



CONTRAT LOCAL DE SANTE 2019-2021

Marseille

ENTRE

LE PREFET DE LA REGION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

LA PRESIDENTE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DES BOUCHES
DU RHONE

ET LA MAIRIE DE LA VILLE DE MARSEILLE

PREAMBULE

Les contrats locaux de santé (CLS) sont des outils de contractualisation, permettant d'associer les acteurs autour des enjeux d'un territoire. C'est un outil au service d'une stratégie locale en santé qui vise à apporter en proximité une meilleure réponse aux besoins de la population. C'est une opportunité pour permettre une meilleure articulation avec les politiques publiques pilotées par différents partenaires, et ce dans une logique de cohérence, de coordination et de décloisonnement.

L'article L.1434-17 du Code de la Santé Publique précise que « la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence régionale de santé, 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. »

Ce contrat est le fruit de la dynamique collective de différentes institutions, mais également un projet participatif où les objectifs stratégiques et le programme d'actions ont été co-construits avec de nombreux partenaires, notamment associatifs et en recherchant systématiquement la participation des habitants ce qui devrait être le gage d'une réponse adaptée aux besoins de la population marseillaise.

Le contrat local de santé de troisième génération 2019-2021 est élaboré entre la Préfecture des Bouches du Rhône, la Ville de Marseille, l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur et le Conseil Départemental des Bouches du Rhône et de nombreux partenaires. Il est conclu pour une durée de 3 ans à compter de la date de sa signature. Il pourra être révisé par voie d'avenant en cours de contrat. Dès sa phase de préfiguration, il a été pensé comme un outil de transition vers un futur « CLS 4 » qui pourrait être métropolitain.

Son écriture a été guidée par quelques grands principes :

- Comme la stratégie nationale de santé, le CLS 3 Marseille 2019-2021 réaffirme le postulat porté par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), selon laquelle la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques.
- Les inégalités sociales et territoriales de santé demeurent à des niveaux élevés sur le territoire marseillais. Chaque objectif opérationnel du CLS 3 devait contribuer à les réduire.
- Les actions du CLS 3 intègrent dans une approche globale, mais graduée, les parcours de santé, les parcours de soins, les parcours de vie (qui envisagent la personne dans son environnement : famille, entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...)

CONTEXTE

Le territoire marseillais a bénéficié du premier contrat local de santé (CLS 1) signé sur le territoire national en 2010. Le CLS de Marseille de deuxième génération (CLS 2) s'est terminé en fin d'année 2018, après avoir été prorogé de 2 ans afin de pouvoir s'appuyer, lors de l'écriture du CLS de 3^{ième} génération (CLS 3) sur le nouveau projet régional de santé de l'ARS PACA.

1. Evolution des CLS de Marseille

Le CLS 1 a mis en exergue un ensemble d'actions existantes et a affiché la collaboration entre ses signataires. L'inscription des actions dans le cadre du CLS témoigne de l'attachement et de l'importance accordés à ces actions par les signataires et de leur volonté de les pérenniser. Les 18 actions, concernant 4 thématiques ou publics, relèvent alors essentiellement du domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Le CLS 2 a été élaboré avec le soutien d'un consultant externe. Il s'appuie sur un bilan de santé de l'Observatoire Régional de la Santé PACA alimenté par des données quantitatives, des données scientifiques, la perception d'acteurs de terrain. Une priorisation partagée des thèmes retenus a été effectuée au croisement des priorités de santé régionales de l'ARS, de celles des collectivités locales et des démarches locales territoriales de santé (Ateliers santé-Ville-ASV par ex). La réduction des Inégalités Sociales et Territoriales de Santé (ISTS) et la continuité de la prise en charge dans une logique de parcours constituent des enjeux de ce 2^{ème} CLS. Pour certaines thématiques et en particulier la thématique nutrition et prévention de l'obésité, le CLS 2 intègre une approche globale par « programme » et une intention d'intersectorialité visant à agir sur les déterminants de santé sans trouver les cadres de développement adéquats. Lors des travaux d'élaboration, le questionnement du choix des priorités d'actions et thématiques au regard de la plus-value du CLS par rapport à d'autres démarches ou dispositifs a émergé sans toutefois constituer le principal critère de priorisation.

Le champ du CLS 2 est plus large que le premier (prévention, soins, médicosocial) et concerne 4 orientations, 10 thématiques et plus de 70 actions.

Dans le cadre du suivi du CLS 2, un bilan des actions a été réalisé. Ainsi le CLS 2 a été principalement un dispositif valorisant les actions existantes et renforçant la visibilité de l'offre.

2. Un CLS 3 recentré autour de 5 axes stratégiques

Le travail de préfiguration du futur CLS 3 s'est étendu sur l'année 2018.

Une première phase de travail, regroupant les instances membres du comité de pilotage du CLS 2, a permis d'identifier cinq axes stratégiques à partir d'un diagnostic territorial.

- Axe 1 « développer la prévention en santé environnement » avec 3 volets
 - 1-1 « Améliorer la qualité de l'air intérieur et extérieur sur la ville de Marseille »
 - 1-2 « Mettre en œuvre une politique locale efficace et concertée de lutte contre l'incurie dans le logement »
 - 1-3 « Réduire l'exposition aux perturbateurs endocriniens des Marseillaises et Marseillais »
- Axe 2 « Lutter contre la sédentarité et promouvoir l'activité physique chez tous les marseillais, dans un objectif de promotion de la santé et du bien-être »
- Axe 3 « Soutenir, accompagner et diversifier les modalités de prévention et d'intervention en réduction des risques et des dommages dans le champ des conduites addictives »
- Axe 4 « Promouvoir un environnement favorable à la santé du jeune enfant »
- Axe 5 « Favoriser l'accès aux soins et l'accompagnement des personnes en renoncement aux soins et en situation de fragilité »

Puis la déclinaison opérationnelle du CLS 3 a été co-construite avec les principaux partenaires concernés afin d'aboutir à un programme d'actions, consolidant les partenariats locaux et inscrivant la démarche dans la durée. Lors des travaux d'élaboration, le questionnement du choix des priorités d'actions au regard de la plus-value du CLS par rapport à d'autres démarches ou dispositifs a été systématiquement posé.

Ainsi 7 groupes de travail (1 par axe, sauf pour le domaine santé environnement où il y a eu 1 groupe de travail pour chaque volet) se sont réunis régulièrement afin de décliner opérationnellement ces axes en un nombre restreint d'actions « labellisées CLS 3 »

GT	Animation
1-1 SE « Air »	Ville de Marseille
1-2 SE « incurie du logement »	ARS - Ville de Marseille
1-3 SE « PE »	Ville de Marseille
2 « Lutte contre la sédentarité »	Ville de Marseille
3 « RDDR »	ARS PACA-Ville de Marseille
4 « jeunes enfants »	ARS PACA
5 « renoncements aux soins »	CPAM 13 - Ville de Marseille

Les habitants, par l'intermédiaire des conseils citoyens, ont participé activement à l'élaboration du CLS 3, dans certains groupes de travail dans lesquels ils ont choisi de s'inscrire. Les membres des instances de gouvernance ont indiqué leur volonté d'inscrire dans la durée, l'association des habitants à la démarche et aux travaux du CLS.

Il a été décidé collégialement de ne pas réinscrire dans le CLS 3 des actions déjà en cours, mais de se projeter sur de nouvelles actions, dont les enjeux sont partagés par les partenaires et dont la mise en œuvre nécessite une coordination renforcée, notamment des membres du COPIL CLS 3.

Les COPIL de préfiguration, intégrant les représentants des habitants à partir d'octobre 2018, ont validé chaque étape du processus. Les travaux ont été préparés par un « comité technique », garant de la cohérence et de l'opérationnalité des actions émanant des différents groupes de travail.

LES MODALITES DE GOUVERNANCE

Le CLS constitue un plan commun d'actions en matière de santé, décidé à l'échelle de la commune de MARSEILLE (851 420 habitants vivent sur une superficie totale de 241 km²)

Le CLS est un engagement partagé : il ne comprend pas toutes les actions que les partenaires mènent sur le territoire, mais seulement les actions qui sont à la croisée des priorités de chacun.

Il implique :

- Un partage d'informations sur les politiques menées par chaque signataire et membre du « Comité de pilotage - COPIL »;
- Un engagement pour la co-construction des actions.

1. Les signataires

Le contrat local de santé de Marseille 2019-2021 est signé par :

- Le (la) Préfet (e) des Bouches du Rhône
- Le (la) Directeur (trice) général(e) de l'Agence régionale de santé
- Le (la) Président (e) du Conseil Départemental des Bouches du Rhône
- Le (la) Maire de Marseille

2. Les modalités de mise en œuvre du contrat

2.1. Le comité de pilotage (COPIL)

Le comité de pilotage du CLS 3 de Marseille 2019-2021 facilite les conditions de réussite de la démarche.

Il est coprésidé par :

- Le (la) Directeur (trice) général(e) de l'Agence Régionale de Santé ;
- Le (la) Préfet (e) des Bouches du Rhône ou son (sa) représentant(e) ;
- Le (la) Maire de Marseille ou son (sa) représentant(e).

Sont également membres de ce comité de pilotage :

- Le (la) Préfet (e) délégué(e) pour l'égalité des chances ou son (sa) représentant(e) ;
- Le (la) Président (e) du Conseil régional ou son (sa) représentant(e) ;
- Le (la) Président (e) du Conseil départemental des Bouches du Rhône ou son (sa) représentant(e) ;
- Le (la) Président (e) de la métropole Aix Marseille Provence ou son (sa) représentant(e)
- L'Inspecteur (trice) d'académie – Directeur (trice) académique des services de l'Education nationale (IA-DASEN) des Bouches-du-Rhône ou son (sa) représentant(e)
- Le (la) Directeur (trice) départemental (e) de la cohésion sociale des Bouches du Rhône ou son (sa) représentant(e) ;
- Le (la) Directeur (trice) de la CPAM des Bouches du Rhône ou son (sa) représentant(e)
- Deux représentants(es) des habitants, issus des conseils citoyens de la commune de Marseille

Le COPIL peut solliciter la participation, pour avis, de structures expertes et associer des partenaires dont la présence peut faciliter la définition et la mise en œuvre des objectifs (par ex. CAF, DREAL...).

Il a pour missions :

- D'arrêter la stratégie générale ;
- D'arrêter le périmètre du contrat (territoires, axes thématiques...) ;
- De décider des ajustements éventuels au regard des éléments sur le suivi et l'évaluation qui lui seront présentés ;
- De fixer les objectifs correspondants au périmètre du contrat et les modalités de coopération ;
- De mandater l'équipe projet ;
- D'orienter et valider les avancées de l'équipe projet ;
- De fixer les modalités de suivi et d'évaluation du contrat ;
- D'échanger sur les orientations de chaque partenaire sur le territoire ;
- De valider une stratégie de communication coordonnée des différents partenaires.

Il se réunit deux fois par an (et en fonction des besoins identifiés).

Son secrétariat est assuré par le service de la Santé Publique et des Personnes Handicapées de la Ville de MARSEILLE.

Chaque institution, membre du COPIL, s'engage à désigner : un(e) « référent(e) CLS » qui aura pour missions :

- De participer à l'équipe-projet ;
- De diffuser au sein de son institution les informations relatives à la mise en œuvre du CLS ;
- De porter au sein de l'équipe projet les positions de son institution ;
- De faciliter les contacts des porteurs d'action et du coordinateur CLS avec les personnes référentes du domaine concerné au sein de son institution.

2.2. L'équipe projet

L'équipe projet du CLS 3 de Marseille 2019-2021 est co animée par les référents(es) CLS de l'ARS PACA et de la ville.

L'équipe projet est l'émanation technique des institutions du COPIL.

L'équipe projet peut faire appel à des structures ressources en cas de besoin.

La présence ou l'avis des coordonnateurs(trices) ASV et CLSM peut être recherchée en fonction des besoins.

L'équipe-projet a pour missions :

- De faciliter la circulation de l'information entre les institutions ;
- De proposer au COPIL les objectifs correspondants au périmètre du contrat et les modalités de coopération ;
- De proposer au COPIL un plan de réalisation et un calendrier de mise en œuvre du CLS 3 ;
- De suivre, d'évaluer l'avancée du contrat et de proposer au COPIL des ajustements éventuels ;
- De déterminer les modalités de mise en œuvre opérationnelle des actions retenues dans le cadre du CLS 3, sur proposition du coordinateur du CLS chargé de les mettre en œuvre ;
- De synthétiser, hiérarchiser, d'orienter et de valider les avancées des groupes de travail, sur proposition du coordinateur du CLS ;
- De fixer les modalités de suivi et d'évaluation du contrat ;
- D'échanger sur les orientations de chaque partenaire sur le territoire ;
- De rechercher une stratégie de communication coordonnée des différents partenaires.

Elle se réunit au minimum deux fois par an.

Son secrétariat est assuré par le coordonnateur du CLS 3.

Axes stratégiques et actions prioritaires

Les axes stratégiques, ainsi que la méthodologie de déclinaison des axes stratégiques en actions, ont été validées lors du COPIL de préfiguration du 13 avril 2018.

Sept groupes de travail ont été mis en place avec pour mission d'identifier un maximum de 3 à 4 actions prioritaires. Une note de cadrage harmonisée a été adressée à chaque groupe de travail, ainsi qu'un modèle de fiche action.

Tous les groupes de travail ont été constitués à l'exception du GT « perturbateurs endocriniens » et se sont réunis au minimum 2 fois et au maximum 5 fois. En l'absence de réunion du GT « perturbateur endocrinien », le service santé publique et personnes en situation de handicap de la ville a rédigé 3 fiches actions en lien avec ses partenaires habituels.

Tous les groupes ont respecté les objectifs fixés par le COPIL de prioriser 3-4 actions maximum ce qui fait un total de 20 actions prioritaires par les GT sur les axes stratégiques retenus par le COPIL d'avril 2018 :

- Axe 1 « développer la prévention en santé environnement » avec 3 volets
 - 1-1 « Améliorer la qualité de l'air intérieur et extérieur sur la ville de Marseille »
 - 1-2 « Mettre en œuvre une politique locale efficace et concertée de lutte contre l'incurie dans le logement »
 - 1-3 « Réduire l'exposition aux perturbateurs endocriniens des Marseillaises et Marseillais »
- Axe 2 « Lutter contre la sédentarité et promouvoir l'activité physique chez tous les marseillais, dans un objectif de promotion de la santé et du bien-être »
- Axe 3 « Soutenir, accompagner et diversifier les modalités de prévention et d'intervention en réduction des risques et des dommages dans le champ des conduites addictives »
- Axe 4 « Promouvoir un environnement favorable à la santé du jeune enfant »
- Axe 5 « Favoriser l'accès aux soins et l'accompagnement des personnes en renoncement aux soins et en situation de fragilité »

Axe 1-1 « Améliorer la qualité de l'air intérieur et extérieur sur la ville de Marseille »

Titre de l'action	Action N°1 : Déployer une campagne d'information, de sensibilisation et d'éducation sur les enjeux de la qualité de l'air en population générale : « Pour notre air, chaque geste compte »
Contexte communal	<p>Selon le baromètre santé environnement 2017 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 52 % des habitants des Bouches du Rhône déclarent que les pics de pollution, comme la pollution quotidienne de l'air extérieur sur leur lieu de vie présentent un risque plutôt élevé ou très élevé. Cependant les études scientifiques montrent que si les effets sanitaires des pics de pollution sont plus aigus, c'est la pollution chronique qui engendre globalement le plus de problème de santé. - Les politiques d'aménagement du territoire telles que l'amélioration des transports en commun et le développement des pistes cyclables sont les mesures que la population juge les plus efficaces pour lutter contre la pollution de l'air extérieur. - 6 habitants sur 10 de la région PACA considèrent qu'ils sont les premiers à devoir agir en matière de lutte contre la pollution de l'air extérieur. Cette prise de conscience de la nécessité d'une mobilisation individuelle est en très forte progression entre le baromètre 2007 et 2017 (+35 %) <p>Pour l'Agence régionale de santé PACA, les communes de Marseille, Aix-en-Provence, de l'étang de Berre, de Toulon et de Nice sont des zones prioritaires d'action.</p> <p>Sur le territoire Marseille Provence intégrant la Ville de Marseille, la Métropole Aix Marseille Provence, est compétente en matière de qualité d'air et de mobilités. Elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adhère chaque année à Atmo Sud afin notamment de surveiller la qualité de l'air ambiant ; - Est soumise à un Plan de Protection de l'Atmosphère en cours de révision, qui fixe des actions en faveur de l'amélioration de la qualité de l'air pour les secteurs de l'industrie, des déplacements, de l'agriculture et des bâtiments résidentiels et tertiaires ; - Est notamment en charge de l'Agenda de la Mobilité et du Plan de Déplacement Urbain (PDU) en cours d'élaboration (échéance : fin 2019), visant notamment à développer les modes de déplacements alternatifs, doux et actifs (vélo, marche) ; - Est soumise au projet de Plan d'Urgence Transport (visant à gérer les pics de pollution) en cours d'élaboration.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'information du grand public ; - Répondre aux demandes d'information de la population sur les pollutions ; - Favoriser la réflexion et susciter une prise de conscience de l'impact des comportements individuels ;

	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir des solutions pratiques ou des idées nouvelles à mettre en place individuellement (« Quels sont les gestes simples à faire ? » ; « Comment puis-je limiter mon impact sur la qualité de l'air et le changement climatique ? » ; « Quelles sont les astuces pour améliorer la qualité de l'air ? » ou encore « Qu'est-ce qu'il faut entreprendre en premier pour espérer améliorer la qualité de l'air ? » ; - Démultiplier les médias d'information (radio, télévision, outils de communication institutionnels...) ; - Valoriser et faire connaître les initiatives citoyennes.
Territoire concerné	Ville de Marseille
Population cible	La population marseillaise
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Recensement des actions d'information, de sensibilisation, d'éducation réalisées sur le territoire marseillais ; - Porter à connaissance les dispositifs existants en conseil santé environnement extérieur ; - Planification d'une campagne d'information-sensibilisation-éducation « Pour notre air, chaque geste compte » portant sur les enjeux de la qualité de l'air et le pouvoir d'agir à titre individuel par ex. sous forme d'actions type PEDIBUS, d'actions d'information concernant les risques individuels et collectifs liés aux brûlages (de menuiseries, des ferrailles...) ; - Promouvoir des ateliers permettant aux femmes enceintes et aux jeunes parents de mieux connaître et prévenir les risques de l'environnement domestiques sur la santé de leurs enfants (Les ateliers de "Nesting" du WECF France) ; - Inclure une sensibilisation à la qualité de l'air intérieur dans le plan d'amélioration de la qualité de l'air intérieur école et crèches vers les enfants en employant l'outil « l'Air et moi » / Poursuivre son utilisation au sein des collèges et lycées en l'adaptant aux publics jeunes ; - Créer ensemble des événements locaux (réunions, débats thématiques...) ; - Organisation de manifestations médiatisées pour la journée nationale de la qualité de l'air (en lien avec les actions Atmo sud) ; - Favoriser le développement d'application mobile liée aux réseaux sociaux permettant de valoriser les « actions cools et responsables » du jour / de la semaine ; - Multiplier les expositions mobiles allant à la rencontre de la population afin de leur faire découvrir, avec des exemples ou des expériences simples et surprenantes l'impact de leurs activités et de leurs pratiques sur la qualité de l'air » ; - Relayer les actions dans les mairies de quartier, dans les revues communales, les bulletins des CIQ.
Calendrier prévisionnel	2019 - 2021

Budget global estimé	Non défini à ce stade	
Gouvernance	<u>Porteur de l'action (structure)</u>	multiples en fonction des actions
	<u>Partenaires pré identifiés pour la mise en œuvre</u>	ATMO sud, GPMM, ADEME, AtmoSud, AGAM, (air)RTM, SNCF, réseau national de surveillance aérobiologique, Agence des Villes et Territoires Méditerranéens Durables (AViTeM), Associations (de protection de l'environnement, de citoyens, d'habitants)
	<u>Financeurs potentiels pré identifiés</u>	A définir en fonction des actions
Modalités d'évaluation	<u>Processus (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'institutions impliquées dans la campagne ; - Nombre d'institutions impliquées dans l'organisation de manifestation(s) commune(s) lors de la journée nationale de l'air. 	
	<u>Résultats (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Rédaction d'un état des lieux des formations ; - Nombre de nouvelles actions ; - Typologie du public ; - Retombées médiatiques en lien avec les actions réalisées lors de la journée nationale de l'Air ; - Nombre d'écoles concernées par un projet type « PEDIBUS » - Nombre annuel d'expositions mobiles (évaluation du nombre de personnes sensibilisés, catégories...) ; - Retour d'expérience sur les formations/sensibilisation et événements (questionnaires sur les changements de comportements réalisés ou à venir notamment en matière de transports) 	
Points de vigilance, risques identifiés		

Axe 1-1 « Améliorer la qualité de l'air intérieur et extérieur sur la ville de Marseille »

Titre de l'action	Action N°2 : Poursuivre et renforcer la campagne de formation et d'information portant sur la qualité de l'air auprès de différentes catégories de professionnels (de la santé, des collectivités locales...) et de décideurs locaux.
Contexte communal	<ul style="list-style-type: none"> - La surveillance de la qualité de l'air intérieur dans les lieux recevant du public devient obligatoire en 2018 (articles L. 221-8 et R. 221-30 et suivants du code de l'environnement). - L'étude ISAAC "International Study of Asthma and Allergies in Childhood" est une enquête épidémiologique mondiale dont l'objectif est de mieux connaître la prévalence et les facteurs de risque de l'asthme et des maladies allergiques de l'enfant. La phase réalisée en 2016 évaluait l'évolution de cette prévalence au cours des 20 dernières années sur une population d'enfants de CM1 et CM2 de Marseille. L'objectif secondaire était de connaître l'évolution des concentrations des polluants de l'air et leur lien avec ces affections. Ainsi Air PACA a réalisé en 2016-2017 une campagne de mesure de la qualité de l'air intérieur dans 64 salles de classe de 17 écoles élémentaires. En 2016, l'air intérieur des salles de classe est essentiellement influencé par les sources de pollution extérieures. Le confinement des salles de classe est globalement élevé (79% des salles de classe échantillonnées, de février à mai). En 2017, Air PACA (devenu ATMO Sud) a accompagné la Ville de Marseille dans la mise en place de la réglementation de la surveillance de la qualité de l'air intérieur dans les écoles et crèches avec comme échéance le 1er janvier 2018. En parallèle, les gestionnaires, le personnel d'entretien et les élèves de chaque école de l'étude ont été sensibilisés aux bons gestes et aux recommandations pour l'air intérieur. Associé à la sensibilisation des élèves, des capteurs de CO2 pédagogiques ont été mis en place afin d'impliquer un changement des comportements des occupants en termes d'habitudes d'aération.
Objectif opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Diffuser chez les professionnels de santé, (notamment médecins, sages-femmes et infirmiers) une culture en santé environnement en développant une meilleure compréhension des liens complexes qui existent entre facteurs environnementaux et effets sur la santé humaine, et les informer des dispositifs de conseil, de diagnostic et de prise en charge en santé environnement ; - Comprendre les enjeux et maîtriser le cadre réglementaire de la Qualité de l'Air Intérieur - QAI (encadrants, administratifs, enseignants et agents techniques de surface...) ; - Identifier les risques pour la santé, associés au phénomène de contamination du milieu intérieur et disposer de solutions pour en améliorer la qualité ; - Développer le partage d'une culture commune entre les acteurs ; - Positionner les acteurs de la santé comme personnes référentes en capacité d'identifier et de proposer des solutions pratiques à mettre en place par leurs patients afin d'améliorer la qualité de leur environnement ;

	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les professionnels exerçant auprès des jeunes enfants, enfants et adolescents aux enjeux de la qualité de l'air en milieu professionnel et leur proposer des gestes simples permettant de l'améliorer au quotidien ; - Renforcer l'intégration des enjeux et politiques de la qualité de l'Air dans l'ensemble des services de la ville de Marseille (déploiement des vignettes CRIT'AIR pour la flotte communale, inclure une norme « air » dans les marchés ex. peintures sans solvant, meubles NF environnement, utilisation des panneaux d'information de la ville...) et impliquer l'ensemble des services publics partenaires localisés sur la ville ; - Améliorer la prise en compte des niveaux de pollution atmosphérique et des anciens usages des sols au moment de la planification de nouveaux bâtiments destinés à accueillir de jeunes enfants : crèches, maternelles, écoles primaires... - Construire avec les professionnels du transport maritime et du tourisme des objectifs d'amélioration face aux impacts environnementaux de l'activité maritime et terrestre.
Territoire concerné	Ville de Marseille
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels de santé (notamment médecins, sages-femmes et infirmiers) ; - Les professionnels exerçant auprès des jeunes enfants, enfants et adolescents notamment dans les crèches, écoles, collèges et lycées ; - Les professionnels du service de l'urbanisme qui planifie la construction des nouvelles écoles, crèches, maternelles ; - Les professionnels du transport maritime (tourisme, marchandise...); - Les décideurs locaux et agents des collectivités.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre des actions de sensibilisation et d'informations sur les déterminants de santé afin de mieux appréhender les enjeux de la qualité de l'air et d'identifier les risques associés aux phénomènes de contamination de l'air ; - Généralisation de la formation-sensibilisation à la qualité de l'air intérieur des personnels dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité de l'air intérieur école et crèches en employant l'outil « l'Air et moi » ; - Développement de cette formation-sensibilisation à la qualité de l'air intérieur auprès des personnels des collèges et lycée en l'adaptant à ce nouveau public.
Calendrier prévisionnel	2019 - 2021
Budget global estimé	Non défini

Gouvernance	<u>Porteur de l'action (structure)</u>	Non défini
	<u>Partenaires pré identifiés pour la mise en œuvre</u>	GPMM, ATMO sud, Office du tourisme, Fédération des croisiéristes, RTM ...
	<u>Financeurs potentiels pré identifiés</u>	Non définis, dépendent de l'action mise en œuvre
Modalités d'évaluation	<u>Processus (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'institutions impliquées dans la formation de ces personnels ; 	
	<u>Résultats (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Nombre de personnels des crèches et des écoles, formés ;</u> - <u>Idem pour les personnels non enseignants des collèges et des lycées ;</u> - <u>Nombre de formations proposées aux professionnels de santé (préciser nombre de personnes présentes, catégories...)</u> 	
Points de vigilance, risques identifiés		

Axe 1-1 « Améliorer la qualité de l'air intérieur et extérieur sur la ville de Marseille »

Titre de l'action	Action N°3 : Proposer un accompagnement et une campagne d'information complémentaire aux actions sur les alternatives au brûlage des déchets verts aux particuliers et aux professionnels du jardinage.
Contexte communal	<p>A Marseille, comme sur le reste du territoire national, il est interdit de brûler à l'air libre les déchets verts, produits par les particuliers, les collectivités et les entreprises (circulaire ministérielle du 18 novembre 2011). Cette interdiction est générale en toute période et en tout point du territoire. C'est une disposition du règlement sanitaire départemental.</p> <p>En raison d'un dépassement fréquent des seuils d'émission de particules en suspension, plus particulièrement sur l'agglomération marseillaise, le territoire Marseille Provence, est concerné par le Plan de Protection de l'Atmosphère (PPA) des Bouches-du-Rhône, approuvé par arrêté préfectoral du 17/05/2013. Cet outil de planification départemental d'actions en faveur de la lutte contre la pollution atmosphérique comporte une quarantaine d'actions, dont une (l'action n°13) en lien avec le brûlage des déchets verts à l'air libre.</p> <p>Le brûlage des déchets verts est non seulement responsable de troubles de voisinage (odeurs, fumées...) et d'une majoration des risques d'incendies, mais également d'une augmentation de la pollution atmosphérique (émission importante de substances polluantes dont des gaz et particules) et en conséquence d'un impact sanitaire (la perte moyenne d'espérance de vie liée à la pollution particulaire est d'environ 8 mois par personne en France).</p> <p>« Brûler 50 kg de végétaux émet autant de particules que 3 mois de chauffage au fioul, qu'une voiture à moteur Diesel récente qui parcourt 6 000 km !" »</p> <p>Il existe notamment sur Marseille une application smartphone « Signalement air » dédiée aux signalements des nuisances en générale et qui a été mise également en pratique sur la thématique des nuisances générées par le brûlage des déchets verts (plateforme également accessible via le lien : http://www.sro-paca.org/page/plainte.php).</p> <p>Le Conseil de Territoire Marseille Provence est engagé depuis plusieurs années dans une démarche de réduction des déchets collectés et d'amélioration de la qualité de l'air sur son périmètre.</p> <p>En vue d'atteindre le double objectif « réduction des déchets / lutte contre la pollution de l'air », la Métropole Aix-Marseille Provence développe depuis 2015 un partenariat avec l'association GERES (Groupe Energie Renouvelables Environnement et Solidarités) afin de sensibiliser les acteurs de son territoire, tant pour la réduction des déchets que pour l'interdiction de brûlage, et de les former aux alternatives du brûlage des déchets verts.</p>

Objectif opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les solutions alternatives au brûlage pour l'ensemble des producteurs de déchets verts, afin de réduire les impacts sur la qualité de l'air : déchetteries, bennes de recueil des déchets verts aux intersaisons dans les quartiers résidentiels, location de broyeurs mutualisés... - Informer, diffuser et communiquer afin de partager les bonnes pratiques en insistant sur les intérêts multiples (économique, écologique et de santé) ; - Diversifier les actions d'information et communication grand public ; - Continuer à former les professionnels du paysage et les collectivités en charge de l'entretien des espaces verts aux pratiques de compostage, broyage...
Territoire concerné	Ville de Marseille
Population cible	La population marseillaise (particuliers et professionnels du jardinage)
Description de l'action	<p>Accompagner et promouvoir les actions suivantes mises en place sur le territoire Marseille Provence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diffusion des nouveaux flyers avec notamment les informations sur les risques du brûlage sur la santé, les sanctions et toutes les solutions alternatives au brûlage...). Eventuellement envisager du boitage et/ou porte à porte ciblée ; - Diffusion sur les médias institutionnels des témoignages filmés de professionnels (paysagistes, collectivités, agriculteurs, donneurs d'ordre) et particuliers sous forme de mini-vidéos à diffuser largement sur les sites des partenaires ; - Participer à la mise en œuvre des propositions du GERES portant sur l'identification d'autres canaux de diffusion de l'information ; - Organisation d'évènements à destination des professionnels (paysagistes, collectivités, agriculteurs, donneurs d'ordre...) pour présenter des retours d'expérience, avec des visites sur les sites des acteurs pilotes participant au projet ; - Tester et renforcer de nouveaux services auprès des particuliers et de l'habitat collectif (collecte porte à porte, collecte en bennes installées régulièrement et renforcées aux intersaisons dans les quartiers résidentiels, broyage à domicile avec une contribution financière du particulier, broyage gratuit avec récupération du broyat, récupération du compost réalisé à partir du broyat. <p>L'accompagnement et la promotion de ces actions pourraient notamment consister en un renforcement du volet information/sensibilisation (édition de flyers, relai d'informations sur le site internet de la ville de Marseille...)</p>
Calendrier prévisionnel	2019 - 2021

Budget global estimé	Non défini à ce stade	
Gouvernance	<u>Porteur de l'action (structure)</u>	Non défini à ce stade
	<u>Partenaires pré identifiés pour la mise en œuvre</u>	Non défini à ce stade
	<u>Financeurs potentiels pré identifiés</u>	Non défini à ce stade
Modalités d'évaluation	<u>Processus (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'institutions partenaires des actions ; - Nombre de déchetteries accueillant les déchets verts ; - Utilisation des médias institutionnels pour diffuser les campagnes d'information ; - Tonnes déchets verts collectées ; - Existence d'un cofinancement ; - Nouveaux services auprès des particuliers et de l'habitat collectif ; - Nombre de flyers distribués ; - nombre de consultations des sites concernés si comptabilisables (ville de Marseille, Atmo Sud, ou le site AMP dédié : http://trionsnosdechets-mpm.fr/). 	
	<u>Résultats (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de nouveaux professionnels du jardinage formés ; - Nombre de signalements pour brûlage des déchets par arrondissement ; 	
Points de vigilance, risques identifiés		

Axe 1-2 « Mettre en œuvre une politique locale, efficace et concertée, de lutte contre l'incurie dans le logement »

Titre de l'action	Action N°1 : Accompagner les personnes en difficulté face aux situations d'incurie dans le logement.
Contexte communal	<p>L'incurie désigne le fait pour une personne de ne plus apporter de soins à ce qui la concerne. Elle se manifeste surtout au niveau de l'état des personnes (défaut d'hygiène, absence de soins...) et de leur environnement, notamment leur habitat (logements encombrés, envahis d'animaux, d'insectes, déchets entassés).</p> <p>A Marseille, le sujet est exprimé depuis une dizaine d'années au sein des documents de diagnostic/planification élaborés dans le cadre des dynamiques territoriales en santé mentale, notamment le COSM et l'ASV. Aucune étude locale nous permet d'en prendre la mesure, mais sa réalité est perceptible à partir des signalements d'incurie (souvent effectués par les voisins incommodés de longue date par les odeurs, la prolifération de nuisibles, les dégâts des eaux à répétition...) qui aboutissent au service communal d'hygiène et de santé-SCHS.</p> <p>Les données chiffrées du SCHS ne sont représentatives que d'une partie de la réalité : les situations les plus manifestes (seuil de tolérance du voisinage dépassé) qui font l'objet d'un signalement d'une enquête.</p> <p>Si l'on se réfère à la littérature, des études estiment l'incidence de l'incurie dans le logement à 0.5 cas par an pour 1000 habitants âgés de 60 ans et plus (MacMillan, Wrigley, Snowdon). A l'échelle d'une ville comme Marseille (206 877 habitants âgés de 60 ans et plus en 2016) cela pourrait représenter plus de 100 cas par an. Ce chiffre est certainement en-deçà de la réalité : une estimation qualitative auprès des acteurs locaux montre que de plus en plus de personnes plus jeunes seraient touchées.</p> <p>Les études montrent également que les femmes sont davantage concernées (2 cas féminins pour 1 cas masculin), que l'incurie concerne préférentiellement les personnes isolées (10% vivent en couple ou en famille). Le niveau socioéconomique est plutôt élevé. 1 cas sur 2 serait concerné par une pathologie psychiatrique. Les personnes sont enfin fréquemment touchées par une pathologie somatique (surreprésentation des pathologies des populations en difficultés d'accès à la prévention et aux soins : maladies chroniques, problèmes dentaires, troubles du langage, épisodes dépressifs majeurs...).</p> <p>Les situations d'incurie dans le logement posent généralement un risque pour la santé ou la sécurité de l'occupant ou des voisins. Elles relèvent de la compétence de lutte contre l'habitat indigne portée par l'Etat : pouvoir coercitif de remise en état du logement avec possibilité d'agir d'office. Selon les territoires, comme à Marseille où il existe un service communal d'hygiène et de santé, cette compétence est déléguée au maire.</p> <p>Intervenir en réponse aux situations d'incurie dans le logement ne peut et ne doit cependant pas se résumer à une intervention technique sur l'habitat. Travailler sur l'incurie dans le logement nécessite d'intervenir</p>

	<p>auprès des personnes avant d'intervenir sur leur logement. L'approche à mener, doit être non coercitive, respectueuse et adaptée à leur temporalité, facteur indispensable à la réussite de l'accompagnement. Le principe de base de cette intervention est de considérer la non demande comme une demande. (<i>Guide réalisé par la Dihal en 2013, Comment Lutter contre l'habitat indigne : Agir face aux situations d'incurie dans le logement, accompagner les personnes en difficulté</i>).</p> <p>L'intervention de la Ville doit pouvoir s'organiser avec le concours d'intervenants sanitaires, sociaux, judiciaires, de façon à mobiliser les compétences nécessaires pour initier un dialogue, une adhésion et un accompagnement global au long cours avec les personnes.</p> <p>Une première tentative de réponse, non fléchée sur l'incurie, mais sur l'accompagnement dans le logement des personnes isolées souffrant de troubles psychiques, a été mise en œuvre par les collectivités territoriales (Ville dans sa compétence Hygiène Santé puis Métropole AMP dans sa compétence Politique de la Ville). Elle consistait à animer des espaces de travail en réseau, associant les acteurs exerçant la police sanitaire du Maire, les services sociaux, la psychiatrie publique, les bailleurs sociaux, etc... dans le but d'arriver à une prise en charge concertée et coordonnée des personnes aux situations « complexes » (<i>les Réseaux Santé Mentale et Logement-RSML</i>). Après plusieurs années d'exercice, on constate que cette réponse, bien qu'utile à d'autres égards, convient mal à la prise en compte des personnes en situation d'incurie dans le logement (et globalement aux personnes qui ne demandent aucune aide). Ainsi en 2016, sur un total de 69 situations abordées par ces réseaux, 17 n'ont été l'objet d'aucune intervention des professionnels sur motif de non demande des personnes.</p> <p>En 2018, la Ville de Marseille et la Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat (GCSMS regroupant plus de 14 membres) engagent une réflexion/action portant plusieurs recommandations pour agir envers les situations d'incurie dans le logement à Marseille « Quelles réponses face aux situations d'incurie dans le logement ? Comment accompagner les professionnels et les personnes en difficulté ». Ce travail s'est appuyé sur l'expertise d'acteurs/chercheurs engagés sur l'incurie dans le logement sur d'autres territoires. Le constat est unanime : le problème n'est pas de repérer les situations d'incurie mais de pouvoir mobiliser une équipe chargée d'intervenir à domicile pour travailler l'adhésion de la personne, réaliser le diagnostic de sa situation (sur le plan sanitaire et social), et l'accompagner tout en mettant en place les relais possibles dans le droit commun. En plus de l'intervention d'une équipe dédiée, une partie de la réponse se situe également du côté de la qualification des professionnels, de façon à travailler leur regard et leurs pratiques face à des situations relevant de l'incurie dans le logement.</p>
<p>Objectifs opérationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Créer une équipe dédiée en capacité d'intervenir au domicile des personnes isolées faisant l'objet d'un signalement d'incurie (afin d'assurer un accompagnement adapté aux personnes souffrant de ce syndrome) ; - Actionner une démarche de coopération afin de renforcer l'équipe dédiée, permettant une prise en charge médico-sociale inscrite dans le temps ; - Former et sensibiliser les professionnels du secteur sanitaire,

	social et de l'habitat à l'accompagnement des personnes en situation d'incurie dans le logement.	
Territoire concerné	Ville de Marseille	
Population cible	Personnes qui feront l'objet d'un signalement parmi la population marseillaise	
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'une équipe dédiée, pluridisciplinaire (Educateur spécialisé/infirmier ou psychologue), pour intervenir en binôme au domicile des personnes qui ont fait l'objet d'un signalement. Leur intervention, sera non coercitive, construite par pallier en mettant la personne concernée au centre du projet ; - Mobilisation des partenaires locaux à travailler autour d'un projet de coopération ; - Réalisation d'un diagnostic global de la situation, puis accompagnement sur les besoins identifiés. Ainsi d'autres besoins seront peut-être accompagnés avant d'en arriver au tri des objets et au nettoyage du logement. L'accompagnement sera temporaire, il durera jusqu'à ce qu'une prise de relais dans les services de droit commun soit envisageable et mise en place ; - Développement d'actions de sensibilisation et de formation des acteurs intervenant déjà dans le champ sanitaire, social, et médicosocial sur l'incurie. 	
Calendrier prévisionnel	2019-2021 avec un objectif de pérennisation de l'équipe dédiée en fonction des résultats de l'évaluation	
Budget global estimé	<p>Non défini en l'état d'avancement du projet.</p> <p>Le budget prévisionnel est réparti en 3 principaux postes de dépenses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La masse salariale chargée de l'équipe dédiée (a minima 1 à 2 ETP soit 40 000 à 80 000 € par an). A noter que le coût de la masse salariale pourrait être en partie être pris en charge par une mise à disposition par les structures existantes qui ont déjà les compétences métiers ; - Le débarrasage/nettoyage du logement, et les éventuels travaux ; <p>Le volume de ces 2 postes de dépenses est lié au nombre de situations accompagnées.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La formation des professionnels. 	
Gouvernance	<u>Porteur de l'action (structure)</u>	Non défini en l'état d'avancement du projet
	<u>Partenaires pré identifiés pour la mise en œuvre</u>	SCHS de la ville de Marseille, Le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Social nommé « Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat », dispositif de droit commun intervenant sur le domaine social, sanitaire, et de l'habitat.

Axe 1-3 « Réduire l'exposition aux perturbateurs endocriniens des Marseillaises et Marseillais »

Titre de l'action	Action N°1 : Améliorer les connaissances sur les micropolluants présents dans la station d'épuration marseillaise : « La Géolide ».
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Apporter aux différents groupes de travail instaurés par la Métropole Aix Marseille Provence, son expertise dans le domaine environnemental et sanitaire ; - Produire des documents partagés visant le domaine environnemental et sanitaire ; - Faciliter la recherche de subventions pour l'étude et pour la mise en place des éventuelles mesures techniques correctives ; - Suivre les éventuelles mesures techniques correctives portées par AMP Métropole afin de réduire ou d'éliminer les perturbateurs endocriniens mis en exergue par l'étude.
Porteur du projet	AMP Métropole, le SSPH/Ville de Marseille en expertise
Population cible	La population marseillaise
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une étude portée par AMP Métropole visant l'analyse selon une liste prédéfinie par le groupe d'experts, dont le SSPH fait partie, de micro polluants en amont et en aval, dans l'eau et dans les boues dans la station marseillaise : La GEOLIDE.
Calendrier prévisionnel	2019 - 2021
Modalités d'évaluation	<u>Processus (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Participation aux COPIL et Comité d'experts ; - Lancement du marché public quant aux prélèvements et analyses en lien avec l'étude, en 2020.
	<u>Résultats (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi des résultats des prélèvements au niveau des eaux et des boues.
Points de vigilance, risques identifiés	Communication des résultats de l'étude avec demandes immédiates de mesures correctives qui peuvent s'avérer coûteuses

Axe 1-3 « Réduire l'exposition aux perturbateurs endocriniens des Marseillaises et Marseillais »

Titre de l'action	Action N°2 : Sensibiliser et informer la population à la question des perturbateurs endocriniens (PE)	
Objectifs opérationnels	Mobiliser la population afin qu'elle développe des compétences individuelles pour effectuer des achats et des choix éclairés visant la réduction à l'exposition aux perturbateurs endocriniens, dans son environnement en : <ul style="list-style-type: none"> - Construisant un support écrit d'information pour la population générale mais, en ciblant plus particulièrement les 1 000 premiers jours de vie ; - Développant sur le site internet de la Ville en général et du SSPH en particulier, un onglet numérique d'information sur les PE. 	
Porteur du projet	Le SSPH/Ville de Marseille	
Population cible	La population générale mais, en ciblant plus particulièrement les 1 000 premiers jours de vie.	
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - En s'appuyant sur la Direction Générale Adjointe de l'Attractivité et de la Promotion de Marseille (DGAAPM) pour la conception graphique, le SSPH créera le contenu d'un support d'information pour la population générale, en ciblant plus particulièrement les 1 000 premiers jours de vie. - Ce support devra être très largement distribué via les acteurs dans les crèches, les mairies de secteur, dans les revues communales, les bulletins des CIQ... - Parallèlement, sera créé un onglet numérique « PE » sur le site internet de la Ville de Marseille. 	
Calendrier prévisionnel	2019 - 2021	
Budget global estimé	Non défini à ce stade	
Mairies de secteur Gouvernance	<u>Porteur de l'action</u>	Le SSPH/Ville de Marseille
	<u>Partenaires pré identifiés pour la mise en œuvre</u>	La DGAAPM, la Direction Générale Adjointe du Numérique et des Systèmes d'Information (DGANSI), la Direction de la petite enfance, les Mairies de secteur, les CIQ
	<u>Financeurs potentiels pré identifiés</u>	Le SSPH/Ville de Marseille et éventuellement, les financeurs du PRSE3
Modalités d'évaluation	<u>Processus (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Écriture d'un support de communication - Proposition de maquettes graphiques - Échanges visant la création d'une maquette numérique « PE » 	
	<u>Résultats (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de supports imprimés par le Service édition de la DGAAPM - Liste d'envoi aux différents acteurs cités supra - Onglet spécifique PE sur le site @ de la Ville de Marseille 	
Points de vigilance, risques identifiés	Réactivité quant aux mises à jour régulières du site @ selon l'apport de nouvelles données scientifiques	

Axe 1-3 « Réduire l'exposition aux perturbateurs endocriniens des Marseillaises et Marseillais »

Titre de l'action	Action N°3 : Sensibiliser et informer les personnels de la petite enfance, à la problématique des perturbateurs endocriniens (PE)
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Écrire une charte visant la réduction de l'exposition aux PE dans les crèches selon différents leviers d'actions permettant de réduire à la source l'exposition aux PE des jeunes enfants mais également l'exposition professionnelle des personnels de la petite enfance ; - Proposer à la direction de la petite enfance, d'inclure la problématique des PE, dans le volet Développement Durable de leur démarche AFNOR : « certi'crèches » ; - Favoriser la diffusion de la connaissance auprès des parents et futurs parents par l'intermédiaire des personnels de la petite enfance, sensibilisée à la thématique des PE ; - Monter un COPIL et des groupes de travail en fonction des objectifs listés dans la charte visant la réduction de l'exposition aux PE.
Porteur de projet	Le SSPH/Ville de Marseille
Population cible	Les enfants fréquentant les crèches marseillaises, mais également leurs familles et les personnels de la Petite enfance
Description de l'action	<p>Un audit sera réalisé sur des crèches volontaires. Le COPIL valida dans un premier temps les axes prioritaires de travail afin de rédiger une charte qui scellera les engagements des différentes directions de la Ville qui œuvreront à la réduction de l'exposition aux PE dans les crèches. Cette charte au-delà de l'engagement de la Ville sera la première étape vers la sensibilisation de la population générale et en particulier celle concernée par les 1 000 premiers jours de vie.</p> <p>Les actions à engager nécessitent une approche multifactorielle afin de limiter la présence des PE, dans les crèches es. Cette charte répondra notamment à la limitation des expositions concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les pratiques de nettoyage - Les produits d'hygiène corporelle - Les contenants alimentaires et plus largement, les ustensiles culinaires - Le mobilier - Les couches pour les tout-petits - Les jouets et produits pour les loisirs créatifs et éducatifs - La lutte contre certains insectes hématophages - Les espaces verts et jardins des crèches - La sensibilisation du personnel communal - Un support de communication grand public mais avec un focus sur les 1 000 premiers jours

Calendrier prévisionnel	2019 - 2021	
Budget global estimé	Portage non défini car, il impacte majoritairement, les futurs marchés publics en sachant que les produits manufacturés répondant à des labels environnementaux présentent à ce jour, des coûts supplémentaires au regard de produits classiques mais plus émissifs. Le versant sensibilisation/formation des personnels de la Petite enfance, le support de communication sera porté par le SSPH/Ville de Marseille.	
Gouvernance	<u>Porteur de l'action (structure)</u>	La Ville de Marseille au travers du SSPH en lien avec la Direction de la petite enfance
	<u>Partenaires pré identifiés pour la mise en œuvre</u>	La direction des Marché publics, la Direction des parcs et jardins, la PMI13, l'AP-HM, l'association « écolo crèche » pour le versant société civile.
	<u>Financeurs potentiels pré identifiés</u>	La Ville de Marseille

Axe 2 : Lutter contre la sédentarité et promouvoir l'activité physique

Titre de l'action	Action 1 : Développer les mobilités actives (parcours de mobilité sécurisé et jalonnement)
Contexte communal	<ul style="list-style-type: none"> - Aménagement de l'espace urbain du centre-ville de Marseille et plus particulièrement « Le Rectangle d'Or » ; - Groupe de travail sur la signalétique urbaine dans le centre-ville ; - Groupe de travail sur la mise en œuvre du « périphérique du sport dit Via Massilia » dans le cadre de Marseille Capitale du Sport 2017 ; - Création du GR 13, circuit de grande randonnée en milieu urbain ; - Projets Euro méditerranée ; - Balades urbaines de Marseille Capitale de la Culture 2013 (petits parcours culturels permettant de découvrir les cités, les quartiers...) à réactiver.
Objectif opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Inciter les personnes à se déplacer à pieds ou en vélo en sécurisant et en aménageant des parcours dédiés ; - Faire connaître les temps de déplacements en fonction des différents vecteurs (à pieds, en vélo...) ; - Favoriser le développement de parcours sportifs sur l'ensemble de la commune en privilégiant les espaces naturels en ville ; - Développer la mobilité active de loisirs (découverte de la ville...) ; - Rendre l'environnement des individus adapté aux mobilités actives.
Territoire concerné	Ville de Marseille, en priorisant les quartiers prioritaires de la ville (QPV)
Population cible	Toute la population, habitant ou séjournant à Marseille
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'une boucle sécurisée de 30 km dans la ville permettant aux marcheurs, aux joggeurs et aux cyclistes de suivre un parcours "sportif". Cette boucle doit également servir au déplacement quotidien de la population ; - Mise en place d'un jalonnement spécifique pour les piétons et les cyclistes leur permettant de connaître le temps de parcours pour se rendre sur les principaux pôles d'attractivité de la ville tels que les principales zones d'activité et d'intérêts historique et touristique... - Sécurisation et adaptation aux mobilités actives de certains parcours préexistants.

Calendrier prévisionnel	2019-2021 (à poursuivre dans la dynamique des JO 2024)	
Budget global estimé	Non défini à ce stade	
Gouvernance	<u>Porteur de l'action (structure)</u>	Non défini à ce stade
	<u>Partenaires de la mise en œuvre :</u>	Ville de Marseille, Etat, Métropole, Département, Région, Office de tourisme, RTM, CIQ et associations
	<u>Financeurs</u>	Ville de Marseille, Métropole, Département, Région, ARS, Etat
Modalités d'évaluation	<u>Processus (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une gouvernance spécifique au projet / nombre de partenaires actifs ; - Mise en place de groupe de travail dédié à chaque action ; - Mise en place d'une communication coordonnée entre les différents partenaires. 	
	<u>Résultats (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de parcours mis en sécurité durant la période du CLS (QPV, non QPV) ; - Ouverture du parcours sécurisé / évaluation de son utilisation ; - Nombre d'itinéraires (piétons et vélo) jalonnés en temps de parcours (QPV, non QPV). 	
Points de vigilance, risques identifiés		

Axe 2 : Lutter contre la sédentarité et promouvoir l'activité physique

Titre de l'action	Action N°2 : Harmoniser la répartition et / ou développer de nouveaux lieux de pratique d'activité physique et sportive – APS et d'activité physique adaptée – APA
Contexte communal	<p>Les déterminants de l'activité physique sont structurels, institutionnels et organisationnels ; il existe un lien entre l'environnement et les comportements de santé (Casey et al. 2011). Cette donnée peut s'appliquer à la ville de Marseille.</p> <p>La disponibilité et l'accessibilité des lieux de pratique (espaces verts, zone de loisirs, chemins piétonniers...), des équipements sportifs, d'une offre de loisirs encadrés, les politiques de transport urbain sont autant de facteurs susceptibles d'influencer les pratiques.</p> <p>Cette action s'inscrit dans la continuité du CLS 2, des orientations du plan national nutrition santé – PNNS / « Marseille, Ville active PNNS », de Marseille Capitale Européenne du Sport 2017, ainsi que dans la perspective de « Marseille, ville hôte des épreuves de voile des Jeux Olympiques et Paralympiques de 2024 ».</p> <p>Un des axes principaux de <i>MP2017</i>, Marseille Capitale Européenne du Sport 2017 était d'offrir aux marseillaises et marseillais une plus large possibilité d'accéder aux équipements aquatiques pour la pratique de la natation en accès libre ou pour des animations spécifiques (ex. d'actions en cours : ouverture de piscines les dimanches, extension des heures d'ouverture, certaines piscines sont ouvertes 7 jours sur 7).</p> <p>Par ailleurs l'accessibilité libre a été développée sur de nombreux plateaux sportifs.</p>
Objectif opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Recenser l'ensemble des espaces accessibles ou potentiellement accessibles au public et permettre la pratique d'APS ; - Exploiter et/ou créer de nouveaux lieux de pratique d'APS en autonomie, avec une possibilité d'accompagnement. Et ainsi proposer une offre d'APS (et donc de santé) proche et accessible en privilégiant les espaces naturels en ville ; - Réhabiliter et sécuriser si nécessaire une offre d'APS sans compétition afin d'augmenter le niveau d'activité physique de la population et de lui faire prendre conscience de l'intérêt d'une pratique régulière d'AP ; - Favoriser le développement de séances d'APA sur les territoires déficitaires (en s'appuyant sur le recensement mis en œuvre par l'ARS-DRJSCS) ; - Labelliser les actions d'APA sur Marseille à des fins de valorisation des actions sport-santé ; - Inciter les porteurs de séances d'APA à délocaliser certaines séances en dehors de leur structure d'usage.
Territoire concerné	Action expérimentale : territoires à déterminer en fonction des résultats de l'état des lieux.
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les actions concernant le développement des lieux de pratique d'APS : toute la population marseillaise, en ciblant particulièrement les adolescents des quartiers prioritaires de la ville – QPV ; - Pour les actions concernant l'harmonisation territoriale et le développement des séances d'APA : les publics vulnérables.

<p>Description de l'action</p>	<p>Concernant le développement des lieux de pratique d'APS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Première phase : recensement, sur un territoire expérimental restreint, de l'ensemble des lieux de pratique d'APS en activité et des sites pouvant potentiellement devenir un lieu d'APS ; pour les sites en activité : évaluer le niveau d'utilisation (modalité de gestion, amplitude d'ouverture, nombre de créneaux, nombre de jour d'ouverture, utilisation des créneaux, accessibilité, y compris financière...); - Deuxième phase : développer un ou des nouveaux lieux de pratique d'APS / maximiser l'utilisation des lieux existants / si nécessaire, les sécuriser, les remettre à niveau ou diversifier l'offre avec des encadrants titulaires d'un diplôme d'activité physique à minima. <p>Concernant l'harmonisation territoriale et le développement des séances d'APA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Priorisation de créneaux sur des équipements municipaux et métropolitains ; - Formation des éducateurs territoriaux des activités physiques et sportives (ETAPS) de la ville à l'encadrement de l'APA, intégrer celle-ci à leur plan de formation ; - Développement d'antennes de proximité de la plateforme « sport santé » (Cf. <i>fiche action dédiée</i>) sur les centres sociaux, Maisons Pour Tous, les centres d'animations municipaux, les CCAS, les antennes de proximité du Conseil départemental... - Création d'un appel à projet commun avec les principaux partenaires financeurs et ainsi labellisation des actions d'APA sur la ville.
<p>Calendrier prévisionnel</p>	<p>Concernant le développement des lieux de pratique d'APS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2^{ème} semestre 2019 : choix d'un arrondissement expérimental et réalisation du recensement ; - 1^{er} semestre 2020 : partage de l'état des lieux et élaboration avec les partenaires locaux d'un projet de développement des lieux de pratique d'APS / début de mise en œuvre du projet de développement ; - 2020-2021 : Etendre l'expérimentation selon l'état d'avancement du projet. <p>Concernant l'harmonisation territoriale et le développement des séances d'APA : sur durée du contrat</p>
<p>Budget global estimé</p>	<p>Non défini à ce stade</p>

Gouvernance	<u>Porteur de l'action (structure)</u>	Non défini à ce stade
	<u>Partenaires pré identifiés pour la mise en œuvre (Hors membre COPIL)</u>	Les services municipaux (notamment Direction des sports, Direction de la mer, service Urbanisme de la ville, en lien avec l'accessibilité et la sécurisation des lieux publics), la faculté des sports, l'institut de psychomotricité, les propriétaires d'espaces ou syndics (résidences, espaces privés, AROHLM...), les centres sociaux, les CCAS, les CIQ, les fédérations sportives, les clubs sportifs, les associations (sport, santé, loisirs...), le Centre Ressource du Conseil départemental, les partenaires privés
	<u>Financeurs potentiels pré identifiés</u>	ARS, ville, Etat, région, CD 13, Métropole, DDCCS-DRJSCS, Assurance maladie, partenaires privées
Modalités d'évaluation	<u>Processus (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une gouvernance spécifique au projet / nombre de partenaires actifs ; - Identification d'un coordonnateur de l'action - Fonds alloués au projet / fonds nécessaires - Tableau de Bord de Suivi général de l'action. - Appel à projet commun 	
Points de vigilance, risques identifiés	<u>Résultats (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de lieux d'offre de pratiques ouverts au public, réhabilités ou créés ; - Évaluation de la qualité de l'accueil sur site dédié (questionnaire de satisfaction?) ; - Nombre d'éducateurs ETAPS de la ville, formés ; - Evaluation de la répartition de l'offre d'APA sur le territoire communal. 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Identification de la gouvernance de l'Action ; - Modalités d'engagement des acteurs locaux (pour la mise à disposition de sites et créneaux existants inutilisés, contractualisations) ; - Maîtrise des coûts de mise en œuvre ; - Respect de la qualité de vie des riverains. 	

Axe 2 : Lutter contre la sédentarité et promouvoir l'activité physique

Titre de l'action	Action 3 : Coordonner et animer les activités physiques adaptées par l'intermédiaire d'un dispositif opérationnel « sport santé »
Contexte communal	<p>Cette action s'inscrit dans la continuité du CLS 2, des orientations du plan national nutrition santé – PNNS / « Marseille, Ville active PNNS », de Marseille Capitale Européenne du Sport 2017, ainsi que dans la perspective de « Marseille, ville hôte des épreuves de voile des Jeux Olympiques et Paralympiques de 2024 ».</p> <p>La ville de Marseille s'est engagée depuis plusieurs années au développement et la promotion du sport santé sur Marseille.</p> <p>Un festival sport santé, dont l'enjeu est la promotion de la santé publique à travers l'activité physique et la nutrition est organisée depuis 2 ans et réunit l'ensemble des partenaires institutionnels et associatifs, concernés par cette thématique.</p> <p>La ville de Marseille s'investit, depuis de nombreuses années, sur l'accessibilité au sport pour tous. Comme par ex. le dispositif « tire à l'eau » permettant aux personnes à mobilité réduite de se baigner en pleine mer durant la période estivale ou le fronton du centre de voile ...</p>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter le niveau général d'activité physique des publics « éloignés de la pratique » en proposant des dispositifs opérationnels de promotion et de facilitation de la pratique d'Activités Physiques et Sportives – APS ; - Baliser un parcours médico-actif opérationnel, résultant des recommandations de bonne pratique et de la prescription idéale d'activité physique et sportive – APS, des souhaits des personnes et des possibilités locales ; - Donner de la lisibilité à l'offre d'APS adaptées pour la santé ; - Identifier et lutter contre les freins qui conduisent les habitants ou les patients à renoncer à s'inscrire dans une activité physique et sportive ; - Créer un espace de sociabilité qui favorisera la mixité sociale dans le partage des valeurs du sport, et en favorisant le renforcement communautaire.
Territoire	Marseille, en tenant compte particulièrement des QPV
Population cible	Population marseillaise
Description de l'action	<p>Mise en place d'un dispositif, assurant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des actions de promotion de l'activité physique et sportive – APS et de l'équilibre alimentaire ; - La fonction d'un « espace de rencontre » pour les professionnels de santé et du sport (réseau, outils motivationnels...) ; - L'accueil, l'information et l'orientation de la population vers une pratique d'APS, adaptée en tant que de besoin ; - La mise en œuvre de bilans médico-sportifs qui évalue la motivation et les conditions physiques des patients atteints de maladies chroniques et qui permettra l'orientation vers de l'APA de proximité. Cette activité d'orientation se fera nécessairement en lien avec la plateforme territoriale d'appui géographiquement compétente et les autres services d'appui existants dans le territoire ;

	<ul style="list-style-type: none"> - L'accompagnement, si nécessaire, vers l'activité physique adaptée-APA notamment par la mise en relation du patient avec l'intervenant sportif, qui assurera une coordination du parcours médico-actif ; - La coordination avec le médecin pour les cas simples (notamment en s'insérant dans les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé - CPTS) et avec les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) pour les cas complexes. 	
Calendrier prévisionnel	2019-2021	
Budget global estimé	Non défini à ce stade	
Gouvernance	<u>Porteur de l'action (structure)</u>	Ville de Marseille
	<u>Partenaires pré identifiés pour la mise en œuvre</u>	Préfecture, DDCS13, ARS, CD13 et sa plateforme ressource, la Région, la Métropole, CPAM 13, Education Nationale, Centres sociaux, MPT, Mairies de secteur, l'AMU, l'APHM, CROS, fédérations sportives, associations (sport, santé, usagers...) et clubs sportifs
	<u>Financeurs potentiels pré identifiés</u>	ARS, ville, région, CD 13, Métropole, DDCS 13, Assurance maladie, partenaires privés, APHM (mise à disposition de personnels)
Modalités d'évaluation	<u>Processus (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une gouvernance spécifique au projet / nombre de partenaires actifs ; - Mise en place de groupe de travail dédié ; - Mise en place d'une communication coordonnée entre les différents partenaires ; - Montant des financements mobilisés. 	
	<u>Résultats (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de parcours médico-actifs balisés par arrondissement ; - Outils créés ou utilisés/mis en place tels que fiche de prescription, carnet de suivi avec information du pratiquant ; - Nombre d'événements/de vacations ouvertes, nombre de participants présents et leur qualité ou nombre de visites et d'appels ; - Nombre de personnes référencées par un médecin ; - Nombre de personnes accompagnées et moyens utilisés ; - Nombre de personnes venant à une première séance, nombre s'inscrivant dans un programme, nombre moyen de séances suivies/absentéisme, nombre arrivant au bout du programme, nombre poursuivant en aval ; - Nombre de retours d'information réalisés vers le médecin traitant ; - Nombre de personnes poursuivant une AP à moyen terme. 	
Points de vigilance, risques identifiés	<p>Importance de la communication.</p> <p>Importance de l'implication des professionnels de santé.</p> <p>Manque d'offres sportives locales (<i>voir fiche « Harmoniser la répartition et / ou développer de nouveaux lieux d'APS et d'APA »</i>).</p> <p>Coût du dispositif.</p>	

Axe 3 : « Soutenir, accompagner et diversifier les modalités de prévention et d'intervention en réduction des risques et des dommages dans le champ des conduites addictives. »

Titre de l'action	Action 1 : Développer la coordination des acteurs et des actions de prévention des conduites addictives, de réduction des risques et des dommages liés aux usages de produits psychoactifs au sein des quartiers politiques de la ville et/ou concernés par l'activité de revente.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la mise en œuvre d'une démarche horizontale permettant un croisement des regards et des expertises (institutionnelles, associatives et habitantes) aboutissant à la construction d'actions adaptées aux problématiques complexes identifiées. - Favoriser l'interconnaissance des acteurs et l'articulation des actions existantes par la construction de partenariats opérationnels entre acteurs. - Permettre le suivi opérationnel et financier des actions de prévention des conduites addictives, de réduction des risques et des dommages sociaux des usages de produits psychoactifs et de réduction des risques et des dommages sociaux liés à la revente. - Permettre la réalisation d'une veille active et la réflexion sur l'évolution des phénomènes dans une démarche de recherche action. <p>Ces objectifs se traduisent de manière opérationnelle par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise en œuvre d'une mission de coordination du dispositif ; - La mise en œuvre d'une mission de veille active et de recherche action.
Territoire concerné	Les quartiers « politique de la ville », avec un déploiement prioritaire sur les territoires qui ont déjà développés des actions dans ces champs d'activités et dont le besoin de coordination est identifié (par exemple les 13 ^{ème} et 14 ^{ème} arrondissements), puis un élargissement progressif à suite au développement d'actions sur d'autres territoires avec une transférabilité de la méthodologie (cf. fiche action « <i>Développer des actions de prévention, de sensibilisation, et de formation dans le champ des addictions auprès des acteurs de premier recours et de l'entourage, pour accompagner le parcours des jeunes au sein des quartiers politiques de la ville et/ou concernés par l'activité de revente</i> ».).
Population cible	L'action s'adresse aux professionnels associatifs et institutionnels, aux « habitants acteurs », aux consommateurs de substances psychoactives et aux populations résidant ou travaillant sur ces territoires.

Description de l'action	<p>Cette action s'inscrit dans une coordination plus large des domaines de la prévention des conduites addictives, de la réduction des risques et des dommages liés aux usages de produits psychoactifs, et de la réduction des dommages sociaux liés à l'activité de revente, dans un ou des territoires pilotes.</p> <p>Elle a pour objet de réduire les inégalités territoriales de santé par la mise en œuvre d'une action publique transversale, intersectorielle et interinstitutionnelle, à titre expérimental dans le cadre de la dynamique partenariale développée par le Contrat Local de Santé 3.</p> <p><u>La mission de coordination comprend :</u></p> <p>1/ La construction de la dynamique de réseau partenarial sur le territoire, par l'animation de l'ensemble des actions et des acteurs concernés (mise en œuvre des COPIL et des groupes de travail thématiques).</p> <p>2/ La mobilisation des institutions concernées par les problématiques traitées (identification et organisation et co-animation des comités des financeurs).</p> <p>3/ L'accompagnement méthodologique et technique des acteurs et des groupes de travail (fonction ressource, suivi de la mise en œuvre des actions, participation à la construction d'actions sur des modèles probants et à l'évaluation des actions en lien avec le travail de veille et de recherche action).</p> <p>4/ La diffusion et la valorisation.</p> <p><u>La mission de veille et de recherche action comprend :</u></p> <p>1/ Une méthodologie d'identification des phénomènes émergents ou installés et des tendances, en matière de produits (qualité, disponibilité et mode de circulation), de modes d'usage, de groupes d'utilisateurs.</p> <p>2/ Des outils d'observation et d'objectivation des pratiques et des situations, notamment dans un contexte d'accentuation des pratiques d'usage et de mise en tension de la question de la toxicomanie.</p> <p>3/ La production de connaissances à partir du croisement entre savoirs et expertise des habitants et des professionnels.</p> <p>4/ La construction de dispositifs de qualification, de formation ou d'accompagnement aux acteurs des dispositifs de prévention et de RdRD.</p> <p>5/ La contribution aux dispositifs publics d'alerte sanitaire.</p> <p>6/ La participation aux comités de pilotage et aux groupes de travail thématiques.</p>	
Calendrier prévisionnel	2019 (démarrage)	
Budget global estimé	Pour la mission de coordination : 50 000 € Pour la mission de veille et recherche-action : à définir	
Gouvernance	<u>Porteur de l'action</u>	Ville de Marseille (SSPH)
	<u>Partenaires de la mise en œuvre</u>	Les partenaires identifiés sont les participants aux instances ARS, Ville de Marseille, Métropole, MILDECA, PDEC, PPOL, bailleurs (ARHIm, USH), Conseil Régional, Conseil Départemental, Education Nationale, associations, habitants.
	<u>Financeurs</u>	Non défini à ce stade

<p>Modalités d'évaluation</p>	<p><u>Processus (critères d'évaluation, indicateurs et outils) :</u> <i>Pour la mission de coordination : (à finaliser en fonction de la mission)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de comité des financeurs réalisées avec participants, assiduité, représentativité des acteurs des différents champs traités ; - Nombre de comités de pilotage réalisés avec participants, assiduité, représentativité des acteurs des différents champs traités ; - Nombre des groupes de travail réalisés pour chaque groupe : participants, assiduité ; - Cohérence et qualités de modélisation des différentes actions. <p><i>Pour la mission de veille et de recherche action : (à finaliser en fonction de la mission)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre et qualités des contributions à la production de connaissances ; place de la production de savoir et de l'expertise des habitants et des professionnels ; - Mobilisation en matière de formation ; - Réactivité entre identification d'un phénomène et réponse (qualité des circuits-courts d'information et/ou d'alerte). <p><u>Résultats (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u> <i>Pour la mission de coordination : (à finaliser en fonction de la mission)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions développées sur le territoire en réponse aux problématiques identifiés ; - Qualité du maillage partenarial développé ; - Qualité de participation et d'adhésion des acteurs ; - Impacts sur la complémentarité des actions. <p><i>Pour la mission de veille et de recherche action : (à finaliser en fonction de la mission)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Changement des représentations sur les drogues, les usages et les usagers ; - Montée en compétences des acteurs professionnels et citoyens ; - Meilleure lisibilité des actions menées, des dispositifs publics et des responsabilités ; - Impacts sur le sentiment d'impuissance et/ou d'isolement.
<p>Points de vigilance, risques identifiés</p>	

Axe 3 : « Soutenir, accompagner et diversifier les modalités de prévention et d'intervention en réduction des risques et des dommages dans le champ des conduites addictives. »

Titre de l'action	Action N°2 : Développer des actions de prévention, de sensibilisation, et de formation dans le champ des addictions auprès des acteurs de premier recours et de l'entourage, pour accompagner le parcours des jeunes au sein des quartiers politiques de la ville et/ou concernés par l'activité de revente.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un état des lieux des besoins et des ressources existantes sur les territoires non couverts ou partiellement couverts. - En réponse aux besoins identifiés, développer des actions de prévention des conduites addictives et de réduction des risques et des dommages auprès des professionnels, des consommateurs et des habitants. - Favoriser l'inscription des consommateurs dans un parcours de soins en développant la dynamique partenariale. - Etudier les besoins de coordination en fonction des actions qui seront développées et des acteurs mobilisés par la réalisation d'une évaluation.
Territoire concerné	<ul style="list-style-type: none"> - Les quartiers politique de la ville (Saint Henri, La Viste, Château Saint Loup, La Capelette, Centre Ville Canet Arnavaux Jean Jaurès, La Cravache Le Trioulet, La Cayolle, La Sauvagère, Benza, Saint Thys, Air Bel, La Rouguière, Valbarelle Néréïdes Bosquet, Les Escourtines, Malpassé Corot, Balustres Cerisaie, Frais Vallon Le Clos La Rose, Le Petit Séminaire, La Marie, Les Olives, La Simiane La Paternelle, Bon Secours Les Rosiers Marine Bleue Grand Saint Barthélémy Saint Jérôme, Le Castellas Les Micocouliers Saint Joseph, La Castellane La Bricarde Plan D'Aou Saint-Antoine, Consolat Ruisseau Mirabeau, La Calade Campagne Lévêque, Les Aygalades, Kalliste La Granière La Solidarité, La Savine, Les Tilleuls La Maurelette, La Cabucelle, La Visitation-Bassens, Saint André, La Soude Bengale, Caillols La Moularde), avec un déploiement prioritaire sur les territoires non couverts (par exemple dans les 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements) et dont les acteurs sont en demande de développement d'actions spécifiques en matière d'addiction.
Population cible	Professionnels de premier recours, jeunes consommateurs et leur entourage.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - L'action débutera par l'actualisation des connaissances de l'existant (lieux de consommation, spécificités du territoire, besoins, ressources) sur les territoires ciblés pour le démarrage de l'action, en lien avec les acteurs locaux. Elle sera mise en œuvre par une équipe de proximité dédiée et spécialisée en matière de prévention et de RDRD. - Les échanges entre cette équipe ressource et les professionnels de premiers recours, les habitants et les jeunes, permettront de définir et développer des actions adaptées de : <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation et formation des professionnels et de l'entourage au repérage et à l'orientation des personnes en situation de conduites addictives, ainsi que de soutien des professionnels à la construction d'actions adaptées ;

	<p>- Déploiement d'une offre de prévention auprès des jeunes dans leurs lieux de vie et possibilité pour l'équipe dédiée d'orienter les consommateurs en situation complexe vers les structures et acteurs spécialisés.</p> <p>Des permanences régulières dans un lieu identifié compléteront cette démarche d'aller-vers. Cette action de proximité s'inscrit dans une dynamique territoriale.</p> <p>L'action bénéficiera d'une évaluation qui visera également à identifier les besoins de coordination sur le territoire. Elle pourra bénéficier de la méthodologie déployée dans le cadre de la fiche action « <i>Développer la coordination des acteurs et des actions de prévention des conduites addictives, de réduction des risques et des dommages liés aux usages de produits psychoactifs au sein des quartiers politiques de la ville et/ou concernés par l'activité de revente.</i> »</p>	
Calendrier prévisionnel	2019 - 2021	
Budget global estimé	85 000 € permettant l'organisation et le fonctionnement d'une équipe dédiée (1 poste de coordinateur ; 1 poste infirmier ; 1 éducateur spécialisé).	
Mise en œuvre	<u>Porteur de l'action (structure) pressenti :</u>	Groupe SOS Solidarités – CAARUD Sleep'in Marseille
	<u>Partenaires de la mise en œuvre</u>	Associations, institutions, habitants
	<u>Financeurs potentiels</u>	Préfecture Déléguée à l'égalité des chances ; Préfecture de Police ; Mildeca ; ARS ; Conseil Régional ; Conseil Départemental ; Ville de Marseille ; Métropole AMP ; Bailleurs ; Financeurs privés
Modalités d'évaluation	<u>Processus (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre d'interventions 2. Nombre de personnes rencontrées (professionnels, jeunes, familles) dans le cadre des actions de sensibilisation 3. Nombre de personnes formées, sensibilisées ; 4. Nombre d'orientations partenaires ; 5. Nombre de parcours soutenus pour un suivi ; 6. Recensement des parcours de soin engagés ; des orientations adaptées. 	
	<u>Résultats (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u> <p><u>Evaluation de l'atteinte des résultats :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accompagnements des parcours ; orientés soutenus dans un suivi ; 2. Qualité des interventions (Enquête auprès des professionnels et du public) ; 3. Régularité de l'action et des participations ; 4. Pérennité des rencontres entre professionnels. 	
Points de vigilance, risques identifiés		

Axe 3 : « Soutenir, accompagner et diversifier les modalités de prévention et d'intervention en réduction des risques et des dommages dans le champ des conduites addictives. »

Titre de l'action	Action 3 : Valoriser et promouvoir de nouvelles formes d'accompagnement pour répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de consommation d'alcool problématique.	
Contexte communal	La RDRD alcool se construit de façon spécifique dans un cadre réglementé où la vente et la consommation du produit est licite.	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir le développement de nouvelles modalités d'intervention (méthodes et outils) en matière de réduction des risques et des dommages sur le principe de « faire avec l'alcool » (alternative au sevrage) et promouvoir leur appropriation par les professionnels ; - Améliorer la qualité de vie et le parcours de santé des personnes en situation de consommation d'alcool problématique ; - Sensibiliser le grand public à la démarche de réduction des risques et des dommages en matière d'alcool. 	
Territoire concerné	Ville de Marseille	
Population cible	Population générale : personnes en situation de consommation d'alcool	
Description de l'action	<p>L'action vise à promouvoir des méthodes et outils d'intervention de réduction des risques et des dommages en matière d'alcool, sous forme d'un appui aux professionnels qui interviennent auprès des personnes en situation de consommation problématique.</p> <p>La réduction des impacts liés à l'alcoolisation doit conduire à améliorer la qualité de vie des personnes concernées et à leur permettre de s'inscrire et d'être acteur de leur parcours de santé, dans une approche inclusive qui s'adresse à toutes et à tous.</p> <p>Cette action peut favoriser une réflexion sur le développement d'outils en matière d'intervention précoce.</p>	
Calendrier prévisionnel	2019-2021	
Budget global estimé	255 000 €	
Gouvernance	<u>Porteur de l'action (structure)</u>	Association Santé ! et autres structures investies en RDRD Alcool
	<u>Partenaires de la mise en œuvre</u>	Associations, structures spécialisées
	<u>Financeurs potentiels pré identifiés</u>	ARS PACA, Ville de Marseille, Région PACA, MILDECA

Modalités d'évaluation	<u>Processus (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Bilan études et rapport des équipes de recherche ; - Comité de suivi/de pilotage ; - Typologie des appuis réalisés.
	<u>Résultats (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Documents réalisés : outils, méthodologie, fiches techniques, etc... - Nombre de personnes accompagnées ; - Nombre de professionnels formés/informés ; - Nombre de personnes sensibilisées ; - Détail des interventions menées (accompagnements, appuis, formations, sensibilisation accompagnement d'équipes...) ; - Indicateur qualitatif : amélioration du parcours de santé et de vie des personnes suivies.
Points de vigilance, risques identifiés	

Axe 4 « Promouvoir un environnement favorable à la santé du jeune enfant »

Titre de l'action	Action N°1 : Information de la femme enceinte
Contexte communal	<p>Inégalité sociale et territoriale de santé (données en périnatalité)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque majoré de macrosomie selon arrondissement : 7.3% des NN > 4 kg Marseille, 9.3% sur 13003 (données CD 13 non publiées) - Risque majoré de ré hospitalisation pour les enfants prématurés statistiquement corrélé au contexte socio-économique : Influence of Socioeconomic Context on the Rehospitalization Rates of Infants Born Preterm The Journal of Pediatrics : novembre 2017 : données équipes APHM Dr Boubred <p>Depuis octobre 2012, des ateliers d'information sont organisés à titre expérimental au CPEF St Adrien par la CPCAM 13 en partenariat avec le CD13 et la CAF. Le but de ces ateliers est de donner de l'information pendant la grossesse aux femmes et à leur compagnon sur leurs droits administratifs (CPCAM-CAF), le parcours de soins de la femme enceinte et du nouveau-né, la prévention (hygiène, conseils en nutrition, exposition aux polluants, vaccination, tabac, alcool, hygiène bucco-dentaire, violence...), l'offre existante en matière de garde, d'aide à la parentalité...</p> <p>Depuis septembre 2013, la CPCAM participe aux réunions d'information à la maternité Saint Joseph. Les informations données sont relatives à l'accès aux droits, l'accès aux soins et à la prévention (vaccination).</p> <p>Le CD envoie une information aux femmes ayant déclaré une grossesse auprès de la CAF, sur les dispositifs mis à leur disposition pour le suivi de leur grossesse et de leur enfant.</p> <p>Toutes ces actions ont été mises en place et se sont pérennisées grâce au travail partenarial et de coordination réalisé au sein du groupe de travail « périnatalité » qui se réunit 3 à 4 fois par an. Ce groupe est constitué de représentants du CD (direction PMI et Santé Publique, du service Promotion de la Santé de la CPCAM, de la CAF, de l'ARS.</p>
Objectif opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter le recours aux dispositifs existants ; - Etendre les actions réalisées à titre expérimental à l'ensemble de la commune.
Territoire concerné	Commune
Population cible	<p>Les femmes enceintes pendant leur grossesse.</p> <p>En 2017 les ateliers ont concerné 2000 femmes sur 1 site et les réunions d'information à St Joseph 6000.</p> <p>L'extension pourrait concerner 10 000 femmes pour les ateliers et 12 000 femmes pour les informations en maternité.</p>
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1) Organiser progressivement des ateliers maternité sur d'autres arrondissements de la ville de Marseille. Pour la mise en place de ces ateliers, un travail préparatoire est nécessaire entre tous les partenaires, CPCAM, CAF et MDS des secteurs ciblés. 2) Organiser des séances d'information au sein des 4 autres maternités de Marseille : Hôpital Nord, Conception, Bouchard, Beauregard en partenariat avec les directions de ces

	<p>établissements. Il serait également souhaitable de pouvoir compléter ces séances par des informations relatives à l'offre du Conseil Départemental en matière de périnatalité.</p> <p>3) Créer un support de communication, à destination des femmes enceintes, qui leur permettrait de retrouver les informations données en séance.</p> <p>4) Développer un support de formation de type mooc ou e-learning regroupant tous les dispositifs d'accompagnement et de prévention existants, à destination des professionnels (professionnels de santé, travailleurs sociaux, professionnels de la petite enfance...).</p> <p>Il est envisagé de travailler avec des traducteurs ou des médiateurs /accompagnateurs sociaux ce qui permettrait une meilleure compréhension et une meilleure adaptation des réponses apportées à la population lorsque celle-ci présente des difficultés de compréhension notamment liées à l'usage de la langue.</p> <p>Intérêt de développer cette action dans le cadre du CLS, la plus-value attendue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - inscrire la bonne information de la femme enceinte comme un élément essentiel dans le processus de promotion d'un environnement favorable à la santé du jeune enfant et de ce fait la rendre indiscutable (réduire les freins et les réticences). <p>En quoi cette action va permettre la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Harmoniser le niveau d'information de la population en généralisant un dispositif préexistant et répondant à un besoin <p>En quoi cette action participe-t-elle à la construction d'un parcours de santé adapté ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'information précoce permet d'améliorer les connaissances de la femme sur le parcours de soin, les ressources dont elle dispose, les droits qu'elle peut faire valoir <p>En quoi cette action va permettre de proposer des solutions pour une offre de santé de proximité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - porter à la connaissance des femmes les dispositifs existants et les personnes ressources
Calendrier prévisionnel	L'extension de ces séances d'information peut être envisagée de manière progressive afin de rallier tous les acteurs concernés.
Budget global estimé	<p>Coordination et partenariat institutionnel : participation des agents CPCAM, CAF, CD, ARS</p> <p>Ateliers et séances d'information</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation dans 2/ 3 lieux de proximité de 12 à 18 ateliers d'information par an soit 3000 à 4500 euros pour la CPAM ; - Co- construction avec les maternités volontaires et mise en place de séances d'information : pour la CPAM, budget annuel pour une maternité est de 1 200€ annuel (à raison de 3 intervention/mois) / maternité soit 2400 à 4800 euros.

	<p>La mise en œuvre de cette action est conditionnée par la mise à disposition de temps agents de la CPCAM, du CD et de la CAF ; pour l'atelier organisé au Centre Social des Flamants, la CAF n'a pas pu détacher de gestionnaire prestation ; seul le service social intervient.</p> <p>L'implication et l'engagement des maternités nécessitera peut-être un financement spécifique.</p> <p>Montée en charge progressive du BP.</p>	
Gouvernance	<u>Porteur de l'action (structure)</u>	Non déterminé (a priori Assurance maladie)
	<u>Partenaires pré identifiés pour la mise en œuvre</u>	Assurance maladie, PMI, CAF, Maternités
	<u>Financeurs potentiels pré identifiés</u>	ARS, CLS, Conseil départemental, assurance maladie
Modalités d'évaluation	<u>Processus (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Co construction de l'action (nombre et qualité des partenaires) ; - Nombre de séances réalisées ; - Nombre de maternités couvertes. 	
	<u>Résultats (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de participants ; - Niveau de satisfaction des participants et des interlocuteurs de la maternité ; - Nombre de participants ayant sollicité une vérification individualisée. 	
Points de vigilance, risques identifiés		

Axe 4 « Promouvoir un environnement favorable à la santé du jeune enfant »

Titre de l'action	Action 2 : Améliorer les interventions en prévention
Contexte communal	<p>Territoire marqué par d'importantes inégalités sociales et territoriales : données INSEE PACA juin 2015.</p> <p>Inégalité sociale et territoriale de santé : quelques données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surpoids et obésité : <ul style="list-style-type: none"> o Données ARS/EN 2012 : fort gradient social surpoids/obésité sur région PACA o Données PMI/CSO 2017/2018 (non publiées) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surpoids > 25 < 30 <ul style="list-style-type: none"> - Marseille centre (1/2/3) : 4.1% - Marseille Nord (13/14/15/16) : 3.8% ▪ Obésité : > 30 - Dépistage anomalie visuelle (données Eval Mater CD 13) <ul style="list-style-type: none"> o 19% d'anomalies visuelles repérées entre 3.5 et 4.5 ans o Corrélation avec inégalité sociale sur Marseille - Taux de participation à l'examen buccodentaire (EBD) 6,84% et taux de recours au chirurgien-dentiste 46,03% à Marseille, avec des disparités selon les arrondissements (le plus faible taux EBD est de 2,47%) contre un taux EBD de 10,87% et un taux de recours au chirurgien-dentiste de 45, 17 % au niveau départemental. <p>Il convient de souligner l'évolution des cadres d'action de prévention promotion de la santé. Plusieurs acteurs institutionnels déploient ou financent des actions de prévention dans leurs cadres d'intervention respectifs. Par ailleurs de nouvelles démarches et dispositifs concernent la prévention et la promotion de la santé en milieu scolaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place du parcours éducatif de santé (PES) (loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République et loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé) ; cette démarche permet « de structurer et mettre en cohérence les dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements disciplinaires et interdisciplinaires ». (Ministère de l'éducation nationale, Mise en œuvre du PES, guide d'accompagnement des équipes pédagogiques et éducatives) ; - Mise en place et déploiement du service sanitaire de manière progressive dès la rentrée 2018, qui va permettre de réaliser des interventions de prévention conduites par les étudiants en santé (décret du 12 juin 2018).

Objectif opérationnel	<p>Rechercher une plus grande efficacité des actions et collaboration entre les financeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la coordination des financeurs sur la déclinaison des actions <p>De nombreuses actions promotions de la santé bénéficient d'un soutien financier de divers acteurs (ARS, CD13, CPAM, Ville de Marseille, CAF...) : des approches thématiques et ou territoriales pluri-partenariales sont encouragées (cf COPIL HBD)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les actions en faveur du développement de la promotion de la santé : nutrition, écran, CPS, HBD, lutte contre la sédentarité : la mise en œuvre d'actions ou de modalités probantes est encouragée
Territoire concerné	Commune de Marseille et en priorité QPV et écoles REP, REP+
Population cible	Enfants de 0 à 6 ans : 12 000 par année civile : soit 72 000 enfants 0-6 ans
Description de l'action	<p><i>Intérêt de développer cette action dans le cadre du CLS, la plus-value attendue :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordination territoriale et ou thématique des actions - Synergie des moyens financiers alloués (pluri partenaires) - Priorisation sur des territoires et des thématiques en accord avec PRS2 - Recours à des actions relevant des données probantes - Renforcement des CPS <p><i>En quoi cette action va permettre la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Priorisation des actions sur QPV, REP et REP + - Actions sur des thématiques où les liens avec déterminants sociaux et environnementaux sont démontrés. Etudes d'impact souhaitées - Recours à des actions avec impact sur les déterminants sociaux de la santé <p><i>En quoi cette action participe-t-elle à la construction d'un parcours de santé adapté ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Repérage précoce des anomalies est un préalable à l'inscription dans un parcours de santé - Actions de promotion de la santé s'inscrivent dans le cadre d'un partenariat en milieu scolaire avec EN et PMI (bilan de santé en école maternelle) : permettant un suivi des actions collectives et individuelles - Renforcement des CPS contribue à l'amélioration d'un parcours de santé <p>3 thématiques sont priorisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hygiène buccodentaire, pour laquelle un travail de coordination est d'ores et déjà engagé - Santé Nutrition/obésité - Réduction de la surexposition aux écrans <p>2 axes transversaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre la sédentarité - Renforcement des CPS <p>La majorité des actions est conduite au sein des établissements de l'EN (PSM, MSM, GSM) en partenariat avec les équipes de PMI et les partenaires associatifs</p>

	Modalités d'actions :	
	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une instance réunissant les partenaires financeurs des actions en direction des 0-6 ans ainsi que l'éducation nationale : définition des priorités, des modalités d'intervention, adoption de principes d'actions partagés, charte, etc... - Améliorer la connaissance et définir les informations qui seraient nécessaires dans le cadre d'un dispositif de surveillance 	
Calendrier prévisionnel	Dès 2019	
Budget global estimé	Coordination et partenariat institutionnels : ressources humaines des participants à l'instance	
Gouvernance	<u>Porteur de l'action (structure)</u>	Non défini
	<u>Partenaires de la mise en œuvre</u>	CPAM, EN, ARS, CD, financeurs du contrat de ville, ville ...
	<u>Financeurs</u>	Partenaires du CLS
Modalités d'évaluation	<u>Processus (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u>	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Objectif 1 : coordination des financeurs : <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un comité de pilotage interinstitutionnel - Réunion thématique avec experts 2. Objectif 2 : améliorer les actions : <ul style="list-style-type: none"> - Critères de priorisation concernant les territoires retenus : données relatives à l'état de santé en lien avec l'action retenue sur le territoire - Critères de sélection des modalités d'actions retenues (cf. données probantes) : données de la littérature scientifique - Les actions sont réalisées dans un cadre partenarial : <ul style="list-style-type: none"> o Co-construction des actions en amont o Les parents sont associés à la réalisation et à l'évaluation 	
	<u>Résultats (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Nombres actions réalisées par thématiques et par territoires - Questionnaire d'évaluations pour les partenaires et les parents - Etudes de prévalence : surpoids/obésité, taux de recours 	
Points de vigilance, risques identifiés		

Axe 4 « Promouvoir un environnement favorable à la santé du jeune enfant »

Titre de l'action	Action 3 : Développer les compétences des parents et des enfants autour du langage
Contexte communal	<p>Un pourcentage élevé d'enfants présentant un retard de langage : à Marseille 12,28% des enfants ont un retard de langage (données des bilans « éval mater 2016 3,5-4 ans ») avec des disparités selon les arrondissements, jusqu'à 18,6% dans les quartiers les plus précarisés. Ce taux était vs 8% au niveau régional (bilan de santé des écoles maternelles de la région ORS mars 2012).</p> <p>L'offre de prise en charge existante est saturée (attente) et ne répond pas forcément aux besoins des enfants et parents.</p> <p>Une partie du public, même repéré et orienté vers une prise en charge, n'y a pas recours.</p> <p>Des éléments de contexte défavorables : socio- démographique, de vulnérabilité, de pauvreté, déterminants possibles participant à la survenue de ces troubles (voir note sur les éléments de contexte)</p> <p>Plusieurs études mettent en évidence que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le développement des compétences langagières est influencé par des déterminants de l'environnement de l'enfant et de ses éducateurs (fréquence des interactions, fréquence d'exposition aux mots, importance portée à la communication par le langage, style langagier, encouragements adressés à l'enfant...); - Un effet négatif du niveau socio culturel défavorisé sur les performances au langage ; - Un lien entre développement du langage des enfants en âge préscolaire et réussite scolaire.
Objectif opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les compétences et habiletés des enfants et des parents pour lesquels un retard du langage, un trouble de la relation est repéré ; - Diversifier les réponses en fonctions du niveau de difficultés repéré et développer une offre complémentaire de stimulation ; - Prévenir les retards en développant des ateliers autour du langage notamment, développer les compétences des parents, améliorer le lien et la communication parents-enfants ; - Accompagner les parents.
Territoire concerné	Particulièrement sur les territoires à fort « indice de désavantage social-IDS » et où sont identifiées des ressources
Population cible	Enfants et leurs parents jusqu'à 6 ans, pour lesquels un trouble du langage, de la relation est repéré Environ 170 enfants et parents
Description de l'action	<p>Action comportant 2 volets :</p> <p>1. Mise en place d'ateliers permettant de répondre aux difficultés repérées par les professionnels de la petite enfance : ateliers jeux de langage avec implication et participation des parents.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutenir les initiatives répondant à des conditions de réalisation favorables, notamment inscription dans la durée, implication des parents, outils permettant la réappropriation par les parents... - Inscription de l'intervention dans un parcours, accompagnement de la famille et de l'enfant vers les dispositifs de prise en charge

	<p>et pendant l'attente de la prise en charge, si nécessaire ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail en lien et partenariat avec le réseau parentalité, avec professionnels santé de la petite enfance et de la prise en charge : Mobilisation de compétences professionnelles adaptées et plurielles ; - Sur les territoires où le public est le plus éloigné des dispositifs et offres de prévention, une attention particulière sera à apporter aux conditions facilitant l'accès à ces ateliers ; les structures d'exercice coordonné ayant développé une approche communautaire ou mis en place des activités ayant permis au public d'investir la structure et développer un lien de confiance peuvent notamment être des ressources. <p>2. Développement de la connaissance avec mise en place d'une étude-évaluation permettant d'apprécier la pertinence de l'action et si elle contribue à l'inscription dans un parcours de santé.</p> <p>Des programmes et actions portant sur des séances de stimulation similaires ont déjà mises en œuvre et évalués positivement à l'étranger (en particulier étude du programme Caroleina Abecedarian conduit pendant 15 ans aux Etats Unis) mais aussi en France à Grenoble notamment (programme Parler Bambin dans des crèches de quartiers défavorisés) et dans les Bouches-du-Rhône (Jeux de langage mis en œuvre par Salon Action Santé).</p> <p>Ces expériences pourront contribuer au développement de l'action.</p> <p>Intérêt de développer cette action dans le cadre du CLS, la plus-value attendue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expérimentation partagée ; - Synergie des ressources allouées ; - Production de connaissances partagées. <p>En quoi cette action va permettre la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervention précoce ; - Inscription des actions dans des territoires à fort IDS. <p>En quoi cette action va permettre de proposer des solutions pour une offre de santé de proximité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repérage et intervention précoce ; - Mobilisation d'une offre de proximité.
Calendrier prévisionnel	Démarrage dès 2019

Budget global estimé	<p>Volet 1 : action implantée sur 4 sites ; 3 groupes par an de 10 séances concernant 6 à 9 enfants en moyenne et leurs parents ; sensibilisation des professionnels ; Temps d'EJE, d'orthophoniste, de psychologue, de coordination sur la base de 25 000 / site (pour 4 sites : 100 000 euros) Volet 2 : 20 000 euros Soit au total, 120 000 euros Avec montée en charge progressive du BP</p>	
Gouvernance	<u>Porteur de l'action (structure)</u>	<p>Pour le volet 1 : pluriel ; des sites et opérateurs remplissant plusieurs conditions de réussite de l'action sont repérés</p> <p>Pour le volet 2 : à définir</p>
	<u>Partenaires pré identifiés pour la mise en œuvre</u>	CD, ARS, ASV, structures porteuses de l'action
	<u>Financeurs potentiels pré identifiés</u>	CD, ARS, partenaires financiers CLS ... Sous réserve : financement possible dans le cadre du plan pauvreté
Modalités d'évaluation	<p><u>Processus (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de lieux/espaces ; - Nombre de groupes /lieu et nombre d'ateliers par groupe ; - Nombre de parents et enfants et assiduité / groupe. 	
	<p><u>Résultats (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evolution de la situation des enfants ; - Appropriation par les parents/compétences développées ; - Orientation et accompagnement vers une autre prise en charge. 	
Points de vigilance, risques identifiés		

Axe 4 « Promouvoir un environnement favorable à la santé du jeune enfant »

Titre de l'action	Action 4 : Sensibiliser les professionnels de la petite enfance au repérage des troubles psychomoteurs, langagiers et du comportement	
Contexte communal		
Objectif opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le repérage et la prise en charge de l'enfant présentant un trouble psychomoteur, langagier ou du comportement de la relation ou du développement ; - Repérer le plus précocement possible, communiquer sur les ressources. 	
Territoire concerné	Potentiellement ensemble du territoire communal mais particulièrement sur des territoires infra communaux où sont identifiées des ressources (territoires d'implantation des actions de la fiche 4.2).	
Population cible	Professionnels de la petite enfance / environ 60 sur 3 territoires	
Description de l'action	<p>Sensibilisation des professionnels en contact avec les parents et des enfants, notamment professionnels de santé (médecin généraliste en particulier) et professionnels de la petite enfance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au repérage ; - À l'information et l'orientation des parents. (Communication adaptée, formalisation des modalités) <p>Intérêt de développer cette action dans le cadre du CLS, la plus-value attendue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expérimentation partagée ; - Synergie des ressources allouées ; - Production de connaissances partagées. <p>En quoi cette action va permettre la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repérage précoce ; - Déploiement de l'action sur des territoires à fort indice de désavantage social (IDS). <p>En quoi cette action va permettre de proposer des solutions pour une offre de santé de proximité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repérage et intervention précoce ; - Mobilisation d'une offre de proximité. 	
Calendrier prévisionnel	Dès 2019	
Budget global estimé	10 000 euros environ / 1 à 3 groupes de professionnels soit environ 60 personnes	
Gouvernance	Porteur de l'action (structure)	Non défini à ce stade
	Partenaires pré identifiés pour la mise en œuvre	Médecins généralistes en particulier, structures d'exercices coordonnées notamment celle ayant développé un axe petite enfance, PMI, MDS
	Financeurs potentiels pré identifiés	ARS, partenaires financiers CLS

Axe 5 : Favoriser l'accès aux soins et l'accompagnement des personnes en renoncement aux soins et en situation de fragilité

Titre de l'action	Action 1 : Mise en place d'une campagne de formation, d'information et de sensibilisation à la problématique du renoncement aux soins pour raisons financières sur la commune de Marseille
Contexte communal	Le renoncement aux soins est mal connu tant par la population que par les professionnels institutionnels, professionnels de santé, les travailleurs sociaux ; ils sont désarmés face à la complexité des situations ; la population ignore parfois l'existence des dispositifs mis en place, la CPAM a développé des compétences spécifiques sur le sujet mais ne peut agir seul. A ce jour, 90 % des détections et des accompagnements sont réalisés par la CPAM Pour que le projet soit viable à moyen terme, il faut étendre et sensibiliser vers d'autres acteurs
Objectif opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la connaissance de cette problématique en population générale - Sensibiliser puis impliquer différentes institutions dans la lutte contre le renoncement aux soins - Former à la détection différentes catégories de professionnels afin d'améliorer la détection des personnes en renoncements aux soins - Expérimenter sur un territoire infra communal un projet territorial coordonné
Territoire concerné	Ville de Marseille
Population cible	Les usagers Les institutionnels Les professionnels (professionnels de santé, travailleurs sociaux, médiateur santé..)
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser une campagne d'information grand public sur les dispositifs de lutte contre le renoncement aux soins (affichage, flyer, forum « ne jamais renoncer à se soigner », médiatisation des Assises annuelles du renoncement aux soins...); - « Formation de formateurs » institutionnels en charge de relayer au sein de leur structure cette formation-sensibilisation à la détection et la prise en charge de patients en renoncement aux soins ; - Développer des formations spécifiques pour différentes catégories de professionnel (priorité 1 : les travailleurs sociaux, priorité 2 : les professionnels de santé) ; - Créer un kit d'information à destination des professionnels "la lutte contre le renoncement aux soins" avec les affiches, les infos pratiques, les bons contacts CPAM et les fiches de liaisons inhérentes au dispositifs spécifiques (Accès aux droits, PFIDASS, etc.) ; - Organiser annuellement des « assises du renoncement aux soins » ;

	<ul style="list-style-type: none"> - Expérimenter la mise en place d'un programme territorialisé d'information et de sensibilisation (actions coordonnées et simultanées de différents partenaires à destination de la population et des professionnels). 						
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> - 2019 : Formation des formateurs institutionnels / Campagne d'information grand public - Forum / première assise marseillaise du renoncement aux soins ; - 2020 : Développement de formations spécifiques pour différentes catégories de professionnels ; - 2021 : Expérimenter la mise en place d'un programme territorialisé d'information et de sensibilisation / extension du programme territorialisé sur l'ensemble de la commune en fonction des résultats de l'expérimentation. 						
Budget global estimé	<p>Forum : 20 000 €</p> <p>Formation des professionnels : pas de budget spécifique, hormis mise à disposition de personnels</p>						
Gouvernance	<table border="1"> <tr> <td><u>Porteur de l'action (structure)</u></td> <td>Forum : service précarité CPAM 13, CARSAT, SSPH-Ville de Marseille</td> </tr> <tr> <td><u>Partenaires pré identifiés pour la mise en œuvre (hors membres du COPIL)</u></td> <td>CCAS, entité de formation des travailleurs sociaux (par ex. IMF, IRTS, ISMC La Cadenelle, Lycée publique professionnel Marie-Curie), les URPS...</td> </tr> <tr> <td><u>Financeurs potentiels pré identifiés</u></td> <td>Notamment CARSAT, CPAM, Ville pour le forum</td> </tr> </table>	<u>Porteur de l'action (structure)</u>	Forum : service précarité CPAM 13, CARSAT, SSPH-Ville de Marseille	<u>Partenaires pré identifiés pour la mise en œuvre (hors membres du COPIL)</u>	CCAS, entité de formation des travailleurs sociaux (par ex. IMF, IRTS, ISMC La Cadenelle, Lycée publique professionnel Marie-Curie), les URPS...	<u>Financeurs potentiels pré identifiés</u>	Notamment CARSAT, CPAM, Ville pour le forum
	<u>Porteur de l'action (structure)</u>	Forum : service précarité CPAM 13, CARSAT, SSPH-Ville de Marseille					
	<u>Partenaires pré identifiés pour la mise en œuvre (hors membres du COPIL)</u>	CCAS, entité de formation des travailleurs sociaux (par ex. IMF, IRTS, ISMC La Cadenelle, Lycée publique professionnel Marie-Curie), les URPS...					
<u>Financeurs potentiels pré identifiés</u>	Notamment CARSAT, CPAM, Ville pour le forum						
Modalités d'évaluation	<p><u>Processus (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'institutions participant à l'organisation, au cofinancement des assises ; - Nombre d'institutions acceptant le principe de former un formateur et de décliner cette formation au sein de leur structure ; - Nombre d'institutions ou de structures acceptant d'intégrer une formation-sensibilisation au renoncement aux soins dans leur programme ; - Nombre d'institutions participant à la campagne de sensibilisation grand public / description des modalités de participation ; - Nombre d'institutions participant à l'organisation, au cofinancement du « forum ». <p><u>Résultats (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation annuelle d'assises : nombres de participants / catégorie d'institution... - Organisation d'un forum : nombre de participants ; - Nombre de formations réalisées / catégorie de professionnels formés / résultats des évaluations par questionnaire de la formation par les formés (J0 et 6 mois plus tard) 						
Points de vigilance, risques identifiés	Nécessité de formation de formateurs institutionnels par le service précarité de la CPAM 13 avec pour objectif la démultiplication des formations auprès de différentes catégories de personnels.						

Axe 5 : Favoriser l'accès aux soins et l'accompagnement des personnes en renoncement aux soins et en situation de fragilité

Titre de l'action	Action N°2 : Rédaction et diffusion de protocoles de guidance de populations spécifiques en renoncement aux soins à l'attention des professionnels
Contexte communal	<p>30% de la population marseillaise (environ 240 000 personnes) sont en renoncement de soins et « seulement » 4300 personnes ont été prises en charge à ce jour. Ces 2 nombres laissent entrevoir le potentiel de détections à venir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le profil type étant une femme seule, isolée, monoparentale de + de 40 ans ayant un travail précaire mais d'autres profils ressortent : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 10% des « renonçants » sont de jeunes adultes (sous-estimation probable) ; ▪ 31 % sont des seniors de + 60 ans (58% de ces personnes vivent seules). <p>La CPAM rencontre également des difficultés d'accompagnement pour certaines catégories d'handicap (notamment la surdité).</p> <p>Certains acteurs (associations et structures) font déjà de l'accompagnement au renoncement aux soins sans le savoir et pour avoir des résultats efficaces, il y a un fort besoin de coordonner les acteurs.</p>
Objectif opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Optimiser la qualité de la prise en charge des personnes en renoncement aux soins ; - Proposer des solutions adaptées à des catégories spécifiques de personnes en renoncement aux soins ; - Faciliter le travail des différentes institutions impliquées tout en harmonisant et professionnalisant leurs pratiques.
Territoire concerné	Ville de Marseille
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> - Les travailleurs pauvres - Les 16/25 ans dont les étudiants - Les personnes âgées isolées - Les personnes handicapées (problématique particulière avec les malentendants)
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Animation de groupes de travail multi institutionnel, (connaissance des points de rupture) dont la composition dépend du public ciblé en vue de l'écriture puis de l'évaluation des protocoles ; - Rédaction de protocoles spécifiques décrivant les dispositifs à activer et proposant une procédure harmonisée sur le territoire communal ; - Assurer la diffusion de ces protocoles et les formations nécessaires.

Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> - 2019 : rédaction et diffusion des protocoles « travailleurs pauvres » ; - 2020 : rédaction et diffusion des protocoles « 16-25 ans » dont les étudiants ; - 2021 : rédaction et diffusion des protocoles « PA » et « PH » 	
Budget global estimé	Pas de budget spécifique, hormis mise à disposition de professionnels pour l'élaboration des protocoles (et participation à la diffusion et à la connaissance de celles-ci).	
Gouvernance	<u>Porteur de l'action (structure)</u>	CPAM
	<u>Pilote parmi les membres du COPIL</u>	SSPH-CPAM
	<u>Partenaires pré identifiés pour la mise en œuvre (hors membres du COPIL)</u>	CCAS, CARSAT (service social), Mission locale, Rectorat, associations (par ex. Image santé, Epide, Surdi 13, E2c, Institut Fouque..), Mutuelles
	<u>Financeurs</u>	Sans objet
Modalités d'évaluation	<u>Processus (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et catégorie de partenaires impliqués dans la construction du protocole ; - Nombre d'institutions participant à la diffusion des nouveaux protocoles ; 	
	<u>Résultats (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de protocoles ; - Modalités de diffusion des procédures ; - Respect du calendrier de travail ; - Connaissance et utilisation des nouvelles procédures par les professionnels concernés (Enquête). 	
Points de vigilance, risques identifiés	Veiller à ce que les groupes de travail ne soient mis en place que durant les phases d'élaboration des protocoles.	

Axe 5 : Favoriser l'accès aux soins et l'accompagnement des personnes en renoncement aux soins et en situation de fragilité

Titre de l'action	Action N°3 : Mise en place d'un observatoire du renoncement aux soins pour raisons financières sur la commune de Marseille
Contexte communal	<p>De nombreuses études décrivent le niveau de renoncement aux soins à différentes échelles territoriales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 32% sur Marseille (établi par la CPAM13 en 2016) - 26% sur le territoire national (établi Par « santé Protection Sociale, en 2012) - 33%, échelle nationale (Par Europe Assistance, en 2013) - 30,5% dans le Gard (Baromètre des renoncements du Gard, en 2014) - 36,3% pour le Languedoc – Roussillon (établi par les CPAM de la région en 2015) <p>Sur Marseille, l'étude est globale et pas assez affinée, en partie en raison de certaines spécificités de la ville :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de précarité (CMUC + ACS) élevés, allant de 6,5% dans le 8eme arrondissement jusqu'à 50% dans le 3eme arrondissement. A elle seule, la commune de Marseille concentre 67% de la précarité des Bouches-du-Rhône. - Taux disparates de volumétrie de détection par arrondissements, mais aussi au regard de la montée en charge progressive. <p>En mai 2018, les causes de renoncements sur Marseille étaient les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 57% en raison du « reste à charge financier » - 21% pour cause « avance de frais » - 5% pour « perte de revenu » - A noter que 56% des « renonçants » n'avaient pas de complémentaire santé.
Objectif opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Analyser et mettre à disposition de l'information fiable sur le renoncement aux soins et son évolution au service d'une amélioration et d'une coordination des politiques publiques ; - Synthétiser l'information communale sur le renoncement aux soins (travail de collecte et de veille sur les travaux réalisés sur ce thème) ; - Réaliser un diagnostic partagé par l'ensemble des acteurs impliqués ; - Suivre l'état et l'évolution du renoncement aux soins ; - Communiquer les travaux de l'observatoire et valoriser les bonnes pratiques ; - Inciter à l'amélioration des connaissances en identifiant des lacunes en terme de production de donnée ou de consolidation de la donnée et les faire remonter vers les structures ad hoc ; - Accompagner les institutions dans l'appropriation de cette problématique dans leurs politiques publiques ; - Repérer, documenter, promouvoir et aider au développement de projets innovants dans le domaine de la lutte contre le renoncement aux soins ; - Ouvrir la base de données au citoyen par l'intermédiaire d'un site internet dédié ou d'une page web dédiée.

Territoire concerné	Ville de Marseille	
Population cible	La population marseillaise	
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un observatoire communal du renoncement aux soins (base de données ouvertes / utilisation du SIG CARSAT / exploitation d'informations existantes déjà produites par différents partenaires / Identification des données et des initiatives pertinentes pour intégrer la base de données) ; - Valorisation des données sur un site internet dédié ou d'une page web dédiée ; - Intégrer des supports de communication sur le site Internet et une newsletter sur la thématique du renoncement aux soins. 	
Calendrier prévisionnel	2019 - 2021	
Budget global estimé	Non défini à ce stade (doit comprendre la mise en place d'un observatoire et la création d'un site internet dédié ou d'une page web dédiée)	
Gouvernance	<u>Porteur de l'action (structure)</u>	Non défini à ce stade
	<u>Partenaires pré identifiés pour la mise en œuvre (hors membres du COPIL)</u>	La Mutualité Française, SOLIMUT, la CAF, la CARSAT, les CCAS, la Mission locale, Pôle emploi, INSEE ?? ORS ou ODENORE ??
	<u>Financeurs potentiels pré identifiés</u>	Ville ? Mutualité française (fond de dotation) ? SOLIMUT ? CD 13 ?? DDDCS13 ?? CNAM ?? ARS (PRAPS) ?? Conseil régional ??
Modalités d'évaluation	<u>Processus (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'institutions partageant leurs données ; - Nombre d'institutions participant au financement de l'observatoire et/ou du site-page web ; - Nombre d'institutions ayant participé à l'élaboration du premier diagnostic partagé entre acteurs. 	
	<u>Résultats (critère d'évaluation, indicateur et outils) :</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place opérationnelle de l'observatoire ; - Contribution quantitative et qualitative des partenaires ; - Mise en place opérationnelle du site interne (ou de la page web dédiée) / Nombre de connexions ; - Modalités de diffusion des connaissances ; - Rédaction annuelle du diagnostic / évaluation de la qualité du contenu (indicateurs quantitatifs et qualitatifs) ; - Impact de l'amélioration des connaissances sur le service rendu à la population. 	
Points de vigilance, risques identifiés	Coût du projet / recherche du cofinancement et pérennisation du financement.	

LES ENGAGEMENTS

Chaque signataire et membre du COPIL s'engage à :

- Soutenir la mise en œuvre des actions prioritaires ;
- Désigner un « référent CLS 3 » au sein de sa structure qui aura pour missions : de participer à l'équipe-projet, d'informer sa hiérarchie de l'avancement des travaux, d'aviser l'équipe-projet des arbitrages retenus par sa direction et de mettre en contact les porteurs d'action avec les personnes référentes du domaine concerné au sein de son institution ;
- Rechercher une stratégie de communication coordonnée avec les autres partenaires autour des axes prioritaires.

La Ville de Marseille s'engage à :

- Cofinancer le poste de « coordonnateur de projet CLS 3 » durant la durée du contrat (minimum année 1 : 0,25 ETP) ;
- Assurer le secrétariat du COPIL ;
- Identifier et mobiliser les personnes ressources dans les différentes directions concernées ;
- Participer financièrement, dans la limite des moyens disponibles, au financement des actions prioritaires.

L'ARS PACA s'engage à :

- Cofinancer le poste de « coordonnateur de projet CLS 3 » durant la durée du contrat (maximum année 1 : 0,25 ETP) ;
- Mobiliser des moyens humains dédiés à chaque axe stratégique dans la limite des disponibilités ;
- Instruire les demandes de financement des actions prioritaires pour préciser sa contribution éventuelle.

Le Conseil départemental des Bouches du Rhône s'engage à :

- Instruire dans le cadre de ses procédures, les demandes de financement en lien avec le CLS, pour préciser sa contribution éventuelle.
- Poursuivre ses activités de terrain dans ses domaines de compétence (PMI, CEGIDD, Lutte contre la tuberculose, vaccination...) en lien avec les objectifs du CLS.

La préfecture des Bouches du Rhône s'engage à :

- Instruire les demandes de financement des actions prioritaires pour préciser sa contribution éventuelle.

Chacun des partenaires signataires du CLS s'engage à échanger les informations relatives aux priorités retenues et à les promouvoir dans les différents cadres d'inscription des politiques menées.

LE SUIVI ET L'EVALUATION

1. Les modalités de suivi

Chaque année, le dernier COPIL de l'année se prononce sur le degré de réalisation des axes et des actions du contrat sur la base d'un bilan réalisé sous forme de tableau de bord par le coordinateur CLS et validé par l'équipe projet et prend les décisions nécessaires.

Un bilan final est-présenté au COPIL 6 mois avant l'échéance du contrat.

2. L'évaluation du contrat

2.1. Evaluation des axes stratégiques et actions

Les axes stratégiques et actions du contrat ont leurs modalités d'évaluation propres. Certains indicateurs d'évaluation ont été pré-identifiés au moment de la phase d'écriture du contrat, mais ils pourront être complétés, validés et priorisés avec les promoteurs des actions.

Le coordinateur CLS 3 est chargé du suivi, de la coordination et de la restitution à l'équipe projet, puis au COPIL d'une évaluation annuelle globale des résultats qualitatifs et quantitatifs des axes et des actions du CLS 3.

2.2. Evaluation de la gouvernance, du processus de mise en œuvre et de la coordination

Six mois avant l'échéance du contrat, l'équipe projet proposera au COPIL un rapport d'auto-évaluation portant spécifiquement sur la partie « gouvernance, processus de mise en œuvre et coordination du contrat ».

En dehors de cette échéance, l'équipe projet a toute latitude pour informer le COPIL des bonnes pratiques et/ou points de vigilance méritant d'être portés à son attention.

Un prestataire extérieur pourra être mandaté pour compléter ces évaluations en tant que de besoin.

Fait à Marseille, le 1^{er} octobre 2019

La Préfète déléguée à l'Égalité des Chances

Marie AUBERT



Le Maire de Marseille

Jean-Claude GAUDIN



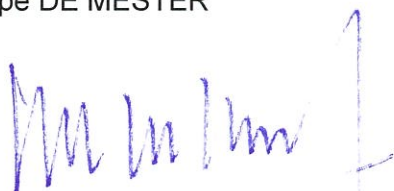
La Conseillère Départementale déléguée à la PMI, Santé, Enfance, Famille

Brigitte DEVESA



Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé PACA

Philippe DE MESTER



Annexe 1

Tableau récapitulatif des actions prioritaires

Axe 1-1 « Améliorer la qualité de l'air intérieur et extérieur sur la ville de Marseille »
➤ Action N°1 : Déployer une campagne d'information, de sensibilisation et d'éducation sur les enjeux de la qualité de l'air en population générale : « Pour notre air, chaque geste compte »
➤ Action N°2 : Poursuivre et renforcer la campagne de formation et d'information portant sur la qualité de l'air auprès de différentes catégories de professionnels (de la santé, des collectivités locales...) et de décideurs locaux.
➤ Action N°3 : Proposer un accompagnement et une campagne d'information complémentaire aux actions sur les alternatives au brûlage des déchets verts aux particuliers et aux professionnels du jardinage
Axe 1-2 « Mettre en œuvre une politique locale efficace et concertée de lutte contre l'incurie dans le logement »
➤ Action N°1 : Accompagner les personnes en difficulté face aux situations d'incurie dans le logement.
Axe 1-3 « Réduire l'exposition aux perturbateurs endocriniens des Marseillaises et Marseillais »
➤ Action N°1 : Améliorer les connaissances sur les micropolluants présents dans la station d'épuration marseillaise : « La Géolide ».
➤ Action N°2 : Sensibiliser et informer la population à la question des perturbateurs endocriniens (PE)
➤ Action N°3 : Sensibiliser et informer les personnels de la petite enfance, à la problématique des perturbateurs endocriniens (PE)
Axe 2 « Lutter contre la sédentarité et promouvoir l'activité physique »
➤ Action N°1 : Développer les mobilités actives (parcours de mobilité sécurisés et jalonnement)
➤ Action N°2 : Harmoniser la répartition et / ou développer de nouveaux lieux de pratique d'activité physique et sportive – APS et d'activité physique adaptée – APA
➤ Action N°3 : Coordonner et animer les activités physiques adaptées par l'intermédiaire d'un dispositif opérationnel « sport santé »
Axe 3 : « Soutenir, accompagner et diversifier les modalités de prévention et d'intervention en réduction des risques et des dommages dans le champ des conduites addictives. »
➤ Action N°1 : Développer la coordination des acteurs et des actions de prévention des conduites addictives, de réduction des risques et des dommages sociaux liés aux usages de produits psychoactifs au sein des quartiers politiques de la ville, concernés par l'activité de revente.
➤ Action N°2 : Développer des actions de prévention, de sensibilisation et de formation dans le champ des addictions auprès des acteurs de premier recours et de l'entourage, pour accompagner le parcours des jeunes au sein des quartiers « politique de la ville » et / ou concernés par l'activité de revente
➤ Action N°3 : Valoriser et promouvoir de nouvelles formes d'accompagnement pour répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de consommation d'alcool problématique.

Axe 4 « Promouvoir un environnement favorable à la santé du jeune enfant »
➤ Action N°1 : Information de la femme enceinte
➤ Action N°2 : Améliorer les interventions en prévention
➤ Action N°3 : Développer les compétences des parents et des enfants autour du langage
➤ Action N°4 : Sensibiliser les professionnels de la petite enfance au repérage des troubles psychomoteurs, langagiers et du comportement
Axe 5 : Favoriser l'accès aux soins et l'accompagnement des personnes en renoncement aux soins et en situation de fragilité
➤ Action N°1 : Mise en place d'une campagne de formation, d'information et de sensibilisation à la problématique du renoncement aux soins pour raisons financières sur la commune de Marseille
➤ Action N°2 : Rédaction et diffusion de protocoles de guidance de populations spécifiques en renoncement aux soins à l'attention des professionnels
➤ Action N°3 : Mise en place d'un observatoire du renoncement aux soins pour raisons financières sur la commune de Marseille

Annexe 2

Synthèse du bilan de santé à Marseille 2012
Observatoire régional de la santé PACA

Synthèse du bilan de santé à Marseille 2012

Introduction

Dans le contexte d'une implication croissante des collectivités territoriales dans la mise en œuvre de politiques de santé publique et de la préparation de son second Contrat local de santé, la Direction de la santé publique et des personnes handicapées de la ville de Marseille a confié à l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS Paca) la réalisation d'un état des lieux sur la santé des Marseillais. Réactualisation du premier bilan effectué en 2004, ce nouvel état des lieux vise à fournir des pistes de travail et des préconisations afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé au sein de la commune.

Pour répondre à cet objectif, l'ORS Paca a mis en place un programme de travail comportant quatre axes :

- a) la collecte de données quantitatives et leur analyse afin de disposer d'indicateurs socio-sanitaires et environnementaux à différents échelons géographiques de la commune et de comparer leur évolution au cours des années 2000 ; l'ORS Paca a construit un outil cartographique interactif « Marseille Observation Santé » qui permettra aux acteurs travaillant sur le territoire communal de consulter ces indicateurs ;
- b) une analyse documentaire et scientifique, notamment sur les causes des inégalités de santé et les pistes d'intervention pour les réduire ;
- c) la réalisation d'entretiens individuels avec les membres de la Direction de la santé publique et des personnes handicapées de la ville de Marseille et de trois entretiens collectifs avec une vingtaine d'acteurs de terrain afin de compléter l'analyse quantitative et d'identifier les problématiques à leurs yeux prioritaires ;
- d) une analyse croisée des indicateurs, perceptions des acteurs et données scientifiques afin de proposer des thèmes majeurs d'intervention, de fournir des critères objectifs pour les prioriser et d'identifier les différents mécanismes individuels et plus macroscopiques qui devraient être ciblés par des programmes d'intervention afin de réduire les inégalités de santé sur le territoire Marseillais.

Dans la réalisation de ce travail, l'ORS Paca a bénéficié de l'appui de la Direction de la santé publique de la ville et des personnes handicapées de Marseille et de nombreux partenaires (Annexe) qu'il tient à remercier chaleureusement pour leur active contribution.

1. Les caractéristiques du territoire Marseillais

1.1 Marseille un vaste territoire marqué par des ruptures spatiales

La commune de Marseille s'étend sur environ 24 000 hectares, soit deux fois la surface de la ville de Paris. La dimension de Marseille pose le problème de l'échelle pertinente d'observation et d'intervention au sein du territoire. C'est pourquoi l'outil cartographique interactif « Marseille Observation Santé » développé par l'ORS Paca pour les acteurs permettra de consulter des indicateurs socio-sanitaires à différentes échelles spatiales infra-communales. Les espaces naturels, qui représentent 60 % de la surface de la commune, ont un impact important sur les modes de peuplement, de vie et de déplacement des habitants. Le territoire de Marseille est aussi marqué par des ruptures spatiales, notamment au nord et à l'est de la commune, imputables à la topographie, aux infrastructures ou au morcellement urbain et contribuant à isoler voire enclaver certains quartiers : ces ruptures peuvent constituer un frein au déplacement des habitants.

1.2 Des inégalités territoriales sur le plan des équipements et des infrastructures

Sur le plan de l'équipement et des infrastructures, le centre-ville occupe une situation privilégiée. Les commerces, les services de proximité et les équipements (scolaires, de loisirs, culturels...) y sont nombreux. Les déplacements sont facilités par l'existence d'un réseau de transports en commun dense et varié (métro, tram, bus). En contrepartie, les habitants sont plus exposés au bruit routier et à la pollution de l'air et ont moins accès à des espaces verts que dans les autres parties de la ville. En périphérie, les équipements et services de proximité sont moins nombreux et inégalement répartis. Par exemple, dans les quartiers nord et est de la commune, ils sont concentrés dans les noyaux villageois et se raréfient dans les zones d'habitats collectifs. Les déplacements y sont également plus difficiles car le métro et le tramway desservent peu ces zones et le réseau de bus de façon inégale. Cependant, des améliorations sont prévisibles à moyen terme dans certains quartiers au nord et à l'est de la commune du fait de projets importants d'aménagements.

De multiples plans (urbanisation et rénovation de l'habitat, activités économiques, transports...) sont en projet ou en cours sur la commune, davantage dans les quartiers nord que dans le reste de la ville. Certains quartiers sont ainsi en profonde mutation (Euroméditerranée, Sainte Marthe, Château Gombert, les Caillols...) et ces évolutions doivent être prises en compte dans la planification sanitaire.

1.3 Des types d'habitat diversifiés

Les types d'habitat sont variés à Marseille : cette diversité correspond à la grande diversité sociale qui caractérise la commune.

Le grand centre-ville (1^{er} au 7^{ème} arrondissement, nord des 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} arrondissements) est composé quasi exclusivement d'immeubles collectifs ; 165 000 logements y sont recensés – dont un tiers environ de surface inférieure à 40 m² -- pour 330 000 habitants.

La situation des 1^{er} et 2^{ème} arrondissements est préoccupante : la grande majorité des logements date d'avant 1949 et la proportion de logements sans confort --sans baignoire, ni douche ni WC intérieurs-- y est 2 à 3 fois plus importante que dans le reste de la ville. Une Opération Programmée de Rénovation de l'Habitat est en cours sur le centre-ville et concerne les parties des 2^{ème} et 3^{ème} arrondissements inclus dans le projet Euroméditerranée. Au nord de la commune, les types d'habitat sont diversifiés : les grands ensembles de logements, plus nombreux que dans le reste de la commune, côtoient les anciens noyaux villageois et les zones pavillonnaires et résidentielles récentes. Les grandes copropriétés, le plus souvent habitées par des ménages précaires et fragilisés (migrants primo-arrivants, familles monoparentales,...) sont nombreuses et dégradées : nombre d'entre elles font l'objet de projets de l'Agence Nationale de Rénovation Urbaine (Kallisté, Solidarité, Plan d'Aou, la Savine...). D'autres formes plus diffuses d'habitat ancien et dégradé sont situées dans le secteur nord littoral, notamment au sud du 15^{ème} arrondissement (les Crottes, la Cabucelle...). L'est et le sud de la commune comportent davantage de maisons individuelles avec des surfaces habitables plus importantes, en moyenne, que dans le reste de la ville. La construction de logements neufs est plus importante dans les 10^{ème} et 12^{ème} arrondissements que dans le reste de la commune, à l'exception du 13^{ème} arrondissement.

1.4 De forts contrastes sociodémographiques et une importante pauvreté

Marseille comptait 851 420 habitants en 2008, environ 50 000 de plus qu'en 1999 (+ 6 %, Encadré 1). Elle constitue une des communes les plus densément peuplées de la région Paca avec une densité de 3 526 habitants/km². Cependant, la population est inégalement répartie sur son territoire. La population est ainsi fortement concentrée dans le grand centre-ville, alors que les quartiers périphériques du sud, du nord-est et de l'est de la commune sont moins densément peuplés, souvent en raison de la présence d'espaces naturels ou de zones industrielles ou portuaires. La population marseillaise est relativement jeune avec 1 marseillais sur 4 de moins de 20 ans et 1 habitant sur 10 âgés de 75 ans ou plus. Le profil démographique de la population diffère cependant en fonction de son lieu d'habitation.

Encadré 1. Marseille, caractéristiques démographiques et socio-économiques : chiffres clef

- Marseille comptait 851 420 habitants, soit 3 526 habitants / km² en 2008
- 1 marseillais sur 4 (24,9 %) avait moins de 20 ans, près d'1 sur 10 (9,4 %) plus de 75 ans en 2008
- 8 % de la population était de nationalité étrangère en 2008
- Parmi les marseillais âgés de plus de 15 ans, 17,5 % étaient au chômage en 2008
- 1 marseillais sur 4 (24,9 %) n'avait aucun diplôme, 1 sur 7 (14,4 %) un diplôme de l'enseignement supérieur en 2008
- 1 personne sur 4 disposait de bas revenus (< 982€ par unité de consommation), 1 enfant de moins de 25 ans sur 5 vivait dans un foyer à bas revenus à Marseille en 2011
- Environ un actif sur 5 (18,6 %) était ouvrier, 1 sur 6 (16 %) cadre supérieur à Marseille en 2010
- Environ 44 000 personnes à Marseille avaient un revenu constitué à 100 % d'allocations sociales (soit 9,8 pour 100 personnes âgés de 20 à 59 ans) en 2010
- 15 % des marseillais étaient bénéficiaires de la CMUC en 2010

La proportion de jeunes de moins de 20 ans atteint 30 % de la population au nord de la commune (sud du 13^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème}, est du 16^{ème} arrondissement), dans le 3^{ème} arrondissement et dans certains quartiers du 9^{ème} (Sormiou) et du 11^{ème} arrondissements (la Valentine, la Valbarelle). Les jeunes sont particulièrement surreprésentés dans les quartiers de St Mauront (36,7 %), St Barthélémy (36,6 %) et Verduron (36,5 %). A l'inverse, les moins de 20 ans ne représentent qu'environ 1 habitant sur 5 dans le sud de la commune (7^{ème}, 8^{ème}, 9^{ème} arrondissements), dans certains arrondissements du centre-ville (4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} arrondissements) et dans certains quartiers du 12^{ème} (St Barnabé, la Fourragère, St Julien) et du 13^{ème} arrondissement (les Médecins, les Mourets). La proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus est plus importante (10-15 % de la population) dans le sud de la commune (7^{ème}, 8^{ème}, nord du 9^{ème} arrondissement), dans les 4^{ème}, 12^{ème} et 16^{ème} arrondissements, mais aussi dans certains quartiers du 13^{ème} (les Mourets), du 14^{ème} (St Joseph, Bon secours) et du 15^{ème} (la Calade, St Louis) arrondissements.

Certains quartiers sont en mutation sur le plan démographique. Entre 1999 et 2008, la population du centre-ville (4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} arrondissements surtout, mais aussi les 1^{er} et 3^{ème} arrondissements) a fortement rajeuni, alors que celle du sud (8^{ème} et 9^{ème}) et de l'est (10^{ème} et 12^{ème}) a vieilli de façon importante.

Marseille est une ville marquée par une importante pauvreté. En 2008, le revenu médian annuel par unité de consommation y était de 30 % inférieur à celui observé en moyenne en région Paca et dans le département des Bouches du Rhône ; mais il variait du simple au triple selon les arrondissements.

Certains arrondissements sont relativement homogènes sur le plan socio-économique : les arrondissements du centre historique (1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème}) sont les plus pauvres (revenu médian annuel inférieur à 10 000 euros) ; la situation des 14^{ème} et 15^{ème} arrondissements est à peine plus favorable. Au sein de ces 5 arrondissements, 15 à 20 % des allocataires ont un revenu constitué à 100 % d'allocations sociales. La précarité y est diffuse : un tiers à la moitié des habitants disposent de bas revenus. Seuls quelques îlots sont plus favorisés. Ces arrondissements, et notamment les 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} arrondissements, constituent historiquement un premier lieu d'accueil pour les migrants primo-arrivants. La population étrangère y représente 16 à 20 % de la population générale (8 % en moyenne sur l'ensemble de la ville).

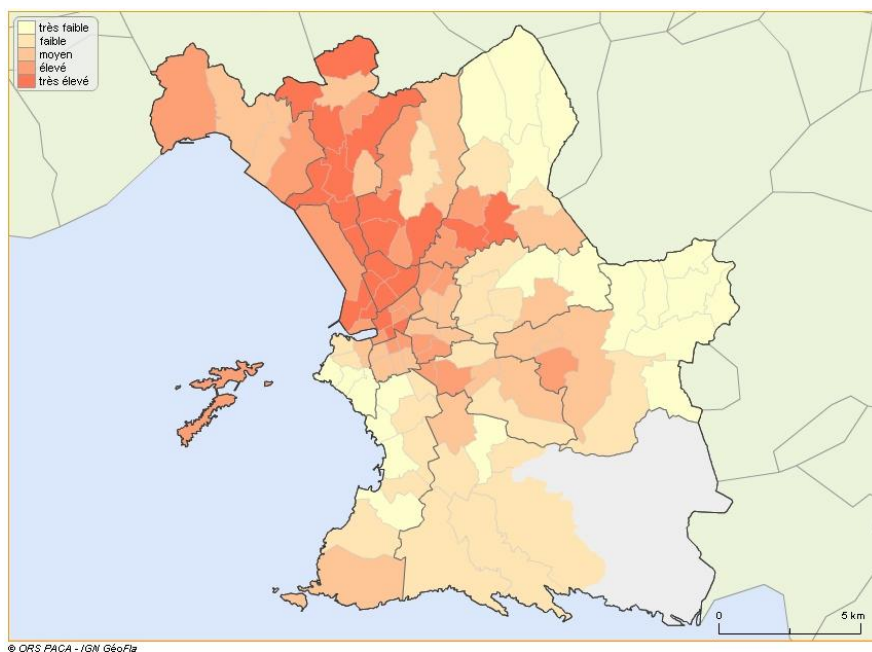
Les arrondissements les plus favorisés se situent dans le sud (7^{ème}, 8^{ème}, 9^{ème}) et l'est (12^{ème}) de la commune : le revenu médian annuel par unité de consommation y dépasse 20 000 euros et les cadres supérieurs y sont surreprésentés, de façon relativement homogène. Quelques îlots de précarité existent cependant dans le 9^{ème} arrondissement (La Cayolle, la Soude...). Les ménages des 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} arrondissements ont des revenus médians légèrement supérieurs à ceux observés sur l'ensemble de la ville. Ces arrondissements sont homogènes : au sein de chacun d'eux, presque tous les IRIS¹ ont un revenu médian annuel voisin de celui de la commune. La situation d'autres arrondissements du nord (13^{ème} et 16^{ème}) et de l'est (10^{ème} et 11^{ème}) de la commune est plus contrastée, malgré un revenu médian proche de la moyenne marseillaise. Le 13^{ème} arrondissement est quasiment coupé en deux, entre le sud, plus dense et plus pauvre (quartiers Malpassé, la Rose, Frais-Vallon...), et le nord accolé aux collines, plus aisé et résidentiel (Palama, les Médecins...). La même disparité, moins accentuée, s'observe dans le 16^{ème} arrondissement. Le 11^{ème} arrondissement compte des quartiers situés « en campagne » et très résidentiels (les Camoins, Eoures, la Treille...) à l'est et des zones moins favorisées le long de l'autoroute (Air Bel, la Pomme). Le 10^{ème} est marqué par une disparité entre anciens faubourgs de la Capelette et de Pont-de-Vivieux où le revenu médian est assez faible et les quartiers plus résidentiels de Castel-Roc et de la Marguerite.

Le taux de chômage était très élevé à Marseille en 2008 : il concernait 17,5 % des actifs âgés de 15-64 ans (jusqu'à 30 % chez les 15-24 ans), un taux 60 % plus élevé qu'en France métropolitaine (11,1 %). Ce taux varie cependant du simple au triple selon les arrondissements.

¹ IRIS : Ilots Regroupés pour l'Information Statistique définis par l'Insee qui correspond à un découpage du territoire en mailles de taille homogène

Plus d'1 actif sur 4 était ainsi au chômage dans les 1^{er}, 14^{ème} et 15^{ème} arrondissements, environ 3 sur 10 dans les 2^{ème} et 3^{ème} arrondissements. A une échelle plus fine, les quartiers des Grands Carmes (41,9 %), des Crottes (38,2 %) et de Belsunce (35,6 %) présentent des chiffres particulièrement préoccupants. A l'inverse, la situation est plus favorable dans l'est et le sud de la commune. Ainsi, les 7^{ème} (10,2 %), 8^{ème} (9,9 %) et 12^{ème} (9,6 %) arrondissements présentent des taux de chômage près de 2 fois inférieurs à ceux de la commune et inférieurs à ceux de la France métropolitaine. Les 9^{ème} (11,8 %) et 11^{ème} (13,6 %) arrondissements présentent également un taux de chômage bien inférieur à Marseille.

Précarité socioéconomique en 2008 par quartier à Marseille



Source : Insee, RP – exploitation ORS Paca (Marseille Observation Santé)

1.5 De nombreux atouts en termes d'offre de services de santé

Marseille dispose de ressources importantes de prise en charge et de prévention. La commune compte 11 centres hospitaliers, ainsi que 2 hôpitaux psychiatriques et 1 centre Régional de lutte contre le cancer. L'offre de soins de premier recours est importante : près de 1 200 médecins généralistes et 1 700 spécialistes exercent en libéral, soit une densité d'offre pour 100 000 habitants relativement élevée. La commune est également largement dotée en professionnels paramédicaux. L'offre hospitalière et de premier recours est complétée par une maison médicale de garde située dans l'enceinte de l'hôpital Nord et de trois centres de santé mutualistes, situés dans les 2^{ème}, 4^{ème} et 15^{ème} arrondissements.

Marseille dispose également de nombreux leviers d'actions. Quatre Ateliers Santé Ville (ASV) territoriaux et un ASV thématique sur la santé mentale, visant à améliorer l'accès aux soins des populations, contribuent à la connaissance de leurs besoins de santé localement, à la coordination des acteurs et à la mobilisation des élus. La commune compte également plusieurs réseaux de santé (gérontologie, diabète, suicide, asthme...) qui favorisent la mise en place de prises en charges pluridisciplinaires, l'éducation des patients ou encore la formation des professionnels de santé.

Parmi les points forts de la commune, l'action de la ville de Marseille elle-même doit être soulignée : elle a développé ou soutenu plusieurs dispositifs innovants dans le domaine de la santé, parmi lesquels le projet de promotion de la santé « la santé à Saint-Mauront Belle de Mai, on s'y met tous ! » et le Comité d'Orientation en Santé Mentale. La ville contribue aussi, entre autres, à l'amélioration de l'offre alimentaire en restauration scolaire et à l'accueil des enfants souffrant d'allergies alimentaires. Toutes ces actions témoignent d'un dynamisme certain des responsables politiques et des acteurs et professionnels de santé et médico-sociaux.

1.6 Mais des freins à l'accès aux soins cependant

Liés à la répartition de l'offre et sa qualité

Malgré ces atouts, d'importants problèmes d'accès aux soins persistent à Marseille, amplifiés par l'étendue très importante de la ville. Tout d'abord, l'offre de soins de premier recours est inégalement répartie sur le territoire : le nord et l'est de la commune sont globalement moins bien dotés que le reste de la commune, alors que le centre-ville et le 8^{ème} arrondissement sont plus favorisés. Ce déséquilibre est encore plus prononcé concernant la répartition des médecins spécialistes libéraux.

De plus, certains lieux de soins sont difficilement accessibles, du fait d'une localisation excentrée ou d'une desserte insuffisante en transports en commun. L'accès des établissements de soins est souvent difficile – voir dissuasif -- pour les personnes avec un handicap ou à mobilité réduite en raison de barrières physiques et organisationnelles mais aussi du fait du comportement des personnels des établissements peu sensibilisés et formés à cette problématique. Les ressources financières limitées pour une part importante de la population constituent, malgré la CMUC, un frein à l'accès à certains soins et par conséquent favorisent un recours tardif aux soins. De nombreux spécialistes exerçant en libéral pratiquent des dépassements d'honoraires. Près de la moitié des centres hospitaliers à Marseille sont privés et ils ne sont pas tous conventionnés.

Liés au manque de lisibilité de l'offre

Un autre frein évoqué par les acteurs tient au manque de lisibilité et de coordination des nombreux dispositifs de prévention et de promotion de la santé existant à Marseille. Nombre d'entre eux sont méconnus de la population et des acteurs et sont donc sous-utilisés. De plus, la multiplication des actions et leur manque de coordination nuit à leur efficacité avec des actions parfois redondantes et de court terme. De 2010 à 2012, 217 actions distinctes ayant reçu un financement public ont été recensées sur la commune de Marseille². Ces actions abordent 24 thématiques (environnement, hépatites (VHB/VHC), maladies chroniques, nutrition, santé mentale...) et ciblent de nombreuses catégories de la population publics (adolescents 13-18, adultes 18-55, professionnels de santé, professionnels du champ social...).

² Base de données Oscars du Comité régional d'éducation pour la santé Paca

2. Comment les caractéristiques du territoire marseillais contribuent-elles aux inégalités sociales de santé ?

Le statut socio-économique joue un rôle déterminant dans la constitution de l'état de santé et dans les capacités matérielles et sociales de sa préservation [1]. En effet, des différences sont observées dans l'état de santé d'un individu selon sa position sociale (mesurée par le niveau de revenu, le niveau d'études, la profession, etc.) : chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus faible que le groupe social inférieur (notion de gradient social). C'est à ces différences que renvoie le terme d'inégalités sociales de santé [2].

2.1. Facteurs contribuant aux inégalités sociales de santé à Marseille

Chômage, travail précaire, logement dégradé

L'impact du statut socio-économique sur la santé s'explique d'abord par les **circonstances matérielles de vie** (logement, pouvoir d'achat,...) **et d'activité** (chômage, environnement de travail) [3]. Le contexte marseillais, caractérisé par des taux élevés de chômage et de travail précaire variant notablement selon les arrondissements (paragraphe 1.4), par une importante augmentation des loyers et des prix de l'immobilier ces dernières années et par un parc important de logements dégradés contribue au renforcement des inégalités sociales de santé. Notamment, face aux loyers élevés, les populations les moins favorisées n'ont d'autre alternative que de se tourner vers des logements anciens et dégradés dans le centre ville ou vers les grandes copropriétés dans les quartiers nord notamment.

Niveau d'éducation & rapport à la santé

Le niveau d'éducation est très lié au statut socio-économique et contribue de façon importante à l'état de santé par l'adhésion à des **normes de santé**, le développement de connaissances sur la santé et ses déterminants, la réceptivité aux messages de prévention et l'adoption de **comportements** favorables à la santé (activité physique, alimentation, comportement routier,...). La culture et la religion ont également été citées par les acteurs rencontrés dans le cadre de ce bilan de santé comme des déterminants importants des comportements de santé et de recours aux soins. Ces facteurs revêtent une importance toute particulière à Marseille du fait de la présence d'une importante population migrante, ancienne ou primo-arrivante.

Par ailleurs, les acteurs ayant participé aux entretiens collectifs dans le cadre de ce bilan ont largement souligné la fréquente absence de demande de soins médicaux et/ou de prévention dans les populations en situation de précarité ou de grande pauvreté : dans ces populations en effet, la santé n'est souvent pas perçue comme une priorité, face aux difficultés de la vie quotidienne. Ceci aboutit à des situations de recours tardifs aux soins. Les dispositifs d'accompagnement des habitants ou des patients –médiateurs— peuvent être utiles à cet égard.

Facteurs psychosociaux et conditions de travail

Les conditions de vie et de travail auxquelles sont soumises les personnes de faible statut socio-économique peuvent par ailleurs être associées à des **facteurs psychosociaux** défavorables pour la santé (stress lié au travail, aux conditions de vie, manque de soutien social...). Par exemple, les acteurs entendus dans le cadre de ce bilan ont souligné que chez les jeunes en insertion rencontrés dans les missions locales de Marseille, le stress lié à l'absence d'emploi et à leur avenir serait une cause majeure de problèmes de sommeil. En retour, ces problèmes constitueraient un frein à leur bien-être et à l'accomplissement des démarches quotidiennes nécessaires à l'amélioration de leur situation. Les personnes socialement défavorisées ayant un travail ont plus souvent un travail précaire, sont plus souvent exposées à diverses nuisances professionnelles et sont moins bien protégées sur ce plan que les travailleurs ayant un statut plus stable.

Situations de grande exclusion

Aux fortes inégalités sociales et territoriales qui caractérisent le territoire marseillais, s'ajoutent des situations locales de grande précarité « résidentielles et sanitaire », voire d'exclusion. C'est le cas notamment de groupes qui, de par leur origine ethnique, leur situation sociale, leur statut juridique voire leur état de santé, subissent *une stigmatisation et de fortes discriminations* (personnes sans domicile, populations primo-arrivantes, gens du voyage, voire même personnes avec un handicap) qui accentuent les inégalités de santé.

Caractéristiques de l'offre sanitaire et de prévention

Le **système de santé**, au sens large (soins, prévention,...) constitue également un déterminant intermédiaire entre le statut socio-économique et la santé via, par exemple, son accessibilité, sa capacité à prévenir ou limiter les répercussions négatives des problèmes de santé sur les conditions de vie des individus. Les acteurs interrogés dans le cadre de ce bilan ont souligné le manque de lisibilité de l'offre de prévention et de prise en charge à Marseille, les refus de certains professionnels de prendre en charge des patients bénéficiant de la CMUC ainsi que le manque d'offre de prise en charge adaptée aux primo-arrivants.

Une installation des inégalités tôt dans l'existence

Petite enfance et enfance constituent des étapes de la vie cruciales pour la formation de la santé du futur adulte mais aussi des périodes critiques pour la formation et l'ancrage des inégalités de santé. Les premières phases du développement et de l'éducation influençant la santé de l'individu tout au long de sa vie, il est impératif d'agir sur la petite enfance pour lutter contre la production ou la reproduction des inégalités sociales de santé [4, 5]. La ville de Marseille est marquée sous cet aspect par un taux important de pauvreté infantile.

En 2011, le taux d'enfants et de jeunes de moins de 25 ans dépendant de foyers monoparentaux aux revenus inférieurs à 982 € par unité de consommation était de 7,2 %, ce taux atteignant 9,4 % dans le 15^{ème} arrondissement. Cette pauvreté infantile, du fait des conditions de vie des familles et des conditions d'apprentissage des enfants, retentit sur leur santé et l'acquisition de compétence en santé.

2.2. Inégalités territoriales renforçant les inégalités sociales de santé

Indépendamment de la situation sociale des individus, le territoire peut également jouer un effet propre sur la santé de ses habitants par le biais de son aménagement, des nuisances environnementales (pollution de l'air, bruit...) auxquelles les habitants sont exposés et des équipements et ressources auxquels ils ont accès (offre de soins et de services...).

Par exemple, l'environnement de résidence est susceptible d'avoir un impact sur les comportements alimentaires et d'activité physique des individus via la disponibilité et le prix de différents types d'aliments, l'accès à de la restauration rapide, à des moyens de transport et à des espaces récréatifs sûrs. L'environnement de résidence peut également influencer directement les comportements de santé des habitants par le biais des interactions sociales qui s'y jouent et dont les individus peuvent en partie dériver leurs valeurs, attentes, habitudes de consommation.

L'inégale répartition de l'offre de soins libérale sur le territoire marseillais – pour les spécialistes notamment--, est défavorable aux populations les plus précaires et contribue aux inégalités sociales de santé à Marseille. Pour les acteurs rencontrés dans le cadre de ce bilan de santé, les quartiers situés au nord de la commune sont par ailleurs marqués par un cumul de situations environnementales constituant des freins à l'adoption de comportements alimentaires et d'activité physique favorables à la santé : ruptures spatiales (autoroutes, ronds points ne pouvant être traversés à pied...), équipements sportifs mal entretenus, nombre importants de fast-food, etc.

Les liens entre territoire et santé offrent de nouvelles opportunités en termes d'actions. Ils incitent à penser les environnements de façon qu'ils puissent faciliter la santé et les comportements favorables à la santé et décourager ceux qui y sont défavorables.

3. Quel est le bilan de l'état de santé des marseillais en 2012 ?

3.1. Grandes tendances : une évolution positive

L'analyse des indicateurs de mortalité à Marseille (mortalité générale --toutes causes--, prématurée --avant 65 ans-- et évitable³) sur la période 2005-2009 et de leur évolution par rapport aux années 2000-2004 montre une évolution à la baisse comparable à celle observée en France. Chez les jeunes de 15-34 ans, cette évolution apparaît plus favorable à Marseille par rapport à la France concernant la mortalité générale et évitable. Dans la population générale, l'évolution de la mortalité par tumeurs (par cancer colorectal et par cancer du sein chez les femmes, par cancers du poumon et de la prostate chez les hommes) est aussi plus favorable à Marseille qu'en France. Toutefois, des gains supérieurs en termes de mortalité par tumeurs pourraient probablement être obtenus si l'on considère le faible recours au dépistage organisé du cancer colorectal (<20 % en France) et du cancer du sein (28,6 % à Marseille versus 52,8 % en France en 2008-2009).

³ La mortalité évitable est la mortalité survenant avant 65 ans pour certaines causes de décès. Elle comprend la mortalité évitable liée d'une part au système de soins et d'autre part aux comportements à risque et à la prévention (alcoolisme, tabagisme, conduites dangereuses...)

Dans le registre de la prévention, la part des enfants de 6 ans ayant consulté un chirurgien dentiste pour examen de prévention bucco-dentaire a nettement progressé entre 2007 et 2008 (27 % et 34 % respectivement) vraisemblablement du fait des actions menées à Marseille. Cette tendance est encourageante même si la part d'enfants de 6 ans n'ayant pas suivi cet examen de prévention reste hélas encore élevée. Pourtant, la politique de prévention conduite en France depuis 20 ans semble porter ses fruits : en France, à l'âge de 12 ans, l'indice carieux (nombre moyen de dents atteintes par des caries) qui s'élevait à 4,20 en 1987 est tombé à 1,23 en 2006 et la proportion d'enfants de 12 ans indemnes de carie est passée de 12 % à 56 %. À l'âge de 6 ans, l'indice carieux baisse dans la même proportion et le taux d'enfants totalement indemnes de carie est de 63,4 % [6].

3.2. Des points préoccupants cependant

Des points défavorables apparaissent cependant (Encadré 2). En tout premier lieu, l'augmentation notable de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes entre 2000-2004 et 2005-2009 (+20,6 %) reflète en partie l'augmentation de l'usage du tabac chez celles-ci depuis plusieurs décennies et souligne l'importance du renforcement des actions de prévention dans ce domaine. Les comportements d'entrée dans cette consommation se produisent de plus en plus tôt dans l'existence (13,7 ans en moyenne pour les filles en 2008) et constituent un enjeu majeur de prévention.

L'augmentation de la mortalité par cancer du col et du corps de l'utérus entre 2000-2004 et 2005-2008 à Marseille souligne là aussi les efforts qui restent à accomplir en matière de prévention (vaccination des adolescentes contre HPV) et de dépistage du cancer du col de l'utérus. En Paca, en 2005, le taux standardisé d'incidence du cancer du col de l'utérus était de 7,1 cas pour 100 000 femmes (8,7 pour le cancer du corps de l'utérus). Entre 1980 et 2005, cette incidence a diminué grâce au dépistage par frottis cervico-utérin (-46 %) mais la baisse est plus faible que celle observée en France (-52 %). L'incidence du cancer du corps de l'utérus est constante depuis les années 1980 en région Paca comme en France [7].

La surmortalité masculine par cardiopathies ischémiques à Marseille par rapport à la France (+9,8 %) et le fait que ces pathologies constituent le premier motif d'hospitalisation des Marseillais soulignent aussi l'importance de la promotion des règles hygiéno-diététiques, lesquelles devraient être acquises tôt dans l'existence. Le développement de l'éducation thérapeutique du patient pour améliorer sa prise en charge et son contrôle de la maladie constitue un levier d'action potentiel, dont l'efficacité reste cependant encore peu évaluée.

La surmortalité par maladies infectieuses par rapport à la France chez les hommes et les femmes (+39,4 % et +14 % respectivement) est liée à une surmortalité par Sida et maladies liées au VIH (3 fois plus importante qu'en France) et par hépatites virales (2 fois plus importante qu'en France).

Le diabète, maladie chronique de plus en plus fréquente du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence de facteurs de risque tels que l'obésité, pourrait toucher près de 7 % de la population Marseillaise⁴. Les indicateurs relatifs à la fréquence de la réalisation des examens recommandés pour son suivi --par exemple,

⁴ Estimation à partir de la prévalence du diabète traité par médicaments à Marseille chez les 20 ans ou plus (6,1 %), de la prévalence estimée des diabètes diagnostiqués mais non traités par médicaments (0,6 %) et de la proportion estimée de diabètes non diagnostiqués (jusqu'à 20 %).

hémoglobine glyquée (réalisée de façon conforme aux recommandations chez 39,3 % des patients), examen ophtalmologique (chez 42,2 % des patients)...-- sont encore éloignés des objectifs de 80 % de conformité aux recommandations de la loi de 2004 relative à la politique de santé publique.

Enfin, la consommation de médicaments psychotropes se révèle, à âges égaux, plus élevée à Marseille qu'en région Paca ainsi que l'usage de traitements de substitution. La consommation de médicaments psychotropes est un indicateur complexe à interpréter : elle renvoie d'abord à la fréquence des troubles psychiatriques et à celle, plus générale, de la souffrance psychologique. La qualité de l'environnement de résidence et celui de travail, les conditions de vie, le niveau social et le niveau éducation constituent des déterminants important de la santé mentale qui influencent aussi les comportements de recours aux soins ; mais la qualité de la prise en charge des troubles psychiatriques et de la souffrance psychologique constituent un autre versant important. La prise en charge des personnes toxicomanes a fait l'objet de politiques innovantes depuis 20 ans à Marseille afin de réduire les conséquences de ces comportements (dispositifs d'échanges de seringues et salles d'injection par exemple) : ces efforts sont à maintenir.

Encadré 2. Chiffres clef sur l'état de santé des habitants de la commune de Marseille

7400 décès annuels sur la période 2005-2009

- dont un sur 5 avant 65 ans et un sur 10 évitable (alcool, tabac, suicides, accidents...)
- dont plus de 2000 décès par tumeurs
 - o poumon (N=440 décès), colon-rectum (N=200 décès), sein (N=150 décès)
- dont plus de 2000 décès par maladies cardiovasculaires
 - o dont 1 sur 4 par cardiopathies ischémiques et 1 sur 5 par maladies cérébro-vasculaires

23 200 nouvelles affections de longue durée en moyenne chaque année sur 2008-2009

- dont un tiers par maladies cardiovasculaires, une sur 6 pour tumeur et une sur 7 pour diabète
- près de 5000 personnes de 65 ans ou plus bénéficiant d'une ALD pour maladie d'Alzheimer (ou autres démences) et/ou d'un traitement médicamenteux pour cette maladie en 2009 dans le régime général

154 000 séjours d'au moins une nuit en 2010 en hospitalisation complète en médecine chirurgie obstétrique (MCO) dans les établissements publics ou privés (hors hôpitaux militaires)

- motifs d'hospitalisation les plus fréquents : maladies cardio-vasculaires (11,3 %), pathologies digestives (8,4 %) et traumatismes et empoisonnements (7,6 %)

3.3 De fortes inégalités sociales et territoriales de santé

L'analyse précédente porte sur l'ensemble de la commune : cette approche, bien qu'apportant des informations importantes sur les grandes tendances concernant la santé des Marseillais, masque les disparités entre les territoires infra-communaux, en partie du fait de leur composition sociale, et entre les groupes sociaux. Or, l'importante mortalité prématurée (avant 65 ans) à Marseille par rapport à la France (+5,7 % chez les hommes et + 8,4 % chez les femmes) témoigne de l'importance des inégalités sociales de santé dans la commune.

D'importants contrastes territoriaux au sein de la commune et des arrondissements

Il s'agit ici d'observer les variations d'indicateurs sanitaires agrégés au niveau des territoires infra-communaux. Globalement, il est particulièrement frappant de constater que l'espérance de vie à la naissance suit un gradient croissant entre les arrondissements du nord de la ville et ceux du sud et la mortalité prématurée (avant 65 ans) le gradient inverse. Ces différences entre les territoires sont aussi observées pour des indicateurs marqueurs des différents moments cruciaux d'intervention pour favoriser un meilleur état de santé des populations : prévention primaire, prévention secondaire et suivi de maladies chroniques pour en réduire les conséquences et séquelles (prévention tertiaire).

Ainsi, on constate à Marseille une participation aux soins de prévention bucco-dentaire chez les enfants et, chez les femmes, une participation au dépistage individuel ou organisé du cancer du sein, plus faibles dans les arrondissements du nord et du centre que dans ceux du sud. De même, les indicateurs de recours aux soins pour certaines maladies chroniques comme le diabète ou les maladies cardio-vasculaires suivent les mêmes tendances.

Mais, réduire les inégalités territoriales de santé à Marseille à un clivage entre arrondissements du nord et ceux du sud de la ville serait inexact : les situations sanitaires varient notablement au sein-même des arrondissements.

Dans le 13^{ème} arrondissement par exemple, les problèmes de santé se concentrent essentiellement dans certains quartiers en difficulté. Dans d'autres arrondissements du centre et du sud, plus favorisés en moyenne (10^{ème} et 11^{ème} en particulier), certains quartiers se distinguent par des indicateurs de santé autant défavorables que dans le nord de la commune.

Un cumul d'indicateurs défavorables dans certains territoires

Certains arrondissements de la commune marseillaise cumulent des indicateurs de mortalité défavorables (Encadré 3). L'ensemble de ces différences infra-territoriales d'états de santé résulte en grande partie d'importantes disparités existant dans la composition démographique et sociale de ces territoires, alors que ces caractéristiques sont très fortement liées aux comportements et à l'état de santé, à Marseille comme ailleurs. Par exemple, le taux standardisé de mortalité générale à Marseille est presque 3 fois plus élevé chez les ouvriers-employés que chez les professions intellectuelles supérieures. Bénéficier ou non de la CMUC constitue un autre marqueur de faible statut socio-économique et s'avère fortement associé aux comportements de santé : par exemple, le taux de participation au dépistage du cancer du sein (organisé ou individuel) à Marseille est de 10 points inférieur chez les femmes ayant la CMUC (50,2 %) par rapport à celles ne l'ayant pas (60,9 %).

Ce constat illustre bien que les dispositifs visant à lever les freins à l'accès aux soins liés aux faibles revenus ne sont pas suffisants : d'autres mécanismes d'inégalités interviennent, par exemple liés aux attitudes et comportements (voir paragraphe 2.1) et vis-à-vis desquels d'autres dispositifs peuvent être utiles, tels que ceux de médiation sociale.

Ces inégalités sociales de santé peuvent être aggravées par des phénomènes de concentration et de relégation de populations désavantagées dans certains quartiers de la ville tels que décrits plus haut (cf. quartiers caractérisés par la prédominance de cités, de logements HLM). Ces différences peuvent aussi être accentuées ou favorisées par les caractéristiques environnementales propres de ces territoires (paragraphe 2.2) : l'outil « Marseille Observation Santé » permet de documenter ces inégalités territoriales environnementales sur plusieurs dimensions : pollutions de l'air et par le bruit routier, accès aux espaces verts, risques d'accidents de la circulation, accès à certains types de services...

Encadré 3. Inégalités territoriales de santé à Marseille : quelques illustrations

- Certains arrondissements marqués plus fréquemment par un cumul d'indicateurs défavorables, notamment le 16^{ème} (mortalité prématurée, mortalité évitable, mortalité par tumeurs et mortalité par maladies cardiovasculaires pour les hommes et notamment par maladies cérébro-vasculaires, mortalité par maladies respiratoires pour les hommes, mortalité par maladies endocriniennes chez les femmes).
- Surmortalité par maladies infectieuses dans le 14^{ème} arrondissement par rapport au reste de la commune et absence de baisse de la mortalité alors qu'elle est constatée dans tous les autres arrondissements.
- Taux de morbidité chronique (ALD) la plus élevée dans les arrondissements nord : 13^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème}.
- Les hospitalisations en MCO étaient plus élevées dans les arrondissements du centre (+23,8% dans le 3^{ème}) et du nord de la ville (+33,6% dans le 16^{ème}) que sur l'ensemble de la commune chez les femmes comme chez les hommes.
- Plusieurs indicateurs de recours aux services de prévention (dépistage de cancers, soins de prévention bucco-dentaire....) défavorables dans les arrondissements du nord et du centre.

3.4 Des enjeux de santé publique différents selon le sexe

Mortalité et morbidité des hommes et des femmes : le désavantage masculin

A Marseille comme en France la mortalité et la morbidité des hommes et des femmes reste marquée par de forts écarts à l'avantage de ces dernières. Le risque de décès prématuré (avant 65 ans) est deux fois plus élevé chez les hommes que les femmes et, à âge égal, on constate une surmortalité masculine pour la plupart des causes de décès. Ce différentiel de mortalité est imputable à la consommation d'alcool et de tabac, plus importante chez les hommes, mais aussi au rôle des expositions à certaines nuisances professionnelles (substances cancérogènes notamment) plus marquées chez les hommes et des comportements nutritionnels plus favorables chez les femmes.

Ainsi à Marseille le risque de décès par cardiopathies ischémiques est-il 2,5 fois plus élevé chez les hommes que les femmes. L'écart hommes-femmes est constaté également pour toutes les localisations cancéreuses (excepté celles spécifiquement féminines) : par exemple le risque de décès par cancer de la vessie est 6 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le tabagisme explique également une mortalité due aux maladies de l'appareil respiratoire 2 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Enfin, les morts violentes (suicide et accidents) sont 2 fois plus fréquentes chez les hommes que les femmes à Marseille.

La convergence progressive des comportements des hommes et des femmes, comme pour le tabagisme par exemple (cf. paragraphe 3.2) tend cependant à modérer l'avantage des femmes en matière de santé. Dans la toute dernière partie de l'existence, le vieillissement semble renverser l'avantage des femmes sur les hommes. L'espérance de vie des femmes en France (84,2 ans contre 77,2 ans chez les hommes en 2006) les expose particulièrement à la survenue de maladies chroniques liées à une corpulence trop élevée (maladies cardiovasculaires, certains cancers, diabète...). Enfin aux âges les plus élevés, du fait d'une espérance de vie plus longue, les femmes connaissent, par exemple, un risque plus élevé de maladies d'Alzheimer (1,6 fois plus élevé que chez les hommes à Marseille en 2009).

La santé des femmes fragilisée par la précarité économique

L'avantage féminin en matière de santé est néanmoins fortement minoré par le contexte socioéconomique particulièrement défavorable à Marseille. On note ainsi pour les femmes à Marseille une baisse de la mortalité prématurée et évitable moindre qu'en France. Plus souvent exposées que les hommes au risque de chômage et à la précarité de l'emploi, les femmes sont plus souvent concernées par les situations de pauvreté et elles supportent plus souvent seules les charges familiales (en 2008, la part de familles monoparentales était de 33,1 % à Marseille, et de 40,1 % dans les 1^{er} et 3^{ème} arrondissements). L'ensemble de ces facteurs se traduit également par une moins bonne santé mentale. Le risque de dépression et de troubles anxieux est plus élevé chez les femmes que chez les hommes de même que la consommation de psychotropes.

3.5. Enfance, adolescence, vieillesse, des âges de la vie critiques pour la santé

Si les effets des inégalités de santé sont visibles aux différentes étapes de l'existence, elles s'expriment avec une intensité particulière à ses extrémités. Comme souligné plus haut (paragraphe 2.1), petite enfance et enfance constituent des périodes critiques pour la formation des inégalités de santé [5]. Or la ville de Marseille est marquée par un taux important de pauvreté infantile, laquelle a un impact sur la santé des enfants par le biais de leurs conditions de vie et d'apprentissage. Les conditions de vie des familles, plus particulièrement la salubrité du logement constituent un déterminant majeur de la santé des enfants qui peut se manifester notamment par des maladies respiratoires, des intoxications au plomb... Les plaintes pour insalubrité du logement concernent avant tout les 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} et 15^{ème} arrondissements de la ville. De la même façon, les styles de vie familiaux en matière alimentaire ou d'activité physique en grande partie liés aux ressources socio économiques et à l'offre en équipement de l'environnement de résidence, sont associés à des risques plus grands de surpoids ou d'obésité (en 2010, 10,1 % des garçons et 12,8 % des filles âgées de 3,5-4,5 ans étaient en surcharge pondérale dans les Bouches-du-Rhône) [8]. Dans le domaine des apprentissages, le fait d'être issu d'un milieu social peu favorisé multiplie par

deux la probabilité d'avoir des difficultés. Les dispositifs de prévention existant à Marseille peinent à corriger ces inégalités.

C'est ainsi que le suivi de 180 enfants de 3,5-4,5 ans scolarisés dans des écoles maternelles à Marseille a montré que parmi ceux orientés vers un spécialiste pour un trouble du langage et/ou psychomoteur, seuls 40 % ont été pris effectivement en charge [9]. Pourtant c'est aussi au cours de l'enfance que la prévention de ces troubles a le plus de chance d'être efficace et qu'elle doit être particulièrement soutenue.

L'adolescence constitue ensuite une période critique de la vie au cours de laquelle peuvent se cristalliser des attitudes favorables ou défavorables à la santé : expérimentation des usages de produits psycho actifs, adoption de conduites à risque dans les activités de loisir, lors de la conduite routière, dans la sexualité mais aussi de manière plus ordinaire, styles alimentaires et habitudes de sommeil et d'hygiène de vie. Comme pendant l'enfance, les conditions de vie précaires des adolescents et de leurs familles et plus tard des jeunes adultes contribuent à amplifier ces risques ou leurs effets durables sur la santé. C'est aussi au cours de cette période de la vie qu'émergent les problématiques de santé mentale, qu'il s'agisse de troubles dépressifs, d'autres troubles psychiatriques ou de risque suicidaire. Ainsi en région Paca en 2010, parmi les jeunes âgés de 15 à 25 ans, près de 11 % avaient souffert d'un épisode dépressif caractérisé [10], celui-ci accroissant le risque de suicide ultérieur. Le dépistage et le suivi précoce des troubles de santé mentale chez les jeunes s'imposent d'autant plus fortement comme un impératif qu'ils sont associés à une évolution plus favorable des troubles.

Enfin, la vieillesse constitue un amplificateur des inégalités sociales. Les personnes les plus démunies ont une moindre espérance de vie et une moindre espérance de vie en bonne santé. Elles souffrent de pathologies chroniques plus fréquentes et nombreuses et, du fait de leurs ressources économiques et d'un isolement social plus fréquent, elles ont plus difficilement accès aux aides dont elles auraient besoin lorsqu'elles ne peuvent accomplir seules les activités de la vie quotidienne (42 % des personnes âgées de 75 ans et plus à Marseille vivaient seules en 2008). L'allongement de l'espérance de vie mais aussi le risque accru de maladies chroniques et de situations de dépendance, confère à ce problème une acuité croissante quand il est associé à des situations de précarité socioéconomique, particulièrement marquées chez les migrants âgés ou les personnes isolées de plus de 75 ans.

4. Les thèmes principaux identifiés à l'issue de ce bilan de l'état de santé de la population marseillaise

Le croisement des résultats de l'analyse des données quantitatives, des entretiens individuels et collectifs conduits dans le cadre de ce bilan ainsi que la prise en compte de la documentation scientifique sur les inégalités de santé a conduit l'ORS Paca à identifier des thématiques qui constituent à la fois des enjeux importants pour réduire les inégalités de santé mais aussi des enjeux de santé publique pour l'ensemble de la population. Certains thèmes concernent plus spécifiquement les enfants, les jeunes et les personnes âgées alors que d'autres sont transversaux.

Thèmes concernant les enfants

Améliorer la nutrition et l'activité physique pour lutter contre les problèmes de poids dès le plus jeune âge

La pratique d'une activité physique régulière et adaptée et l'adoption d'une alimentation équilibrée sont impliqués dans la prévention d'un grand nombre de maladies chroniques (diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires, cancers,...). A cet égard, une politique nutritionnelle est mise en œuvre depuis plusieurs années dans le cadre du plan national nutrition santé (PNNS). La ville de Marseille fait partie des villes actives PNNS. Agir de manière positive dans le sens du développement de comportements favorables à un meilleur équilibre nutritionnel exige que l'on veille à pallier les effets des inégalités sociales de santé dans ce domaine.

Favoriser une meilleure hygiène buccodentaire chez les enfants et adolescents de moins de 18 ans

Une mauvaise hygiène buccodentaire a des conséquences majeures sur la santé globale et sur la qualité de vie des personnes, certaines étant irréversibles (risques d'athérosclérose liés aux maladies parodontales). Malgré la diminution de la fréquence des problèmes buccodentaires en France ces 20 dernières années, probablement grâce aux nombreuses actions entreprises, la fréquence de ces problèmes reste élevée dans les populations défavorisées. A Marseille, le recours aux examens de prévention gratuits, bien qu'en légère progression, reste notoirement insuffisant. Il est ainsi considéré comme un véritable marqueur d'inégalités sociales.

Lutter précocement contre les troubles du développement langagier et psychomoteur des jeunes enfants

En France, la prévalence des troubles d'apprentissage est mal documentée. Par contre en Paca, les médecins de PMI disposent d'un bilan standardisé « Evalmater » permettant notamment de dépister des troubles du langage et psychomoteurs. Des mesures préventives ou rééducatives appropriées mises en place dès le plus jeune âge permettent de limiter la survenue de troubles d'apprentissage ultérieurs souvent responsables d'échec scolaire et d'une insertion sociale difficile. Une véritable politique de prévention de l'échec scolaire dès l'âge de 3-4 ans et dirigée vers tous les publics devraient être mise en place. Cette politique devrait également permettre de renforcer les structures de prévention et de soins en direction des populations précaires et présentant une fragilité socio-économique afin de réduire les inégalités de santé dans le champ des troubles de l'apprentissage.

Thèmes concernant les jeunes

Améliorer la prévention de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis chez les jeunes

L'expérimentation d'un produit psychoactif et sa précocité sont déterminantes dans les conduites d'usage futures de l'individu ; elles sont aussi fortement déterminées par des facteurs psychologiques, sociaux et familiaux.

Chez les 11-15 ans, les produits psycho-actifs les plus fréquemment expérimentés, en France et en Paca, sont par ordre décroissant l'alcool, le tabac, et le cannabis. A Marseille, les comportements de binge drinking et la polyconsommation de produits psychoactifs sont de plus en répandus y compris avant 18 ans. La prévention, l'information et la sensibilisation du public sur l'usage de ces 3 produits ou au cours de la période où les premiers usages sont les plus fréquents est essentielle. L'expérimentation et la consommation de substance psychoactives chez les jeunes traversent toutes les catégories sociales ; en la matière, c'est la structure familiale (parents séparés, familles monoparentales...) qui semble jouer un rôle important dans la fréquence de ces comportements. La part de familles monoparentales est nettement plus élevée à Marseille qu'en France métropolitaine (33 % contre 21 %, en 2008) avec d'importantes variations infra-communales cependant.

Favoriser l'accès et le bon usage de la contraception et de la contraception d'urgence pour prévenir les grossesses non désirées chez les jeunes

La majorité des jeunes femmes de la région Paca utilisent une méthode contraceptive. Ce bon taux d'utilisation de la contraception s'est traduit par une baisse des grossesses non prévues mais on observe néanmoins une augmentation du recours à l'IVG en cas de grossesses non prévues depuis une vingtaine d'années en région Paca (qui représente un des taux les plus élevés de France) comme en France. Les principales causes associées à cette augmentation du nombre d'IVG sont liées aux échecs contraceptifs liés à la gestion quotidienne de la pilule, à l'inadéquation entre les méthodes contraceptives et les conditions de vie des femmes, aux problèmes financiers limitant l'accès à la contraception, à l'accessibilité des centres de planification et d'éducation familiale, aux réticences d'ordre psychologique et à la sous-utilisation de la contraception d'urgence. Il est donc important d'améliorer l'accès à la contraception car plus l'offre contraceptive sera diversifiée, en termes de méthodes de contraception, plus les femmes auront de chances de trouver la méthode la mieux adaptée à leur situation sociale, affective et sexuelle comme à leur physiologie.

Favoriser le repérage et la prise en charge des troubles psychiatriques et renforcer la prévention du suicide chez les jeunes

Les troubles psychiatriques apparaissent souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Ils représentent une cause importante de suicides (2^{de} cause de mortalité chez les jeunes en France comme à Marseille) et de tentatives de suicide. La précarité sociale est un facteur de risque de certains troubles psychiatriques, notamment la dépression ; mais la précarité sociale est aussi associée à une prise en charge de moindre qualité (moindre accès au traitement, notamment aux psychothérapies, et interruptions précoces de traitement). Même si le nombre de suicides chez les jeunes est moins important par rapport aux autres classes d'âge (à Marseille : 24 décès en moyenne par an chez les 15-34 ans, sur la période 2005-2009) le nombre correspondant d'années de vie perdues est élevé. Dépister et initier une prise en charge des troubles psychiatriques de façon précoce est associé à un pronostic et une évolution plus favorables des troubles.

Améliorer la prévention et la prise en charge des troubles du sommeil chez les jeunes (adolescents et jeunes adultes)

Les troubles du sommeil et leurs conséquences sur le fonctionnement diurne représentent un enjeu important de santé publique, car ils accroissent l'absentéisme scolaire, le risque d'accidents, de comorbidités associées et la consommation d'hypnotiques. En France, 4 adolescents sur 10 déclarent des troubles du sommeil et environ 1 sur 10 souffrirait du syndrome de retard de phase. Il n'y a pas de données à Marseille sur ce problème à notre connaissance, mais les acteurs interrogés dans le cadre des entretiens collectifs ont affirmé son importance et qu'il traverse toutes les catégories sociales. Les experts s'accordent sur la nécessité d'améliorer les connaissances de la population et des professionnels sur cette problématique et de mettre en place des actions de proximité.

Renforcer la prévention des accidents de la circulation et de la vie courante chez les jeunes

Les accidents de la circulation constituent la première cause de décès chez les jeunes de 15-24 ans et les accidents de la vie courante la première cause de décès chez les enfants de moins de 15 ans. Les accidents domestiques n'arrivent qu'en 8^{ème} place dans les craintes de risque pour la santé chez les 12-75 ans alors que les accidents de la circulation, pourtant moins nombreux, occupent la première place. Pourtant, les accidents domestiques pourraient, dans la plupart des cas, être évités. Pour conduire une politique de prévention de ces accidents à la fois adaptée aux populations et efficace, il est important d'avoir une connaissance actualisée des risques grâce à un recueil permanent de données, accompagné d'une exploitation et d'une diffusion large des résultats. Un travail pluri-institutionnel permettant de prendre en compte toutes les dimensions nécessaires à la maîtrise des risques est indispensable.

Prévenir les situations de violence subie ou agie dans différentes catégories de population pour éviter les conséquences sanitaires et sociales immédiates et à long terme

Selon l'OMS, la violence est : « l'usage délibéré, ou la menace d'usage délibéré, de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès ou un dommage moral, un mal-développement ou une carence ». Les conséquences sanitaires et sociales de la violence sont considérables. Toutefois, on souffre d'un déficit d'études et de connaissances sur cette question en France (et à Marseille). La violence chez les jeunes est une des thématiques principales qui a été largement soulevée par les acteurs interrogés dans le cadre des entretiens collectifs. Il faut néanmoins souligner que la violence concerne d'autres groupes de population, notamment les femmes, les personnes âgées, les personnes avec un handicap et celles vivant en institution. Enfin, aborder le phénomène de la violence et de ses conséquences implique de s'intéresser aux victimes mais également aux auteurs, à des fins de prévention primaire et secondaire.

Thèmes concernant les personnes âgées

Rompre l'isolement des personnes âgées silencieuses pour prévenir des dégradations de leur état de santé

Par convention, sont considérées comme « isolées » les personnes ayant eu quatre interlocuteurs d'ordre privé ou moins au cours d'une semaine de référence. Les personnes âgées et qui vivent seules constituent une population particulièrement à risque d'isolement, et notamment celles âgées de plus de 75 ans : près de 40 000 d'entre elles vivent seules à Marseille. L'isolement social des personnes âgées, plus fréquent dans les catégories défavorisées, peut avoir des conséquences sanitaires graves. En effet, le repérage des problèmes de santé de cette population silencieuse peut être retardé et entraîner une dégradation importante de l'état de santé physique et psychique.

Améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes et le soutien à leurs aidants proches

Dans la loi du 20 juillet 2001, est définie comme dépendante « toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental et a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins ». Cette définition correspondait, en 2007, à 17 % des personnes âgées de 75 ans ou plus dans les Bouches du Rhône, mais elle est restrictive : lorsque l'on prend en compte les personnes ne pouvant réaliser certaines tâches de la vie quotidienne sans aide, le nombre de personnes considérées est multiplié par près de 2,5. Il s'agit de la perte d'autonomie et l'incapacité pour une personne d'effectuer les gestes essentiels de la vie quotidienne. D'ici une quinzaine d'années, le vieillissement de la population française conduira à une forte augmentation du nombre et du coût de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Les personnes dépendantes ont besoin d'un accompagnement régulier, voire quotidien, de la part de leur famille ou de professionnels des services à la personne. Les aidants familiaux sont les acteurs majeurs de la prise en charge, mais ils ont besoin d'être soutenus dans leur action. D'importantes inégalités sociales et de genre existent à tous les stades de la production de la dépendance à sa prise en charge. L'isolement social est un facteur aggravant.

Améliorer le repérage et la prise en charge des troubles psychiatriques et de la suicidalité chez les personnes âgées

Les personnes âgées de 65 ans et plus présentent fréquemment des troubles psychiatriques. Différents problèmes doivent être distingués : les troubles anxieux et dépressifs dont la prévalence est importante chez les personnes âgées, le risque suicidaire et le vieillissement des personnes avec un trouble psychiatrique préexistant. Sur la période 2004-2008, 33 personnes âgées de 65 ans ou plus se sont suicidées en moyenne chaque année à Marseille.

Les personnes âgées en situation de précarité, et/ou celles disposant de peu de soutien social, sont plus souvent touchées par les troubles anxieux et dépressifs et présentent un risque suicidaire accru. Les troubles dépressifs et la suicidalité chez les personnes âgées sont souvent banalisés car ils sont souvent perçus comme étant liés au processus du vieillissement et à la dégradation de l'état de santé. Les troubles psychiatriques du sujet âgé sont sous diagnostiqués. Leur prise en charge est souvent inadéquate.

Thèmes transversaux

Promouvoir la prévention et le dépistage des cancers chez les femmes et chez les hommes

Les cancers sont la première cause de décès devant les maladies cardio-vasculaires et les traumatismes. Il est possible de diminuer le nombre de nouveaux cas de cancers par la réduction des expositions aux facteurs de risque de cancers voire leur élimination. Des facteurs de risque liés au mode de vie, à l'environnement ou au milieu professionnel ont été clairement identifiés comme le tabac, l'alcool, le manque d'exercice physique, certains agents physiques, chimiques ou infectieux. Une détection précoce du cancer augmente considérablement les chances de réussite du traitement. Il existe un dépistage (organisé ou individuel) pour certains cancers : cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus, mélanome... Il existe toutefois d'importantes inégalités sociales concernant la participation à ces examens de dépistage.

Favoriser l'accessibilité des lieux de soins aux personnes avec des incapacités (quelles que soient leurs causes)

Par accessibilité, on entend la possibilité d'accéder à un bien, un service, une activité, un équipement mais aussi d'accéder à une équivalence de prestations par rapport à un public valide et à un accueil relationnel adéquat. L'accessibilité des lieux de soins concerne les personnes avec un handicap (physique, sensoriel, psychique...) mais aussi des personnes à mobilité réduite telles que les personnes de petite taille, personnes âgées, femmes enceintes. Le problème du manque d'accessibilité des lieux de soins et leur inadaptation aux besoins spécifiques des personnes avec un handicap a été largement soulevé par les acteurs consultés dans le cadre de ce bilan. Il constitue un frein important d'accès aux soins et peut se manifester de différentes façons : accessibilité géographique, accessibilité physique des lieux de soins, inadaptation des dispositifs matériels. Malgré des progrès depuis 2010, Marseille fait partie des communes les moins accessibles aux personnes avec un handicap en France, selon le Baromètre 2011 de l'accessibilité, de l'Association des Paralysés de France.

Favoriser l'accès à la prévention pour les personnes avec un handicap

Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Les personnes avec un handicap ont des besoins de santé très importants. Ils rencontrent des problèmes spécifiques du fait de leur handicap mais aussi les mêmes types de problèmes de santé que la population générale. Pourtant, leurs besoins en termes de soins et de prévention sont insuffisamment couverts. Ces personnes rencontrent notamment des difficultés importantes d'accès aux soins et à la prévention. On ne dispose pas de données épidémiologiques sur les personnes avec un handicap à Marseille.

Réduire les inégalités dans le dépistage et le suivi des personnes atteintes de diabète

Le diabète est une maladie chronique de plus en plus fréquente du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence de facteurs de risque tels que l'obésité. On peut estimer à près de 7 % la prévalence standardisée du diabète à Marseille, avec d'importantes inégalités territoriales. Non diagnostiqué ou mal équilibré, le diabète peut engendrer d'importantes complications macro et micro-vasculaires et avoir un retentissement important sur la qualité de vie des patients. De fortes inégalités sociales sont observées concernant le risque de diabète, son diagnostic, la qualité de sa prise en charge et le risque de complications.

Favoriser l'accès aux droits et aux soins pour les migrants à Marseille notamment les nouveaux arrivants

Selon l'INSEE, une personne immigrée désigne une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France : à Marseille en 2008 elles étaient plus de 108 000 (12,7 % de la population ; une personne étrangère est de nationalité étrangère : elles étaient près de 66 000 en 2008 (7,7 % de la population). L'état de santé des personnes immigrées et leur accès aux soins est un véritable enjeu de santé publique en raison de la fragilisation économique et sociale qu'entraîne la migration. En effet, cette population est globalement plus exposée à la précarité que le reste de la population.

Promouvoir des conditions d'habitat et un environnement de résidence plus favorables à la santé sur le territoire de Marseille

La pollution de l'environnement, notamment la pollution de l'air et celle de l'eau, a un impact sur la santé. Du fait de sa situation géographique et d'un niveau de trafic routier, Marseille est l'une des communes les plus touchées en France par la pollution de l'air. L'impact de l'environnement sur la santé se joue aussi au travers des caractéristiques de l'environnement de résidence : ses caractéristiques sociales, l'offre de différents types de services (offre alimentaire par exemple), sa qualité (proximité d'espaces verts, sécurité objective et perçue) et le niveau de participation et de cohésion sociales de ses habitants : sur tous ces plans, d'importantes inégalités territoriales existent au sein de la commune de Marseille. Ces caractéristiques peuvent influencer sur la fréquence des problèmes de poids, des maladies cardio-vasculaires et aussi sur la santé mentale. Enfin, l'environnement domestique a aussi un impact sur la santé au travers de la qualité de l'air intérieur et la qualité de l'habitat (habitat insalubre, saturnisme, accidents domestiques...) : là aussi, la défavorisation sociale est un facteur de risque important.

Pour en savoir plus

1. Organisation mondiale de la santé et Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. 2009. Genève. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf
2. Inpes. Inégalités sociales de santé. 2012 <http://www.inpes.sante.fr>
3. Solar, O. and A. Irwin, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, OMS, Editor. 2007. p. 77. http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
4. Basset, B., Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé., ed. Inpes. 2008, Saint-Denis. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf>
5. Marmot, M., et al., Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 2008. 372: p. 1661-1669.
6. Inpes, Promouvoir la santé buccodentaire. *La santé de l'homme*, 2012. 417. <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-417.pdf>
7. ORS Paca, *Etats de santé et inégalités en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Document préparatoire du Projet Régional de Santé élaboré pour l'Agence Régionale de Santé Paca*. 2010: p. 161 http://www.orspaca.org/pdf/101122_rapport_sante_region.pdf
8. ORS Paca (2012) Bilan de santé dans les écoles maternelles de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. http://www.sirsepac.org/actualites/depot/127_actu_fichier_joint.pdf
9. ORS Paca, Bilan de santé en écoles maternelles : étude de cohorte. 2007.
10. Dumesnil, H., S. Cortaredona, and P. Verger, La santé mentale en région Paca. Baromètre santé 2010. 2012.

Annexe

Institutions et organismes ayant apporté leur contribution à la réalisation de ce bilan

	Comité de pilotage	Groupe de suivi technique	Fournisseurs de données
M. Le Méhauté Raphaël, préfet délégué pour l'égalité des chances auprès du préfet de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur	x		
Mme Gaunet Escarras Françoise, adjointe au maire de Marseille, déléguée à l'hygiène, la santé, le sida, la toxicomanie et la prévention des risques sanitaires chez l'adolescent	x		
M. Padovani Patrick, adjoint au maire de Marseille, personnes handicapées, toxicomanie, sida - comité d'hygiène et de sécurité médecine du travail - plan alzheimer	x		
Académie d'Aix-Marseille	x		
Agence d'urbanisme de l'agglomération marseillaise (agAM)		x	x
Agence Régionale de Santé (ARS) Paca, Direction de la santé publique et environnementale	x	x	
ARS Paca, Direction stratégie et prospective		x	x
Air Paca			x
Association Méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions (AMPTA)	x		
Assistance publique – hôpitaux de Marseille (AP-HM)	x		
Atelier Santé Ville –Santé mentale et Marseille centre		x	
Caisse d'allocations familiales (CAF) des Bouches-du-Rhône – traitement Dispositif Régional d'Observation Sociale (DROS) Provence-Alpes-Côte d'Azur			x
Conseil Régional Paca	x		
CnamTS, MSA, RSI			x
Collectif Inter-associatif sur la Santé (CISS) Paca par l'intermédiaire de l'association « Les petits frères des Pauvres (Marseille) »		x	
CISS Paca	x		
Conseil général des Bouches-du-Rhône	x		x (en cours)
Coordination de lutte contre le VIH (Corevih) Paca Ouest et Corse			x (en cours)
Direction régionale du service médical de l'assurance maladie Paca-Corse (DRSM)	x	x	x
Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)	x		
Marseille Provence Métropole (MPM)	x		
Insee			x
Inserm, CépiDC			x
Institut de Veille Sanitaire (InVS)– (exploitation des données de la base Siamois)			x

	Comité de pilotage	Groupe de suivi technique	Fournisseurs de données
Samu 13			x
Soldata Acoustic			x
Ville de Marseille, Direction de la santé publique et des personnes handicapées	x	x	x
Ville de Marseille, Groupement d'Intérêt Public pour la gestion de la politique de la Ville (réfèrent santé 13/14)		x	
Ville de Marseille, Service prévention de la délinquance de la direction de la gestion urbaine de proximité			x
Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux (URPS ML) Paca	x		