilisés comme omnipraticiens exercent en réalité une activité spécialisée ex-

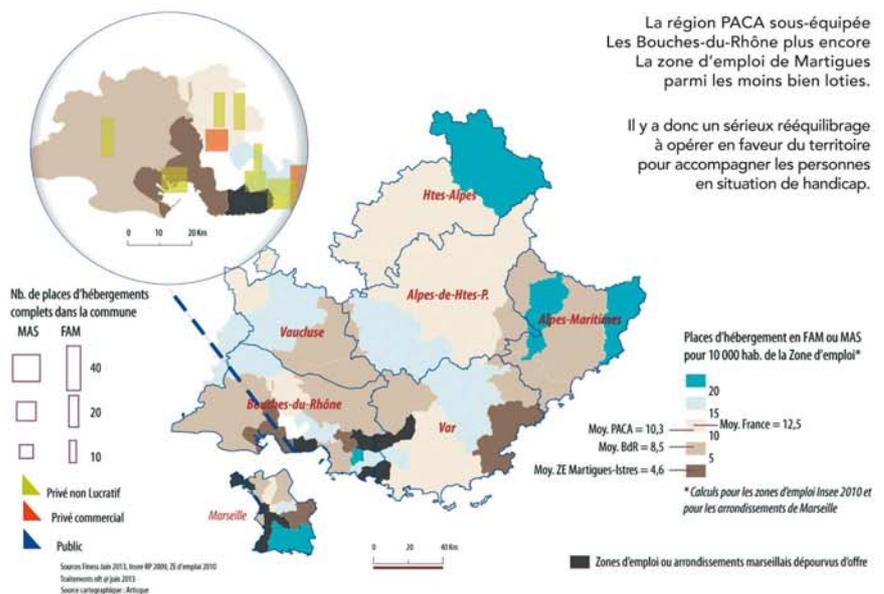
clusive (allergologue, nutritionniste...). De plus, elle risque de se détériorer. En effet, plus d'un tiers des médecins généralistes libéraux a plus de 60 ans et la grande majorité des jeunes médecins est installée sur Marseille ou le Pays Aixois, indiquant un défaut inquiétant d'attractivité du territoire (cf. carte ci-dessous). La présence du Centre hospitalier de Martigues, son attractivité en lien avec

l'AP-HM et son ancrage local sont des atouts clés pour l'avenir de la médecine spécialisée. Parallèlement, le projet d'un Pôle de santé interdisciplinaire, aux pratiques modernes et collégiales, accessible à tous, est un enjeu majeur pour le renouvellement de la médecine générale en ville.



L'offre d'hébergement pour adultes handicapés

Les adultes handicapés ont besoin d'accompagnement et d'hébergements adaptés pour vivre sur notre territoire. Or, l'équipement de la région, de notre département et plus encore du Pays de Martigues, est très insuffisant : avec moins de 5 places d'hébergement en Maison d'accueil spécialisée ou Foyer d'accueil Médicalisé pour 10 000 habitants, contre plus de 12 en France (cf. carte ci-contre), la zone d'emploi de Martigues apparaît très dépourvue. À ce faible niveau d'équipement, la principale association qui œuvre ici pour les adultes handicapés, ne peut couvrir les besoins.



Annexe 4

Mandats des groupes de travail

Annexe 4.1

Mandat du groupe de travail :

« Soins de 1^{er} recours »

Contrat Local de Santé de la Communauté d'Agglomération du Pays de Martigues

Mandat du groupe Soins de 1^{er} recours

Penser autrement l'offre de soins de 1^{er} recours

Rappel sur le CLS

L'Agence régionale de santé, le Préfet ainsi que les Villes de Martigues et de Port-de-Bouc et la Communauté d'Agglomération du Pays de Martigues, dont le territoire est caractérisé par des risques environnementaux spécifiques, un taux de précarité important, une part de personnes âgées en augmentation et un retard sur certains équipements sanitaires ou médico-sociaux, ont souhaité s'engager collectivement dans l'élaboration d'un Contrat local de santé intercommunal.

Pour marquer cet engagement et en définir le cadre, un protocole d'accord a été signé par les différentes parties le 23 novembre 2012. Il précise les objectifs attendus, en particulier la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, de même qu'il fixe les modalités de travail qui permettent de définir le contenu du Contrat local de santé (périmètre du CLS, moyens, pilotage, démocratie sanitaire, étapes de la démarche, modalités pratiques).

Après une phase de diagnostic reposant sur des éléments qualitatifs, statistiques et cartographiques, une réunion de lancement du Contrat Local de Santé s'est tenue le 21 juin 2013 devant une centaine de professionnels des différents secteurs de la santé, des élus et des partenaires institutionnels. Lors de cette réunion, le Pr Vigneron a fait état des questions d'inégalités de santé qui se posent en France et sur le territoire de Martigues et de leurs principaux déterminants, ouvrant un débat avec les élus sur les moyens à développer pour lutter contre ces inégalités de santé.

Le 28 juin 2013, à la suite de ces échanges, le comité de pilotage s'est réuni, pour dégager, parmi la multitude des thèmes susceptibles d'être retenus, les axes de travail à inscrire de façon prioritaire dans le cadre du Contrat Local de Santé. La sélection de ces axes s'est faite en fonction de la portée des thèmes, de leur faisabilité, et de leur complémentarité au

regard des autres actions menées dans le cadre des politiques de santé régionales, le PRS notamment.

Finalement, quatre thèmes ont été retenus :

- Penser autrement l'offre de soins de premier recours
- Rattraper le retard et organiser l'offre en faveur des personnes âgées et handicapées
- Développer la connaissance, réduire les risques et prendre en charge les pathologies liées au travail et à la pollution de l'aire
- Créer un Conseil Local de Santé Mentale.

Les trois premiers thèmes seront développés dans le cadre d'un groupe de travail thématique, le quatrième, déjà en cours, par un travail mené parallèlement, sera inscrit au Contrat Local de Santé.

Enjeux de la thématique de l'offre de soins de premier recours

L'offre de soins de 1^{er} recours est une maille essentielle dans la chaîne d'accès à la santé de la population. Le recours au médecin reste la pierre angulaire de la lutte contre les inégalités de santé.

- Sur le territoire de Martigues, l'offre de soins de 1^{er} recours est fragilisée.
- Diminution de l'offre au sein des centres de santé
- Âge des médecins installés et risques de difficulté de renouvellement compte tenu de la concentration des jeunes médecins qui s'installent sur les grosses agglomérations Marseille ou Aix-en-Provence
- Quelques spécialités manquantes

Et pourtant sur le territoire les besoins vont grandissants :

- Population vieillissante
- Population précarisée
- Besoin de suivi renforcé pour les maladies chroniques et ALD

Dans ce contexte, l'objectif du groupe est de prévenir un risque de dégradation de l'accès aux soins, mais plus positivement, de **mettre en place sur le territoire les conditions novatrices d'une médecine moderne, attractive, notamment au regard de la Métropole Marseillaise, et accessible à tous.**

Méthode

Le groupe devra prendre la mesure des profondes transformations qui se profilent sur l'offre de « médecine de ville ». En effet, l'offre de soins de 1^{er} recours est en pleine mutation :

-
- Des jeunes qui ne s’installent plus, un mode d’exercice libéral mais surtout une pratique isolée de la médecine remise en question.
 - Des missions revisitées de coordination et de prévention, exigeant de nouvelles modalités de travail, des formes de délégations de tâches et de responsabilités, de nouveaux modes et outils de partage de l’information sur les patients
 - Des modes de rémunération qui se cherchent, avec différentes expérimentations menées par l’Assurance Maladie dans différentes régions auprès des centres de santé ou des autres modes d’organisation de la médecine de ville

Il pourra pour cela auditionner les personnes ressources sur ce thème à l’ARS, à la Faculté de médecine (Pr. Berland), au Conseil de l’ordre, et/ou prendre connaissance des travaux nombreux décrivant ces transformations (IRDES, HAS, UNCAM...)

Il devra s’appuyer sur la dynamique collective qui existe déjà sur le territoire de la CAPM, et approfondir les réflexions déjà engagées par un groupe fourni de professionnels de santé autour de la création d’un pôle de santé.

D’un point de vue conceptuel, le groupe devra s’accorder sur les principales missions d’un tel pôle de santé, ou tout au moins confirmer ensemble, les principales missions déjà évoquées dans les réflexions en cours :

- garantir l’accessibilité aux soins pour la population, en termes financier (couverture médicale) et géographique (maillage territorial des entités inclus dans ce pôle)
- prévenir la dégradation de la situation de la démographie médicale en créant des conditions locales d’exercice attractives, c’est-à-dire répondant aux attentes des jeunes médecins, en termes de pratique et de collaboration, de rythme d’activité, de dynamique de formation et de recherche, de liens construits avec l’hôpital...
- assurer le parcours de santé et de soins de la population, c’est-à-dire prévenir les problèmes de santé, orienter et suivre les personnes malades, éduquer celles qui le sont de façon chronique

D’un point de vue opérationnel, le groupe devra concevoir les outils préfigurateurs et structurant dans la mise en place d’un tel pôle de santé.

- négociation du tiers payant avec les caisses de maladie
- localisation des centres de consultation
- système d’information, compatible avec ceux qui existent déjà
- dispositifs de prospection et d’accueil des étudiants stagiaires
- resserrement des liens et des outils d’échanges d’information avec l’hôpital
- veille et organisation des relais des actions de promotion de la santé
- modes de financement pérennes des actions de prévention et d’éducation thérapeutique

....

D'un point de vue politique enfin, le groupe devra s'accorder sur le mode de gouvernance d'un tel pôle de santé, les instances de concertation et de décision dont il sera doté, et leur mode de fonctionnement. Il pourra également définir la géométrie des partenariats du pôle de santé, et la nature des liens à développer, un tel pôle de santé ne prenant toute sa place dans le paysage de l'offre locale de santé que s'il parvient à être fédérateur.

Organisation du travail

Les missions du pôle de santé et la géométrie de ses partenariats fonctionnels pourraient être traitées en plénière lors de la réunion de lancement du groupe de travail. Une fois ce cadre général établi, le groupe se concentrera sur les modalités de formalisation des ces partenariats destinés à servir les missions définies du pôle de santé.

A l'issue de cette première réunion, des commissions pourraient travailler en parallèle sur les outils opérationnels en appui aux différentes missions. Chaque commission présentera leurs propositions lors de la seconde réunion du groupe thématique. Le recoupement et la synthèse seront réalisés à l'issue de cette réunion, qui formeront l'ossature du projet du pôle de santé.

Contribution du groupe thématique à l'élaboration du Contrat Local de Santé

A l'issue de ces travaux, le groupe thématique « Offre de 1^{er} recours » sera invité à présenter ses propositions au cours d'une séance plénière qui réunira tous les participants des groupes thématiques et les membres du comité de pilotage du Contrat Local de Santé.

Après cette séance plénière, le Comité de Pilotage du Contrat Local de Santé tiendra une seconde réunion plus restreinte, pour sélectionner et mettre en cohérence l'ensemble des propositions qui leur auront été soumises par les groupes thématiques en tenant compte des débats suscités par leurs travaux. Dans cette étape, il s'agira pour le comité de pilotage de préciser les conditions organisationnelles, institutionnelles et financières de la mise en œuvre des propositions afin d'être en mesure d'établir des fiches d'actions et un échéancier opérationnel autour desquels les partenaires du Contrat Local de Santé s'engageront.

Annexe 4.2

Mandat du groupe de travail :

« Personnes âgées et handicapées »

Contrat Local de Santé de la Communauté d'Agglomération du Pays de Martigues

Mandat du groupe personnes âgées et handicapées

Rattraper le retard et organiser l'offre en faveur des personnes âgées et handicapées

Rappel sur le CLS

L'Agence régionale de santé, le Préfet ainsi que les Villes de Martigues et de Port-de-Bouc et la Communauté d'Agglomération du Pays de Martigues, dont le territoire est caractérisé par des risques environnementaux spécifiques, un taux de précarité important, une part de personnes âgées en augmentation et un retard sur certains équipements sanitaires ou médico-sociaux, ont souhaité s'engager collectivement dans l'élaboration d'un Contrat local de santé intercommunal.

Pour marquer cet engagement et en définir le cadre, un protocole d'accord a été signé par les différentes parties le 23 novembre 2012. Il précise les objectifs attendus, en particulier la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, de même qu'il fixe les modalités de travail qui permettent de définir le contenu du Contrat local de santé (périmètre du CLS, moyens, pilotage, démocratie sanitaire, étapes de la démarche, modalités pratiques).

Après une phase de diagnostic reposant sur des éléments qualitatifs, statistiques et cartographiques, une réunion de lancement du Contrat Local de Santé s'est tenue le 21 juin 2013 devant une centaine de professionnels des différents secteurs de la santé, des élus et des partenaires institutionnels. Lors de cette réunion, le Pr Vigneron a fait état des questions d'inégalités de santé qui se posent en France et sur le territoire de Martigues et de leurs principaux déterminants, ouvrant un débat avec les élus sur les moyens à développer pour lutter contre ces inégalités de santé.

Le 28 juin 2013, à la suite de ces échanges, le comité de pilotage s'est réuni, pour dégager, parmi la multitude des thèmes susceptibles d'être retenus, les axes de travail à inscrire de façon prioritaire dans le cadre du Contrat Local de Santé. La sélection de ces axes s'est faite en fonction de la portée des thèmes, de leur faisabilité, et de leur complémentarité au regard des autres actions menées dans le cadre des politiques de santé régionales, le PRS notamment.

Finally, quatre thèmes ont été retenus :

- Penser autrement l'offre de soins de premier recours
- Rattraper le retard et organiser l'offre en faveur des personnes âgées et handicapées
- Développer la connaissance, réduire les risques et prendre en charge les pathologies liées au travail et à la pollution de l'air
- Créer un Conseil Local de Santé Mentale.

Les trois premiers thèmes seront développés dans le cadre d'un groupe de travail thématique, le quatrième, déjà en cours, par un travail mené parallèlement, sera inscrit au Contrat Local de Santé.

Enjeux de la thématique personnes âgées et handicapées

Le territoire de la CAPM, et même toute la zone d'emploi de Martigues, ont un taux d'équipement particulièrement faible pour une majorité d'offre d'hébergement, de suivi et de services en direction des personnes âgées et des personnes handicapées.

Les données de l'ORS sur SircéPACA recensent en 2012, sur le canton regroupé de Martigues, 359 places en maison de retraite, soit une densité de 63 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans, contre 98 en moyenne dans la région, 91 à Marseille, 93 à Istres, 97 à Marignane et 158 à Vitrolles ! Sans conteste, le territoire fait partie des territoires les plus mal pourvus pour accueillir les habitants qui choisissent, ou voudraient choisir d'y vieillir, et de recourir à un établissement d'hébergement. Les SSIAD ne sont de leur côté pas particulièrement nombreux : en 2013, le Finess recense 99 places de SSIAD, dont 89 pour les personnes âgées, soit 21 places pour 1 000 d'entre elles¹. Cette densité est inscrite dans la moyenne du pays (20,3), et même un peu supérieure à celle de la région PACA (18,5).

Le même constat de sous-équipement concerne l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées : avec moins de 5 places d'hébergement en MAS ou FAM pour 10 000 habitants, contre plus de 12 en France, la zone d'emploi de Martigues apparaît très dépourvue. On pourrait penser que ce sous-équipement est le fruit d'une volonté politique visant à la désinstitutionnalisation de l'offre médico-sociale. Malheureusement, c'est loin d'être le cas, car l'offre de services à domicile de type SAMSAH ou SAVS, indispensables pour permettre l'intégration des personnes en situation de handicap à leur milieu de vie ordinaire, est encore plus pauvrement dotée. Avec 2 places pour 1 000 adultes (20-60 ans)², la zone d'emploi de Martigues détient le triste record d'être l'une des plus faiblement pourvues du département (6,7), lui-même sous-équipé au regard de la région (8,8) et plus encore de la moyenne du pays (11,4). Pour résumer, il y a, sur la zone d'emploi de Martigues, 5 fois moins de places sur ces services qu'il n'y en a en moyenne ailleurs en France.

¹ Chiffres tirés de l'étude à paraître E. Vigneron et S Haas « Les services à domicile médico-sociaux et sanitaires en PACA » Seconde Edition, Fehap 2013

² Même source paraître E. Vigneron et S Haas « Les services à domicile médico-sociaux et sanitaires en PACA » Seconde Edition, Fehap 2013

Enfin, les enfants handicapés ne sont pas beaucoup mieux lotis en termes d'équipements. En 2013, on a recensé dans le Finess 53 places en IME, ce qui représente une densité de 1,6 places pour 1000 jeunes de moins de 20 ans, plus de deux fois plus faible que la densité moyenne du pays (4,3) ou de la région (4,0), et même plus faible que celle du département (3,4) globalement peu doté. En revanche, avec 84 places, soit 2,5 places pour 1000 jeunes, les SESSAD constituent une offre conforme à ce que l'on trouve en moyenne en France (2,8).

Bien sûr, de tels éléments restent partiels, ne prennent pas en compte tous les types de services, toutes les formes d'accueil, tous les profils de publics...et pourtant, ils en disent long sur le retard qu'accuse la dotation du territoire de Martigues pour ce qui concerne les équipements les plus courants en faveur des personnes âgées et handicapées.

L'objectif de ce groupe de travail est de proposer un rattrapage de ces retards, prenant en compte l'accessibilité financière des équipements, et leur organisation cohérente sur le territoire.

Méthode

La réflexion de ce groupe de travail pourrait être organisée autour de trois points.

Premier point - Validation des besoins d'équipement

Les premières indications relatives à l'offre d'hébergement, de services et de soins en faveur des personnes âgées et handicapées demandent d'être complétées et validées :

- par une analyse plus fine des besoins, qui pourrait être menée à partir des données de la MDPH, notamment de son antenne locale, ces dernières procurant de précieuses informations sur les demandes, les orientations qui ont pu être proposées, les délais de leur mise en œuvre, et les listes d'attente des différentes structures auxquelles les habitants de la CAPM peuvent faire appel sur leur territoire

- par un recensement plus approfondi des offres avec les principaux opérateurs par exemple :
 - recenser les capacités des EHPAD mais aussi celles des Foyers et autres structures
 - recenser au-delà des FAM et des MAS les autres structures d'hébergement pour personnes handicapées et l'offre d'ESAT, et estimer leurs capacités
 - actualiser les offres installées et les offres autorisées qui seront installées dans un avenir proche
 - distinguer l'hébergement temporaire et les accueils de jour
 - faire le point sur les unités spécialisées Alzheimer
 - estimer l'accessibilité de l'offre selon les tarifs applicables et les places éligibles à l'Aide Sociale

L'objectif de ce travail est d'inscrire dans le CLS les priorités des équipements à développer sur le territoire de la CAPM.

Second point – Description des champs et des échelles d'intervention des acteurs de ce champ

Au-delà de ses défauts capacitaires, l'offre pour les personnes âgées et handicapées souffre de la grande pluralité des acteurs et opérateurs respectivement spécialisés sur un métier, un public, un service. Ces offres complémentaires ne sont pas toujours lisibles pour le public. Par ailleurs, les échelles d'intervention ne sont pas les mêmes, de sorte que le maillage sur le territoire de la CAPM de ces offres multiples demande d'être identifié et le cas échéant mieux organisé.

L'objectif de cette étape serait d'inscrire dans le CLS les propositions d'actions facilitant la lisibilité et l'accessibilité des services présents sur le territoire ou destinés à le desservir.

Troisième point – Repérage des points de rupture dans les parcours de santé des personnes âgées et handicapées

Si les offres en faveur des personnes âgées et handicapées sont complémentaires, elles ne sont pas, ou tout au moins ne devraient pas être disjointes. Les besoins de ces publics évoluent, parfois rapidement, et il peut être intéressant de repérer les moments de frottements, voire de rupture dans ces parcours, et d'en analyser les principales causes.

Les témoignages des professionnels, rapportant les difficultés qu'ils rencontrent pour assurer la continuité des parcours des personnes, et les échanges autour des principaux obstacles perçus seront de précieux matériaux pour le groupe.

A partir de ces analyses, pourraient être proposées des actions susceptibles d'améliorer, par la coordination transversale des acteurs, le renforcement des coopérations, les instances d'animation locales, les réponses données aux situations de vie que traversent les personnes accompagnées. La CAPM pourrait fédérer les acteurs de ces différents champs pour améliorer les services qu'ils offrent ensemble à la population du territoire.

Organisation du travail

Le groupe de travail pourrait consacrer une réunion pour le premier point portant sur les besoins d'équipement. Cette réunion serait préparée en amont par les services de l'observatoire de la CAPM pour être en mesure de soumettre à partir des données existantes et des projets déclarés, une estimation des besoins, charge au groupe de travail de la valider et d'arbitrer sur les priorités.

La seconde réunion suivante pourrait être consacrée à l'analyse des filières et des parcours, pour les personnes âgées et handicapées, puis pour les enfants.

Une dernière réunion sera consacrée à la synthèse qui croisera les données quantitatives relatives aux besoins et aux équipements avec les analyses plus qualitatives du fonctionnement des filières.

Contribution du groupe thématique à l'élaboration du Contrat Local de Santé

A l'issue de ces travaux, le groupe thématique « Personnes âgées et handicapées » sera invité à présenter ses propositions au cours d'une séance plénière qui réunira tous les participants des groupes thématiques et les membres du comité de pilotage du Contrat Local de Santé.

Après cette séance plénière, le Comité de Pilotage du Contrat Local de Santé tiendra une seconde réunion plus restreinte, pour sélectionner et mettre en cohérence l'ensemble des propositions qui leur auront été soumises par les groupes thématiques en tenant compte des débats suscités par leurs travaux. Dans cette étape, il s'agira pour le comité de pilotage de préciser les conditions organisationnelles, institutionnelles et financières de la mise en œuvre des propositions afin d'être en mesure d'établir des fiches d'actions et un échéancier opérationnel autour desquels les partenaires du Contrat Local de Santé s'engageront.

Annexe 4.3

Mandat du groupe de travail :

« Santé Travail Environnement »

Contrat Local de Santé de la Communauté d'Agglomération du Pays de Martigues

Mandat du groupe Santé-Travail-Environnement

Développer la connaissance, réduire les risques et prendre en charge les pathologies liées au travail et à la pollution de l'air

Rappel sur le CLS

L'Agence régionale de santé, le Préfet ainsi que les Villes de Martigues et de Port-de-Bouc et la Communauté d'Agglomération du Pays de Martigues, dont le territoire est caractérisé par des risques environnementaux spécifiques, un taux de précarité important, une part de personnes âgées en augmentation et un retard sur certains équipements sanitaires ou médico-sociaux, ont souhaité s'engager collectivement dans l'élaboration d'un Contrat local de santé intercommunal.

Pour marquer cet engagement et en définir le cadre, un protocole d'accord a été signé par les différentes parties le 23 novembre 2012. Il précise les objectifs attendus, en particulier la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, de même qu'il fixe les modalités de travail qui permettent de définir le contenu du Contrat local de santé (périmètre du CLS, moyens, pilotage, démocratie sanitaire, étapes de la démarche, modalités pratiques).

Après une phase de diagnostic reposant sur des éléments qualitatifs, statistiques et cartographiques, une réunion de lancement du Contrat Local de Santé s'est tenue le 21 juin 2013 devant une centaine de professionnels des différents secteurs de la santé, des élus et des partenaires institutionnels. Lors de cette réunion, le Pr Vigneron a fait état des questions d'inégalités de santé qui se posent en France et sur le territoire de Martigues et de leurs principaux déterminants, ouvrant un débat avec les élus sur les moyens à développer pour lutter contre ces inégalités de santé.

Le 28 juin 2013, à la suite de ces échanges, le comité de pilotage s'est réuni, pour dégager, parmi la multitude des thèmes susceptibles d'être retenus, les axes de travail à inscrire de façon prioritaire dans le cadre du Contrat Local de Santé. La sélection de ces axes s'est faite en fonction de la portée des thèmes, de leur faisabilité, et de leur complémentarité au regard des autres actions menées dans le cadre des politiques de santé régionales, le PRS notamment.

Finalement, quatre thèmes ont été retenus :

- Penser autrement l'offre de soins de premier recours
- Rattraper le retard et organiser l'offre en faveur des personnes âgées et handicapées
- Développer la connaissance, réduire les risques et prendre en charge les pathologies liées au travail et à la pollution de l'air
- Créer un Conseil Local de Santé Mentale.

Les trois premiers thèmes seront développés dans le cadre d'un groupe de travail thématique, le quatrième, déjà en cours, par un travail mené parallèlement, sera inscrit au Contrat Local de Santé.

Enjeux de la thématique santé travail et environnement

Parmi les nombreux facteurs qui jouent sur la mortalité prématurée du territoire martégal, les problèmes environnementaux ne doivent aujourd'hui plus être minorés.

Les liens entre santé et environnement, ou environnement au travail sont difficiles à établir. Les horizons temporels dont il faut disposer sont longs, ces facteurs environnementaux ne peuvent être aisément isolés d'autres facteurs, sociaux ou comportementaux, qui affectent aussi l'état de santé d'une population sur un territoire, enfin, pour ce qui concerne plus spécifiquement les maladies professionnelles, l'observation des postes et des situations de travail reste partielle, et leur impact est potentiellement multiple sur les individus. Enfin, leur reconnaissance s'oppose à d'importants enjeux économiques.

Pour autant, aujourd'hui, un faisceau d'éléments convergents conduit à des fortes présomptions qu'il existe bel et bien, sur le territoire de Martigues, des déterminants environnementaux qui pèsent sur l'état de santé de la population. Les médecins le constatent : l'asthme, décelé auparavant chez l'enfant, s'est développé chez le petit enfant, et atteint aujourd'hui le nourrisson et même le petit nourrisson. Ces dires d'experts sont confortés par les travaux menés depuis 10 ans par la cellule régionale de l'Institut de Veille Sanitaire (InVs), qui mettent en exergue sur le pourtour de l'Etang de Berre, un lien entre la pollution de l'air et l'hospitalisation notamment pour l'infarctus du myocarde et des cas de leucémies aigües. S'agissant des Affections Longue Durée pour infarctus coronariens, la carte réalisée par le département d'observation et d'étude de l'ARS, à partir des données

recueillies auprès de toutes les caisses d'Assurance Maladie, montre une morbidité de plus de 15 % supérieure à la moyenne régionale, sur la majorité des communes autour de l'Étang de Berre (20 % à Martigues et Port-de-Bouc). Cette géographie est frappante, et malgré toutes les précautions qu'impose le maniement des données d'ALD, elle ne peut manquer d'interroger les élus et la population.

Dans ce contexte, l'objectif de ce groupe thématique est de concevoir un dispositif permettant à la fois de développer les connaissances, de prévenir les risques, et d'assurer la bonne prise en charge de quelques-unes des principales pathologies liées au travail et à la pollution de l'air.

Méthode

Afin de concevoir un dispositif participant à l'amélioration des connaissances sur ces liens entre santé, travail et pollution de l'air, le groupe devra au préalable comprendre les différents systèmes de recueil d'information qui existent, leurs conditions de fonctionnement, les contraintes techniques et statistiques qu'il faut respecter pour l'obtention de données exploitables. Ils devront avoir un diagnostic partagé sur les forces et faiblesses des réseaux d'étude et de recherche dans les deux domaines abordés, celui des maladies professionnelles et celui de la pollution de l'air. C'est à partir de ce diagnostic que le groupe pourra formuler les propositions destinées à conforter l'assise de ces réseaux.

La sensibilisation des professionnels de santé et de la population à ces questions passe sans doute par la mise en place d'une instance d'animation scientifique. Il s'agit, pour différentes pathologies, comme le cancer de la vessie ou les maladies respiratoires, de dresser un état des lieux des recherches, qui fasse le point sur les principaux mécanismes qui ont pu être mis en évidence, sur les conditions qui accroissent la sensibilité aux facteurs environnementaux, et les grandes lignes d'interrogations qui font toujours débat. La conception d'une telle instance locale d'animation scientifique et son insertion dans les dispositifs locaux de formation et d'information pourrait constituer un objectif de ce groupe de travail.

C'est à la croisée des dispositifs d'observation et d'animation scientifique que le groupe de travail pourrait concevoir une instance de veille et de prévention des risques. Cette instance pourrait être un lieu de concertation qui déterminerait un programme d'actions locales, basé sur les analyses de risques sur la santé de certaines situations professionnelles ou d'exposition à la pollution de l'air.

Enfin, le groupe de travail se penchera sur l'analyse précise de la prise en charge de certaines pathologies, pour lesquelles la morbidité locale est importante, et requiert potentiellement le renforcement et l'amélioration de l'offre sur le territoire. Deux pathologies pourraient ainsi être analysées : le cancer de la vessie et l'infarctus du myocarde. Il s'agira, pour ces deux pathologies, de décrire les dispositifs de prévention et de dépistage, les conditions d'accessibilité au diagnostic, la coordination des filières de soins aux

différents niveaux de recours et les conditions de suivi des patients concernés. L'analyse de ces filières permettra au groupe de travail de formuler des propositions d'amélioration des services rendus à la population.

Organisation du travail

La première réunion du groupe de travail visera à délimiter le périmètre de réflexion, à partager le mandat du groupe et à organiser les commissions de travail.

Il nous semble que, compte tenu de la spécialisation des deux grands thèmes que sont les maladies professionnelles d'un côté, et les liens entre santé et pollution de l'air de l'autre, deux commissions distinctes pourraient être mises en place, qui proposeraient chacune une analyse des dispositifs d'observation, d'animation scientifique, et formuleraient les propositions relatives à l'instance de veille et de prévention des risques.

Lors de la seconde réunion du groupe de travail, en plénière, chacune de ces commissions présentera ses analyses et propositions. Une synthèse par le groupe de travail permettra alors de croiser les éléments communs et spécifiques des dispositifs proposés.

La troisième réunion pourrait se concentrer sur les analyses des conditions de prise en charge, qui auront été menées par une troisième commission.

Contribution du groupe thématique à l'élaboration du Contrat Local de Santé

A l'issue de ces travaux, le groupe thématique « Santé-Travail-Environnement » sera invité à présenter ses propositions au cours d'une séance plénière qui réunira tous les participants des groupes thématiques et les membres du comité de pilotage du Contrat Local de Santé.

Après cette séance plénière, le Comité de Pilotage du Contrat Local de Santé tiendra une seconde réunion plus restreinte, pour sélectionner et mettre en cohérence l'ensemble des propositions qui leur auront été soumises par les groupes thématiques en tenant compte des débats suscités par leurs travaux. Dans cette étape, il s'agira pour le comité de pilotage de préciser les conditions organisationnelles, institutionnelles et financières de la mise en œuvre des propositions afin d'être en mesure d'établir des fiches d'actions et un échéancier opérationnel autour desquels les partenaires du Contrat Local de Santé s'engageront.

Annexe 5

**Préconisations des groupes de travail thématiques
pour les axes stratégiques 1 à 3
qui constitueront une base de travail pour les comités techniques
sans présupposer des engagements des programmations futures**

Annexe 5.1

Préconisations du groupe de travail pour l'axe stratégique 1

**« Penser autrement l'offre de premier recours »
qui constitueront une base de travail pour les comités techniques
sans présupposer des engagements des programmations futures**

Axe stratégique 1 : « Penser autrement l'offre de premier recours »							
N° de préc.	Nom de l'action	Objectif opérationnel	Rappel du contexte	Public ciblé	Type de préc.	Description de l'action	Porteurs potentiels
Objectif 1.1 - Améliorer l'accessibilité financière, géographique et culturelle aux soins							
Accessibilité financière							
Préconisation 1.1.1 : Reconnaître sur le territoire de la CAPM des structures pilotes d'expérimentation de la mise en place du tiers-payant							
Gr1_1	Expérimenter le développement du tiers-payant pour faciliter l'accès à la permanence des soins	Favoriser l'accès aux soins pour tous en réduisant l'avance de frais	Des publics situés au-dessus des barèmes de la CMU-C cependant en situation de précarité et pouvant renoncer aux soins	Population / Professionnels de la Santé	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Interpeller les autorités de tutelle pour mettre en place les conventions Utiliser les outils performants existants A mettre en place localement sans attendre - territoire PILOTE Mettre le TP à la MIMG (Maison Médicale de garde) Partenariat souhaitable avec la CPAM qui devrait garantir les paiements des actes aux confrères (éviter les "rejets") et qui pourrait servir de relais avec les "complémentaires santé" (Dans l'optique de la généralisation du tiers-payant voulu par le Ministère, il paraît en effet difficile d'en retirer aux lourdeurs de gestion actuelles) 	<ul style="list-style-type: none"> Moyens de rétrotransmission Soutien et partenariat avec la CPAM
Préconisation 1.1.2 : Améliorer le système d'information relatif aux droits d'accès à la santé							
Gr1_2	Lister et diffuser l'information auprès des usagers sur les possibilités d'accès aux soins et les droits dont ils peuvent bénéficier (FASS, CMU, TP, ACS...)	Informers les usagers et améliorer les conditions d'accès aux soins	Des droits parfois méconnus et non ouverts Un objectif prioritaire du Plan national de lutte contre la pauvreté	Population	Nouvelle		
Préconisation 1.1.3 : Développement des pharmacies solidaires							
Gr1_3	Développer des pharmacies solidaires	Améliorer les conditions d'accès aux soins pour les usagers	Des publics situés au-dessus des barèmes de la CMU-C cependant en situation de précarité et pouvant renoncer aux soins	Population	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Selon le concept établi par l'association ISA Prise en charge des médicaments non remboursés pour une certaine patientèle 	<ul style="list-style-type: none"> Soutien en cours de fonds européens Recherche de financements pour développer le modèle économique (région, CG, etc.) Recrutement de pharmacies Association ISA (Inventons la santé autrement)
Accessibilité géographique							
Préconisation 1.1.4 : Améliorer les horaires et circuits des transports en commun pour l'accès aux cabinets médicaux							
Gr1_4	Étendre les plages d'horaires et adapter les arrêts de bus de ville à proximité des cabinets-médicaux	Amélioration des dessertes des transports en commun vers la médecine de ville	Des arrêts de bus éloignés de certains cabinets médicaux, Une population non motorisée à soulager	Usagers (patients) non véhiculés	Nouvelle	Définir avec les transports en commun de la collectivité des arrêts de proximité de l'offre de soin en ville en fonction des horaires de bus (instance organisatrice de transports)	Partenariat avec les transports Ulysse
Accessibilité culturelle							
Préconisation 1.1.5 : Mettre à disposition des professionnels un traducteur							
Gr1_5	Mettre à disposition un ou des traducteurs pour les professionnels et les partenaires	Rendre accessible l'offre de soins aux personnes étrangères	Des publics d'origine étrangère à prendre en compte	Personnes étrangères, Professionnels de santé	Existante mais à adapter	Recruter un traducteur dédié aux professionnels de la santé et aux partenaires	<ul style="list-style-type: none"> Ressources financières et humaine (Traducteurs)

+

+

Axe stratégique 1 : « Penser autrement l'offre de premier recours »

N° de préc.	Nom de l'action	Objectif opérationnel	Rappel du contexte	Public ciblé	Type de préc.	Description de l'action	Moyens nécessaires	Porteurs potentiels
Objectif 1.2 - Rendre plus attractif le territoire								
Préconisation 1.2.1 : Soutien au dispositif « îlots de formation »								
Gr1_7	Renforcer les dispositifs de formation des médecins sur le territoire du Pays de Marquigues	Faciliter le choix de l'internat sur le territoire et l'installation des médecins et renforcer l'attractivité du territoire	Un vieillissement des omnipraticiens, une densité de médecins généralistes en diminution, une relève à assurer, une possibilité nouvelle de conduire son internat en ambulatoire	Internes en MG Etudiants de 2ème cycle - Maîtres de stage - potentiels	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Possibilité d'affecter un stage de 2ème cycle sur Marquigues et secteur adjoins sur le territoire Mettre en place des îlots de formation sur le territoire de Marquigues (filière établie sur 1 an et demi pour l'internat = création d'un réseau) Stage Ville + hôpital : 1 an + 1/2 sur le même secteur (consultations externes, PMI, médecine du travail, ...) Développer, dans le cadre du cursus universitaire, des modules de formations pratiques et théoriques avec les partenaires du territoire (Développement professionnel continu, formation crise suicidaire avec PCOEB ...) Importance de l'enseignement local Communiquer et faire de la publicité (publireportage, ...) pour porter le projet 	<ul style="list-style-type: none"> Partenariats de l'ensemble des acteurs sur le territoire Lieu de vie pour les internes (27 à 30 ans, parfois père/mère de famille) Personne ressource pour les internes Communication sur les modes de transports en commun Pays de Marquigues/Marselle à destination des étudiants de 2ème cycle Plateforme multi-service 	Observatoire Professeur GILLES, chargé de mission îlots de formation
Gr1_8	Augmenter les terrains de stages ambulatoires	Faciliter le choix de l'internat sur le territoire et l'installation des médecins et renforcer l'attractivité du territoire	Un vieillissement des omnipraticiens, une densité de médecins généralistes en diminution, une relève à assurer, une possibilité nouvelle de conduire son internat en ambulatoire	Médecins généralistes et internes en médecine générale	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Appui à l'îlot de formation du service OPS de la CAPM dans l'identification et le repérage des lieux de stage Édition d'une plaquette d'information et de valorisation des ressources locales à destination de l'îlot formation (adresse, situation, mode de transport armature des personnes) par le service OPS 	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place de stage en consultation externe Personnes ressources, "emploi avenir", Publireportage Frais d'impression d'un document de valorisation Temps de travail d'un maquerfrite 	Soc OPS-CAPM, Association des Internes, ASB, PMI, MDS, CSAPA
Gr1_11	Communiquer sur le territoire et sur la fonction de maître de stage	Renforcer l'attractivité du territoire Faciliter l'installation des jeunes médecins généralistes Augmenter le nombre de maître de stage sur Port-de-Bouc	Un vieillissement des omnipraticiens, une densité de médecins généralistes en diminution, une relève à assurer, un journal "Médecins en Pays de Marquigues" comme vecteur potentiel d'une information	Médecins libéraux, Etudiants de 2ème année, Internes et spécialistes	Existant mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Information dans la revue "Médecins en Pays de Marquigues" des modalités pour devenir maître de stage par le service OPS en appui de l'îlot de formation et en coordination avec la formation assurée par celui-ci Valoriser les ressources du territoire 	<ul style="list-style-type: none"> OPS Partenaires : Faculté de médecine, CH Marquigues, OPS, Professeur GILLES, chargé de mission îlots de formation 	
Gr1_15	Prendre en charge les frais d'inscription pour les non-boursiers	Faciliter le choix de stages de 2ème cycle et l'installation des médecins et renforcer l'attractivité du territoire	Un vieillissement des omnipraticiens, une densité de médecins généralistes en diminution, une relève à assurer	Etudiants de 2ème cycle	Nouvelle			
Préconisation 1.2.2 : Améliorer les conditions d'accueil des internes et jeunes médecins								
Gr1_6	Réserver des logements pour les internes	Faciliter le choix de l'internat sur le territoire et l'installation des médecins et renforcer l'attractivité du territoire	Un vieillissement des omnipraticiens, une densité de médecins généralistes en diminution, une relève à assurer, une possibilité nouvelle de conduire son internat en ambulatoire	Internes en MG Etudiants de 2ème cycle - Maîtres de stage - potentiels	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Réserver un parc d'une quinzaine de logements à Marquigues et à Port-de-Bouc, non conventionnés, à destination des futurs internes (en ambulatoire, hors internes du CHM) Créer un circuit court d'accompagnement administratif (bail de 18 mois, recensement de petites surfaces locatives, situation de ces logements, démarches nécessaires, ...) à destination des internes 	<ul style="list-style-type: none"> Parc localit Ville partenariat bailleurs publics et privés Édition et publication d'un "kit accès logement" 	<ul style="list-style-type: none"> Services Intercommunaux logement, enseignement (DHP) Partenaires : CH Marquigues, Faculté de médecine, bailleurs publics, bailleurs privés
Gr1_9	Créer un accueil personnalisé des internes dans un lieu officiel	Faciliter le choix de l'internat sur le territoire et l'installation des médecins et renforcer l'attractivité du territoire	Un vieillissement des omnipraticiens, une densité de médecins généralistes en diminution, une relève à assurer	Internes en MG Etudiants de 2ème cycle - Maîtres de stage - potentiels	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Faire un accueil semestriel officiel des internes avec remise de documentation sur les ressources locales (activités culturelles et sportives, accessibilité, etc.) 		Collectivité locale

Axe stratégique 1 : « Penser autrement l'offre de premier recours »

N° de préco.	Nom de l'action	Objectif opérationnel	Rappel du contexte	Public ciblé	Type de préco.	Description de l'action	Moyens nécessaires	Porteurs potentiels
Gr1_10	Faciliter les déplacements (urbains / inter-urbains)	Faciliter le choix de stages de 2ème cycle et l'installation des médecins et renforcer l'attractivité du territoire	Un vieillissement des médecins généralistes, une densité de faculté de médecine peu encline à autoriser les stages sur le territoire (souvent sur la desserte des transports en commun)	Etudiants de 2ème cycle	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Solutionner la problématique des transports pour les étudiants de 2ème cycle (stage sur le territoire et cours à Marseille sur une même journée) 		

Préconisation 1.2.3 : Accompagner les installations de médecins

Gr1_13	Faciliter l'installation des médecins après les études sur le territoire	Augmenter l'offre de soins sur le territoire de Martigues par une aide à l'installation	Un vieillissement des omnipraticiens, une densité de médecins généralistes en diminution, une relève à assurer			<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un système de garantie pour accéder à un local Négocier les prêts pour l'acquisition Mettre à disposition un local d'exercice (maison médicale) Contribution pendant les 2 premières années et mise à disposition du logiciel médical Mutualiser la gestion financière pour dégager du temps 		
Gr1_14	Pérenniser l'installation des médecins sur le territoire	Stabiliser l'offre de soins sur le territoire de Martigues en facilitant le revenu et le confort d'exercice	Un vieillissement des omnipraticiens, une densité de médecins généralistes en diminution, une relève à assurer			<ul style="list-style-type: none"> En facilitant le revenu : Assurer le tiers-payant / Fixer un forfait horaire / Forfait d'éducation thérapeutique au patient En facilitant le confort : Rendre accessible des locaux (places de parking, etc.) En engageant les médecins ayant bénéficiés d'une aide à l'installation : <ul style="list-style-type: none"> - Si départ avant terme de l'engagement prévoir des pénalités ; Possibilité de louer le local ou de vendre avec plus-value limité pour ceux qui auraient investis / Droit de préemption de la Mairie - Si départ après 10 ans : location au successeur ou vente avec plus value plus importante 		

Objectif 1.3 - Favoriser la coordination des acteurs de la santé et les partenariats

Préconisation 1.3.1 : Mise en place et maintenance d'un outil d'information sur les ressources médicales et paramédicales et du secteur social

Gr1_16	Faire l'inventaire des outils existants et des actions réalisées pour le partage des informations	Identifier les outils susceptibles d'améliorer la communication entre les professionnels de santé et le partage des informations	Des outils existants mais peu connus	Professionnels de la santé	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Exemple : e-santé PACA support intéressant mais qui nécessite des ressources dédiées pour administrer et faire vivre les outils (mise à jour régulière) 		
Gr1_20	Centraliser et mettre à jour les données sanitaires essentielles des patients	Améliorer la prise en charge des patients par la communication des informations entre professionnels de santé, permettre l'accès aux informations essentielles concernant un patient en l'absence de son médecin traitant	Des données éparpillées, des solutions techniques possibles	Professionnels de la santé	Existantes mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Collecter et mettre à jour les données patients du territoire Utiliser les DMP (dossier médical personnel) pour y intégrer : <ul style="list-style-type: none"> - Une synthèse médicale (document de synthèse sous la responsabilité du médecin traitant désigné) - Quelques compléments-rendus de consultations ou d'exams paracliniques essentiels 	<ul style="list-style-type: none"> Un organisme centralisateur 	<p>CHM ? A arbitrer</p>
Gr1_22	Créer un pôle Santé (cf. action "Fédérer les professionnels)	Coordonner l'ensemble des professionnels de santé	Des praticiens isolés en demande de coordination	Professionnels de la santé	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Identifier l'ensemble des actions de santé menées sur le territoire (professionnels, associations, organismes, municipalités, ...) Fédérer l'ensemble des professionnels de santé Identifier les compétences et les outils présents sur notre territoire Identifier les problématiques de chacun Plateforme multi-service (professionnels santé) 	<ul style="list-style-type: none"> Développer messagerie sécurisée Dossier médical commun Créer un site internet des professionnels par CAPM (compétences, formations, horaires, vacances, ...) 	<p>See OPS - CAPM ? CHM ?</p>

Axe stratégique 1 : « Penser autrement l'offre de premier recours »

N° de préc.	Nom de l'action	Objectif opérationnel	Rappel du contexte	Public ciblé	Type de préc.	Description de l'action	Moyens nécessaires	Porteurs potentiels
Préconisation 1.3.2 : Mise en place d'un outil d'accès sécurisé aux dossiers patients								
Gr1_17	Réaliser un recensement territorial de l'offre de soins	Rendre lisible l'offre de soins du territoire aux acteurs de santé	Des outils existants à rendre accessibles aux professionnels	Professionnels de la Santé	Existant mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Recenser les professionnels médicaux, para-médicaux et du secteur social sur le territoire Recenser les structures médico-sociales sur le territoire Rendre accessible ces informations aux professionnels Rechercher la mutualisation des outils Mise à jour régulière du listing des professionnels locaux (portable, adresses mails, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> Réseau Appui Santé / Diabaix via la plateforme téléphonique Répertoire opérationnel des ressources Base de données avec moteur de recherche (outil informatique) ou support papier Plateforme téléphonique (1 infirmière / 1 AS) 	Réseau diabète
Gr1_18	Développer les échanges d'informations rapides et sécurisées entre professionnels de santé	Permettre à chaque professionnel de santé d'être informé en temps opportun des éléments dont il a besoin pour une prise en charge optimale des patients	Des outils existants à rendre accessibles aux professionnels	Professionnels de la Santé	Existant mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Créer un "annuaire sanitaire et social" ou répertoire des professionnels de santé couvrant le territoire de la CAPM, régulièrement mis à jour (2 à 4 fois par an), informatisé et adressé aux professionnels concernés sous forme de fiches "classiques" (word, pdf, ...) ou de base de données, permettant de trouver rapidement les coordonnées (postale, téléphonique, et surtout électronique) du correspondant recherché. Utiliser les messageries sécurisées existantes S'assurer que le mode de transmission des données ne soit pas "chronophage", ce qui condamnerait par avance son utilisation 	<ul style="list-style-type: none"> Organisme "centralisateur" du carnet d'adresses des professionnels sanitaires et sociaux, chargé de collecter, mettre à jour et adresser les mises à jour régulièrement (le service "observatoire et promotion de la santé" de la CAPM pourrait être ce "centralisateur") 	CAPM A arbitrer
Gr1_19	Créer une messagerie sécurisée pour les professionnels de santé	Améliorer la communication entre les professionnels de santé et le partage des informations	Une initiative en développement sur le CHM	Professionnels de la Santé	Existant mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Partage d'informations individuelles sur patients Partage d'informations collectives (pharmaco-vigilance, ...) 		CHM ?
Gr1_21	Fédérer les professionnels de santé entre-eux	Améliorer la communication entre les professionnels de santé et le partage des informations	Des praticiens isolés en demande de coordination	Professionnels de la Santé	Existant mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Créer un site internet publiant les disponibilités des professionnels de santé Identifier les compétences et les outils présents sur le territoire Identifier les problématiques de chacun Identifier l'ensemble des acteurs de santé réalisés sur le territoire Mettre en place une plateforme multiservices : s'inspirer de l'expérimentation du CG 05 	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation des professionnels de santé Mettre en place des outils informatiques : messagerie sécurisée entre professionnels (Médecins, Infirmiers, Kiné, ...) Innover sur le partage des informations), dossier médical + DPI Importance d'avoir les mêmes outils. 	
Préconisation 1.3.3 : Faire vivre le travail collectif								
Gr1_24	Réaliser des groupes de travail avec les différents acteurs locaux (Comité techniques)	Améliorer le parcours de soins des usagers et créer du lien entre les acteurs de la santé et du social		Professionnels de la Santé	Existant mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Réunions pluridisciplinaires (médico, psycho, social) autour des situations cliniques relevant d'une concentration pour favoriser une orientation ou des temps de synthèse Ouvrir ces réunions à d'autres professionnels tels que les psychiatres libéraux, gastro, ... 	<ul style="list-style-type: none"> Salle, boîte mail pour communiquer entre professionnels sur les jours, l'heure, le lieu, ... PSOEB le fait déjà mais sous forme de supervision 	PSOEB
Gr1_25	Réaliser des groupes de travail sur la prise en charge des addictions	Avoir un langage commun (prise en charge des addictions)		Médecins généralistes et pharmaciens	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Développer différents modules autour de l'addiction et la prise en charge des usagers autour de l'addiction : protocole de soins au niveau médical, intérêt de l'accompagnement médico-psychosocial, réseau existant, comment travailler ensemble, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> Inclure ces groupes de travail dans le temps mensuel de formation des médecins Financement concernant les porteurs potentiels qui mèneront les groupes de travail 	AMPTA, ANIPAA 13, Hôpital de Marignac (service addictologie), microstructures ?
Préconisation 1.3.4 : Favoriser les regroupements de professionnels de santé de proximité								
Gr1_23	Mettre en place un Groupement de professionnels de santé de proximité (GPSP)	Regrouper les professionnels de la santé	2 projets à Marignac	Professionnels de la Santé	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Médecins généralistes regroupés en petit ou moyen groupement pluridisciplinaire de professionnels de santé (au moins un médecin généraliste et un autre professionnel de santé de premier recours), assurant le parcours de soins 		

Axe stratégique 1 : « Penser autrement l'offre de premier recours »

N° de préco.	Nom de l'action	Objectif opérationnel	Rappel du contexte	Public ciblé	Type de préco.	Description de l'action	Moyens nécessaires	Porteurs potentiels
Objectif 1.4 - Etre un territoire leader d'une médecine moderne								
Préconisation 1.4.1 : Ouverture d'un Centre de santé pluridisciplinaire à Port-de-Bouc								
Gr1_36	Ouverture d'un centre de santé pluridisciplinaire à Port-de-Bouc	Améliorer l'attractivité des médecins sur Port-de-Bouc Favoriser l'accessibilité financière aux soins (Tiers-payant) Développer la coordination des professionnels et l'éducation à la santé.	Une faible densité de médecins généralistes sur la commune de Port-de-Bouc avec saturation de l'activité des médecins en exercice et vieillissement des professionnels, une attractivité plus problématique pour la médecine libérale, une population en grande précarité.	Population Port-de-Bouc / Médecins (et internes)	Nouvelle	Création d'un centre de santé permettant : - une accessibilité financière pour une population fragilisée économiquement - de créer une dynamique de médecine de groupe avec les professionnels (médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, ...) ; assier partagé, salariat... - de déposer une médecine curative pour aborder une médecine préventive intéressant les problèmes sanitaires du territoire - d'attirer de jeunes praticiens pour lutter contre une démographie pénalisante Centre de santé avec mise en place du tiers-payant : - rémunération / salariat - médecine d'équipe - actions d'éducation à la santé - interdisciplinarité (travailleur social, psychologue, ...) - maître de stage	<ul style="list-style-type: none"> Lieu d'accueil Moyens humains Apport financier pour les actions d'éducation à la santé (AJC, Acié) et aide à l'équipement (Conseil régional) Aide au montage du projet (CAPI) Partage hospitalier (mission de service public) et maîtrise gestionnaire Participation des communes Port-de-Bouc - Marignies Participation des autorités de tutelle (ARS, CPCAM, ...) 	CHM ?

Préconisation 1.4.2 : Expérimentation des modes de rémunération de la prévention et de l'éducation thérapeutique réalisée par les médecins

Gr1_27	Obtenir un financement pérenne dédié à la prévention et à l'éducation thérapeutique pour les professionnels de santé	Une richesse d'initiatives et d'actions mis en difficulté par des financements annuels	Professionnels de la santé	Nouvelle	Recenser les actions réalisées et/ou non réalisées faute de financements			
--------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	----------	--------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Préconisation 1.4.3 : Articuler plus étroitement les actions de prévention et d'éducation thérapeutique aux pratiques courantes d'offre de soins

Gr1_26	Identifier un lieu unique pour les actions de prévention (pôle de ressources et d'informations sur la santé)	Offrir une meilleure visibilité des actions de prévention pour la population et les professionnels de santé	Population & professionnels de santé	Nouvelle	Mutualisation / mise à disposition des personnes	<ul style="list-style-type: none"> 1 lieu unique (adossé à un lieu(X) de soins) 		
--------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	----------	--------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Mesures relevant du PLSP non intégrées à la programmation du futur CLS

Gr1_12	Créer un outil de valorisation des ressources	Faciliter les échanges et la communication entre les professionnels	Un vieillissement des omnipraticiens, une densité de médecins généralistes en diminution, une relève à assurer		Placer une personne ressource pour centraliser et diffuser les données			
Gr1_28	Mettre en place des ateliers collectifs d'information et de réflexion avec la participation de professionnels de la santé	Favoriser le lien social et l'accès à la santé	Un Plan local de santé publique (PLSP) encourageant le développement d'actions de prévention, des actions en cours de réalisation	Existant mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> réflexions sur les relations intra-familiales / vie de groupe et parcours d'insertion / équilibre alimentaire / ... Communiquer sur les bienfaits du sport et de l'hygiène alimentaire Réaliser des actions d'informations et de réflexion favorisant l'accès aux soins et la prise en charge de la santé pour les bénéficiaires du BSA Réaliser des ateliers à destination des étrangers 	<ul style="list-style-type: none"> APDL (lieu d'accueil BSA), ACPM (chambres d'insertion) Mobilisation des professionnels de santé 		
Gr1_29	Favoriser la prévention et l'accès aux soins des salariés en insertion par l'activité économique	Apporter une prise de conscience de son capital santé et lever les freins psychologiques et physiques pour bénéficier d'une prise en charge médicale	Un Plan local de santé publique (PLSP) encourageant le développement d'actions de prévention, des actions en cours de réalisation	Salariés en insertion, ASA ou autre	<ul style="list-style-type: none"> Cycle de 6 ateliers santé animés par des intervenants spécialisés sur le lieu professionnel Transport vers la structure CESAM 13 pour un bilan santé. Ce dernier est transmis à l'usager, au médecin traitant et/ou au médecin du pôle d'insertion Accompagnement individuel avec relayé vers les structures spécialisées 	<ul style="list-style-type: none"> Les structures de soins : hôpital, généraliste, ... Les structures de prévention : A.I.P.A.A., UFSB, CPCAM, ... Entreprise de transport Du temps de coordination, pilotage de projet 	APDL (lieu d'accueil BSA), ACPM (chambres d'insertion)	

Axe stratégique 1 : « Penser autrement l'offre de premier recours »

N° de préc.	Nom de l'action	Objectif opérationnel	Rappel du contexte	Public ciblé	Type de préc.	Description de l'action	Moyens nécessaires	Porteurs potentiels
Gr1_30	Créer une "caravane" itinérante sur le territoire de santé pour réaliser des actions de prévention à proximité des usagers		Un Plan local de santé publique (PLSP) encourageant le développement d'actions de prévention, des actions en cours de réalisation à mieux faire connaître	Population	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> . Communication forte auprès des usagers sur l'existence et les passages de la "caravane" . Réaliser des actions de prévention des MST dans les collèges . Communiquer sur les bienfaits du sport et de l'hygiène alimentaire dans les écoles, les collèges et les quartiers . Créer des actions "Je mange bien, Je vais bien" dans les écoles ou les centres de loisirs 	<ul style="list-style-type: none"> . Pass santé jeunes . Outils de documentation du CESP/ADAM . Infirmières scolaires . Partenaire : réseaux sociaux (A.S), CAF . Financement : ARS, CUCS . Coordination : ASV . Intervenants : Diététicienne et cuisinière libérales 	
+	Organiser des séances d'information et de dépistage dans des lieux publics	Informier et dépister	Un Plan local de santé publique (PLSP) encourageant le développement d'actions de prévention, des actions réalisées sous forme de forums santé à mieux faire connaître	Adultes	Existantes mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> . Organiser des séances d'information et de dépistage dans des lieux publics (dépistage diabète, obésité, HTA, tuberculose, HIV, ...) . Coupler un dépistage avec une information sur la diététique . Si dépistage positif, faire le lien avec les professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> . Organismes locaux . Un réseau et des professionnels de santé de spécialités différentes 	
+	Réaliser une traduction multilingue des informations de prévention	Rendre accessible les actions de prévention aux personnes étrangères	Un Plan local de santé publique (PLSP) encourageant le développement d'actions de prévention, une initiative conduite en faveur des victimes de maladies professionnelles à reproduire sur d'autres thématiques	Personnes étrangères	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> . Traduire les informations de prévention en plusieurs langues pour les personnes pour qui la barrière de la langue freine l'accès à la santé (arabe, roumain, ...) . Rendre accessible ces traductions via des supports papier ou un site internet 	<ul style="list-style-type: none"> . Traducteurs, support papier / site internet . Contenu des informations de prévention harmonisé 	
+	Dépister, informer et accompagner les populations étrangères +/- âgées dans le parcours de soins	Faire prendre conscience de l'état de santé et des éventuelles complications	Un Plan local de santé publique (PLSP) encourageant le développement d'actions de prévention, des actions réalisées ou en cours de réalisation à mieux faire connaître	Public foyer ADOVA - Population étrangère vieillissante	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> . Ateliers de dépistage de maladies chroniques . Forum santé (a déjà existé) . Hygiène de vie : Sommeil, Alimentation (ateliers pratiques dans cuisines collectives) . Consultations individuelles et suivi 	<ul style="list-style-type: none"> . ARS . DIABAIK / Appui santé . CUCS . Hôpital . Intervenants : médecin, infirmiers, diététiciens formés à EFP 	ADOMA
+	Mettre en place des journées conférences sur la prévention des addictions	réduction des risques	Un Plan local de santé publique (PLSP) encourageant le développement d'actions de prévention, des actions réalisées ou en cours de réalisation à mieux faire connaître	Jeunes / Population des personnes ayant cette conduite		<ul style="list-style-type: none"> . Sensibiliser sur le risque, les dommages sanitaires, professionnels, familiaux, Aussi bien sur l'usage de produits que sur la conduite addictive liée aux jeux, conduites alimentaires, ordinateurs . Journées conférences organisées avec professionnels de santé et organismes sociaux, le mercredi 	<ul style="list-style-type: none"> . Centres sociaux . Ecoles . Coordination entre professionnels de santé pour former des équipes de liaison en vue d'une meilleure prise en charge de la personne adicte 	
+	Accompagner les actions nationales de santé	relayer les campagnes nationales	Des campagnes nationales de prévention relayées de façon non systématique et non concerté	Population		<ul style="list-style-type: none"> . En fonction des dates prévues, se réunir entre professionnels pour se former au besoin et organiser selon les moyens de sa profession . Etablir un calendrier annuel d'actions choisies 	<ul style="list-style-type: none"> . Outils : affiches, revues, documents . Partenaires : Associations, laboratoires, pharmaciens, ordre des pharmaciens, syndicat des pharmaciens, MIRPPS 	

+ : préconisations non discutées collectivement faute de temps

Annexe 5.2

Préconisations du groupe de travail pour l'axe stratégique 2

**« Rattraper le retard et organiser l'offre de prise en charge des
personnes âgées et des personnes handicapées »
qui constitueront une base de travail pour les comités techniques
sans présupposer des engagements des programmations futures**

Axe stratégique 2 : « Rattraper le retard et organiser l'offre de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées »

N° de préc.	Nom de l'action	Objectif opérationnel	Rappel du contexte	Public ciblé	Type de préc.	Description de l'action	Moyens nécessaires	Porteurs potentiels
Objectif 2.1 - Prendre en compte les inégalités territoriales des équipements et services								
Préconisation 2.1.1 : Mise en place d'une instance d'instruction pour l'examen, le calibrage et le montage des actions de rattrapage des équipements								
Gr2.1	Créer une maison de retraite spécialisée pour les personnes en situation de handicap mental	Désengorger toutes les structures spécialisées en aval (enfance, FAMI, ESAT, foyers de vie, ...)	Des résidents bloqués dans des hébergements qui ne correspondent plus à leurs âges et leurs besoins, des listes d'attente importantes	Personnes handicapées à partir de 50 ans Urgence !	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> 30 places minimum - Construction d'un établissement innovation possible : Adossement avec EHPAD pour proximités aidants-aidés et mutualisation de moyens permettant diminution coût EHPAD Transformation d'une aile d'une EHPAD existante 	<ul style="list-style-type: none"> Autorisation d'ouverture de FAPS, CG 13 et MDPH et AAP A BS convention avec Chrysalide 	Chrysalide Martigues, Gaiïe de Fos ou EHPAD avec convention avec Chrysalide
Gr2.2	Augmenter le nombre d'appartements thérapeutiques pour les personnes handicapées psychiques	Offrir une structure adaptée à la pathologie	Territoire peu couvert en appartements thérapeutiques	Personnes handicapées psychiques adultes	Existante mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Disposer d'appartements en ville avec conventionnement bailleurs et CH Martigues 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessité d'une équipe soignante mobile du CH Martigues 	DOMUS - service psychiatrie générale du CH Martigues
Gr2.6	Mettre en place une équipe mobile santé mentale pour un suivi médical des Personnes handicapées psychiques dans les logements diffus et résidences sociales	sécurisation de la personne et de l'environnement	Défaut de suivi médical avec risques de troubles du comportement	Personnes handicapées psychiques à domicile et en résidences sociales	Existante mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Equipes soignantes mobiles réflexion collective sur injonction de soins En logement diffus ou résidence sociale Déplacements dans les appartements thérapeutiques 	<ul style="list-style-type: none"> Convention avec résidences sociales 	CH Martigues - Services psychiatrie Générale
Gr2.7	Reconnaître une unité autisme en IME et en villas spécialisées (adultes)	Améliorer la prise en charge de l'autisme	Des structures existantes aux moyens inadaptés	Personnes handicapées enfants autistes et adultes autistes	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Reconnaissance administrative avec moyens adaptés (personnel + formation) 2 villas en plus (et moyens adaptés) en internat 	<ul style="list-style-type: none"> Cl. descriptif Droit d'injonction de soins 	Chrysalide (IME) et L'Escale (Villas)
Gr2.5	Développer les services type "SAMSAR SAVS"	Combler le retard	Faible couverture du territoire	Personnes handicapées	A renouveler	<ul style="list-style-type: none"> Le secteur de Martigues - Port-de-Bouc - Saint-Mitre manque de place dans ce type de service Créer des SAVS généraux 	<ul style="list-style-type: none"> ABS - CG 13 - MDPH - Association (Famillage, ...) 	ABS - CG 13 - MDPH - Association (Famillage, ...)
Gr2.3	Réserver des lits dédiés dans toutes les structures existantes pour le répit	Soulager les familles	Un très faible taux d'accueil temporaire, un épurement des aidants familiaux	Personne âgée et Personne handicapée	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> 2 lits accueil temporaire dans chaque EHPAD avec conventionnement pour garantir taux de remplissage et coût allégé pour les familles 4 lits accueil temporaire dans chaque structure handicap (IME, MAS, foyer de vie) 	<ul style="list-style-type: none"> ABS / handicap - MDPH 	ABS / handicap - MDPH
Objectif 2.2 - Accroître l'accessibilité économique des équipements en place								
Préconisation 2.2.1 : Augmentation du nombre de places habilitées à l'aide sociale des EHPAD								
Gr2.10	Augmenter le nombre de lits en aide sociale en EHPAD	Améliorer l'accessibilité financière des familles en EHPAD (et du taux de remplissage)	Une offre en EHPAD existante mais trop coûteuse pour une population en précarité, des équipements non occupés en totalité	Personne âgée	Existante mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter à 40 % le taux de lits habilités à l'aide sociale (cf "Etrang Bleu" à Châteauneuf avec taux de remplissage assuré) 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de lits en EHPAD suffisantes sur le territoire Habilitation par CG 13 de lits existants 	Gestionnaire d'EHPAD
Préconisation 2.2.2 : Adaptation des logements des personnes migrantes en perte d'autonomie								
Gr2.11	Dupliquer expérience aide à domicile mutualisée en résidence sociale	Améliorer la prise en charge des migrants en résidences sociales	Une expérimentation en cours pertinente à généraliser	Personnes âgées en résidence sociale	Existante mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Expérience en cours sur résidence Saint-Jean-ADOMA avec Port-de-Bouc 	<ul style="list-style-type: none"> Convention entre : CG 13, CARBAT, ADOMA et ADAR 	ADOMA

Axe stratégique 2 : « Rattraper le retard et organiser l'offre de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées »

N° de préc.	Nom de l'action	Objectif opérationnel	Rappel du contexte	Public ciblé	Type de préc.	Description de l'action	Moyens nécessaires	Porteurs potentiels
Gr2_12	Créer des chambres adaptées en résidence sociale pour les personnes migrantes vieillissantes en perte d'autonomie	Palier la perte d'autonomie d'un public spécifique	Vieillessement des résidents, inadaptation des logements	Personnes migrantes vieillissantes en perte d'autonomie	Existantes mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Adaptation des onambres en résidences sociales 		
Objectif 2.3 - Moderniser et diversifier l'offre en faveur des personnes								
Préconisation 2.3.1 : Création d'un Groupement d'entraides Mutuelles								
Gr2_9	Développer des GEM mixant les deux populations	Rompre l'isolement des Personnes âgées et Personnes handicapées	Absence d'offre sur le territoire, des expériences hors territoire encourageantes	Personnes âgées et Personnes handicapées	Existantes mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Rechercher les moyens (financiers, matériels, humains) permettant la réalisation de cette action Sortir de l'exclusion le public concerné, lui permettre d'accéder à une vie sociale Insertion dans la cité 	<ul style="list-style-type: none"> Implication financière des instances (C.G., ARS, Etat, ...) Mobilisation des communes et des CCAS Recherches de partenaires (Fondations, Club, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> Associations de familles, représentants Personnes âgées et personnes handicapées, MDPH
Préconisation 2.3.2 : Création de logements communautaires diversifiés								
Gr2_4	Créer des logements communautaires diversifiés	Lutter contre l'isolement	Absence d'offre sur le territoire, des expériences hors territoire encourageantes	Personnes en perte d'autonomie (personnes âgées et handicapées)	Existantes mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Maison relais / Résidence d'accueil Appartements en semi-autonomie - 4 personnes maximum sans limite de durée Logement adapté - intervention ergothérapeute Solution intermédiaire qui correspond au degré d'autonomie de la personne 	<ul style="list-style-type: none"> Impliquer les bailleurs sociaux (+ privés) Obliger les bailleurs à réserver des places Mutualisation des moyens de chaque locataire 	<ul style="list-style-type: none"> Association Famillage - copropriété SAIS /UNAFAM - caisses de retraite ?
Préconisation 2.3.3 : Création de places de SSIAD et d'HAD renforcées pour les personnes grabataires lourdement handicapées								
Gr2_8	Créer un SSIAD renforcée et HAD renforcé	Répondre aux besoins de prise en charge médico-sociale de patients ne relevant ni d'un SSIAD, ni d'un HAD, ni d'aide libéraux	Des dispositifs de soins à domicile existants sur le territoire cependant inadaptés à certaines pathologies	Personnes grabataires ou lourdement handicapées nécessitant des soins lourds à	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Créer un service avec un financement adapté ou élargir l'accord des prises en charge aux services existants 	<ul style="list-style-type: none"> Réadapter les critères d'admission des services existants Financement adapté à ce type de prise en charge 	ARS
Objectif 2.4 - Faciliter le parcours et améliorer l'orientation des personnes accompagnées								
Préconisation 2.4.1 : Système d'échange d'information sur les personnes suivies								
Gr2_13	Lancer une réflexion autour de la création d'un outil permettant le partage des données médicales, médico-sociales et sociales des patients (coordination des acteurs, communication des plans d'aide personnalisés, faciliter l'émission de double orientation si nécessaire...)	Orienter les patients vers les structures les plus adaptées à leur besoin Coordonner les différents acteurs	Absence d'outil commun	Personnes âgées & Personnes handicapées	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Recueillir les besoins individuels, les demandes de personnes en perte d'autonomie Commission traitant les demandes (délais courts) composée de référents, d'experts, d'acteurs, d'usagers Communication des plans d'aide personnalisés : <ul style="list-style-type: none"> Communiquer à la personne aidée, à la famille et aux différents acteurs gravitant autour de la personne aidée, le plan d'aide personnalisé préconisé par les évaluateurs (CG - MDPH) Cadrer les interventions - APA Joindre aux notifications les plans d'aide personnalisés Communiquer avec les travailleurs sociaux CG - MDPH Double orientation : <ul style="list-style-type: none"> Faciliter si nécessaire une double convention SAVS / SAMSAH qui facilitera, après la séquence d'évaluation des besoins, de passer d'une service à l'autre sans délai administratif. La double orientation facilite également le travail partenarial autour de la personne en vue d'une transition vers l'autre établissement ou en vue d'une préparation à la fin d'un accompagnement. Lien plus direct avec MDPH pour requilibrer une simple orientation en double orientation 	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation des partenaires Financement Logiciel de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> réseau gérontologie ? (cf. proposition action de même nature par groupe de travail) / offre de soins de tiers-recours

Axe stratégique 2 : « Rattraper le retard et organiser l'offre de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées »

N° de préco.	Nom de l'action	Objectif opérationnel	Rappel du contexte	Public ciblé	Type de préco.	Description de l'action	Moyens nécessaires	Porteurs potentiels
Préconisation 2.4.2 : Fonction de coordinateur référent hospitalier								
Gr2_14	Créer la fonction d'un référent coordinateur des parcours individualisés au sein du CH	Optimiser le parcours de santé des personnes en perte d'autonomie	Absence de référent	Personnes en perte d'autonomie	Existante mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Création de cette nouvelle fonction à partir des dispositifs déjà existants (EWG, réseau référents établissements médico-sociaux, professionnels médico et paramédico de ville) - COORDINATION Mission évaluation du fonctionnement des conventions existantes, réajustement et actualisation des conventions existantes Création d'un dispositif permettant le repérage des besoins individuels Information, communication et la réponse à ces besoins, faire le lien avec ce dispositif. 	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation des partenaires (ensemble des acteurs du territoire engagé sur la personne en perte d'autonomie) Financement de la mission Numéro unique (outil) Système d'information sécurisé - logiciel de gestion en cas de messagerie sécurisée 	CH Martigues
Préconisation 2.4.3 : Numéro d'appel unique pour les personnes en perte d'autonomie								
Gr2_15	Créer un numéro d'appel unique pour orienter les personnes en perte d'autonomie (ligne téléphonique)	Orienter les patients vers les structures les plus adaptées à leur besoin	Multiplicité des acteurs?	Personnes âgées	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Recueillir les besoins individuels, les demandes de personnes en perte d'autonomie Commission traitant les demandes (délais courts) composée de référents, d'experts, d'acteurs, d'usagers 	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation des partenaires Financement Logiciel de gestion 	Réseau gérontologie
Préconisation 2.4.4 : Adaptation de l'accueil aux Urgences des personnes souffrant de handicap psychique avec trouble du comportement								
Gr2_16	Repenser l'accueil des urgences hospitalières pour les personnes en handicap psychique avec troubles du comportement (gestion de l'attente)	Améliorer la prise en charge des personnes préidentifiées	Défaillance de prise en compte du handicap avec risques de troubles du comportement	Pour toutes personnes souffrant d'un handicap		<ul style="list-style-type: none"> Identification - régulation - Centre 115 - Coordination du parcours de soins Reais avec la maison médicale de garde Isolément des personnes en difficultés (troubles comportementaux) Comment gérer l'attente 	<ul style="list-style-type: none"> Implication des généralistes - renvoi vers les urgences Prise en charge urgences vitales pour prévenir de l'arrivée du patient 	CH Martigues
Préconisation 2.4.5 : Renforcer les droits des personnes atteintes de handicaps psychiques « invisibles » par la révision médicale de la grille d'évaluation du handicap								
Gr2_17	Revoir la grille d'évaluation du handicap invisible	Prise en compte du handicap invisible	Grille d'évaluation incomplète	Handicapés psychiques et cérébrolésés	Existante mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Etude des conséquences du handicap psychique et neurologique dans la vie quotidienne Création d'une grille d'évaluation de ces symptômes, qui puisse être reproductible, pérenne et objective. But : Meilleure considération du handicap invisible et adaptation adéquate de la PCH, car très grandes difficultés à faire reconnaître les difficultés rencontrées par ces personnes au sein de leur domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> Médecins spécialisés : neurologues, psychiatres, psychomotriciens 	ABS (ou national?)

Annexe 5.3

Préconisations du groupe de travail pour l'axe stratégique 3

**« Développer la connaissance, réduire les risques et prendre en charge les pathologies liées au travail et à la qualité de l'air »
qui constitueront une base de travail pour les comités techniques
sans présupposer des engagements des programmations futures**

Axe stratégique 3 : « Développer la connaissance, réduire les risques et prendre en charge les pathologies liées au travail et à la qualité de l'air »

N° de préc.	Nom de l'action	Objectif opérationnel	Rappel du contexte	Public ciblé	Type de préc.	Description de l'action	Moyens nécessaires	Porteurs potentiels
Objectif 3.1 - Mieux connaître pour mieux agir								
Préconisation 3.1.1 : Animer une instance d'études locales organisée sur des maladies professionnelles								
Gr3_1	Créer une instance "maladies professionnelles"	Coordonner l'offre et le réseau sur les maladies professionnelles (organiser des forum, coordonner le réseau, diffuser de l'information)	Une multitude d'intervenants qui ne partage pas suffisamment	Travailleurs, Entreprises à risque, Population	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Rassembler les acteurs et définir les modalités de création et de fonctionnement de l'instance Identifier un lieu unique neutre 	<ul style="list-style-type: none"> Réseau 1 local 	A arbitrer
Gr3_2	Faire vivre le cadastre (alimenter, diffuser, l'information maintenir)	<ul style="list-style-type: none"> Mobiliser les connaissances et les outils disponibles pour produire de l'information à destination des usagers, des médecins et des décideurs Croiser et partager les informations pour constituer une "mémoire collective et informatisée" des données et des risques 	<ul style="list-style-type: none"> Un outil existant de traçabilité au service de tous à toutes les étapes (dépistage, prise en charge du malade, réduction des risques) à pérenniser 	Travailleurs, Associations, Collectivité	Existante mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Alimenter le cadastre des postes à risque de cancer ayant causé des pathologies avérées et reconnues, via les associations, collectivités et médecins généralistes Rendre public la liste des postes à l'occasion de la relance du Comité Territorial qui se réunit 1 fois par an Confronter, si possible, les données récoltées à celles de la médecine du travail et de la CPAM Recueillir des témoignages permettant aux salariés d'identifier les dangers des différents postes à risque Praticiens hospitaliers intéressés pour accès données (cf. site internet permettant accès aux cartés de pollens) 	<ul style="list-style-type: none"> Cadastre SIG (APCME) Convention de partenariat avec les structures et professionnels alimentant le Cadastre 	APCME
Gr3_3	Relancer un réseau local de prévention et de soins des pathologies professionnelles	Développer le réseau "maladies professionnelles" & Faire de la prospection des besoins sur le territoire	Des séances de travail bimensuelles à redynamiser, un langage commun à partager	Association, Médecins généralistes et spécialistes	Existante mais à adapter	<ul style="list-style-type: none"> Partager des connaissances concernant les postes à risque, les déterminants et les données épidémiologiques Informers les médecins traitants (cursus pro) Organiser des formations médicales 1 fois par an pour rendre compte des travaux du réseau "maladies professionnelles" Créer une antenne de consultation des pathologies professionnelles sur l'hôpital (particularité du bassin d'emploi) : cf. fiche spécifique Élargir le groupe de travail à de nouveaux partenaires (foyer de partage des connaissances) Développer l'approche santé publique et prospective 	<ul style="list-style-type: none"> Partenariats avec : <ul style="list-style-type: none"> Médecins généralistes, spécialistes et du travail APPUM (organisation des formations médicales) = lieu 	Hôpital de Martigues (CHM favorable si approche clinique et santé publique renforcée) A arbitrer
Gr3_4	Créer une antenne de consultation des pathologies professionnelles sur l'hôpital (particularité du bassin d'emploi)	Rechercher les causes des pathologies suite diagnostic et orientation par médecins	Des médecins en demande d'éclairage sur les causes, une consultation à Marseille peu accessible	Travailleurs (actifs et retraités) et professionnels	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Installation d'une antenne de consultation des pathologies professionnelles (cf. : Timone) ; développer l'approche étiologique sur les produits et les postes de travail en cause à partir du diagnostic d'une pathologie et suite orientation par médecin (traitant, spécialiste, ...) Praticiens hospitaliers confirmer besoin éclairage sur causalités et recours expertise neutre (en adéquation avec recommandation du Plan cancer) Créer lien avec Cadastre des postes de travail à risques avérés (APCME) Favoriser le recours à cette consultation par un rapprochement sur le territoire 	<ul style="list-style-type: none"> Convention entre AP-HM, CHM et APCME Financement Poste de Médecin (ou interne) au CHM alternative : mise en place d'une filière avec la Timone pour reconstitution Curriculum laboris sur CHM et consultation médicale (expertise neutre) sur la Timone 	Hôpital de Martigues OU AP-HM et CHM

Axe stratégique 3 : « Développer la connaissance, réduire les risques et prendre en charge les pathologies liées au travail et à la qualité de l'air »

N° de préco.	Nom de l'action	Objectif opérationnel	Rappel du contexte	Public ciblé	Type de préco.	Description de l'action	Moyens nécessaires	Porteurs potentiels
Préconisation 3.1.2 : Animer une instance d'études locales organisée dans le cadre d'un Conseil Scientifique dans le domaine de l'air et de la santé								
<i>Volet étude et recherche</i>								
Gr3_12	Constituer un conseil scientifique mêlant approche médicale et environnementale	Contribuer aux actions de santé-environnementale du territoire, par une approche scientifique, pluridisciplinaire et partagée	Une interrogation légitime sur les liens de cause à effet. Des approches pollution de l'air et santé souvent séparées	professionnels du secteur de l'environnement et de la santé	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Définir des recommandations de suivi médical (dépistage précoce, ...) en fonction de données d'évaluation des risques Définir une méthodologie permettant de croiser des données d'évaluation de risques et de morbidité Conduire une réflexion sur les normes réglementaires de niveaux de polluants (besoin de révision, d'adaptation locales?) Apporter un avis lors de l'autorisation de nouvelles activités économiques Praticiens hospitaliers très favorables ; nécessité d'établir les relations de cause à effet 	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation de scientifiques d'horizon varié Organisation de temps de concertation 	A arbitrer
Gr3_13	Réaliser une étude de faisabilité sur le croisement des informations disponibles sur les zones à risques potentiels et le recensement de pathologies avérées et géolocalisées	Evaluer la faisabilité technique de cette approche et le risque avéré	Une interrogation légitime sur les liens de cause à effet. Des approches pollution de l'air et santé souvent séparées	professionnels du secteur de l'environnement et de la santé	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Croiser les informations disponibles sur les zones à risques potentiels (étude SCENARII - AirPaca/ produits en cause, organes cibles) et le recensement de pathologies avérées et géolocalisées en fonction : <ul style="list-style-type: none"> - du lieu de résidence - du lieu de travail (cursus professionnels) - d'un indicateur de proximité (dimension importante à prendre en compte) S'appuyer sur un conseil scientifique mêlant différentes approches : médicales, géographiques, chimie de l'environnement, (cf. fiche-action spécifique) 	<ul style="list-style-type: none"> Mise à disposition des données (cartes SCENARII, médicales, sociales, ...) 	Géographe de la santé
Gr3_14	Lancer une réflexion sur les normes réglementaires	Mener une réflexion autour des seuils réglementaires nationaux	Une interrogation sur des normes réglementaires rarement dépassées et la pertinence des seuils sur le plan sanitaire	Organismes de mesure	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> En cas de risque avéré sur le territoire, malgré le respect des normes réglementaires, convenir d'une stratégie à l'égard des normes de niveaux de polluants (nécessité de mise en place de normes localisées?) Nécessité d'agir dès lors que vérification du risque S'appuyer sur un conseil scientifique (cf. fiche-action spécifique) 	<ul style="list-style-type: none"> Action secondaire à la production de données confirmant le risque avéré Volonté politique et faisabilité réglementaire 	DREAL et Collectivités locales
Gr3_15	Définir des protocoles de suivi médical en fonction des zones à risque potentiels	Proposer aux professionnels un protocole de dépistage précoce et d'éducation thérapeutique	Action dépendante du développement de la connaissance	Professionnels de la santé	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> S'appuyer sur un conseil scientifique afin de définir des procédures médicales adaptées (experts HAS, ...) - cf. fiche-action spécifique Modalité d'action opportune dès lors que vérification du risque Données pouvant être utilisées dans les programmes d'éducation thérapeutique (asthme, BPCO, insuffisances cardiaques) 	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un conseil scientifique 	A arbitrer
<i>Volet information et formation</i>								
Gr3_16	Diffuser les informations disponibles sur les zones à risques potentiels pour les professionnels de la santé	Informers les professionnels de santé des zones et produits à risques, des organes cibles et pathologies attendues	Une interrogation légitime sur les liens de cause à effet	Professionnels de la santé	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Diffuser les informations sur les zones à risques potentiels (étude SCENARII - AirPaca, disponible à partir de janvier 2014) et sur des recommandations de suivi médical Praticiens hospitaliers intéressés si relations de cause à effet préétablies (cf. site internet permettant accès aux cartes de pollens, complété d'un bilan hebdomadaire) ; données pouvant être utilisées dans les programmes d'éducation thérapeutique (asthme, BPCO, insuffisances cardiaques) ; importance de la prise en compte des micro-particules 	<ul style="list-style-type: none"> Mise à disposition des données par AirPaca 	A arbitrer
Gr3_18	Communiquer sur les risques liés à la santé au travail et à l'environnement du territoire	Informers les usagers des différents risques existants sur leur territoire	Une population en demande d'information	Population du Pays de Maritimes	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les déterminants environnementaux Impliquer les médecins généralistes et spécialistes pour la diffusion de l'information (relais de confiance auprès des usagers) 	<ul style="list-style-type: none"> Implication forte des médecins Mobilisation des acteurs locaux pour des actions fréquentes de communication (revues municipales, ...) Volonté politique 	A arbitrer

Axe stratégique 3 : « Développer la connaissance, réduire les risques et prendre en charge les pathologies liées au travail et à la qualité de l'air »

Objectif 3.2 - Faire connaître pour mieux prévenir

Préconisation 3.2.1 : Créer un « Forum » des maladies professionnelles

N° de préco.	Nom de l'action	Objectif opérationnel	Rappel du contexte	Public ciblé	Type de préco.	Description de l'action	Moyens nécessaires	Porteurs potentiels
Gr3_5	Créer un forum "Maladies et risques professionnels" (information, prévention, orientation)	Sensibiliser le public sur les risques professionnels & Améliorer la connaissance des salariés sur les différents risques auxquels ils sont exposés sur les postes occupés et sur leurs droits	Une population exposée Des informations et des ressources disponibles à diffuser	Travailleurs, Entreprises à risque, Population	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Solliciter les associations, les partenaires du bassin (médecins, CPCAM, CARSAT, CHSCT des différentes entreprises, OCS, ...) Mettre en place des stands d'information, diffuser des témoignages, ... Contenu des informations : Faire un focus sur les pathologies particulières du bassin de Marquilles Expliquer les démarches pour se protéger et les obligations des employeurs (EPI, fiche d'exposition, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> Un lieu de repère commun (Instance Locale si possible) Mobilisation du réseau 	A arbitrer DIRECCTE (à confirmer) OU Instance locale
Gr3_6	Soutenir le réseau local d'aide et de soutien des victimes de maladies professionnelles	Identifier et soutenir les acteurs	Des parcours d'accès aux droits complexes pour les usagers, souvent fragilisés Des associations présentes sur le territoire	Population de l'Etang de Berre	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Reconstituer le réseau de prise en charge des maladies professionnelles : victimes (suivi post-professionnel), médecins, associations, CPAM, prise en charge psychologique des malades 		A arbitrer
Gr3_7	Diffuser les informations sur le réseau existant pour les maladies professionnelles	Visualiser l'ensemble des structures existantes et réaliser un outil de communication à destination des professionnels et des personnes exposées	Des parcours d'accès aux droits complexes pour les usagers, souvent fragilisés : des associations présentes sur le territoire	Travailleurs, Médecins, Associations	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Cartographier le réseau des structures de prise en charge des maladies professionnelles sur le territoire Réactualiser la plaquette réalisée en 2009 par le réseau de prévention et de soins du CHM et en créer une version à destination des usagers Identifier les pathologies les plus fréquentes sur notre bassin d'emploi Décrire le parcours de reconnaissance pour la déclaration de MP Identifier les lieux d'accompagnement dans la démarche de reconnaissance Diffuser l'information lors des forums santé 	<ul style="list-style-type: none"> Autres relais de l'information : Presse locale Soutien financier Obtenir la validation de l'ensemble des acteurs 	CAPAM / Hôpital ? OU Instance locale
Gr3_8	Réaliser une campagne d'information à destination des salariés sur le suivi post-professionnel	Sensibiliser le public cible sur leur droit & Prévenir les maladies professionnelles pour les salariés ayant été exposés	Un suivi post-professionnel pertinent et peu utilisé, Des ressources financières au sein de l'Assurance maladie	Travailleurs actifs / Retraités ayant été exposé	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Réalisation d'affiches et autres supports de communication à destination des travailleurs ayant été exposé au risque (affichage dans les cabinets médicaux, foyers, à travers les forums, ...) Communiquer sur les droits des travailleurs (production d'attestations d'exposition aux produits toxiques, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> Partenaires : mobilisation du corps médical / CAPM 	A arbitrer OU Instance locale
Gr3_9	Réunir les acteurs et les professionnels de santé impliqués sur la prévention et la prise en charge de la surdité	Mener une réflexion globale sur la prise en charge et le suivi des personnes malentendantes et/ou sourdes	Des personnes atteintes de troubles de l'audition nombreuses, Des difficultés d'accessibilité, Des ressources à développer	Personnes malentendantes	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Réfléchir à l'accessibilité générale dans la cité des personnes malentendantes (décision politique) et à l'accessibilité individuelle aux prothèses (financière) 	<ul style="list-style-type: none"> 1 lieu de réunion Une permanence locale de l'association Surdi13? CHM ouvert à partenariat pour pathologies de l'audition au sens large (au-delà pathologies professionnelles) 	Surdi 13

Axe stratégique 3 : « Développer la connaissance, réduire les risques et prendre en charge les pathologies liées au travail et à la qualité de l'air »

N° de préc.	Nom de l'action	Objectif opérationnel	Rappel du contexte	Public ciblé	Type de préc.	Description de l'action	Moyens nécessaires	Porteurs potentiels
Gr3_10	Organiser un forum d'information sur la prévention et la prise en charge de la surdité à destination des usagers	Informers les usagers des solutions existantes sur le territoire	Des personnes atteintes de troubles de l'audition nombreuses Des difficultés d'accessibilité Des ressources à développer	Population du Pays de Martigues	Nouvelle		<ul style="list-style-type: none"> 1 événementiel et un lieu de rencontre Possible intégration dans cadre action plus globale "forum maladies professionnelles" 	A arbitrer
Gr3_11	Recenser les actions de prévention des risques de maladie professionnelle pour les partager	Diffuser l'information au sujet des actions de prévention des risques par secteur d'activité	Une méconnaissance des initiatives	Salariés des secteurs d'activité	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Descrite chaque risque et proposer des actions de prévention pour assainir les postes à risque (produits, bio, gestes et postures, etc.) Partager, encourager et valoriser les expériences Participation dans les forums 	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation des partenaires : médecins du travail, DRH, CHS, Syndicats, GIPHSE Importance d'un dialogue avec les entreprises 	A arbitrer OU Instance locale
Gr3_18	Communiquer sur les risques liés à la santé au travail et à l'environnement du territoire	Informers les usagers des affréments risques existants sur leur territoire	Une population en demande d'information	Population du Pays de Martigues	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les déterminants environnementaux Impliquer les médecins généralistes et spécialistes pour la diffusion de l'information (relais de confiance auprès des usagers) 	<ul style="list-style-type: none"> Implication forte des médecins Mobilisation des acteurs locaux pour des actions fréquentes de communication (revues municipales, ...) Volonté politique 	A arbitrer

Objectif 3.3 - Adapter l'offre de soins aux spécificités environnementales

Préconisation 3.3.1 : Organiser une consultation spécialisée au CHM

Gr3_4	Créer une antenne de consultation des pathologies professionnelles sur l'hôpital (particularité du bassin d'emploi)	Rechercher les causes des pathologies suite diagnostic et orientation par médecins	Des médecins en demande d'éclairage sur les causes, une consultation à Marseille peu accessible	Travailleurs (actifs et retraités) et professionnels	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Installation d'une antenne de consultation des pathologies professionnelles (cf. : Timone) : développer l'approche étiologique sur les produits et les postes de travail en cause à partir du diagnostic d'une pathologie et suite orientation par médecin (traitant, spécialiste, ...) Praticiens hospitaliers confirmés besoin éclairage sur causalités et recours expertise neutre (en adéquation avec recommandation du Plan cancer) Créer lien avec Cadastre des postes de travail à risques avérés (APCME) Favoriser le recours à cette consultation par un rapprochement sur le territoire 	<ul style="list-style-type: none"> Convention entre AP-HM, CHM et APCME Financement Poste de Médecin (ou interne?) au CHM alternative : mise en place d'une filière avec la Timone pour reconstitution Curriculum laboris sur CHM et consultation médicale (expertise neutre) sur la Timone 	Hôpital de Martigues OU AP-HM et CHM
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

Préconisation 3.3.2 : Organiser des filières autour de quelques pathologies en lien avec l'environnement

Gr3_17	Ajuster l'offre de soins aux spécificités environnementales	Tenir compte des enseignements des études citées précédemment en vue d'offrir des moyens adaptés localement en dépistage précoce et prise en charge des pathologies en lien avec l'environnement (action secondaire dans le temps)	Des moyens et des spécialités à conforter	professionnels et établissements de santé	Nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> Ajustement des équipements et équipes soignantes aux besoins 	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation des praticiens (médecins, etc.) Inscription des axes au Schéma régional d'organisation des soins (lorsque soumis à autorisation ou à objectifs quantifiés) Inscription au Projet d'établissement du CHM 	A83 et CHM
--------	-------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	-------------------------------------------	----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------