

# **CONTRAT LOCAL DE SANTE**

**ENTRE**

**LE PREFET DE LA REGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR,  
LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE,  
LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DES BOUCHES-DU-RHÔNE  
ET LE MAIRE DE LA VILLE DE MARSEILLE  
POUR LA PERIODE 2014-2016**

# SOMMAIRE

## PREAMBULE

### RAPPEL DE LA LOI HPST ET DÉFINITION DES CLS

La Loi **Hôpital Patients, Santé et Territoires** de 2009 (HPST) précise que la mise en œuvre du Projet régional de santé peut faire l'objet de **Contrats locaux de santé** (CLS) conclus entre l'Agence régionale de santé et les collectivités territoriales et leurs groupements. Les CLS portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

*« Le Projet régional de santé est constitué : (...) De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas... La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des **Contrats locaux de santé** tels que définis à l'article L. 1434-17 (LOI HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009) ».*

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

Les CLS se doivent d'être en cohérence avec les grands principes retenus pour le Projet régional de santé (PRS) et inscrits dans le Plan stratégique régional de santé (PSRS), et qui vont guider l'action régionale en matière de santé. **La zone de contractualisation** possible se situe précisément au croisement des objectifs de l'Etat, de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de ceux de la collectivité territoriale.

Les Contrats locaux de santé permettent de développer, dans les collectivités locales éligibles, des moyens d'observation, de mobilisation et de coordination des ressources sanitaires. Basés sur un diagnostic santé, ils doivent proposer un Projet local de santé devant concourir à l'amélioration de la situation sanitaire de la population du territoire.

Les CLS ont vocation à s'appliquer sur tous les territoires de santé définis par les ARS.

La loi du 21 Février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine prévoit que la politique de la ville est une politique de cohésion urbaine et de solidarité, nationale et locale, envers les quartiers défavorisés et leurs habitants. Elle vise à « développer la prévention, promouvoir l'éducation à la santé et favoriser l'accès aux soins »

La circulaire du 15 octobre 2014 prévoit que le contrat local de santé constitue le volet santé du contrat de ville

# HISTORIQUE DU CLS SUR MARSEILLE

## 2009-2011 : un premier CLS sur Marseille

---

En 2010, la Ville de Marseille a signé, dans le cadre d'un projet pilote et expérimental, avec l'Agence Régionale de Santé et le Préfet, un premier Contrat Local de Santé (CLS) couvrant les années 2009-2011. Ce CLS, premier du genre signé en France, visait à définir les axes stratégiques communs entre la Ville et l'État en matière de politique locale de santé, et à mettre en œuvre de manière concertée les actions s'y rapportant sur huit thématiques prioritaires :

- Santé mentale et psychique,
- Santé et habitat,
- Vieillesse,
- VIH/Hépatites,
- Addictions,
- Accès aux soins,
- Nutrition,
- Vigilance sanitaire.

## 2013/2014 : la démarche d'élaboration du CLS 2014-2016

---

En 2012, les signataires du premier CLS ont manifesté leur intérêt pour une nouvelle contractualisation dans le cadre d'un avenant au CLS 1 signé en juillet 2012.

Afin de produire les éléments constitutifs du contenu du nouveau CLS, un groupe-projet a été constitué, composé de représentants de la Préfecture, de l'ARS Paca, de la ville de Marseille et des Ateliers santé ville

L'élaboration de ce nouveau CLS a nécessité 5 Phases de travail :

### **Phase 1 : l'appropriation par les membres du groupe-projet de nouvelles données de cadrage :**

- évolution des cadres des politiques publiques: lutte contre les inégalités de santé, loi HPST, loi Handicap, loi collectivités territoriales, Contrats Locaux de Santé, loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine ... ,
- données du bilan de santé des marseillais réactualisé en 2012, par l'ORS PACA et envisagé sous l'angle des inégalités sociales et territoriales de santé ; étude réalisée à l'initiative de ville de Marseille,
- retour évaluatif sur le CLS 2009-2011,
- mise en perspective avec les éléments de connaissance du territoire détenus par les services.

### **Phase 2 : la définition de la méthode de production pour l'élaboration et la rédaction du CLS**

- constitution d'un groupe projet associant les membres du service santé publique et handicapés de la ville de Marseille, les chefs de service de la délégation territoriale des Bouches du Rhône de l'ARS et un représentant du préfet
- partage des données de diagnostic et des éléments de bilan du CLS 1
- tenue de séminaires de travail pour définir le contenu du CLS
- réunion de binômes partenariaux pour rédiger les fiches action par thématique

### **Phase 3 : la production des éléments du CLS**

- définition des enjeux, des approches et des stratégies du CLS,
- définition des orientations souhaitées par les différents signataires et repérage de « la zone de contractualisation » possible,
- choix des orientations et des thématiques à inscrire dans le CLS.

**Phase 4 : la définition du modèle de gouvernance**

- Étude comparative des modèles de gouvernance des CLS,
- détermination du modèle de gouvernance pour le CLS de Marseille.

**Phase 5 : écriture du CLS 2014-2016**

- production de fiches thématiques par orientation retenue,
- écriture du CLS avec procédure de validation.

**Phase 6**

- association du Conseil Général des Bouches-du-Rhône à la démarche
- prise en compte de la réforme de la politique de la ville
- intégration des mesures du pacte sécurité et cohésion sociale pour Marseille (volet santé)

## LES ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

La ville de Marseille s'inscrit dans un contexte national d'augmentation des inégalités sociales et territoriales de santé.

Malgré une amélioration globale des indicateurs de santé en France, les différences d'état de santé entre les groupes sociaux sont très importantes et ont tendance à augmenter. La France est l'un des pays d'Europe occidentale où les écarts de santé entre les groupes sociaux sont parmi les plus forts

Les données de diagnostic présentées ici sont issues du **Bilan de Santé Marseille (BSM 2012)** réalisé par l'Observatoire régional de la santé (ORS PACA) en 2012. Ce bilan présente de façon synthétique la situation marseillaise en matière de santé publique. Ce nouvel état des lieux visait à fournir des pistes de travail et des préconisations afin de réduire les inégalités sociales de santé au sein de la commune. Par conséquent, c'est sous cet angle que ces éléments de diagnostic sont présentés.

### LE CONTEXTE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DE MARSEILLE

#### Les chiffres clef

- Marseille comptait 851 420 habitants, soit 3 526 habitants / km<sup>2</sup> 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

#### Les caractéristiques socio-démographiques

Marseille comptait 851 420 habitants en 2008, environ 50 000 de plus qu'en 1999 (+ 6 %). Elle constitue une des communes les plus peuplées de la région Paca avec une densité de 3 526 habitants/km<sup>2</sup>. Cependant, la population est inégalement répartie sur son territoire. Elle 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.

La proportion de jeunes de moins de 20 ans atteint 30 % de la population au nord de la commune. 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, dans certains arrondissements du centre-ville et dans certains quartiers du 12<sup>ème</sup> et du 13<sup>ème</sup> arrondissement.

La proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus est plus importante (10-15 % de la population) dans le sud de la commune (7ème, 8ème, Nord du 9ème arrondissement), dans les 4ème, 12ème et 16ème arrondissements mais aussi, dans certains quartiers du 13ème, du 14ème et du 15<sup>ème</sup> arrondissements.

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

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.

Le chômage concerne 17,5 % des actifs âgés de 15-64 ans (jusqu'à 30 % chez les 15-24 ans).

*(Précarité socioéconomique en 2008 par quartier à Marseille - Source : Insee, RP – exploitation ORS Paca - Marseille Observation Santé).*

## L'OFFRE DE SERVICE DE SANTÉ

### 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 2ème, 4ème et 15ème arrondissements. Des projets de maisons de santé sont en cours d'émergence notamment dans le Nord de la ville et dans la vallée de l'Huveaune. Une maison régionale de santé est ouverte à Malpassé dans le 14<sup>o</sup> arrondissement.

Marseille dispose également de nombreux leviers d'actions. Trois 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. Les ASV contribuent à développer des actions visant à réduire les inégalités territoriales en matière de santé dans les quartiers de la politique de la ville et peuvent assurer un rôle de mise en cohérence du CLS et du volet santé des contrats de ville. 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 suivi de la situation sanitaire à travers l'outil Marseille Observation Santé mis à disposition des acteurs (MOS), le Comité d'Orientation en Santé Mentale (COSM), le projet de promotion de la santé « la santé à Saint-Mauront Belle de Mai, on s'y met tous ! ». 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, des intervenants de la santé et du médico-social.

Le pacte sécurité et cohésion sociale pour Marseille présenté lors de la visite du premier ministre à Marseille en Novembre 2013 a permis de compléter l'offre notamment sur les quartiers Nord : renforcement des CMP dépendant du Centre Hospitalier Édouard Toulouse ; mise en place d'une

équipe ressource médicale intervenant dans les centres sociaux dans les 3°, 15° et 16° arrondissements privilégiant notamment l'intervention en faveur de la petite enfance ; création d'un pôle de santé hospitalo-universitaire ; renforcement et consolidation de la PASS mère enfant ; prise en charge du soin au sein du dispositif Marabout ; financement de places à l'ITEP Les Cadeneaux ; création d'une équipe mobile intervenant au domicile des publics souffrant de pathologies chroniques ; dispositif de consultation avancée de consultation jeune consommateur, famille et entourage au sein de centres sociaux des quartiers Nord et Sud.

Dans le domaine de l'offre de soins de premier recours, octroi de crédits d'investissement pour les projets de maisons de santé en émergence de Kallisté, du Centre Hospitalier Edouard Toulouse et de Saint Louis.

## Mais des freins à l'accès aux soins cependant

### - Liés à la répartition de l'offre et sa qualité

Malgré ces atouts, des 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 ville sont globalement moins bien dotés que le reste de la commune, alors que le centre-ville et le 8ème arrondissement sont plus favorisés. Ce déséquilibre est encore plus prononcé concernant la répartition des médecins spécialistes libéraux. Cependant, les mesures du pacte sécurité et cohésion sociale contribuent activement, à compter de 2014, au rééquilibrage global de l'offre de soins.

De plus, certains lieux de soins sont difficilement accessibles, du fait d'une localisation excentrée ou d'une desserte insuffisante en transports en commun.

### - Liés au manque de lisibilité de l'offre

Un autre frein tient aux difficultés de lisibilité et de coordination des nombreux dispositifs de prévention et de promotion de la santé existant à Marseille. De plus, la multiplicité des actions nécessite que des efforts soient poursuivis afin d'améliorer leur coordination et par là même leur efficacité, en cherchant à éviter la redondance.

De 2010 à 2012, 217 actions distinctes ayant reçu un financement public ont été recensées sur la commune de Marseille. Ces actions abordent 24 thématiques (environnement, hépatites (VHB/VHC), maladies chroniques, nutrition, santé mentale...) et ciblent de nombreuses catégories de la population (adolescents 13-18, adultes 18-55, professionnels de santé, professionnels du champ social...).

### - Liés aux situations financières de certains ménages

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.

## COMMENT LES CARACTÉRISTIQUES DU TERRITOIRE MARSEILLAIS CONTRIBUENT-ELLES AUX INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES 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. 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.

Sur Marseille, les facteurs contribuant aux inégalités sociales de santé sont :

- *Le chômage, le travail précaire, le 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).
- *Les facteurs psychosociaux et les 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...).

- *Les situations de grande exclusion* : aux fortes inégalités sociales 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.
- *Les 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 marseillais interrogés soulignent 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. 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 %. 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.

## QUEL EST LE BILAN DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES MARSEILLAIS EN 2012 ?

### Les Grandes tendances : une évolution positive

L'analyse des indicateurs de mortalité à Marseille sur la période 2005-2009 et de leur évolution par rapport aux années 2000-2004 montre globalement 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).

Dans le registre de la prévention, à titre d'exemple, 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.

## Des points préoccupants cependant

---

Comme cela a été pointé dans le Programme Régional de Santé et confirmé par les résultats du BSM 2012, Marseille constitue un des territoires qui, au sein de la région PACA, présente les indicateurs sanitaires les moins favorables.

Ainsi, la mortalité avant 65 ans y est de 11% supérieure à celle observée au niveau de PACA et de 6% par rapport au niveau national.

### **L'OUTIL « MARSEILLE OBSERVATION SANTÉ »**

La ville de Marseille s'est dotée d'un outil d'observation permettant la réactualisation en continue des données concernant l'état de santé des marseillais et des réponses apportées en terme, notamment, d'offre de soins. Cet outil intitulé Marseille Observation Santé, est consultable sur internet par les acteurs de la santé, du médico-social et de l'éducation qui peuvent l'utiliser dans le cadre de leurs actions ou de leurs travaux.

## LE CADRE GENERAL DU CLS

Le contrat local de santé 2 de Marseille s'inscrit dans la déclinaison locale des priorités et objectifs du programme régional de santé de l'ARS PACA ainsi que dans la dynamique d'intervention de la ville de Marseille dans le champ de la santé publique.

### LES ENJEUX

Deux enjeux majeurs ont été définis pour le CLS 2014-2016 de Marseille :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.
- Assurer la continuité de la prise en charge en travaillant sur la logique de « parcours ».

### LES APPROCHES

Le CLS se doit de privilégier certaines approches :

- Favoriser une approche globale par « Programme ».
- Privilégier l'approche populationnelle.
- Veiller à une approche intersectorielle.
- Mettre en cohérence avec le volet santé des contrats de ville.

### LES STRATÉGIES

Pour sa mise en œuvre, le CLS de Marseille doit s'appuyer sur une stratégie définie en 4 points :

- Développer les instances de coordination des acteurs.
- Veiller à l'implication des professionnels de santé de proximité.
- Soutenir les démarches de santé communautaire.
- Définir un modèle de gouvernance pertinent au regard des enjeux, des approches et des stratégies du CLS.

### LES ORIENTATIONS

Ayant considéré les résultats du BSM 2012, les recommandations fournies par l'ORS PACA et compte tenu des ressources et des possibilités d'agir, le groupe projet a défini des orientations et des thématiques prioritaires. L'approche populationnelle a été retenue et ceci afin d'être en phase avec les orientations du PRS et plus notamment du schéma régional de prévention de l'ARS PACA.

Les 4 orientations retenues dans le cadre du CLS 2014-2016 de Marseille sont :

**Orientation 1 : enfants et adolescents (promouvoir l'égalité devant la santé dès les premiers âges de la vie)**

**Orientation 2 : personnes âgées (anticiper et accompagner le vieillissement de la population)**

**Orientation 3 : personnes atteintes d'un handicap**

**Orientation 4 : accès aux soins, à la prévention et amélioration de la prise en charge**

Elles constituent la base du cadre programmatique du CLS.

Les **Plans Locaux en Santé Publique (PLSP) des Ateliers Santé Ville** s'appliquant aux quartiers prioritaires de la politiques de la ville, sont intégrés au CLS .

# LES ENGAGEMENTS DU CLS

## TITRE 1 - LE CHAMP DU CLS

Vu le Code de la santé publique, notamment les articles L.1434-2 et L.1434-17,

Il est convenu ce qui suit :

### Article 1 – Les signataires du CLS

Le présent contrat est signé par la ville de Marseille, représentée par son Maire ; l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, représentée par son directeur général ; le Conseil Général des Bouches-du-Rhône, représenté par son président ; l'État, représenté par le préfet des Bouches-du-Rhône.

### Article 2 – Le périmètre géographique

Le CLS couvre le territoire de la Commune de Marseille.

### Article 3 – Les partenaires du CLS

Les signataires du CLS associeront, autant que de besoin, à la définition des programmations annuelles successives du CLS et à leur mise en œuvre respective, les partenaires dans le champ de compétence desquels s'inscrit l'action ou la thématique

### Article 4 – La nature des engagements

Afin de pouvoir examiner les propositions d'actions sur les quatre orientations, de les sélectionner aux regards de critères de priorité pour le territoire de la commune et de faisabilité,

Afin de préciser le montage opérationnel des actions retenues,

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

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

Les signataires du CLS s'engagent sur :

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

## TITRE 2 - LES OBJECTIFS DU CLS

### Les enjeux du CLS de Marseille

#### Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

Le positionnement du Contrat local de santé sur la question des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) est un enjeu fondamental. C'est à la fois une priorité nationale et régionale affirmée à travers le Projet Régional de Santé et un enjeu local compte tenu des disparités socio-démographiques et socio-économiques à l'échelle de Marseille.

La lutte contre les déterminants, en particulier sociaux, de la santé, commence dès le plus jeune âge. Elle est au croisement de multiples politiques publiques qui touchent au logement, à l'insertion sociale

et professionnelle des parents, à l'éducation et à la culture. A cet égard, les missions de la politique de la ville, transversales par nature, ont vocation à répondre à ces problématiques.

Il s'agit notamment, comme l'indique la convention triennale d'objectifs pour les quartiers populaires 2013-2015<sup>1</sup>, de disposer d'un diagnostic partagé des problèmes de santé des habitants des quartiers prioritaires (*les PLSP des ASV ont été élaborés sur cette base*) ; d'améliorer l'accès aux soins de premier recours ; de renforcer les initiatives de prévention dans les quartiers ; de la territorialisation du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale ; de la territorialisation des dispositions de la convention d'objectifs et de gestion avec la CNAF et de lutter contre l'isolement des personnes âgées.

Aussi, chaque orientation du CLS fera l'objet d'une analyse selon une approche ISTS. Celle-ci devra être infra communale, mais aussi départementale et régionale. Toutefois, les actions du CLS ne seront pas uniquement positionnées sur l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

### **Assurer la continuité de la prise en charge en travaillant sur la logique de « parcours »**

Le CLS doit se positionner sur l'ensemble des compétences de l'ARS : l'accès aux soins (ambulatoire et hospitalière), la prévention/promotion de la santé, la prise en charge médico-sociale et l'environnement.

Il s'agit ici de développer une approche intégrée de la santé reposant sur le triptyque prévention, promotion de la santé/prise en charge/accompagnement, et centré sur l'individu. L'approche par « parcours de santé » est alors à privilégier. Travailler sur cette logique de « parcours », c'est :

- chercher à limiter la durée et l'importance de la perte d'autonomie selon un principe d'équité intergénérationnelle,
- éviter les ruptures des prises en charge lors de changement dans les parcours de vie (tranche d'âge, situation socio-économique, statut, hospitalisation...) du fait de réponses trop cloisonnées et construites/gérées sur une logique institutionnelle, thématique et/ou populationnelle,
- l'appliquer sur l'ensemble des orientations retenues dans le cadre du CLS.

## **Les approches à privilégier dans le CLS de Marseille**

---

### **Favoriser une approche globale par Programme**

Le CLS propose une approche par Programme, chacun d'entre eux intégrant des interventions à différents niveaux, traités de façon concomitante, coordonnée et concertée : renforcement individuel des capacités et du pouvoir d'agir des habitants (enfants, adultes, personnes âgées...) renforcement des communautés (soutien, cohésion et participation sociaux), amélioration de l'environnement de résidence, des conditions de vie, de l'habitat et des établissements accueillant du public, sensibilisation et formation d'acteurs et professionnels de santé. Cette stratégie est en effet la plus efficace pour réduire les inégalités de santé. Elle est de plus conforme à l'idée de « parcours de santé ».

### **Privilégier l'approche populationnelle**

Les Programmes sont définis sur une approche populationnelle, selon les âges de la vie. Toutefois, chaque programme affiche un objectif général :

- Enfants /adolescents : promouvoir l'égalité devant la santé dès les premiers âges de la vie.
- Adultes : réduire les atteintes prématurées à la santé, à l'autonomie et à la vie.
- Personnes âgées : anticiper et accompagner le vieillissement de la population

---

<sup>1</sup>Convention triennale d'objectifs pour les quartiers populaires 2013-2015 entre la ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, la ministre déléguée à la famille, la ministre déléguées aux personnes handicapées et à la lutte contre l'exclusion et le ministre délégué à la ville.

L'approche par âge de la vie cependant ne doit pas occulter la nécessité de la prise en compte de publics spécifiques : publics précaires, personnes sans domicile fixe, personnes avec un handicap, personnes incarcérées, personnes migrantes notamment les nouveaux arrivants...

### **Veiller à une approche intersectorielle**

Pour une meilleure efficacité, il est important d'agir sur les déterminants de santé. Pour cela, il est nécessaire d'élargir le CLS à d'autres compétences autre que celle de la santé publique, portées par l'Etat, la ville, d'autres partenaires ...

Il s'agit ici d'une recommandation phare de l'OMS pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. En effet, celle-ci passe avant tout par des facteurs externes au champ sanitaire et notamment par l'amélioration de l'emploi, du niveau de revenu, de l'éducation et des conditions de vie. Il s'agit également de créer les conditions d'un accès aux soins égal pour tous en favorisant l'accès aux droits et en améliorant l'accessibilité territoriale des lieux de soins à la fois via le réseau de transports et l'implantation d'équipements de proximité.

## **Les stratégies**

---

### **Développer les instances de coordination des acteurs**

Le CLS doit favoriser la coordination des acteurs dont l'objectif est de pouvoir prendre en charge de façon concertée une problématique à travers ses différents aspects. Cela peut se traduire par la mise en place d'instances de coordination, mais aussi éventuellement par une mutualisation des moyens humains et/ou financiers. Il s'agit également de soutenir l'adaptation du partenariat local en santé dans les quartiers populaires.

### **Veiller à l'implication des professionnels de santé de proximité**

Acteurs majeurs de la santé publique, les professionnels du soin de premier recours doivent être associés de façon concrète au CLS.

Leur implication est importante dans l'objectif, notamment, du développement de dispositifs visant à renforcer l'offre de soins de proximité (ex : Maisons de santé).

### **Soutenir les démarches de santé communautaire**

Dans la mesure du possible, les habitants doivent être impliqués dans le CLS. Le travail avec le tissu associatif doit être privilégié pour la mise en œuvre des orientations. A ce sujet, le CLS pourra s'appuyer sur l'expérience des Ateliers santé ville (ASV).

### **Définir un modèle de gouvernance pertinent au regard des enjeux, des approches et des stratégies du CLS**

Le pilotage du CLS doit être partenarial, sur un plan stratégique (Comité de pilotage) et sur le plan opérationnel (meilleure appropriation par les animateurs, instauration/maintien d'une dynamique de terrain).

Dans ce mode de gouvernance, l'articulation avec les ASV sur les actions de prévention / promotion de la santé et les soins de premier recours est un aspect important, tant pour l'application des orientations du CLS en fonction des spécificités territoriales des quartiers de la Politique de la ville (cohérence avec les PLSP), que sur la question de l'animation / coordination du CLS.

## Les orientations et les thématiques

---

Pour chaque orientation, **des thématiques** ont été retenues, au total 10 thématiques :

### **Orientation 1 : enfants et adolescents**

- Thématique 1A : Alimentation / activité physique des enfants
- Thématique 1B : Souffrance psychique /Troubles psychiques et/ou du comportement

### **Orientation 2 : personnes âgées**

- Thématique 2A : Gestion territoriale des parcours de santé
- Thématique 2B : Maintien dans le logement des personnes âgées en perte d'autonomie

### **Orientation 3 : personnes atteintes d'un handicap**

- Thématique 3A : Prise en charge et insertion des personnes atteintes d'un handicap

### **Orientation 4 : accès aux soins, à la prévention et amélioration de la prise en charge**

- Thématique 4A : Accès aux soins et aux droits
- Thématique 4B : Dépistage et prise en charge des maladies chroniques
- Thématique 4C : Addictions
- Thématique 4D : Santé mentale
- Thématique 4E : Vaccination

Pour chaque thématique, un schéma général et un tableau présentent **les actions** ont été constitués (cf. annexes).

Ces schémas et tableaux permettent d'identifier pour chaque thématique :

- le cadre général des politiques publiques (nationales, régionales, départementales et locales) sur lequel il sera possible de s'appuyer,
- des éléments de problématique justifiant de la pertinence de la thématique,
- les leviers d'actions (acteurs et dynamiques) sur lesquels la thématique repose,
- les objectifs et le contenu des actions, ainsi que leur pilotage et les partenariats.

Les actions présentées sont de trois ordres :

- les actions déjà existantes à ce jour, donc à maintenir, à renforcer : court terme,
- les actions qui n'existent pas encore à ce jour, et à mettre en œuvre rapidement dans le cadre du CLS 2 : moyen terme,
- les actions qui n'existent pas et qui nécessitent plus de temps, des préalables, avant d'être mises en œuvre : long terme.

La Ville de Marseille, la Délégation Territoriale des Bouches-du-Rhône de l'ARS, le Conseil Général des Bouches-du-Rhône et la Préfecture des Bouches-du-Rhône s'engagent à assurer conjointement le suivi des thématiques choisies. Les référents seront désignés par le comité de pilotage.

### Le champ de la gouvernance

L'enjeu de la gouvernance du Contrat Local de Santé recouvre celui de l'animation partagée du territoire de la Ville de Marseille sur les questions de santé. Le mode de gouvernance partagée entre le Préfet, la ville de Marseille, le Conseil Général des Bouches-du-Rhône et l'ARS PACA fonctionnera selon les principes de concertation, de partage des informations et des décisions. La mise en œuvre des décisions s'exercera de concert.

Le pilotage du CLS se place à deux niveaux de missions, stratégique et opérationnel :

#### **Une mission stratégique pour le partage, la concertation et la supervision de toutes les questions et actions de santé qui structurent le territoire**

Ces questions et actions relèvent de la prévention, de la promotion de la santé, de l'accès aux soins, du soin, de la continuité des soins, du médico-social et du social.

C'est une fonction de concertation entre les institutions et de relais pour la pérennisation du dispositif et de ses actions.

Le champ ainsi défini dépasse celui des actions prioritaires décrites dans les fiches thématiques du CLS.

Il s'agit concrètement :

- de piloter le Contrat local de santé, de valider le bilan de l'année précédente et les perspectives/orientations de l'année suivante ;
- d'assurer une veille et un suivi dynamique et participatif des modifications du contexte et des objectifs en s'appuyant sur des éléments diagnostics repérés par des outils tels que le MOS ou OSCARS (Observation et Suivi par Cartographie des Actions Régionales de Santé), par les travaux des autres dispositifs et par l'évolution des cadres définis par les politiques publiques ;
- d'assurer l'articulation et la complémentarité avec les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé, celles de l'État, des collectivités territoriales et des services municipaux ou communautaires.
- de veiller à l'articulation avec d'autres dispositifs et services proches.
- de rester attentif à l'actualité des politiques de santé publique en général, et des CLS en particulier.

#### **Une mission opérationnelle pour le pilotage et le suivi des actions inscrites dans le CLS selon leurs thématiques**

Il s'agit concrètement :

- d'élaborer les fiches actions des actions inscrites au CLS, d'assurer le suivi de la mise en œuvre opérationnelle des actions existantes ou à renforcer et d'assurer la concrétisation des actions en perspective ;
- de veiller à la bonne articulation entre les différentes thématiques ainsi qu'avec les autres dispositifs présents sur le territoire,
- de veiller à l'atteinte des objectifs généraux du CLS et d'évaluer l'atteinte des objectifs opérationnels des actions soutenues par le CLS (réorienter si nécessaire les objectifs opérationnels ou les actions, assurer la juste affectation des moyens financiers mobilisables).
- d'assurer techniquement la concertation sur toutes les questions et actions de santé qui structurent le territoire de la ville.

## Les instances de gouvernance du CLS

---

### Un Comité de pilotage

Il s'agit de l'instance décisionnelle et stratégique qui réunit les signataires du CLS et les partenaires associés, selon la composition suivante :

- Le Maire de la ville de Marseille ou son représentant,
- Le Préfet des Bouches-du-Rhône ou son représentant,
- Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Provence Alpes Côte d'Azur ou son représentant,
- Le Directeur du Service de la Santé Publique et des Handicapés (SSPH) de la ville de Marseille
- Le Directeur de la CPCAM ou son représentant,
- Le Président du Conseil Général des Bouches-du-Rhône ou son représentant,
- Le Directeur Général Adjoint chargé de la santé et de la solidarité du Conseil Général des Bouches-du-Rhône
- le Directeur du GIP de la Politique de la Ville à Marseille
- Le Président du Conseil régional Provence Alpes Côte d'Azur ou son représentant,
- Le Directeur Académique des Services de l'Éducation Nationale des Bouches-du-Rhône ASEN ou son représentant
- le Collectif « signataires » (cf. *l'animation du CLS ci-après*).

Il se réunit au minimum une fois par an en fin d'année civile.

C'est l'instance qui assure le pilotage stratégique du CLS.

### Un Comité technique

Il s'agit de l'instance opérationnelle qui réunit les représentants des institutions signataires du CLS selon la composition suivante :

- le Collectif « signataires »,
- un représentant de la Préfecture des Bouches-du-Rhône,
- des représentants de la Délégation Territoriale ARS des Bouches-du-Rhône,
- des représentants du Service de la Santé Publique et des Handicapés (SSPH) de la ville de Marseille
- des représentants du Conseil Général des Bouches-du-Rhône

Il se réunit au minimum tous les trimestres, éventuellement plus selon les besoins liés à l'actualité.

C'est l'instance qui met en œuvre le pilotage opérationnel du CLS et prépare les réunions du Comité de pilotage.

### Des comités thématiques

Des comités thématiques pourront être créés à l'exemple du COSM, sur la santé mentale (en lien avec les 9 thématiques inscrites dans le CLS). Ils prendront en charge un sujet unique en assurant une expertise scientifique et le suivi des actions de la thématique.

## L'animation du CLS

---

L'animation du CLS sera assurée par les signataires.

Le Service de la Santé Publique et des Handicapés (SSPH), la Délégation Territoriale des Bouches-du-Rhône de l'ARS, les services du Conseil Général des Bouches-du-Rhône et la Préfecture des Bouches-du-Rhône assureront l'animation des Comités thématiques qui auront été constitués et le suivi des actions de la thématique inscrites au CLS. Les instances déjà existantes (par exemple le COSM) ne verront pas leur fonctionnement modifié. En revanche, un lien permanent existera avec le Comité technique du CLS. Les services participeront aux Comités techniques afin de partager les informations des différents domaines thématiques et en rendront compte au comité de pilotage.

### **Articulation avec les Ateliers Santé Ville**

Dès lors que les PLSP font partie intégrante du CLS, les coordinateurs des ASV contribueront, sur leurs territoires, à l'animation du CLS.

## **Le financement**

---

Les signataires s'engagent à mettre en œuvre les actions du CLS dans la limite des moyens financiers dont ils disposent et sur la base des plans d'actions et de financement élaborés conjointement puis présentés par les Instances décisionnelles du CLS à l'approbation du Conseil Municipal de la Ville de Marseille, du préfet et du directeur général de l'agence régionale de santé.

## **L'évaluation**

---

Le comité de pilotage sera chargé de définir les indicateurs de suivi de la mise en œuvre du programme d'action du CLS.

L'évaluation des actions sera basée sur des indicateurs spécifiques construits au cours de l'année 2014 dans le cadre du travail d'élaboration des fiches actions qui sera réalisé au cours de cet exercice.

## **La durée du CLS**

---

Le présent contrat est signé pour une durée de 3 années à compter de la date de signature.

Il sera complété au cours de l'année 2015 par un avenant qui présentera les fiches actions retenues pour la durée du CLS.

## **La révision du CLS**

---

Pendant toute la durée de validité, le contrat peut faire l'objet d'une révision à la demande de l'un des signataires. Toute modification fera l'objet d'un avenant qui devra être approuvé par l'ensemble des signataires du présent CLS.

Lorsque les territoires de contractualisation coïncideront, le volet santé du contrat de ville pourra être constitué par le sous-ensemble du CLS portant sur des quartiers prioritaires de la Ville de Marseille.

Fait à Marseille, le

Le Maire de Marseille  
Jean-Claude GAUDIN

Le Préfet des Bouches-du-Rhône  
Michel CADOT

Le président du conseil général des Bouches du Rhône  
Jean-Noël GUERINI

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur  
Paul CASTEL

## LES ANNEXES

### ANNEXE 1 : LES LIENS POUR ACCÉDER AU PROGRAMME RÉGIONAL DE SANTÉ (PRS) ET AUX SCHÉMAS RÉGIONAUX D'ORGANISATION

Le Programme Régional de Santé (PRS) :

[http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site\\_Ars\\_Paca/Projet\\_regional\\_de\\_sante/Docs\\_officiels/2012-01-30\\_ARS\\_DG\\_Projet\\_regional\\_de\\_sante\\_arspaca.pdf](http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Docs_officiels/2012-01-30_ARS_DG_Projet_regional_de_sante_arspaca.pdf)

Le Schéma régional d'Organisation des soins (SROS)

[http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site\\_Ars\\_Paca/Projet\\_regional\\_de\\_sante/Schemas/SROS/revision\\_sros\\_prs\\_022013/Revision\\_SROS\\_Paca\\_2012-2016\\_arspaca\\_27122013.pdf](http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Schemas/SROS/revision_sros_prs_022013/Revision_SROS_Paca_2012-2016_arspaca_27122013.pdf)

Le schéma régional de prévention (volet Prévention Promotion de la santé et santé environnementale) :

[http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site\\_Ars\\_Paca/Projet\\_regional\\_de\\_sante/Docs\\_officiels/2012-01-30\\_ARS\\_DG\\_prs\\_schema\\_regional\\_prevention\\_volet\\_prevention\\_promotion\\_sante\\_environnementale\\_arspaca.pdf](http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Docs_officiels/2012-01-30_ARS_DG_prs_schema_regional_prevention_volet_prevention_promotion_sante_environnementale_arspaca.pdf)

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

[http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site\\_Ars\\_Paca/Projet\\_regional\\_de\\_sante/Docs\\_officiels/2012-01-30\\_ARS\\_DG\\_prs\\_schema\\_regional\\_organisation\\_medico\\_sociale\\_arspaca.pdf](http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Docs_officiels/2012-01-30_ARS_DG_prs_schema_regional_organisation_medico_sociale_arspaca.pdf)

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

[http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site\\_Ars\\_Paca/Projet\\_regional\\_de\\_sante/Docs\\_officiels/PRIAC\\_MAJ\\_SEPT\\_2012.pdf](http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Docs_officiels/PRIAC_MAJ_SEPT_2012.pdf)

Lien MOS :

<http://www.marseille-observation-sante.org/>.

### ANNEXE 2 : LES 9 FICHES THÉMATIQUES

## **Orientation 1**

### **Enfants et adolescents**

**(Promouvoir l'égalité devant la santé dès les premiers âges de la vie)**

**FICHE THEMATIQUE 1A : ALIMENTATION / ACTIVITE PHYSIQUE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS**

**FICHE THEMATIQUE 1B : SOUFFRANCE PSYCHIQUE / TROUBLES PSYCHIQUES DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS**

# FICHE THEMATIQUE 1A : ALIMENTATION / ACTIVITE PHYSIQUE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

## LES POLITIQUES PUBLIQUES

**Cadres nationaux :** Programme national nutrition santé (PNNS) – Plan Obésité 2010-2013 – Plan national pour l'alimentation (PNA) – Politique éducative de santé dans les territoires académiques (circulaire du 2-12-2011) : Education nationale) généraliser la mise en œuvre de l'éducation nutritionnelle et promouvoir les activités physiques (intégrant la prévention du surpoids et de l'obésité) - Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive (PNAPS) ; Marseille capitale du sport 2017

**Cadres départementaux et régionaux :** le Projet Régional de Santé (PRS) 2012-2016 comporte principalement dans son Schéma Régional de Prévention (SRP) des objectifs en lien avec l'alimentation équilibrée et/ou une activité physique adaptée, notamment concernant les enfants, adolescents et jeunes – DRJSCS – DRAAF – Conseil général (PMI et programme alimentation) - Convention d'objectifs du 16 mars 2011 relative aux collaborations entre le Préfet de région, les Préfets de département et l'ARS, en matière de santé, jeunesse, sports et cohésion sociale en PACA mentionne parmi ses priorités la promotion des activités physiques et sportives (APS). Plan sport santé bien être juin 2013 (ARS/DRJSCS).

**Cadres locaux :** Ville de Marseille : Charte des villes actives du PNNS, volet santé du Contrat Urbain de Cohésion Sociale, Plan Climat Energie Territorial -- Candidature « Marseille capitale européenne du sport » en 2017. Marseille Provence Métropole : Plan de Déplacement Urbain, Plan Local d'Urbanisme, Plan Climat

### LA PROBLEMATIQUE

#### Définition du problème :

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 veuille à pallier les effets des inégalités sociales de santé dans ce domaine.

*Bilan de santé Marseille 2012 – ORS PACA*

#### Données épidémiologiques :

Dans le cadre de la collaboration entre l'académie d'Aix-Marseille et l'ARS PCA, en 2010 il a été proposé aux médecins scolaires de transmettre le poids et la taille des enfants de la grande section de maternelle recueillis lors de leur visite d'admission obligatoire. L'analyse des données d'IMC des enfants met en évidence que les zones les plus touchées à l'échelle de l'ensemble de l'académie sont les zones prioritaires, 14 % de surcharge pondérale en ZEP et 17 % dans les quartiers classés RAR.

Cette opération a été renouvelée en 2012 et confirme la disparité des situations selon les arrondissements de 7% de surcharge pondérale dans les 7 et 8 ème, à 17 et 18% dans les 15 et 2 èmes arrondissements. Le recueil des données n'a pu se faire auprès de l'ensemble des enfants, cependant leur effectif est suffisant pour donner une image de la situation globale. Dans les 2, 3,11, 13, 14et 15ème, la part des enfants en surcharge pondérale est supérieure à 14 %.(% des 1 er et 16ème non disponibles).

### ACTIONS EXISTANTES A RENFORCER

**POUR SUIVRE**  
L'engagement dans le réseau des villes PNNS (Régional et national) Avec le soutien de l'ARS

**ETENDRE**  
Les actions en milieu scolaire Notamment le dispositif de promotion auprès des élèves de CE2 / enseignants  
**Couverture totale de la Zone ECLAIR**

**POUR SUIVRE**  
La participation de la ville de Marseille au COPIL régional Nutrition Obésité Animé par l'ARS

**SUIVRE**  
La démarche de Recherche OPTICOURSE

**TRADUIRE**  
Les résultats de la Recherche OPTICOURSES en Actions

### NOUVELLES ACTIONS

**METTRE EN PLACE**  
Les actions nutrition associées aux actions existantes d'activité physique sur les plages

**METTRE EN PLACE**  
Les modalités de coordination des interventions santé en milieu scolaire (comité départemental de coordination des actions d'éducation pour la santé en milieu scolaire CDCAES)

**METTRE EN PLACE**  
Le Conseil d'orientation « nutrition / activité physique »

### ACTIONS EN PERSPECTIVE

**METTRE EN ŒUVRE**  
La politique de promotion de l'activité physique Sous l'égide du Conseil d'orientation « nutrition / activité physique » En lien avec DRJSCS, Direction des sports, nautisme, plages/ Ville de Marseille

**DEVELOPPER**  
Les actions Pédibus dans les quartiers

**FAVORISER**  
L'aménagement des espaces urbain (signalétique piétons - mobilité active – activité physique – Fontaines à eau)

**METTRE EN PLACE**  
Le dispositif de suivi sur le surpoids/obésité infantile Avec l'ORS, l'Education nationale et la PMI

### LES LEVIERS D'ACTION

#### Principaux acteurs :

Ville de Marseille et ses services : vie scolaire, Sport, SSPH  
ARS PACA - DT ARS13  
Département « Prévention et promotion de la santé »  
Education nationale  
DRJSCS  
GIP Politique de la ville  
Conseil général 13  
CRES PACA  
ORS PACA

#### Principaux opérateurs :

CODES  
Centres sociaux  
Fédérations sportives

#### Acteur de la Recherche :

UMR INRA – APHM (centre spécialisé)

#### Dynamiques existantes :

Copil Régional « Nutrition – obésité »  
Volet santé du CUCS  
ASV : axe « Nutrition » dans le PLSP  
Coopérations entre services de la ville (vie scolaire, Sport, SSPH)  
Engagement des centres sociaux  
Le schéma départemental des services aux familles des Bouches-du-Rhône a pour but de rassembler les institutions et les publics autour de thématiques telles que l'accompagnement à la parentalité et l'accueil de la petite enfance afin de développer des politiques publiques concertées favorisant le développement physique et psychique harmonieux des enfants et leur bien-être dans et hors de leur famille afin de limiter l'effet des déterminants sociaux de santé sur ces populations.

## LES ACTIONS

Objectifs	Description	Partenaires
<p><b>Poursuivre l'engagement dans le réseau des villes PNNS :</b>  <b>- mettre en œuvre, promouvoir et soutenir toute action qui contribue à l'atteinte des objectifs du PNNS dans le cadre de la charte des villes actives du PNNS.</b></p>	<p>Ville Active du PNNS depuis 2004, la Ville de Marseille a nommé un référent « actions municipales du PNNS » au sein du SSPH ; a mis en œuvre chaque année une action spécifique ; a veillé à ce que, pour toutes les actions mentionnées à l'article 2 et menées dans le cadre de la collectivité locale, soient utilisées exclusivement les recommandations issues des référentiels du PNNS et à ce que toute action nutritionnelle impliquant la collectivité n'aille pas à l'encontre des repères de consommation du PNNS ; a affiché le logo « Ville-active du Programme National Nutrition Santé » de façon explicite sur les documents afférents à cette action.</p> <p>Dans ce cadre, la ville est relais des campagnes nationales avec une déclinaison marseillaise ; diffuse les documents du PNNS dans les écoles et les équipements sociaux ; a participé à l'organisation de la manifestation Fraich'Attitude (2006-2010) ; finance et soutient des actions de terrain ; organise des conférences débat pour promouvoir les principes du PNNS (6 depuis 2004) ; a fait la promotion des objectifs du PNNS dans le volet santé du CUCS et les PLSP des ASV ; participe au réseau PACA des villes-actives du PNNS ; a mené le projet « Restaurants scolaires : la santé au menu ».</p>	<p>ARS Paca - Ville de Marseille (SSPH, vie scolaire) - Codes 13 - CRES Paca – INPES - GIP Politique de la ville et équipes opérationnelles – Atelier santé ville (ASV) - Éducation Nationale - Équipements sociaux - Villes du réseau Paca des villes-actives du PNNS Intefel (2006-2010) - Faculté de médecine Aix Marseille - AP-HM -Opérateurs associatifs</p>
<p><b>Mettre en place le Conseil d'orientation « nutrition / activité physique »</b></p> <p>Construire progressivement une politique locale en particulier concernant la promotion de l'activité physique et la mettre en œuvre</p> <p>Mettre en place une instance de partage des constats, des besoins, de concertation et d'élaboration collective d'actions : le conseil d'orientation nutrition activité physique</p> <p>Promouvoir et faciliter la pratique d'activités physiques</p>	<p>La ville est représentée au COPIL régional nutrition santé et cet engagement est à poursuivre. En articulation et complémentarité avec ce pilotage régional, la définition et la mise en œuvre d'une politique à l'échelle locale s'avère nécessaire en particulier concernant la promotion de l'activité physique qui associée à de bonnes habitudes alimentaires constitue un déterminant essentiel de l'état de santé des enfants et adolescents dont les bienfaits se prolongent jusqu'à l'âge adulte. La promotion de l'activité physique se fonde sur des actions à la fois auprès des personnes (l'enfant ou l'adolescent et son support social pour encourager son niveau de pratique) mais aussi sur son environnement physique et organisationnel. Les conditions et actions rendant favorables l'accès et la pratique d'une activité physique, suppose la mise en synergie d'autres acteurs que ceux de la santé et s'inscrivent dans des politiques plus générales. C'est dans cette optique notamment qu'est mis en place un conseil d'orientation nutrition activité physique (CONAP). Espace de décloisonnement cette instance a pour objectifs de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>permettre une démarche collective d'appropriation de constats, besoins, d'identification d'actions et ressources, partager des objectifs communs ;</li> <li>établir un tableau de bord permettant de mettre en perspective les différentes données détenues et d'aider à la définition d'orientations et la prise de décision (ORS, EN, ARS, PMI) ;</li> <li>soutenir et faciliter l'activité physique quotidienne, la mobilité active et les activités sportives ;</li> <li>participer à l'élaboration collective et/ou à des actions, en ce qui concerne l'activité physique en particulier : action de type PEDIBUS dans les quartiers, aménagements et équipements favorables des espaces urbains (signalétiques, espaces d'activités...);</li> <li>initier une réflexion et inciter au développement d'un environnement alimentaire favorable.</li> </ul>	<p>Ville de Marseille (SSPH, service des sports, vie scolaire) – DRJSCS - ARS Paca - Éducation Nationale - GIP MRU et politique de la ville - Conseil général 13 - Atelier santé ville (ASV) - MPM</p> <p>GIP MRU - Centres ressources (INPES, CRES, CODES 13) - Associations sportives et de loisirs - Equipements sociaux - Association de parents d'élèves</p>
<p><b>Éduquer à la nutrition et prévenir les problèmes de surpoids et d'obésité des enfants scolarisés dans les écoles de la Ville de Marseille.</b></p> <p>Promouvoir l'alimentation équilibrée de l'enfant auprès des parents</p> <p>Sensibiliser les enfants aux bienfaits d'une alimentation équilibrée au sein des écoles élémentaires</p> <p>Promouvoir l'activité physique</p>	<p>Sur la base de ce qui avait été mené dans le CLS1, dans le cadre du projet « Restaurants scolaires : la santé au menu », mises en œuvre par le CoDES 13, depuis la rentrée scolaire 2011, du programme « Je mange, je bouge, je vais bien à l'école » composé d'actions de promotion de la santé nutritionnelle dans des écoles de la zone ECLAIR, via des élèves de CE2 et leurs parents, lors d'interventions en écoles élémentaires ainsi que d'actions de renforcement des compétences d'un groupe d'adultes relais (enseignants, médecins et infirmières scolaires, personnel municipal).</p> <p>Ce programme, piloté par la ville, a vocation à s'étendre sur toutes les écoles en zone ECLAIR dans la mesure des moyens disponibles.</p> <p>En 2013, mise en place, à l'initiative des services départementaux de l'Éducation Nationale et de l'ARS Paca, d'un groupe de travail pour définir une nouvelle configuration des actions d'éducation pour la santé en temps scolaire. Parallèlement, ouverture d'une réflexion interne à la ville pour définir des animations, dont la santé, hors temps scolaire dans la perspective de la modification du rythme scolaire.</p> <p>Actions à mettre en parallèle avec celles qui sont développées dans les PLSP des ASV et le volet santé du CUCS dans des</p>	<p>Ville de Marseille (SSPH, Vie scolaire) - ARS Paca - Codes 13 - GIP Politique de la ville et équipes opérationnelles - Atelier santé ville (ASV) - Éducation Nationale - Équipements sociaux - Opérateurs associatifs</p>

	équipements sociaux de la ville.	
<b>Communiquer de façon ludique et participative sur la thématique de la nutrition et de la santé auprès du public fréquentant la manifestation « l'été du sport pour tous » en juillet et août de chaque année.</b>	<p>La manifestation « l'été du sport pour tous » est mise en œuvre en juillet et août par le service des sports et des loisirs (SSL) sur les plages du Prado en proposant de multiples activités sportives et d'activités physiques à tout public. Les équipements sociaux de la ville en font un lieu d'animation pour les enfants et les jeunes de la ville.</p> <p>Pour intégrer un volet nutrition à cette activité, la CoDES 13 a mis en œuvre un jeu pédagogique intitulé « Je mange, je bouge, c'est gagné » conçu, dans le cadre de la lutte contre l'obésité, par le CoDES 13 et le C.D.O.S (Comité Départemental Olympique et Sportif).</p> <p>En 2013, pendant 15 jours, cette action a été expérimentée avec succès.</p>	Ville de Marseille (SSPH et service des sports et des loisirs) - Codes 13 - Équipements sociaux
<b>Continuer le suivi de la recherche action OPTICOURSES et faciliter la traduction de ces résultats en actions</b> Cet objectif s'inscrit dans une réflexion plus large concernant la question de l'environnement alimentaire et de l'accès à une offre alimentaire de bon rapport qualité nutritionnelle / prix	<p>Depuis 2011 une recherche action sur l'accès à une alimentation équilibrée financée par l'ARS puis l'INCA est menée par une équipe de recherche universitaire de la faculté de médecine de Marseille, sous les auspices de Nicole DARMON (UMR « Nutrition, Obésité et risques thrombotique » (NORT) UMR sociologie et UMR économie appliquée) dans le but de réduire les inégalités sociales face au cancer et aux maladies chroniques. L'action est conduite au sein de 2 territoires du 15ème, choisis en raison de leur caractère enclavé et leur situation sociale très dégradée. Elle a pour objectif d'influencer favorablement les approvisionnements alimentaires et d'améliorer la qualité nutritionnelle des achats de ménages ayant de faibles revenus, tout en tenant compte de leurs contraintes. Le projet porte une importance particulière à l'analyse des approvisionnements réalisée notamment dans le cadre d'un travail en atelier avec des habitants, en vue de développer des outils basés sur les achats (plutôt que sur les consommations). Il vise à mobiliser plus spécifiquement les acteurs de l'offre alimentaire. La recherche action associe les partenaires de terrain.</p> <p>Les travaux sont régulièrement présentés au Comité de pilotage existant.</p> <p>De façon plus générale, de nombreuses études montrent l'impact de l'offre alimentaire sur l'obésité. Les sites concentrant de grands ensembles dans les arrondissements Nord de Marseille en particulier présentent les caractéristiques d'une offre alimentaire propice à l'augmentation de l'obésité (disparition/éloignement des commerces de proximité, augmentation de la restauration rapide).</p>	Ville de Marseille - ARS Paca - Unité Mixte de recherches (UMR) en nutrition humaine Inserm/Inra - Service d'endocrinologie diabétologie de l'Hôpital Nord - CODES 13

## FICHE THEMATIQUE 1B : SOUFFRANCE PSYCHIQUE / TROUBLES PSYCHIQUES DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

### LES POLITIQUES PUBLIQUES

**Cadres nationaux :** Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 – Plan violence et santé 2005 - Orientations pour une politique éducative de santé à l'école (Circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011) - Circulaire 2002 sur PAEJ – Politique transversale en faveur de la jeunesse (Projet de Loi de finances pour 2013) - **Cadres départementaux et régionaux :** PRS PACA : « Développer des actions pour la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents présentant des troubles psychiatriques ou du comportement, accessibles dans tous les territoires » - Plan d'action « Enfants, Adolescents, Jeunes » du Schéma régional de prévention : « Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique, de la crise suicidaire, des tentatives de suicide et des troubles de santé mentale » – SROS hospitalier : « organiser les articulations entre les CMP, les Espaces Santé Jeunes et les Maisons Des Adolescents (MDA) » - **Cadres locaux :** ville de Marseille : plusieurs dispositifs mis en place ou soutenus : « Allo ! Parents, Marseille », Soutien aux professionnels (annuaire santé jeunes) et soutien aux jeunes (relais de la communication sur Fil santé jeunes)

### LA PROBLEMATIQUE

Les troubles psychiatriques apparaissent souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Ils représentent une cause importante de suicides (2de 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.

Le CG13 est un partenaire essentiel en domaine au titre de sa compétence en matière d'Aide sociale à l'Enfance ; les orientations prioritaires font l'objet du schéma départemental de la Protection de l'Enfance en cours d'élaboration pour 2015. La prise en compte de la souffrance psychique des jeunes a conduit le CG13 à développer la Maison départementale des adolescents et d'apporter son soutien financier aux Espaces Santé Jeunes.

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 : augmentation des comportements violents dans les écoles maternelles et primaires, collèges et lycées et établissements psycho-sociaux, détention et utilisation d'armes chez les 13-25 ans, violence des adolescents envers leurs parents, violence institutionnelle, banalisation de la violence qui l'a rendue de plus en plus visible, et comportements de violence de plus en plus précoces et en forte augmentation.

*Bilan de santé Marseille 2012 – ORS PACA*

### ACTIONS EXISTANTES A RENFORCER

**RELAYER**  
Localement les actions décidées dans le cadre du Comité départemental Adolescents

**MAINTENIR ET AMELIORER**  
L'information et la communication sur les ressources existantes  
Après des populations et des professionnels

**SOUTENIR**  
L'offre de premier accueil / écoute / orientation  
PAEJ Centre

**INFORMER – CONSEILLER - SOUTENIR - ORIENTER**  
Les parents vers le dispositif ressource « Allo ! Parents, Marseille »

**DEFINIR**  
Une stratégie confortant le PRODAS  
Avec l'Education nationale

### NOUVELLES ACTIONS

**MIEUX ARTICULER**  
Les orientations du CDA avec les actions de la ville de Marseille  
En matière de prévention

**ASSURER**  
Une meilleure prise en charge – prévention du mal être, de la violence et du suicide

**PARTICIPER**  
Au pilotage « PAEJ » à l'échelle de Marseille et à la définition des modalités d'intervention sur Marseille Nord et Sud

**EVALUER**  
Dispositif ressource « Allo ! Parents, Marseille »  
Evolution géographique, partenariale et/ou thématique

**FAIRE CONNAITRE**  
Les actions de repérage des troubles psychosociaux et du lien mère/enfant  
Ex : staffs « parentalité » en maternité

### LES LEVIERS D'ACTION

#### Principaux acteurs :

- Ville de Marseille : SSPH
- ARS PACA - DT ARS13
- GIP Politique de la ville
- Education nationale (DASEN, Service de santé scolaire)
- DDCS
- Conseil Régional
- Conseil général

#### Principaux opérateurs :

- Secteur psychiatrique (E Toulouse, Valvert et AP-HM, Salvator)
- ITEP
- Psychiatres libéraux
- PAEJ
- Maison de l'adolescent
- Centres sociaux

#### Dynamiques existantes :

ASV  
Trois dispositifs ville : Allo Parents Marseille, Soutien aux professionnels (annuaire santé jeunes) et soutien aux jeunes (relais de la communication sur Fil santé jeunes  
Comité départemental Adolescents  
Le schéma départemental des services aux familles des Bouches-du-Rhône a pour but de rassembler les institutions et les publics autour de thématiques telles que l'accompagnement à la parentalité et l'accueil de la petite enfance afin de développer des politiques publiques concertées favorisant le développement physique et psychique harmonieux des enfants et leur bien-être dans et hors de leur famille afin de limiter l'effet des déterminants sociaux de santé sur ces populations.

## LES ACTIONS

Objectifs	Description	Partenaires
<b>Maintenir et améliorer l'information et la communication sur les ressources existantes auprès des populations et des professionnels</b>	<p>Répondre aux sollicitations de partenaires en relayant les informations auprès des publics cibles (Ados, parents, professionnels œuvrant auprès des jeunes)</p> <p>Informier et communiquer sur l'ensemble des dispositifs existants en direction des jeunes marseillais, des parents, et des professionnels par la réalisation de campagnes de communication de proximité, dans l'objectif de leur faire mieux connaître les dispositifs.</p>	<p>Ville de Marseille - Fil Santé Jeunes - Institutions, - Associations</p>
<b>Soutenir l'offre de premier accueil, écoute et orientation proposée par le PAEJ du Centre ville</b>	<p>Le PAEJ du centre ville porté par l'association IMAJE santé propose aux jeunes de 11 à 25 ans un accueil généraliste, une écoute et une orientation vers les dispositifs dont ils relèvent. Le PAEJ travaille en partenariat avec un large réseau de partenaires dans tous les domaines de l'insertion et particulièrement celui de la santé. Il est essentiel de contribuer au soutien et à la reconnaissance de cette structure pour le premier accueil des jeunes en difficulté, des familles et des professionnels auxquels elle procure de l'étayage, de la formation et du soutien technique. Enfin le PAEJ mène des actions de prévention au sein de structures où les jeunes sont présents.</p>	
<b>Participer au pilotage PAEJ à l'échelle de Marseille et à la définition des modalités d'intervention sur Marseille Nord</b>	<p>Sous l'égide de la DDCS, un Comité de pilotage des PAEJ a été mis en place en 2012. Depuis la rentrée 2013 il centre ses travaux sur la définition des modalités d'intervention sur les arrondissements Nord (13°, 14°, 15° et 16° arrondissements) afin de répondre aux besoins des professionnels de première ligne, des jeunes et des familles suite à la fermeture du PAEJ du territoire fin 2012. IMAJE santé s'est porté candidat et sa proposition d'intervenir dans un premier temps auprès des professionnels dès fin 2013 a été retenue sur deux sites expérimentaux. Il est prévu une montée en charge par étape de l'intervention et courant 2014 des interventions auprès des jeunes.</p>	<p>DDCS - Ville de Marseille, - DT13ARS - Conseil général 13 - Conseil régional PACA - Mission locale - Structures de soins - Organismes de formation - CESAM - Equipements sociaux, - Education nationale - Professionnels de première ligne, - Atelier santé ville (ASV)</p>
<b>Participer au pilotage PAEJ à l'échelle de Marseille et à la définition des modalités d'intervention sur Marseille Sud</b>	<p>Depuis 2013, le collectif santé jeunes d'Aubagne, PAEJ d'Aubagne a commencé des interventions en soutien aux professionnels de première ligne sur un territoire démuné de structure de premier accueil généraliste pour les jeunes. Il est envisagé en 2014 une montée en charge de l'intervention et des actions auprès des jeunes.</p>	
<b>Relayer localement les actions décidées dans le cadre du Comité départemental Adolescents</b>	<p>Le Comité départemental des adolescents, fait suite aux propositions des groupes de travail, menés en 2009, sur la prise en charge des adolescents difficiles en psychiatrie. Ce comité multi-partenarial issu des différents champs, disciplines ou institutions impliqués dans la prise en charge de ces adolescents, est une instance de réflexion, de coordination et de suivi des projets couvrant le domaine de la prévention jusqu'à la prise en charge sanitaire des jeunes adolescents.</p>	<p>ARS Paca - Conseil général 13 - AP-HM - Psychiatrie publique, privée - Éducation nationale - Justice - ITEP - ASE</p>
<b>Informier, conseiller, soutenir et orienter les parents vers le dispositif ressource « Allo ! Parents, Marseille »</b>	<p>Suite au diagnostic territorial, mise en place d'une action publique à l'échelle de la commune, en complémentarité des ressources et dispositifs existants sur le territoire de la cité.</p> <p>Allô Parents Marseille est une ligne de téléphonie sociale, destinée aux parents marseillais. Le plateau téléphonique est géré par l'École des Parents et des Éducateurs d'Île de France. Dans le respect de l'anonymat, pour le coût d'un appel local à partir d'un poste fixe et avec la distance utile parfois, qu'offre le téléphone, des professionnels de l'écoute téléphonique (psychologues, conseillères scolaires, juridiques et sociales), informent, conseillent, soutiennent et orientent les parents vers une structure ressource marseillaise.</p>	<p>Ville de Marseille - École des Parents et des Éducateurs d'Île De France</p>

<b>Assurer une meilleure prise en charge – prévention du mal être, de la violence et du suicide</b>	<p>Dans le cadre de la mise en place d'un COPIL multi-partenarial, mener une réflexion constructive en vue d'améliorer la prise en charge, la prévention du mal être, de la violence et du suicide en lien avec les constats issus du MOS</p>	<p>ASMA – Atelier santé ville (ASV) - GIP Politique de la ville - Institutions – Associations</p>
<b>Faire connaître les actions de repérage des troubles psychosociaux et du lien mère/enfant</b>	<p>Action de sensibilisation et d'information des professionnels de la périnatalité (médecins, sages-femmes, psychologues ,services sociaux, MDS... au repérage des troubles du lien entre la mère et l'enfant à venir ou déjà né et la mise en place de staff de parentalité dans les maternités (staff existant déjà sur l'hôpital Nord) afin de mieux prendre en charge les difficultés psychosociales et d'anticiper les problèmes à la sortie de maternité .Ces staffs sont des réunions pluridisciplinaires (Sage femme, gynéco pédiatres psychiatres, psychologues) regroupant les acteurs libéraux ,hospitaliers et les équipes de PMI</p>	<p>ARS Paca - AP-HM - Conseil général 13</p>
<b>Définir une stratégie confortant le PRODAS avec l'Education nationale</b>	<p>Le programme de développement affectif et social est mis en œuvre par le planning familial dans des écoles maternelles et primaires de centre ville, notamment du 3<sup>e</sup>arrondissement dans le cadre du projet Hirsch et dans deux classes du 15<sup>e</sup>arrondissement. Il s'agit d'un programme québécois de prévention précoce qui vise à favoriser le bien-être et prévenir les violences en développant les compétences psychosociales<sup>2</sup>. Evalué positivement dans le cadre du projet « Saint Mauront / Belle de Mai, on s'y met tous ! », il fait l'objet d'un soutien des partenaires pilotes y compris l'EN. En revanche, le financement du PRODAS demeure fragile, soumis aux aléas financiers. De plus, le nombre d'écoles et de classes demeure limité compte tenu des moyens et la seule marge de progrès tient à l'autonomie des enseignants et des établissements.</p>	<p>DT 13 ARS – Ville de Marseille - , GIP Politique de la ville - Atelier santé ville (ASV), - Education Nationale</p>

<sup>2</sup> L'OMS reconnaît dix compétences psychosociales, appariées deux à deux :

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

## **Orientation 2**

### **Personnes âgées**

**Anticiper et accompagner le vieillissement de la population**

**THEMATIQUE 2A : GESTION TERRITORIALE DES PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES ÂGEES**

**THEMATIQUE 2B : MAINTIEN DANS LE LOGEMENT DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE**

## THEMATIQUE 2A : GESTION TERRITORIALE DES PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES AGEES

### LES POLITIQUES PUBLIQUES

**Cadres nationaux :** Parcours de santé de la personne âgée (rapport « IGAS ») - ANAP – fiches « points-clés et solutions » HAS (parcours de soins) – Comité de pilotage nationale sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie – Plan Alzheimer

**Cadres départementaux et régionaux :** PRS PACA : prévenir et accompagner la perte d'autonomie ; favoriser le maintien à domicile de la personne malade ou fragilisée par l'âge ou le handicap – Schéma régional Médico-social : améliorer les conditions de vie liées à l'hébergement ou à l'accueil des personnes âgées ; améliorer les parcours de santé et la qualité de prise en charge des besoins de santé des personnes âgées - Schéma régional de prévention : les objectifs proposés visent à promouvoir un vieillissement harmonieux à domicile pour les personnes âgées à partir de 55 ans. Elles concernent l'ensemble des composantes du parcours de vie. – SROS ambulatoire : faciliter la prise en charge des personnes âgées par les acteurs de santé de proximité – Conseil général : Schéma gérontologique départemental des Personnes âgées « révisé », avenant 2014-2015 au schéma départemental des personnes âgées.

**Cadres locaux :** le vieillissement de la population : enjeu prioritaire pour la ville de Marseille à travers la mobilisation des services concernés : Personnes âgées, CCAS et SSPH

#### LA PROBLEMATIQUE

**La prise en charge des personnes âgées dépendantes :** dans les Bouches du Rhône, en 2007, 17 % des personnes âgées de 75 ans ou plus sont considérées comme dépendantes. 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. 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. D'importantes inégalités sociales et de genre existent à tous les stades, de l'installation de la dépendance à sa prise en charge. L'isolement social est un facteur aggravant.

**L'isolement :** 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.

*Bilan de santé Marseille 2012 – ORS PACA*

#### ACTIONS EXISTANTES A RENFORCER

##### ACCOMPAGNER

**L'expérimentation « Prévention des hospitalisations et gestion des sorties d'hospitalisation »**  
(Art70)

##### APPUYER

**L'évolution et la pérennisation des réseaux gérontologiques marseillais**

##### EVALUER

**Les effets de l'implication de la médecine de 1<sup>er</sup> recours dans la prévention**

#### NOUVELLES ACTIONS

##### POSITIONNER

**La Méthode pour le maintien de l'Autonomie à domicile et l'Intégration des services d'Aides et de soins aux personnes âgées comme coordinateur du parcours de santé**

##### IDENTIFIER

Dans le cadre du parcours de santé

**Les types d'information et le mode d'accompagnement vers les dispositifs existants de droit commun et/ou spécifiques**

#### LES LEVIERS D'ACTION

##### Acteurs institutionnels :

Ville de Marseille : SSPH,  
ARS PACA - DT ARS13  
Conseil général (APA)  
GIP MDPH  
Conférence de territoire  
DDCS  
Caisses de retraite  
Conseil de l'ordre

##### Opérateurs :

Les Pôles Infos Seniors 13  
CCAS (Espaces service ainés)  
URPS  
CGD  
APHM  
MAIA  
Réseaux gérontologiques  
Bailleurs sociaux  
Réseau géronto-psy

##### Dynamiques existantes :

- Actions CLS1
- Mise en œuvre en 2014 du PTS 13 sur parcours de santé des PA
- Déploiement des MAIA par l'ARS
- Refondation des CLIC en Pôles Infos Seniors 13 par le CG
- La création du GCS autour des réseaux gérontologiques
- Le schéma gérontologique révisé,
- Le cycle de conférence sur la PA à l'Alcazar à l'initiative de la ville de Mrs
- PLSP (ASV)
- Organismes de protection des majeurs

## LES ACTIONS

Objectifs	Description	Partenaires
<b>Evaluer les effets de l'implication de la médecine de 1er recours dans la prévention (Projet dit « Adonias »)</b>	<p>Comment généraliser l'utilisation par les médecins généralistes d'une grille de repérage de la fragilité de la personne âgée ?</p> <p>A partir d'un travail porté par le DR Adonias, la cellule d'évaluation médicale du laboratoire de santé publique de l'APHM a été chargée d'élaborer et de faire tester par des médecins généralistes une grille d'évaluation.</p>	DTARS 13 – APHM - Ville de Marseille - Médecins généralistes volontaires - GCS
<b>Appuyer l'évolution et la pérennisation des réseaux gérontologiques marseillais</b>	<p>La question de la pérennisation des réseaux gérontologiques était posée notamment sur Marseille. Afin de préserver la nature gérontologique et l'offre des réseaux existants, l'ARS a proposé, dans le cadre des travaux menés au sein du CLS1, la création d'un groupement de coopération sanitaire(GCS) regroupant l'ensemble des réseaux marseillais.</p>	DTARS 13 – CGD - Ville de Marseille – AP-HM – Réseaux gérontologiques – URPS ML – Réseau ILHUP
<b>Accompagner l'expérimentation « Prévention des hospitalisations et gestion des sorties d'hospitalisation »</b>	<p>L'objectif est de réduire le nombre d'hospitalisations des personnes âgées (PA) injustifié et notamment le nombre de passages aux urgences. Et lorsque l'hospitalisation de la PA est nécessaire, il s'agit d'anticiper et de préparer sa sortie. Pour ce faire, le CGD en lien avec l'APHM (service gériatrie du Pr Villani) a répondu à un appel à projet expérimental dans le cadre de l'Article 70 de l'ALFSS 2013. Il s'agit de mettre en place, à partir d'une équipe mobile gériatrique, hors les murs, un accompagnement, notamment des EPAHD, en matière de prévention des hospitalisations des PA. Il s'agit sur le second volet de créer des outils permettant d'associer les acteurs internes et externes à l'établissement de santé impliqués dans le parcours de la personne afin de préparer collectivement la sortie la plus adaptée à la PA.</p>	DTARS 13 – CGD - Ville de Marseille – AP-HM – URPS IDE – Caisse de retraite - GCS
<b>Positionner la MAIA (Méthode pour le maintien de l'Autonomie à domicile et l'Intégration des services d'Aides et de soins aux personnes âgées) comme coordinateur du parcours de santé</b>	<p>La plus-value du dispositif MAIA consiste à la mise en œuvre d'un service intégré, c'est-à-dire d'un partenariat intégrant l'ensemble des acteurs du champ des PA sur un territoire, en vue d'harmoniser les pratiques auprès des usagers. Dans ce cadre, et en tant que coordinateur, la MAIA sera pilote de l'ensemble du parcours.</p> <p>Afin de répondre au mieux aux besoins des usagers du territoire de proximité, un des premiers objectifs du service intégré consistera à mettre en place des procédures communes.</p>	DTARS 13 – MAIA - Ville de Marseille - Conseil général – Les Pôles Infos Seniors 13 – CCAS – SSIAD – Réseaux gérontologiques – Caisses de retraite

## THEMATIQUE 2B : MAINTIEN DANS LE LOGEMENT DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE

### LES POLITIQUES PUBLIQUES

**Cadres nationaux :** Parcours de santé de la personne âgée (rapport « IGAS ») - ANAP – fiches « points-clés et solutions » HAS (parcours de soins) – Comité de pilotage nationale sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie – Plan Alzheimer

**Cadres départementaux et régionaux :** PRS PACA : prévenir et accompagner la perte d'autonomie ; favoriser le maintien à domicile de la personne malade ou fragilisée par l'âge ou le handicap – Schéma régional Médico-social : améliorer les conditions de vie liées à l'hébergement ou à l'accueil des personnes âgées ; améliorer les parcours de santé et la qualité de prise en charge des besoins de santé des personnes âgées - Schéma régional de prévention : les objectifs proposés visent à promouvoir un vieillissement harmonieux à domicile pour les personnes âgées à partir de 55 ans. Elles concernent l'ensemble des composantes du parcours de vie. – SROS ambulatoire : faciliter la prise en charge des personnes âgées par les acteurs de santé de proximité – Conseil général : Schéma gérontologique départemental des Personnes âgées « révisé », avenant 2014-2015 au schéma départemental des personnes âgées (actions 4, 7 et 8).

**Cadres locaux :** le vieillissement de la population : enjeu prioritaire pour la ville de Marseille à travers la mobilisation des services concernés : Personnes âgées, CCAS et SSPH

### LA PROBLEMATIQUE

**La prise en charge des personnes âgées dépendantes :** dans les Bouches du Rhône, en 2007, 17 % des personnes âgées de 75 ans ou plus sont considérées comme dépendantes. 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. 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. 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.

**L'isolement :** 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.

*Bilan de santé Marseille 2012 – ORS PACA*

### NOUVELLES ACTIONS

**COORDONNER**  
Les intervenants autour de la qualité de l'habitat des personnes âgées  
Groupe de travail

**DEVELOPPER**  
Des mesures spécifiques d'accompagnement des personnes âgées qui ne sont plus en capacité de se gérer et gérer leur environnement

### ACTIONS EN PERSPECTIVE

**DEFINIR**  
L'articulation entre les acteurs de la médecine de ville et les institutions intervenant sur le repérage de la fragilité (CCAS et Pôles Infos Seniors 13) sur les situations de fragilité à domicile

**TRAVAILLER**  
Avec les organismes tutélaires sur la prévention des expulsions des personnes âgées désorientées

Lien avec  
Fiche thématique 4D :  
Santé mentale  
Action « santé mentale  
et logement »

### LES LEVIERS D'ACTION

#### Acteurs institutionnels :

Ville de Marseille : SSPH,  
ARS PACA - DT ARS13  
Conseil général (APA)  
GIP MDPH  
Conférence de territoire  
DDCS  
Caisses de retraite  
Conseil de l'ordre

#### Opérateurs :

Pôles Infos Seniors 13  
CCAS (Espaces service aînés)  
URPS  
CGD  
APHM  
MAIA  
Réseaux gérontologiques  
Bailleurs sociaux  
Réseau géronto-psy

#### Dynamiques existantes :

Actions CLS1  
Mise en œuvre en 2014 du PTS sur parcours de santé des PA  
Déploiement des MAIA par l'ARS  
Refondation des CLIC en Pôles Infos Seniors 13 par le CG  
La création du GCS autour des réseaux gérontologiques  
Le schéma gérontologique révisé,  
Le cycle de conférence sur la PA à l'Alcazar à l'initiative de la ville de Mrs  
PLSP (ASV)  
Organismes de protection des majeurs  
Comité d'Intérêt de Quartier (CIQ)  
Dispositif « alerte personnes âgées isolées »  
Réseau « santé mentale et logement »  
Commission de Coordination des Actions de Prévention des Expulsions Locatives

## LES ACTIONS

Objectifs	Description	Partenaires
<p><b>Coordonner les intervenants autour de la qualité de l'habitat des personnes âgées</b></p> <p><b>Développer les mesures spécifiques d'accompagnement des personnes âgées qui ne sont plus en capacité de se gérer et gérer leur environnement</b></p> <p><b>Mise en place d'un Groupe de travail</b></p>	<p>Certaines personnes âgées, soit du fait d'une précarité sociale ou financière, soit du fait d'une perte d'autonomie, soit du fait de l'apparition d'une démence, ne sont plus en capacité d'entretenir leur habitat, qu'elle soit propriétaire ou locataire. De fait, la détérioration de l'habitat peut avoir des conséquences sur l'état de santé de ces personnes. Il s'agit donc de mobiliser l'ensemble des acteurs pouvant intervenir sur la prévention de ces situations afin d'identifier l'ensemble des dispositifs existants (repérage, signalement, financement et réalisation) et de coordonner leur mise en œuvre.</p>	<p>DTARS13 - Ville de Marseille - DDCS – DDTM – ANRU – Caisses de retraite – CCAS (Espaces service ainés) – Bailleurs sociaux</p>
<p><b>Définir l'articulation entre les acteurs de la médecine de ville et les institutions intervenant sur le repérage de la fragilité</b></p> <p><b>Travailler avec les organismes tutélaires sur la prévention des expulsions des personnes âgées désorientées</b></p>	<p>Certaines personnes âgées, du fait de leur perte d'autonomie et particulièrement de l'apparition d'une démence, ne sont plus en capacité d'user de leur droit, de gérer leur situation financière et particulièrement le paiement de leur loyer (lorsqu'elles sont locataires) et d'autres charges. Ces situations peuvent conduire à l'expulsion de ces personnes, alors que ces dernières ont les moyens financiers de demeurer dans leur logement. A cette situation, des solutions existent, qui ne peuvent être mises en œuvre que si la personne a été repérée et signalée. Pour favoriser le repérage et le signalement, il s'agit de définir une articulation entre les médecins traitants, les IDE, les SSIAD et autres services intervenant à domicile auprès de la PA et les services sociaux (CCAS, Pôles Infos Seniors 13) pouvant mettre en œuvre les solutions adaptées.</p> <p>En effet, une fois le repérage effectué, il est possible de travailler en lien avec les organismes tutélaires à la prévention des expulsions des personnes âgées concernées.</p>	<p>DTARS 13 – Ville de Marseille -Organismes de protection des majeurs – DDCS – SSIAD - URPS – CCAS – Pôles Infos Seniors 13 – Conseil général – Bailleurs sociaux – réseau géronto-psy – CIQ – Réseau santé mentale et logement.</p>

## **Orientation 3**

### **Personnes atteintes d'un handicap**

**FICHE THEMATIQUE 3A : PRISE EN CHARGE ET INSERTION DES PERSONNES ATTEINTES D'UN HANDICAP**

## FICHE THEMATIQUE 3A : PRISE EN CHARGE ET INSERTION DES PERSONNES ATTEINTES D'UN HANDICAP

### LES POLITIQUES PUBLIQUES

**Cadres nationaux :** Loi du 11 février 2005 sur l'insertion des enfants atteints de handicap en milieu ordinaire, Plan autisme 2013/2017 avec son futur Plan d'action régional, Haute Autorité de Santé

**Cadres départementaux et régionaux :** Schéma Régional d' Organisation Médico-Sociale 2012-2016 : mieux articuler les accompagnements médico-sociaux et la scolarité des enfants et adolescents en situation de handicap ; soutenir l'insertion professionnelle des adultes - PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie 2012-2016 (PRIAC 2012-2016) ; avenant 2014-2015 au schéma départemental en faveur des personnes handicapées (Conseil Général) : diversifier la prise en charge en établissement ; garantir le soutien à la scolarisation en milieu ordinaire ; améliorer l'accompagnement social des personnes handicapées en situation d'emploi ou dans leur cheminement vers l'emploi ; créer des outils d'information et communiquer sur les dispositifs en faveur de l'insertion professionnelle des personnes handicapées ; améliorer l'accompagnement vers l'emploi.

**Cadres locaux :** le handicap : thématique importante pour la ville de Marseille à travers son service concerné : SSPH

#### LA PROBLEMATIQUE

Problématique générale :

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.

Concernant les 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.

*Bilan de santé 2012 ORS*

#### ACTIONS EXISTANTES A RENFORCER

##### DEVELOPPER

**Les dispositifs de partenariats et de prise en charge coordonnée pluridisciplinaire pour améliorer l'accompagnement d'enfants, adolescents présentant des troubles envahissants du développement complexes**

Projet ESPERANZA

##### FACILITER

**L'intégration en milieu scolaire ordinaire des enfants et adolescents présentant des troubles envahissants du développement complexes**

#### NOUVELLES ACTIONS

##### AMELIORER

**L'accès à l'information sur les structures existantes d'accompagnement aux personnes atteintes d'un handicap**

Y compris maladie d'Alzheimer, et à leurs aidants

##### FACILITER

**L'insertion socioprofessionnelle en milieu ordinaire de jeunes adultes avec autisme sans déficience intellectuelle**

Dispositifs de partenariats

#### LES LEVIERS D'ACTION

**Principaux acteurs :**

- Ville de Marseille (SSPH)
- ARS PACA - DTARS13
- Education Nationale
- GIP MDPH
- CPCAM

**Principaux opérateurs :**

- Hôpital Valvert
- AP-HM
- Associations représentatives des personnes handicapées
- Association SERENA
- AMSP
- ARI
- MAIA
- AGEFIPH
- Cap Emploi
- CCI Marseille Provence
- Chambre des Métiers et de l'artisanat

**Dynamiques existantes :**

- Coopérations et partenariats entre les différents acteurs institutionnels
- Coordination et accompagnement des acteurs socio-pédagogiques professionnels et des personnes en situation de handicap
- Coopération pour la promotion et l'accompagnement de l'accès aux Équipements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE) et classes maternelles des enfants porteurs de handicaps.

## LES ACTIONS

Objectifs	Description	Partenaires
<p><b>Faciliter l'intégration en milieu scolaire ordinaire des enfants et adolescents présentant des troubles envahissants du développement complexes</b>  <b>Faciliter leur parcours de vie en société</b></p>	<p>Il s'agit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– favoriser l'intégration des enfants en milieu ordinaire et les apprentissages scolaires par la structuration de coopérations professionnelles thérapeutiques, éducatives et pédagogiques ;</li> <li>– favoriser l'articulation entre les réponses sanitaires, médico-sociales et pédagogiques et ainsi le décloisonnement des parcours ;</li> <li>– construire les réponses les plus adaptées et structurées par le croisement et la mutualisation des pratiques, des savoirs et savoir-faire ;</li> <li>– mettre en synergie et optimiser des moyens existants dans une logique de complémentarité des interventions auprès de l'enfant et de son entourage ;</li> <li>– développer une dynamique constante d'échanges, de recherche et de formation.</li> </ul> <p>Le Projet Esperanza est une des facettes de cette action. Il est prévu qu'il soit dupliqué</p>	<p>Ville de Marseille - ARS Paca - Education Nationale - Hôpital Valvert, AMSP – ARI – SERENA - Associations de Parents</p>
<p><b>Faciliter l'insertion socioprofessionnelle en milieu ordinaire de jeunes adultes avec autisme sans déficience intellectuelle</b></p>	<p>Il s'agit d'un projet expérimental d'insertion socio-professionnelle en milieu ordinaire qui vise à accompagner des grands adolescents et des jeunes adultes autistes de haut niveau ou atteints du syndrome d'Asperger, en proposant une prise en compte spécifique de leurs besoins. Il est la suite logique du dispositif d'intégration scolaire en milieu ordinaire tant au plan humain que social. Cette expérience est de nature à faire évoluer les mentalités du monde du travail et de la société à l'égard de l'autisme et du handicap de façon générale.</p> <p>Les grandes phases du projet sont : l'évaluation des potentialités et appétences, la recherche de terrains de stages et la mise en stage, la recherche d'emploi et l'intégration après l'embauche (job coaching) et le suivi de la vie professionnelle.</p> <p>Le projet comporte, également, une perspective de « social coaching », c'est à dire une autonomisation sociale par le logement avec un accompagnement spécifique.</p>	<p>Ville de Marseille - ARS Paca – AP-HM - Education Nationale - Offices HLM - Cap Emploi – AGEFIPH - Chambre de commerce et d'industrie Marseille Provence - Chambre des Métiers et de l'Artisanat - CPCAM</p>
<p><b>Améliorer l'accès à l'information sur les structures existantes d'accompagnement aux personnes atteintes d'un handicap</b></p>	<p>Il s'agit de développer des supports d'informations en direction des professionnels et des familles concernant les structures médico-sociales et les dispositifs existants afin de faciliter les parcours.</p> <p>Idée de « répertoire » à l'usage des professionnels permettant de repérer les structures médico-sociales et de soins prenant en compte les handicaps dans les réponses qu'elles proposent.</p> <p>Comme il s'agit aussi de donner une information aux aidants, nous intégrons ici la maladie d'Alzheimer.</p>	<p>ARS - Ville de Marseille - Conseil général - Associations représentatives des personnes handicapées de Marseille – MAIA – MDPH - Etablissements et services médico-sociaux - Etablissements sanitaires - Structures d'hébergement et d'accueil de jour - URPS</p>

## **Orientation 4**

### **Accès aux soins, à la prévention et amélioration de la prise en charge**

**FICHE THEMATIQUE 4A : ACCES AUX SOINS ET AUX DROITS**

**FICHE THEMATIQUE 4B : DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES**

**FICHE THEMATIQUE 4C : ADDICTIONS**

**FICHE THEMATIQUE 4D : SANTE MENTALE**

**FICHE THEMATIQUE 4<sup>E</sup> : VACCINATION**

## FICHE THEMATIQUE 4A : ACCES AUX SOINS ET AUX DROITS

### LES POLITIQUES PUBLIQUES

**Cadres nationaux :** Ministère des affaires sociales et de la santé : Pacte « Territoire santé » - Comité interministériel de lutte contre l'exclusion (CILE) : Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

**Cadres départementaux et régionaux :** PRS PACA : thématique « mieux organiser le parcours des patients dans le système de santé » : développer les MSP - SROS : Objectif général : l'amélioration de l'accès aux soins (objectifs spécifiques : renforcer l'accès géographique aux soins - Faciliter l'accès économique et socioculturel aux soins). - Schéma régional de prévention : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) - Assurance maladie : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins Conseil régional PACA : dispositif des Maisons régionales de la santé (MRS) – DDCS. - **Cadres locaux :** Volet santé du Contrat Urbain de Cohésion Sociale, Pôle solidarité-Marseille Solidaire

#### LA PROBLEMATIQUE

Marseille dispose de ressources importantes de prise en charge : 11 centres hospitaliers, 2 hôpitaux psychiatriques et 1 centre Régional de lutte contre le cancer, près de 1 200 médecins généralistes et 1 700 spécialistes exerçant en libéral, de nombreux paramédicaux, une maison médicale de garde une maison régionale de santé et trois centres de santé mutualistes. Marseille dispose également de nombreux leviers d'actions. 3 Ateliers Santé Ville territoriaux et un ASV thématique sur la santé mentale visent à améliorer l'accès à la santé des populations les plus précaires. La commune compte également plusieurs réseaux de santé (gérontologie, diabète, suicide, asthme...). Malgré ces atouts, d'importants problèmes d'accès aux soins persistent à Marseille. L'offre de soins de premier recours est inégalement répartie sur le territoire, et certains lieux de soins sont difficilement accessibles. L'accès des établissements de soins est souvent difficile pour les personnes avec un handicap ou à mobilité réduite. Les ressources financières limitées pour une part importante de la population constituent, malgré la CMUC, un frein à l'accès à certains soins (notamment en dentisterie) et par conséquent favorisent un recours tardif à 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. Une attention particulière est donc à porter aux populations les plus démunies, notamment les migrants. A Marseille en 2008, ils représentaient 12,7 % 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.

*Bilan de santé Marseille 2012 – ORS Paca*

#### ACTIONS EXISTANTES A RENFORCER

##### SOUTENIR

**L'action « Accès aux soins des sans-abris »  
ASSAB**

##### APPUYER

**Le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde**  
Dans l'évolution de ses pratiques et de son fonctionnement

##### SOUTENIR

**Les actions permettant le retour des populations vulnérables dans le système de soins**  
Action « vieux migrants /Marseille Centre »  
Action menée par OSIRIS  
Action de soutien à la médiation santé

##### SOUTENIR

**Les actions de santé dans les accueils d'urgence, accueil de jour et de nuit, CHR**  
Coordination des acteurs

##### CONTRIBUER A LA REFLEXION

**Sur l'évolution de l'offre de soins de proximité**  
- Dans le cadre des Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et Maisons régionales de santé (MRS)  
- Projet innovant de consultations de spécialistes dans les Centres sociaux et PHSU

#### NOUVELLES ACTIONS

##### TRAVAILLER

**A la perspective de la mise en place d'un réseau « santé et précarité »**

##### SOUTENIR

**La mise en œuvre opérationnelle des conclusions de l'évaluation des PASS de Marseille**

##### COMMUNIQUER

**Sur les actions-consultations non programmées AP-HM, CHU Nord, de suivi de grossesses**

#### ACTIONS EN PERSPECTIVE

##### ARTICULER

**La PEC des urgences des sans-abris, dans la rue**  
Entre les équipes mobiles, le C15 et le BMP (dans projet ASSAB)

##### OUVRIR UNE REFLEXION

**Sur l'offre de soins dans les accueils de nuit, de jour pour la population précaire**

##### SUIVRE

**La prise en compte des questions d'accès aux droits et aux soins et de parcours de soins dans les projets en cours d'élaboration**  
Marseille Sud – Marseille Nord

#### LES LEVIERS D'ACTION

##### Principaux acteurs :

- Ville de Marseille : SSPH, service de la solidarité et de la lutte contre les exclusions, Bataillon des Marins Pompiers (BMP)
- ARS PACA - DTARS13
- DDSC
- CPAM
- CCAS Ville de Marseille
- Conseil régional PACA
- Conseil Général 13
- AP-HM
- CHS Ed. Toulouse

##### Principaux opérateurs :

- SAMU social
- Observatoire Régional des Urgences (ORU)
- URPS – Médecins libéraux
- Médecins du monde
- OSIRIS
- FNARS
- AP-HM, CHS Ed. Toulouse
- Structures gérants des médiateurs santé : CODES, APAF...
- Structures d'accueil de jour et de nuit, et équipes mobiles

##### Dynamiques existantes :

- Axe « accès aux soins et aux droits » des Ateliers santé ville (ASV)
- Volet santé du CUCS
- Dispositif Cohésion sociale
- Conseil régional : dispositif des Maisons régionales de santé
- Mobilisation de nombreux partenaires sur l'accès aux soins des sans-abris et des personnes vulnérables
- Plan d'action pour l'agglomération Aix-Marseille
- Mise en œuvre d'un dispositif cohérent de prévention précoce dans les maternités et avec la PASS mères-a PASS mères-enfants par le dispositif de PMI et l'APHM
- Action des Maisons de la Solidarité (MDS) envers les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) ou autres minima sociaux.

## LES ACTIONS

Objectifs	Description	Partenaires
<p><b>Favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins des personnes sans-abris:</b> Projet Accès aux Soins des Sans-Abri (ASSAb) et ses déclinaisons</p>	<p>En 2010, pour favoriser l'accès aux soins des personnes sans-abri et leur continuité, la Ville de Marseille avait financé une étude-action confiée à des consultants externes (Observatoire Social de Lyon et le Dr Chantal Mannoni) qui a permis d'identifier des axes d'intervention prioritaires et des pistes d'actions très concrètes à mettre en œuvre pour lever les freins à l'accès aux soins et la continuité des soins de ces personnes.</p> <p>Un Comité de pilotage institutionnel, réuni en juin 2011, avait validé la poursuite de la démarche en soutenant un projet confié à la FNARS pour mettre en œuvre et coordonner un plan d'actions destiné à favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins des sans abri. Avec notamment la volonté de favoriser la création d'un réseau d'acteurs locaux en initiant et renforçant des coopérations formalisées.</p> <p>Les objectifs opérationnels du plan d'action sont les suivants : lutter contre les stigmas et discriminations ; renforcer l'accès à l'information et le droit des usagers ; lever les complexités et barrières administratives concernant l'accès aux droits ; mettre en œuvre une série de préconisations autour de la prévention, de l'accès aux soins et leur continuité ; coordonner les réponses à différents niveaux, de manière à assurer l'articulation droits /soins / logement ; poursuivre l'objectivation des besoins des personnes concernées autour de l'accès à la prévention, l'accès aux droits, l'accès aux soins et leur continuité.</p> <p>La coordination de ce projet, appelé ASSAb (Accès aux Soins des Sans-Abri), a été confortée par la création et le financement d'un poste à temps plein porté par la FNARS.</p> <p>Une mobilisation institutionnelle s'est parallèlement mise en place pour le suivi et le pilotage, se traduisant par la tenue régulière d'un comité technique de suivi qui suit la mise en œuvre du plan d'action.</p> <p>La mise en œuvre du projet a débuté en novembre 2011 avec une inscription dans le plan local de santé publique de l'ASV et dans le contrat local de santé de Marseille.</p> <p>Deux évaluations intermédiaires ont été menées, l'une visant à améliorer la connaissance des publics et l'autre cherchant à déterminer la capacité du réseau à se constituer.</p> <p>La formalisation d'un réseau d'acteurs de terrain et institutionnel est devenue le centre des préoccupations du comité de suivi. Elle sera soutenue par la mise en place d'une évaluation externe afin de mesurer le processus de construction du réseau et sa capacité à être levier de changement ; de disposer d'éléments qui permettent son ajustement et son orientation sur le fond et la forme notamment par le transfert du portage par la FNARS à celui d'un réseau constitué.</p> <p>Dans le cadre du CLS, deux actions vont être l'objet d'une attention particulière parce qu'elles doivent bénéficier d'un engagement institutionnel fort : l'articulation de la prise en charge des urgences dans la rue des personnes sans-abri et celle de l'offre de soins dans les accueils de jour et de nuit.</p>	<p>Ville de Marseille (SSPH, service de la solidarité et de la lutte contre les exclusions, Bataillon des Marins Pompiers) - ARS Paca - Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion - Association Régionale Paca Corse DOM (FNARS) - Comité de suivi ASSAb – DDCS – CPAM - CCAS Ville de Marseille - Conseil régional Paca - Conseil Général 13 - AP-HM - CHS Ed. Toulouse - SAMU social - Médecins du monde – FNARS - Structures d'accueil de jour et de nuit, et équipes mobiles</p>
<p><b>Appuyer le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde (CASO) dans l'évolution de ses pratiques et de son fonctionnement</b></p>	<p>Le CASO de MDM accueille des personnes en difficulté d'accès aux soins, propose des consultations médicales générales et spécialisées et offre aide et soutien à l'accès aux droits avec des travailleurs sociaux. Au besoin, les accueillants assurent les orientations et accompagnements nécessaires. En 2012, le CASO a accueilli 3708 personnes qui ont effectué 7489 passages (2,02 passages en moyenne par personne). Pour 94 % ce sont des personnes migrantes dont moins des 2/3 sont primo-arrivants sans accès effectifs aux droits et en situation de précarité. L'accueil est coordonné par 1 ETP. 2736 actes sociaux et 5960 actes médicaux ont été produits par les travailleurs sociaux (1,5 ETP) et les 80 professionnels de santé bénévoles. La coordination générale est assurée par 0,6 ETP.</p> <p>Il s'agit de soutenir le CASO dans sa recherche de relais dans le droit commun (hôpitaux et médecine libérale) pour son public afin de lui assurer un parcours de soin cohérent. Pour cela, favoriser l'intervention de médiateurs sociaux formés sur la santé.</p>	<p>Ville de Marseille (SSPH) - ARS Paca – CPAM - CCAS Ville de Marseille - Conseil Général 13 - Centres hospitaliers - Maison de santé - Médecins libéraux – URPS - Associations de médiation sociale et culturelle</p>
<p><b>Soutenir les actions permettant le retour des populations vulnérables dans le système de soins</b></p>	<p>Ces actions concernent des publics différents : vieux migrants du centre ville, personnes victimes de torture dans leur pays d'origine, personne dont la situation nécessite une médiation afin de permettre leur accès au système de soins. L'objet commun consiste cependant à apporter un soutien à des personnes dont la situation nécessite une intervention spécifique pour accéder aux soins.</p>	<p>ASV Marseille centre – ARS Paca - Ville de Marseille SSPH - Structures de terrain participant aux actions citées</p>
<p><b>Soutenir la mise en œuvre opérationnelle des</b></p>	<p>– poursuivre le développement de l'activité médicale de la PASS Rimbaud ;</p>	<p>ARS Paca</p>

<p><b>conclusions de l'évaluation des PASS de Marseille</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– définir un protocole de facturation appropriée au regard des droits des patients avec les bureaux des entrées ;</li> <li>– optimiser l'accès aux droits pour les usagers en étendant la convention passée entre l'hôpital de la Conception (PASS Rimbaud) et la CPCAM ;</li> <li>– définir une procédure spécifique pour l'accès au plateau technique pour les patients sans droits potentiels ;</li> <li>– accroître les interventions des PASS Nord et Timone ;</li> <li>– réorganiser le fonctionnement de la consultation dentaire PASS.</li> </ul>	
<p><b>Contribuer à la réflexion sur l'évolution de l'offre de soins de proximité dans le cadre des Maisons de santé Pluri professionnelles (MSP) et des Maisons régionales de santé (MRS)</b></p> <p><b>Suivre la prise en compte des questions d'accès aux droits et aux soins et de parcours de soins dans les projets en cours d'élaboration Marseille Sud – Marseille Nord</b></p>	<p>Les Maisons de santé Pluri professionnelles (MSP) regroupent en un même lieu, dans une zone géographique où l'offre de soins risque à terme d'être fragilisée, une équipe pluri professionnelle (médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pharmacien, dentiste) pour prendre en charge les patients de façon globale, de la prévention à l'orientation dans le système de soins.</p> <p>En PACA, la mise en place de ces structures est soutenue par l'ARS sur le volet ingénierie pour l'accompagnement des projets et le suivi des MSP installées ainsi que par le Conseil Régional qui développe un dispositif Maisons régionales de santé autour de 3 volets : appui aux MSP installées ; appui aux MSP développant des pratiques innovantes par la mise en œuvre d'actions de prévention, d'éducation à la santé et enfin soutien à des actions du champ médico-social et appui à des expérimentations promouvant l'égalité d'accès aux soins. Actuellement, 6 projets sont en cours dont 2 ont vu le jour dans les 15° et 13° arrondissements, d'autres sont en gestation dans le 15° et le 11°. Dans les quartiers Nord, projet de mise en place d'un pôle de santé hospitalo-universitaire et une équipe ressource mobile dans les centres sociaux apportant aux habitants une offre supplémentaire de consultations de spécialistes de proximité et une première orientation portés par l'APHM.</p> <p>Le CLS contribue à la réflexion sur l'offre de soins de proximité dans le cadre des projets de MSP, de MRS et de centres de santé. Il contribue à une validation partenariale pour la méthodologie de mise en place des projets : définition de critères d'implantation, priorisation, coordination et complémentarité le cas échéant dans la perspective de favoriser une organisation en pôles de santé.</p> <p>Dans ces projets, le CLS souhaite mettre l'accent sur l'évolution des pratiques de soins et sur la prise en compte des questions d'accès aux droits et aux soins et de parcours de soins des patients.</p>	<p>ARS Paca - Conseil Régional Paca - Ville de Marseille (SSPH) - Mairies de secteur - Médecins libéraux - ASV – CUCS - Conseil Général (MDS) - APMH et centres hospitaliers</p>
<p><b>Soutenir les actions de santé dans les accueils d'urgence, accueils de jour et de nuit et CHRS</b></p>	<p>Dans le cadre du schéma régional de prévention et tout particulièrement dans le PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins) en faveur des populations précaires, des actions sont financées par l'ARS au sein de ces structures en vue de permettre l'accès aux droits, l'accès aux soins et la mise en place d'actions de prévention en faveur des publics.</p> <p>De plus, des contacts sont en cours afin de permettre l'intervention d'équipes de PASS (notamment PASS Rimbaud et PASS du CH Edouard Toulouse) de façon régulière dans les accueils de nuit : UHU La Madrague et CHRS accueil de nuit Saint Jean de Dieu afin de compléter les interventions des personnels médicaux et para médicaux en place dans ces structures. Ceci afin de faciliter un premier accès aux soins et le retour dans le cursus de soins de droit commun.</p>	<p>ARS Paca – DDCS - Structures de terrain participant aux actions citées - CODES 13 – Adoma – AP-HM – Afrisanté - Centre social Les Rosiers - Action Solidarité Marseille - Maison pour Tous Belle de Mai</p>
<p><b>Communiquer sur les actions de consultations non programmées de suivi de grossesses au CHU Nord</b></p>	<p>Action d'information et de sensibilisation auprès des professionnels, des centres d'hébergement, des MDS, des services sociaux, plus généralement des accueils de femmes en situations de précarité, de la mise en place au niveau de l'hôpital Nord de consultations non programmées (sans rendez-vous) de suivi de grossesses. Ces consultations s'adressent plus particulièrement aux femmes en situations de vulnérabilité et devraient permettre d'améliorer la prise en charge de ces femmes qui souvent arrivent sans rendez vous.</p>	<p>ARS Paca - AP-HM (CHU) - Conseil général 13</p>

## FICHE THEMATIQUE 4B : DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

### LES POLITIQUES PUBLIQUES

**Cadres nationaux :** Plan cancer 2009-2013 - Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 - Programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2, 2002 – 2005 - Plan National VIH 2010 2014, Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH (Rapport Morlat-2013), Évaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 (HCSP) - **Cadres départementaux et régionaux :** PRS PACA : « renforcer la déclinaison territoriale des actions de prévention des facteurs de risques des maladies chroniques et favoriser l'accès aux dépistages dans les territoires défavorisés » ; « améliorer la participation aux dépistages organisés des cancers » ; « favoriser le dépistage d'autres maladies chroniques (...), dépistage opportuniste du diabète, ... » ; « mettre en place un parcours coordonné de santé et d'accompagnement, en respectant le libre choix des personnes » ; Plan d'orientations générales 2014/2018-Corevih POC (en cours d'élaboration). - Schéma régional de prévention : « éviter l'apparition de complications des maladies chroniques ou les réduire » ; « améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » ; « expérimenter un modèle territorial d'animation et de coordination du parcours de santé » - SROS : Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : favoriser le développement d'un modèle territorial et le développement de l'éducation thérapeutique - Schéma régional médico-social : Améliorer la coordination des dispositifs de prise en charge.

#### LA PROBLEMATIQUE

A Marseille, en 2008-2009, il y a eu environ 3 750 nouvelles admissions en affection de longue durée pour tumeur maligne en moyenne par an. Nous enregistrons plus de 2 000 décès par **cancer** par an à Marseille sur la période 2005-2009, soit plus d'un quart de l'ensemble des décès. On observe notamment une surmortalité par tumeurs de la vessie chez les hommes à Marseille par rapport à la France (+18 %) ainsi qu'une augmentation de la mortalité par cancer du poumon à Marseille chez les femmes entre 2000-2004 et 2005-2009 (+21 %) et par cancer du col et du corps de l'utérus à Marseille entre 2000-2004 et 2005-2009 (+ 33 %). Il existe d'importantes inégalités sociales concernant la participation à aux examens de dépistage.

A Marseille, chaque année, on comptait en moyenne 185 décès par **maladies infectieuses** ce qui représentait 2,5 % de l'ensemble des décès. Le risque de décéder d'une maladie infectieuse est significativement supérieur à Marseille par rapport à la France chez les hommes (+39,4 %) et chez les femmes (+14 %) ; cela 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).

On estime à près de 7 % la prévalence standardisée du **diabète** à Marseille, avec d'importantes inégalités territoriales. De plus, son suivi médical est jugé encore insuffisant au regard des objectifs fixés en 2004 par la loi relative à la politique de santé publique. 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.

*Bilan de santé Marseille 2012 (ORS PACA)*

#### ACTIONS EXISTANTES A RENFORCER

*PRENDRE EN COMPTE*  
les résultats de l'évaluation

**Le projet de santé communautaire : « la santé à St Mauront / Belle de Mai, on s'y met tous ! »**

*POUR SUIVRE*

**Les programmes de prévention / dépistage IPEC  
VIH / Hépatites**

#### ACTIONS EN PERSPECTIVE

**Diabète**

*METTRE EN PLACE*

**Une coordination des cas complexes**  
Dimensions médicale, sociale et financière  
Lien avec les acteurs (Marseille-diabète)

#### NOUVELLES ACTIONS

*DEPLOYER*

**La stratégie de dépistage des cancers**

- sur une échelle géographique plus vaste
- sur les cancers faisant l'objet d'un dépistage organisé (Sein, colorectal) ou non organisé (Col de l'utérus)

**Diabète**

*AMELIORER*

**Le parcours de santé des personnes concernées par le diabète dans les quartiers à forte prévalence**  
- Dispositif dans le cadre des ENMR (Azalée)

*FAVORISER*

**Le développement de l'activité physique adaptée**  
Dans le cadre de la candidature « Marseille Capitale européenne du sport »

*CONTRIBUER AU DEVELOPPEMENT*

**D'une offre de dépistage / orientation vers les soins, et/ou éducation thérapeutique :**

- Dans les officines, les MSP, les MRS, les centres de santé
  - Dans les territoires à forte prévalence
- Sur la base d'un Etat des lieux (à faire)*

#### LES LEVIERS D'ACTION

**Acteurs :**

- Ville de Marseille : SSPH
- ARS PACA - DTARS13
- Assurance maladie
- GIP Politique de la ville
- Conseil général
- Corevih-POC

**Opérateurs :**

- Centre sociaux, Maison pour tous,
- Arcade
- MFPP
- CODES 13
- APHM (hôpital Ste Marguerite)
- Institut Paoli Calmette
- Marseille Diabète
- HYGIA
- Associations spécialisées et associations de personnes concernées

**Structures ressources :**

- CRES PACA
- Crips Paca

**Dynamiques existantes :**

Projet « la santé à St Mauront / Belle de Mai, on s'y met tous !  
Dépistages organisés des cancers (Sein, colorectal)  
Semaines « octobre rose » et « mars bleu » et « journée mondiale du diabète »  
Élaboration du Plan d'orientations générales 2014/2018-Corevih POC,  
Campagnes d'information partenariales,  
Semaines de dépistage Flash-Test

## LES ACTIONS

Objectifs	Description	Partenaires
<p><b>Prendre en compte les résultats de l'évaluation du Projet de santé communautaire : « la santé à St Mauront / Belle de Mai, on s'y met tous ! »</b></p> <p><b>Déployer la stratégie de dépistage des cancers sur une échelle géographique plus vaste concernant les cancers faisant l'objet d'un dépistage organisé</b></p>	<p>Les femmes des quartiers cibles sont, sur les 3 années, plus nombreuses à aller chez le généraliste et le gynécologue et à bénéficier de mammographies dans le cadre de dépistages individuels alors qu'elles sont moins nombreuses à participer au dépistage organisé.</p> <p>Des différences en fonction de la couverture complémentaire sont notables. En 2009, 33% des femmes des quartiers Saint Mauront / Belle de Mai de 45 à 75 ans ayant souscrit à une mutuelle privée ont effectué une mammographie, alors que 21% de celles bénéficiant de la CMUC et 15% de celles n'ayant aucune complémentaire y ont eu recours. Le constat est le même pour le dépistage du cancer du col de l'utérus : 24% des femmes de 25 à 65 ans bénéficiant d'une mutuelle privée ont eu un frottis cervico-vaginal dans l'année 2009, contre 19% des femmes ayant la CMUC et 8.5% des femmes n'ayant aucune complémentaire.</p> <p>Pour renforcer la stratégie de dépistage, il s'agit de s'appuyer sur des relais locaux (relais associatifs pour les personnes non francophones, relais des médecins traitants pour mieux les sensibiliser...) et sur des réunions d'informations pour présenter aux associations et habitants du quartier les modalités de dépistage organisé de ces cancers. Il s'agit aussi de diversifier les méthodes et outils de prévention (espaces de discussion et d'information avec les habitants, théâtre forum...) et de mieux prendre en compte les spécificités culturelles.</p>	<p>Ville de Marseille – ARS Paca – ARCADE – Cité Théâtre</p>
<p><b>Poursuivre les programmes et actions de prévention en direction de la population générale et en direction des populations les plus exposées</b></p>	<p>L'action consiste à mener des campagnes d'information-sensibilisation en direction de la population marseillaise sur les nouvelles modalités de prévention (« prévention combinée »), d'incitation au dépistage et de lutte contre les discriminations (affichages, flyers, spots radios ...) à l'occasion de moments forts (1er décembre, Sidaction, journées de lutte contre les hépatites...).</p>	<p>Ville de Marseille – ARS Paca - COREVIH-POC - Conseil Général 13 – Associations - CRIPS-PAS - Sida Info Service</p>
<p><b>Poursuivre et développer les programmes et actions de dépistage :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lutter contre la propagation de l'épidémie à VIH et réduire les retards au diagnostic</li> <li>- améliorer le recours au dépistage des populations les plus exposées</li> <li>- améliorer l'information de la population générale sur le dispositif de dépistage existant classique et sur le dépistage rapide</li> </ul>	<p>L'action consiste à organiser, dans différents lieux fréquentés par les populations ciblées, des plateaux techniques légers (unités mobiles ou/et locaux associatifs ou privés adaptés) et des personnes formées spécifiquement et habilitées (soignants et non soignants) à pratiquer des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique de l'infection à VIH (TROD).</p>	<p>Ville de Marseille – ARS Paca - COREVIH-POC - Conseil Général 13 - Associations</p>
<p><b>Améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et/ou les Hépatites virales</b></p>	<p>Priorités à définir dans le cadre de l'élaboration en cours du Plan d'orientations générales 2014/2018-Corevih POC.</p> <p>Relayer les campagnes d'information, encourager au dépistage, faire connaître les lieux de dépistage des IST et des hépatites.</p>	<p>Ville de Marseille – ARS Paca - COREVIH-POC</p>
<p><b>Améliorer le parcours de santé des personnes concernées par le diabète</b></p>	<p>Afin d'améliorer le parcours de santé des personnes concernées par le diabète, il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de conforter les initiatives existantes dans ce domaine ;</li> <li>- de soutenir le développement des actions de prévention (dépistage) et d'orientation vers les soins et d'éducation thérapeutique du patient dans les lieux d'accueil du public (officines, MSP, MRS, centres de santé...).</li> </ul> <p>Face à des cas de plus en plus complexes (à dimension sanitaire, sociale et financière), il pourrait être envisagé, en partenariat avec le réseau Marseille Diabète, de mettre en place des commissions partenariales de gestion de ces situations plurifactorielles.</p>	<p>Ville de Marseille – ARS Paca - Professionnels de santé libéraux - Officines, - MSP / MRS, - Centres de santé - Marseille Diabète</p>

## FICHE THEMATIQUE 4C : ADDICTIONS

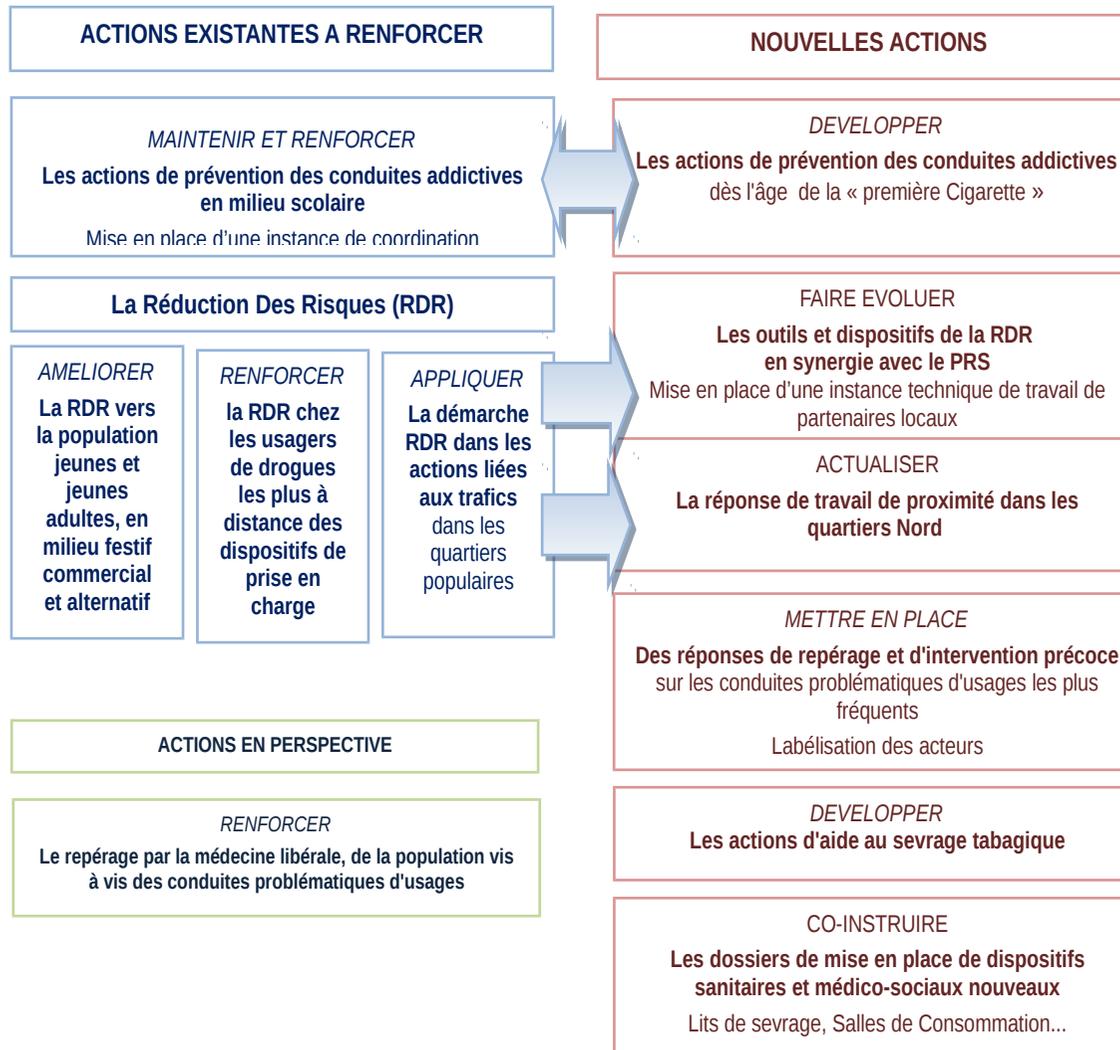
### LES POLITIQUES PUBLIQUES

**Cadres nationaux :** Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives (MILDT) 2013 /2017 - Référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation, juillet 2013 : Identifier les conduites à risque, les signes d'addiction, les comportements dégradants et délictueux avec les personnels sociaux et de santé et les conseillers d'orientation-psychologues, et contribuer à leur résolution en coopération avec les personnes ressources internes ou externes à l'institution – Plan addictions santé (à venir) – Stratégie nationale de santé (MS Touraine) – Loi de santé publique 2014 (à venir) - **Cadres départementaux et régionaux :** PRS (entrée santé mentale et addictions) et schéma régional Prévention (PRAPS, jeunes et population générale) : promouvoir des actions de réduction des risques chez les publics usagers de drogues licites ou illicites - SROS Medico-social (Csapa et Caarud) et SROS soins (3 niveaux et Elsa), DDCS (PDALPD), Conseil régional (orientation prévention jeunes) et Conseil Général (appel à projet « actions de prévention en milieu scolaire »), MILDT (appels à projet annuels départementaux) - **Cadres locaux :** CLSPD – PLSP – CUCS – Lettres de cadrage annuelles de la ville

#### LA PROBLEMATIQUE

*Bilan de santé Marseille 2012 (ORS PACA) :* 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 plus 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. Autres préconisations de l'ORS autour de la prévention des situations de violence et de la diminution du nombre de nouveaux cas de cancers par la réduction des expositions aux facteurs de risque clairement identifiés comme le tabac et l'alcool.

*Travaux produits (2012) par le comité d'experts réuni par le Dr P Padovani :* le nombre d'usagers problématiques de produits psychoactifs dans l'agglomération marseillaise est estimé entre 4000 et 5000 personnes. Il s'agit d'une population particulièrement précarisée, plus âgée que la moyenne nationale. On observe aussi des usagers âgés de 16 à 30 ans vivant en squat et fréquentant peu le dispositif spécialisé. Cette précarité constitue un indicateur de l'importance des dommages sanitaires liés à l'usage et au mode de vie. Nous constatons des usages de BHD, de cocaïne, d'amphétamines et de sulfates de morphine plus fréquents, et un retour de l'héroïne. Il est repéré une prévalence de l'injection particulièrement élevée et une grande précarité augmentant le risque de partage de matériel. Il est noté un meilleur accès aux soins mais des prévalences VIH et VHC et de comorbidités psychiatriques particulièrement élevées.



#### LES LEVIERS D'ACTION

##### Principaux acteurs :

- ARS PACA - DTARS 13
- Ville de Marseille : SSPH, Service prévention de la délinquance, Direction Politique de la ville, Direction de la jeunesse, Direction de l'Education
- DASEN
- Conseil Général
- Conseil régional
- DDCS
- MILDT
- Administration pénitentiaire,
- PJJ
- TGI

##### Principaux opérateurs :

- CSAPA, CAARUD
- Associations de prévention spécialisée et de réduction des risques
- Associations auto-support
- CODES 13
- Centres sociaux
- DADD

##### Dynamiques existantes :

- ASV,
- RDR (notamment en milieu festif)
- Dynamiques d'observation, de Recherche-action et d'expertise : diagnostics locaux réguliers et permanents : Trend, mémo, sentis, coquelicot, 2, Comité d'experts...
- COREVH
- Trafics, acteurs et territoire
- Echanges de pratiques entre professionnels en charge des addictions
- Observation du contexte local avec précision : enquête annuelle OFDT TREND « tendances récentes et nouvelles drogues »

## LES ACTIONS

Objectifs	Description	Partenaires
<p><b>Maintenir, renforcer et développer les actions de prévention des conduites addictives en milieu scolaire « dès l'âge de la première cigarette »</b></p>	<p>Il s'agit de permettre aux élèves de CM2 des écoles élémentaires de Marseille de bénéficier d'un programme d'éducation à la santé notamment sur le développement des compétences psychosociales et la prévention des conduites addictives. Cette action vise à proposer aux équipes éducatives des écoles élémentaires une démarche de prévention des conduites addictives en direction des élèves de CM2 de Marseille. Elle s'appuie sur le Guide d'intervention en milieu scolaire (MILDT/EN) et sur le modèle de la démarche mise en œuvre auprès des élèves des collèges et lycées des BdR.</p> <p>Dans le prolongement des actions menées depuis l'année scolaire 2010-2011, cette démarche consiste à ce que les équipes éducatives puissent élaborer, notamment dans le cadre du projet pédagogique d'école, un programme de prévention des conduites addictives en direction des élèves de CM2. Pour cela, il s'agit de proposer aux équipes trois types de prestations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une formation pluri-disciplinaire et pluri-professionnelle sur cette thématique. Cette formation devra être inscrite au Projet Départemental de Formation proposé par l'Inspection Académique ;</li> <li>- un accompagnement à la conception, l'élaboration et la mise en œuvre du programme ;</li> <li>- une aide à la prévention et la gestion des situations de crise ou de difficultés ponctuelles pouvant se présenter dans l'établissement, liées à cette problématique.</li> </ul> <p>Ces prestations seront assurées par des intervenants associatifs « spécialisés » référents.</p>	<p>Ville de Marseille (SSPH) - ARS Paca – MILDT - Éducation Nationale - Associations spécialisées référents auprès des équipes éducatives (AMPTA, CODES, PLUS FORT) - Partenaire chargé de la coordination et de l'évaluation de l'action (jusqu'en 2013) : Dispositif d'Appui Drogues et Dépendances (DADD)</p>
<p><b>Améliorer la RDR vers la population jeunes et jeunes adultes en milieu festif commercial.</b></p>	<p>Cette action vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- renforcer la coordination des acteurs concernés (partenaires institutionnels, associations et organismes intervenants en milieux festifs), acteurs sanitaires (secours, services d'urgences), organisateurs et responsables des lieux festifs ;</li> <li>- amplifier la capacité d'intervention des acteurs de prévention, d'assistance sanitaire et de RDR en milieux festifs ;</li> <li>- couvrir l'hétérogénéité des milieux festifs présents sur le territoire de Marseille et tout particulièrement le milieu festif commercial (lieux de concerts, boîtes de nuit, bars...) en impliquant les organisateurs et responsables des lieux festifs dans la démarche.</li> </ul>	<p>Action inscrite au sein de la stratégie territoriale de Sécurité et Prévention (Comité de pilotage composé de ARS, Ville (SSPH et SP), CUCS, Conseil régional Paca, MILDT, DADD PACA , BUS 31/32, Avenir santé, le TIPI , ANPAA).</p> <p>Associations intervenant en prévention et RDR en milieux festifs dont sécurité routière - Croix rouge – Pompiers - Police nationale, - Régie des transports marseillais - Responsables et propriétaires de salles de spectacles et établissements de nuit – INPES - FFSU</p>
<p><b>Renforcer la RDR chez les usagers de drogues les plus à distance des dispositifs de prise en charge</b></p>	<p>Cette action vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- faire évoluer les outils et dispositifs de la RDR en synergie avec le PRS, notamment les actions de proximité et « aller vers » ainsi que la médiation sociale ;</li> <li>- l'appui et l'actualisation régulière des états des lieux (publics – besoins- ancrage géographique) ;</li> <li>- réactualiser la répartition territoriale de l'intervention.</li> </ul>	<p>Action inscrite au sein de la stratégie territoriale de Sécurité et Prévention. Mise en place d'une instance technique de travail réunissant les partenaires locaux.</p> <p>CAARUD, - CSAPA, - Associations intervenant en matière de RDR.</p>
<p><b>Appliquer la démarche de RDR dans les actions liées aux trafics dans les quartiers</b></p>	<p>Cette action vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- faire évoluer les outils et dispositifs de la RDR en synergie avec le PRS, notamment les actions de proximité et « aller vers » ;</li> <li>- appuyer l'intervention des associations de RDR dans les quartiers populaires en lien étroits avec les acteurs en présence dans ces secteurs ;</li> <li>- soutenir des projets développés dans le cadre du Comité de pilotage TAT. Essaimer sur d'autres territoires .</li> </ul>	<p>Action inscrite au sein de la stratégie territoriale de Sécurité et Prévention (Comité de pilotage « Trafics / Acteurs et Territoires ») : Ville de Marseille (SSPH, SPD), MILDT, Région, ARS Paca, Conseil général 13 , CUCS DADD PACA , porteurs de projets ,ASV Nord, AROHLM, Union</p>

		des centres sociaux). Partenaires institutionnels et porteurs de projets : Réseaux 13, Centre social Agora, Centre social Castellane, In Citta, Addap 13 , Bus 31/32.
<b>Mettre en place des réponses de repérage et d'intervention précoce sur les conduites d'usages les plus fréquents</b>	<p>L'enjeu consiste en mettant les CJC au service d'une stratégie d'intervention précoce à faciliter le repérage, l'accès au soin et améliorer la prise en charge du public jeune.</p> <p>Contexte : située à la croisée des itinéraires entre la prévention et le soin, l'intervention précoce vise à raccourcir le délai entre les premiers signes d'une possible pathologie et la mise en œuvre de réponses adaptées à un public jeune, de plus en plus jeune , en agissant sur le parcours de l'adolescent à un moment où cela est encore possible.</p> <p>Elle vise à éviter le passage par une conduite addictive installée entraînant des dommages sanitaires et sociaux conséquents ; elle permet également d'accélérer l'entrée dans une prise en charge adaptée.</p> <p>Conformément aux orientations figurant dans le nouveau plan gouvernemental de lutte contre les conduites addictives 2013-2014. En positionnant et en confirmant les consultations jeunes consommateurs comme structures pivots de la mise en œuvre de l'intervention précoce, <b>et ce, en relais de tous les dispositifs qui accueillent des jeunes</b> ; il s'agit de promouvoir une démarche qui requiert en premier lieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de renforcer et développer les compétences au repérage des vulnérabilités et des pratiques d'usages problématiques des professionnels en contact et /ou des adultes encadrant les jeunes là où ils se trouvent ;</li> <li>- de proposer des formations aux acteurs de premier recours à l'intervention brève et à l'orientation des jeunes. Ces formations s'adressent aux professionnels du champ des activités sociales, socio éducatives, relevant des dispositifs d'insertion et/ou de formation, d'accueil de la jeunesse, voire de prise en charge éducative spécialisée.</li> <li>- De développer des consultations avancées de consultations jeunes consommateurs (CJC), familles et entourage au sein des centres sociaux</li> </ul>	<p>L'ensemble des dispositifs et équipements recevant un public jeune</p> <p>Missions locales - Tous types de dispositifs d'insertion socio professionnelle type parmi lesquels : ETAPS</p> <p>Chantiers d'insertion,</p> <p>Centres sociaux, maisons de quartiers,</p> <p>Les foyers PJJ, les maisons d'enfants à caractère social,</p> <p>Les centres de loisirs, les médiathèques</p> <p>Les FJT,</p> <p>Les maisons rurales et familiales,</p> <p>Les PAEJ, les espaces santé jeunes,</p> <p>Point accueil jeune, relais jeunes</p>
<b>Développer les actions d'aide au sevrage tabagique</b>	<p>Pour cette action, il s'agit d'augmenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le nombre de tentatives d'arrêt du tabac ;</li> <li>- le taux d'utilisation des thérapeutiques d'aide à l'arrêt du tabac ;</li> <li>- le taux d'abstinence (taux d'arrêt du tabac de préférence continu, mesuré après un suivi d'au moins 6 mois) ;</li> <li>- le nombre de « conseils minimaux » prodigués par les médecins généralistes.</li> </ul> <p>Plusieurs actions sont envisagées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- campagnes de communication (par exemple au moment de la Journée mondiale sans tabac) pour inciter la population au sevrage tabagique en faisant connaître les consultations locales de tabacologie (Affichages, Flyers, Sites internet de l'ARS, de la VDM, de l'AP-HM...);</li> <li>- actions ciblées en direction des médecins généralistes (mails, courriers...) pour les inciter à proposer « le conseil minimal » à leur patientèle fumeuse en insistant sur l'efficacité évaluée du « conseil minimal » (2 questions posées par un médecin doublent le taux de succès à l'arrêt, après un an, par rapport à l'arrêt spontané dans un groupe témoin) (Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: A randomised, controlled trial in France. Tob Control 1995 ; 4 : 162-9).</li> </ul>	<p>Ville de Marseille-SSPH - ARS Paca</p> <p>URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé-médecins libéraux et pharmaciens) - AP-HM - Établissements Hospitaliers (publics et privés proposant des consultations de tabacologie) - INPES</p>
<b>Co-instruire, le cas échéant, les projets nouveaux de mise en place de dispositifs d'addictologie sanitaire et /ou médico sociaux</b>	<p>Etudier et instruire, conjointement, les projets à venir tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- salles de consommation à moindre risque, lits de sevrage dans l'hypothèse où des commandes publiques par appels à projets seraient lancées concernant le territoire de Marseille.</li> </ul>	<p>Ville de Marseille - ARS Paca - (Partenariat interinstitutionnel)</p>
<b>Renforcer le repérage par la médecine libérale, de la population vis à vis des conduites problématiques d'usages</b>	<p>Les professionnels de santé libéraux doivent être confortés dans leur rôle de repérage, d'écoute et d'orientation des populations ayant un comportement addictif. Ce travail pourrait notamment faire l'objet d'un protocole inscrits dans les Projets de santé des futurs Maisons de santé Pluri professionnelles.</p>	<p>URPS</p>

## FICHE THEMATIQUE 4D : SANTE MENTALE

développer une politique locale de santé mentale adaptée aux besoins des populations dans la continuité de ce qui est préconisé par le COSM

### LES POLITIQUES PUBLIQUES

**Cadres nationaux :** Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 – Conseils locaux de santé mentale (CLSM) : plusieurs circulaires, rapports et le Plan santé mentale font références à ce dispositif.

**Cadres départementaux et régionaux :** PRS Paca : Objectif en santé mentale et addictions : mieux soigner et accompagner les personnes – Schéma Régional de Prévention : enfants/adolescents : améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique, de la crise suicidaire, des tentatives de suicide et des troubles de santé mentale ; population générale : améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique, PRAPS : favoriser l'accès aux soins pour les personnes sans chez soi présentant des troubles de santé mentale – DDCS (PDALPD et PDHI) - **Cadres locaux :** COSM de Marseille

#### LA PROBLEMATIQUE

Constitué le 17 octobre 2006 en Mairie à l'initiative de la Ville de Marseille, **le Conseil d'Orientation en Santé Mentale** de la Ville de Marseille réunit des élus, des partenaires institutionnels, des professionnels des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, des représentants de la Police, des bailleurs sociaux, des associations d'usagers et des familles, des chercheurs...

Cette instance qui se veut être un espace de partage des constats, de concertation, de réflexion, d'élaboration collective et d'actions est pilotée de façon étroite avec les représentants de la psychiatrie publique. Sollicités et mobilisés tout au long de l'année dans le cadre de groupes de travail mais aussi de conception et de mise en œuvre d'actions, les membres du Conseil d'orientation se retrouvent en assemblée plénière une fois par an. Ses priorités font échos à des problématiques et des besoins diagnostiqués par les différents partenaires :

- la gestion des situations complexes et/ou de crise,
- la qualification des acteurs locaux, la construction d'une culture partagée et de réseau,
- l'insertion des personnes en situation de handicap psychique dans la Cité, notamment par l'accès et le maintien dans le logement/hébergement.

#### ACTIONS EXISTANTES A RENFORCER

##### PERENNISER

#### LE CONSEIL D'ORIENTATION EN SANTE MENTALE

Renforcement de la coordination des institutions, les services, les structures, associations (professionnels et usagers) et de son animation

##### SOUTENIR

#### REPONSES « ACCES ET MAINTIEN DANS LE LOGEMENT DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE »

Housing first - Le Marabout - Alternative 11 - Intermédiation locative pour les personnes souffrant de troubles psychiques – Familles gouvernantes

##### PERENNISER

#### Les réseaux « santé mentale et logement / gestion de situations complexes »

##### SOUTENIR

#### L'action « accès aux soins psychiques ambulatoire des sans abris »

#### NOUVELLES ACTIONS

##### SOUTENIR

**Les actions probantes visant le renforcement des compétences psychosociales du public**  
Secteur APHM

##### COMMUNIQUER

**Auprès du grand public sur la thématique, les structures les recours existants**

##### ACCOMPAGNER

**La démarche de Création du Groupement de Coopération Social et médico-social Santé mentale /Logement**

##### ETENDRE

#### Les réseaux

##### RENFORCER

**Les partenariats**  
MDPH, CG13, DDCS, CAF, bailleurs sociaux...

#### ACTIONS EN PERSPECTIVE

##### ASSOCIER

#### Médecine de ville

Prise en charge des parcours

#### LES LEVIERS D'ACTION

##### Principaux acteurs institutionnels :

Ville de Marseille : SSPH  
ARS PACA - DTARS13  
POSA  
Conseil général  
DDCS  
GIP Politique de la ville  
CAF

##### Principaux opérateurs :

CH Valvert  
CH ED Toulouse  
APHM  
Bailleurs sociaux  
Structures d'hébergement et d'accueil de jour de Marseille  
Habitat alternative social (HAS)  
Galilé  
Arpsydemio  
UDAF  
GEM

##### Dynamiques existantes :

COSM  
CMP et équipes mobiles en psychiatrie  
ASV santé mentale  
La semaine d'information en santé mentale

## LES ACTIONS

Objectifs	Description	Partenaires
<p><b>Pérenniser le Conseil d'orientation en santé mentale</b></p> <p><b>Renforcer la coordination des institutions, les services, les structures, associations (professionnels et usagers) et de son animation</b></p>	<p>Il s'agit ici de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- confirmer et élargir l'instance de Co-pilotage (intégrer la MDPH) ;</li> <li>- structurer le Conseil d'Orientation en Santé Mentale (donner un cadre juridique, contractuel ou conventionnel au COSM) ;</li> <li>- co-financer le poste de coordination et animation du COSM</li> </ul>	<p>Ville de Marseille, - Psychiatrie publique - ARS Paca - DDJSCS, Tribunal de grande instance (TGI) - Association d'usagers - Atelier Santé ville « Santé mentale »</p> <p>Comité de pilotage du COSM en priorité puis Ensemble des partenaires présents au COSM</p>
<p><b>Soutenir les réponses à l'accès et au maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique</b></p>	<p>L'accès et le maintien dans le logement constituent une problématique importante pour les personnes en souffrance psychique. Ceux-ci se heurtent aux obstacles liés à une offre insuffisante mais également aux réticences des bailleurs quels qu'ils soient. Aussi, des initiatives se sont développées depuis quelques années à Marseille : le Marabout, alternative 11, housing first, familles gouvernantes etc. Ces initiatives se caractérisent par la rencontre de deux objectifs : la mise à l'abri des personnes étroitement mais aussi l'accès ou la continuité des soins.</p>	<p>DDCS - ARS Paca - Ville de Marseille CHS - Equipes sociales de proximité - Associations, Atelier Santé ville « Santé mentale »</p>
<p><b>Conforter les réseaux santé mentale et logement : Postes de coordinateur</b></p>	<p>Le lien entre les acteurs de proximité du soin, du social et du logement (bailleurs) afin de permettre l'accès au logement ou le maintien dans un logement nécessite un travail partenarial étroit. Des réseaux sont nés pour ce faire sur divers territoires de Marseille : centre ville, Nord, 11° et 12° plus récemment. Ces réseaux sont animés par une coordinatrice dont le poste est porté jusqu'à fin 2013 par une association ARPSYDEMIO .A terme cette action fera l'objet d'un Groupement de Coopération Social et Médico Social.</p>	<p>ARS Paca - Ville de Marseille - Atelier Santé ville « Santé mentale » - CHS - Associations - Acteurs locaux</p>
<p><b>Soutenir les actions probantes visant le renforcement des compétences psycho-sociales du public</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'accorder sur la définition de compétences psycho-sociales et les processus permettant de les renforcer ;</li> <li>- Soutenir les actions accompagnées d'un dispositif d'évaluation adaptée ;</li> <li>- Contribuer aux échanges des pratiques des professionnels et/ou acteurs dans ce domaine. Accompagner les qualifications.</li> </ul>	<p>Ville de Marseille - ARS Paca - Préfecture cohésion sociale – CUCS - Atelier Santé ville « Santé mentale »</p> <p>Projets en liens avec des structures de soins... GEM... Associations sociales et médico-sociales...</p>
<p><b>Soutenir l'action « accès aux soins psychiques ambulatoire des sans abris »</b></p>	<p>L'action porte, d'une part sur un rééquilibrage de la prise en charge ambulatoire des personnes sans abri entre les CMP de Marseille et d'autre part sur une coopération entre les structures sociales bas seuil de type accueil de jour et d'hébergement et les services de soins CMP. L'objectif est de permettre une meilleure fluidité de l'accès aux soins psychiques ambulatoires des personnes sans abri fluide sur l'ensemble du territoire marseillais (poste porté par le CH de Valvert).</p>	<p>Copil partenarial animé par l'ARS Paca - Les CHS (APHM, Valvert et Ed. Toulouse) – CMP – DDCS - Structures sociales - Equipe mobile psychiatrie précarité - Atelier Santé ville « Santé mentale » - Ville de Marseille (SSPH)</p>
<p><b>Communiquer auprès du grand public sur la thématique, les structures les recours existants</b></p>	<p>Il s'agit de communiquer auprès du grand public par exemple lors des semaines d'information sur la santé mentale mais aussi, à toute occasion afin de faire mieux connaître la maladie mentale, rassurer le grand public, expliciter les prises en charge, les structures et leurs rôles, les actions d'accès au logement, les coopérations entre les secteurs du social et du soin, les GEM, etc...</p>	<p>ARS, Ville de Marseille, COSM</p>
<p><b>Renforcer les partenariats</b></p>	<p>Il s'agit d'une part d'associer la médecine de ville dans la prise en charge des parcours de santé des personnes souffrant d'une pathologie mentale et d'autre part d'élargir le partenariat à d'autres acteurs concernés par cette problématique.</p>	<p>ARS, Ville de Marseille - Médecine de ville – MDPH – Conseil général 13 - DDCS – CAF - Bailleurs sociaux</p>

## FICHE THEMATIQUE 4E : VACCINATION

### LES POLITIQUES PUBLIQUES

**Cadres nationaux :** Plan vaccination en cours 2012 – 2017; avis du HCSP sur le Plan et avis de la Conférence nationale de Santé (21 juin 2012) - Plan cancer (HPV et VHB)

**Cadres départementaux et régionaux :** ARS PACA , Copil deux fois par an et organisation des Semaines européennes de la vaccinations

**Cadres locaux :** compétence du Maire via le SCHS (article L1422-1 CSP)

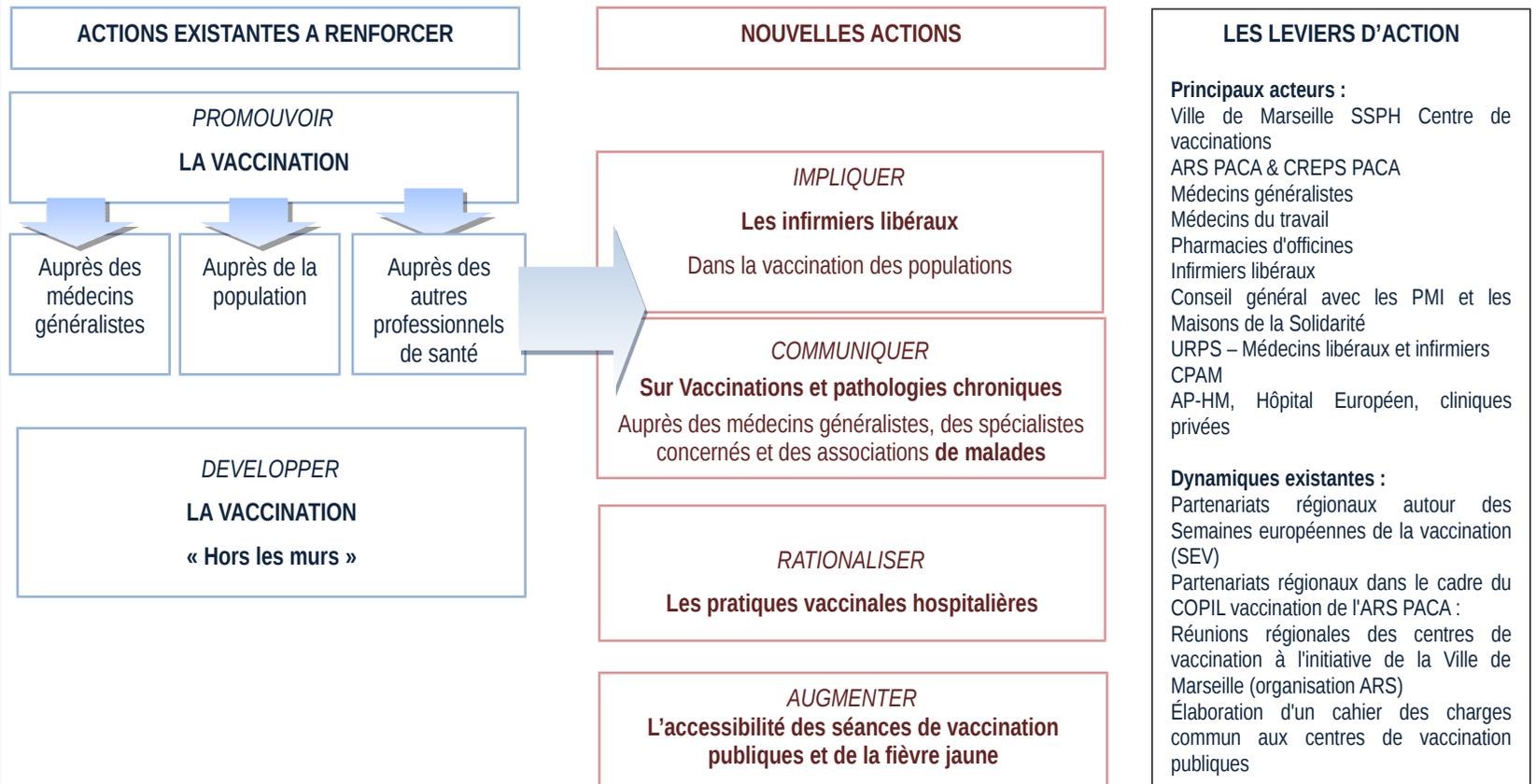
#### LA PROBLEMATIQUE

Marseille a fait le choix d'une stratégie d'animation territoriale en matière de vaccination en s'appuyant sur son centre et son équipe de vaccination. Cette stratégie consiste à promouvoir la vaccination auprès des professionnels de santé de proximité, en particulier des médecins généralistes dans le but d'augmenter ou de maintenir l'activité « vaccination » des médecins traitants et d'inciter de nouveaux acteurs à vacciner : infirmiers, médecins du travail, service de prévention universitaire, etc .

Des outils de communication ont ainsi été mis en place : le livret « Vaccination, carnet de bord » (12 pages), 3 éditions depuis 2010, l'édition et la diffusion de poster « Calendrier vaccinal simplifié » annuel, message par courriel destiné aux médecins généralistes, etc. Le centre est également impliqué dans de nombreux projets multipartenaires régionaux : réunions des centres de vaccinations publiques, fiches pédagogiques pour les professionnels de santé, e-learning, FormVac..

Il s'agit aussi de faire la promotion de la vaccination auprès de la population notamment par des campagnes de communication grand public. L'action locale est toutefois tributaire du cadre national où s'associe faiblesse des actions de promotion vaccinales, médiatisation majoritairement négative et montée de la défiance de la population.

Il s'agit d'améliorer les couvertures vaccinales des vaccins contre le méningocoque C (épidémiologie particulière en Provence), contre certains cancers, papillomavirus et hépatite B, notamment chez les migrants, en cherchant des accords avec l'AMO pour sa prise en charge financière, et parallèlement en améliorant les stratégies de dépistage organisés et/ou individuel, contre la rougeole (risque de reprise épidémique), notamment en « rattrapage », améliorer l'accès à la vaccination contre la fièvre jaune, et maîtriser l'épidémiologie de l'hépatite A plus fréquente à Marseille que dans les autres grandes villes françaises.



## LES ACTIONS

Objectifs	Descriptions	Partenaires
<b>Implication des infirmiers libéraux dans la vaccination de la population</b>	Communication pro-vaccinale ciblée vers les IDE libéraux, et les IFSI. Élaboration (chefferie de projet) d'un protocole de coopération sur la vaccination (dit « HAS ») entre généralistes, infirmiers et centres de vaccination.	ARS – URPS-ML et IDE, AMO, Centres de vaccinations des SCHS, CG13
<b>Rationalisation des pratiques vaccinales hospitalières</b>	Objectifs : respect des recommandations vaccinales au sein des établissements hospitaliers privés et publique. Exemples : urgences et tétanos, maternité et BCG rubéole, médecine interne et indications particulière, HGE et hépatites, grippe, etc ... Mise en place d'outils d'information et de formation particuliers aux soignants titulaires et aux stagiaires	ARS, AP-HM, Hôpital Européen, cliniques, service de santé au travail des établissements
<b>Vaccinations et pathologies chroniques</b>	Communication pro-vaccinale ciblée vers les généralistes, les spécialités concernées, les associations de malades	CG13, AMO, Mutualités
<b>Augmentation de l'accessibilité des séances de vaccination publiques et de la fièvre jaune</b>	Meilleure coordination des centres « Fièvre jaune » du département et de la région, ouverture de centres secondaires, augmentation des amplitudes horaires...	ARS, centre de vaccinations international, CG13

## LISTE DES SIGLES

AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées  
AMSP : Association médico sociale de Provence  
AMPTA : Association Méditerranéenne de Prévention et de Traitement des Addictions  
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux  
ANRU : Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine  
APA : Allocation personnalisée d'autonomie  
APHM : Assistance publique Hôpitaux de Marseille  
ARI : Association régionale pour l'intégration  
ARS : Agence régionale de santé  
ASE : Aide sociale à l'enfance  
ASSAB : Accès aux soins des sans-abris  
ASMA : Action sociale du Ministère de l'Agriculture  
ASV : Atelier santé ville  
BMP : Bataillon de marins-pompiers  
BSM 2012 : Bilan de Santé MARSEILLE, année 2012  
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues  
CAF : Caisse d'allocations familiales  
CASO : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation  
CCAS : Centre communal d'action sociale  
C.D.O.S : Comité Départemental Olympique et Sportif  
CGD : Centre gérontologique départemental  
CESAM : Centre d'Enseignement de la Statistique Appliquée à la Médecine  
CILE : Comité interministériel de lutte contre l'exclusion  
CIQ : Comité d'Intérêt de Quartier  
CJC : Confédération des jeunes chercheurs  
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination  
CLSM : Conseils locaux de santé mentale  
CMP : Centre médicaux psychologique  
CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire  
CNAF : Caisse Nationale des Allocations Familiales  
CODES : Comité Départemental d'éducation pour la santé  
CONAP : Conseil d'orientation nutrition activité physique  
COREVIH-POC : Comité de Coordination Régionale de la Lutte contre l'infection par le VIH - Paca-Ouest-Corse  
COSM : Conseil d'Orientation en Santé Mentale  
CPCAM : Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie  
CRES : Comité Régional d'Education pour la Santé  
CRIPS : Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida  
CSAPA : Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie  
DADD : Dispositif d'Appui Drogues et Dépendances  
DASEN : Directeurs académiques des services de l'Education nationale  
DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale  
DDTM : Direction départementale des territoires et de la mer  
DRAAF : Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt  
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale  
DTARS 13 : Direction départementale de l'Agence régionale de santé des Bouches-du-Rhône  
EN : Education Nationale  
ENMR : Expérimentation de nouveaux modes de rémunération  
EPAHD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
ETAPS : Espace territorial d'accès aux premiers savoirs  
ETP : Equivalent temps plein  
FJT : Foyer jeunes travailleurs  
FNARS : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale  
GEM : Groupe d'entraide mutuelle  
GCS : Groupement de coopération sanitaire  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HAS : Habitat alternative social  
HCSP : Haut conseil de la santé publique  
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
Réseau ILHUP : Intervenants Libéraux et Hospitaliers Unis pour le Patient  
INPES : Instance national d'éducation et de promotion de la santé  
INRA : Institut national de la recherche agronomique  
ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique

MAIA : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer  
MDA : Maisons Des Adolescents  
MDM : Médecin du monde  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial  
MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie  
MOS : MARSEILLE Observation Santé  
MRS : Maisons régionales de la santé  
MSP : Maisons de santé Pluri professionnelles  
OFDT TREND : Observatoire français des drogues et des toxicomanies - Tendances récentes et nouvelles drogues  
ORS : Observatoire régional de la santé  
PA : Personne Âgée  
PAEJ : Point accueil écoute jeunes  
PDALPD : Plans départementaux d'Action pour le logement des personnes défavorisées  
PDHI : Plan Départemental Accueil Hébergement Insertion  
PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse  
PLSP : Plan Local de Santé Publique  
PNA : Plan national pour l'alimentation  
PNAPS : Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive  
PNNS : Programme national nutrition santé  
PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins  
PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie  
PRS : Projet régional de santé  
PSHU : Pôle de Santé Hospitalo-universitaire  
RDR : Réduction des risques  
SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire  
SRP : Schéma Régional de Prévention  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile  
SSPH : Service de la Santé Publique et des Handicapés  
TGI : Tribunal de grande instance  
TROD : Tests Rapides d'Orientation Diagnostique  
UDAF : Union départementale des associations familiales  
UMR : Unité Mixte de Recherche  
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine