



2024-2030

Plan Local de Santé Publique ACCM



Politique de la Ville ACCM
Atelier Santé Ville
Juin 2024

Table des matières

1. Introduction : La situation paradoxale de la France, entre un bon état de santé moyen et des inégalités très marquées.....	3
2. L'atelier Santé Ville (ASV)	4
2.1. L'atelier Santé Ville : Pourquoi ? Comment ? Avec qui ?	4
2.2. La démarche Atelier Santé Ville : A la croisée des politiques publiques et de la Politique de la Ville.....	4
2.3. La démarche Atelier Santé Ville sur le territoire de la Communauté d'agglomération Arles Crau Camargue Montagnette.....	6
2.4. Le Plan Local de Santé Publique comme feuille de route de l'Atelier Santé Ville	7
3. La démarche de renouvellement du Plan Local de Santé Publique	8
3.1. Contexte de renouvellement	8
3.2. Gouvernance.....	8
3.3. Outils utilisés et mobilisation des participants	9
Le diagnostic territorial.....	9
L'élaboration des fiches actions.....	10
3.4. Calendrier.....	11
4. Diagnostic socio-démographique territorial : Quels profils de nos territoires ?.....	12
4.1. Données démographiques	12
En France.....	12
Sur la région PACA et le Département des Bouches-du-Rhône.....	12
Sur Arles	13
Sur Tarascon.....	13
4.2. Données sociales.....	14
En France, en PACA, et dans les Bouches-du-Rhône	14
Sur Arles	14
Sur Tarascon.....	14
4.3. Les situations socio-démographiques des QPV ACCM en bref.....	17
5. Evaluation du PLSP 2018-2021	17
6. Diagnostic santé territorial : Quels grands enjeux sur nos territoires ?.....	18
6.1. Perception et état de santé des habitants.....	18
6.2. Favoriser l'accès aux soins de proximité pour tous	19
6.3. Améliorer la prise en compte de la santé mentale au sein de toutes les populations.....	21
6.4. Promouvoir une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique régulière	23
6.5. Promouvoir un usage des écrans adapté à chaque âge.....	25
6.6. Accompagner les consommateurs de substances psychoactives.....	28
6.7. Favoriser le lien social et rompre l'isolement.....	31
6.8. Promouvoir des comportements favorables à la santé.....	33

6.9.	Soutenir / accompagner les populations en situation de handicap ou limitations fonctionnelles (dont troubles du neurodéveloppement).....	37
6.10.	Lutter contre les violences physiques et morales.....	41
6.11.	Faciliter l'accès aux droits	44
6.12.	Soutenir la parentalité	47
6.13.	Sensibiliser à la santé environnementale	50
6.14.	Soutenir les pratiques des professionnels et favoriser leur coordination / collaboration	53
7.	Fiches actions	57

" La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale " (Constitution de l'OMS, 1946)

1. Introduction : La situation paradoxale de la France, entre un bon état de santé moyen et des inégalités très marquées

Les données nationales concernant l'état de santé de la population française mettent en évidence un bon état de santé moyen et une augmentation de l'espérance de vie depuis des années. Pourtant, on remarque d'importantes disparités entre les populations dès le plus jeune âge, en lien notamment avec des facteurs sociaux et territoriaux. On parle communément d'« inégalités sociales de santé », pour traduire le lien entre la position sociale et l'état de santé d'une personne : Plus les individus bénéficient d'un statut social élevé, plus leurs indicateurs de santé sont bons. En 2018, parmi les 5 % les plus aisés, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 84,4 ans, contre 71,7 ans parmi les 5 % les plus pauvres, soit 13 ans d'écart. Chez les femmes, cet écart est de 8 ans¹. Les travaux du Canadian Institute for Advanced Research² estiment que l'environnement social et économique (composition familiale, réseau social de soutien, situation professionnelle, revenu, normes sociales partagées etc...) influence pour 50% l'état de santé et de bien-être des populations. Viennent ensuite s'ajouter de nombreux autres déterminants tels que le système de santé/soins, les facteurs biologiques, les comportements individuels ou encore l'environnement physique.

Les inégalités de santé ne relèvent donc pas uniquement de facteurs biologiques, mais aussi et surtout de déterminants socialement construits et donc potentiellement évitables. Face à ce constat, l'action autour des déterminants de santé constitue une priorité de santé publique, et les politiques publiques se saisissent de plus en plus du sujet en s'attachant à favoriser l'égalité des chances pour l'ensemble de la population.

C'est justement dans ce cadre que s'inscrit le dispositif territorial Atelier Santé Ville, créé en 1999 par le Comité Interministériel des Villes, dans le cadre d'une politique nationale. Défini par la circulaire DIV/ DGS du 13 juin 2000, il vise à répondre aux problèmes spécifiques de santé rencontrés par les personnes les plus vulnérables. Il se matérialise par « Une démarche d'ingénierie de projet, de coordination d'acteurs et de programmations d'actions de santé au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, dans un cadre partenarial au profit des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) »³.

¹ BLANPAIN, N. (2018), *L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes*. Enquêtes et études démographiques, Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895?sommaire=3311425>

² Mikkonen, J. et Raphael, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York

³ Référentiel national des Ateliers Santé Ville (mars 2012)

2. L'atelier Santé Ville (ASV)

2.1. L'atelier Santé Ville : Pourquoi ? Comment ? Avec qui ?

L'Atelier Santé Ville est par nature un dispositif transversal, puisqu'il s'inscrit dans le champ de la promotion de la santé. Il s'attache à prendre en compte l'ensemble des facteurs influençant l'état de santé des populations, en adéquation avec l'Organisation Mondiale de la Santé, qui pose, dans la charte d'Ottawa en 1986, que « pour parvenir à un état complet de bien-être physique, mental et social, l'individu ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter ».

Agir autour de cette notion de « santé globale », comme résultante d'un processus multifactoriel (facteurs biologiques, psychiques, culturels, sociaux, environnementaux...), implique la participation de multiples acteurs, avec leurs compétences et savoir-faire spécifiques (médecine, prévention, logement, éducation, culture, justice etc...), dans une logique de décloisonnement des acteurs et des secteurs. Si l'action de l'ASV cible préférentiellement les populations des QPV, elle doit veiller à rester inscrite dans le développement d'une stratégie globale cohérente sur l'ensemble du territoire.

Dans cette dynamique multidimensionnelle, l'Atelier Santé Ville constitue un pivot, qui favorise la mise en lien et la synergie entre les différentes composantes et acteurs (professionnels de santé, de l'action sociale, du secteur éducatif, associations, institutions etc...). Il est un appui à la mise en œuvre locale de politiques de santé publique, au profit des populations les plus vulnérables. L'ASV est doté d'un coordinateur dédié, qui participe au développement de la connaissance des besoins locaux spécifiques, ainsi qu'à la recherche et la coordination de ressources pour y répondre, et donc améliorer l'état de santé des populations, en particulier dans les QPV. Ses missions peuvent être présentées en 2 grands volets :

- ❖ **Accompagnement à la territorialisation d'actions**, via la mobilisation de financements spécifiques et de droit commun, mais également un appui aux acteurs concernant la mise en œuvre de leurs actions : recherche de financements, élaboration d'une méthodologie et d'un contenu, évaluation, mise en réseau, mobilisation des publics etc...
- ❖ **Animation territoriale**, via le relai d'informations, la création et diffusion d'outils opérationnels, l'impulsion de réflexions et échanges globaux et partenariaux, favorisant la mise à jour continue d'un diagnostic partagé, la cohérence et pertinence des actions mises en œuvre, l'interconnaissance des acteurs, la valorisation des démarches locales etc...

2.2. La démarche Atelier Santé Ville : A la croisée des politiques publiques et de la Politique de la Ville

La Stratégie Nationale de Santé du Gouvernement place la prévention et la promotion de la santé au cœur de son action. Cette politique, déclinée tout au long de la vie et dans l'ensemble des milieux de vie, se traduit par la promotion de comportements individuels (éducation à la santé) mais également la mise en œuvre de milieux socio-environnementaux favorables à la santé.

Bien que la compétence « santé » revienne à l'Etat, la légitimité des collectivités locales à s'emparer de cette question est de plus en plus prégnante. Le CRES PACA, dans son argumentaire à destination des élus locaux (2020), met en avant plusieurs arguments qui plaident en faveur de l'importance de l'implication des collectivités dans l'amélioration de l'état de santé des habitants :

- ❖ **La proximité** : en agissant au plus près des habitants, les collectivités peuvent développer des interventions ajustées aux besoins et ressources locales ;
- ❖ **La transversalité** : Grâce aux multiples compétences dont elles sont dotées, les collectivités locales peuvent agir sur de nombreux déterminants de santé (logement, environnement, emploi...), en intégrant les enjeux de santé dans l'ensemble de leurs projets et décisions (ex : plans de déplacements urbains, projets de rénovation urbaine...) ;

- ❖ **Le pouvoir de décision** : Un travail technique autour de la santé à l'échelle de la collectivité peut permettre aux élus locaux de participer plus efficacement aux décisions en lien avec les politiques régionales et nationales en matière de santé ;
- ❖ **Le dynamisme et l'attractivité du territoire** : Le bien-être et la qualité de vie constituent aujourd'hui des déterminants majeurs de l'attractivité du territoire.

Ainsi, les collectivités locales s'engagent de plus en plus, aux côtés de l'Etat et de ses services déconcentrés notamment, dans la prise en compte de ces enjeux de santé et la mise en œuvre des politiques spécifiques de santé et de prévention, en particulier en direction des populations les plus vulnérables. La démarche Atelier Santé Ville s'inscrit comme l'un des moyens de soutenir le développement de programmes de santé publique à l'échelon local, dans le cadre d'un partenariat Etat/Collectivité, tant sur le volet de la gouvernance que du financement (co-financement du poste de coordination Atelier Santé Ville).

Parce qu'il vise la réduction des inégalités, l'Atelier Santé Ville occupe une place particulière, à la croisée des politiques sociales et territoriales de santé, et de la Politique de la Ville, définie comme la politique publique de solidarité conduite par l'Etat et les collectivités afin de revaloriser les zones urbaines en difficulté (Quartiers Prioritaires de la Ville – QPV), où les revenus des habitants sont les plus faibles et les inégalités sociales les plus fortes. La Politique de la Ville vient agir, avec des moyens spécifiques, auprès de ces quartiers qui souffrent d'une concentration de la pauvreté, selon une logique « d'effet quartier », qui illustre l'influence du lieu de résidence sur l'individu et sur son parcours de vie, au-delà de ses caractéristiques propres.

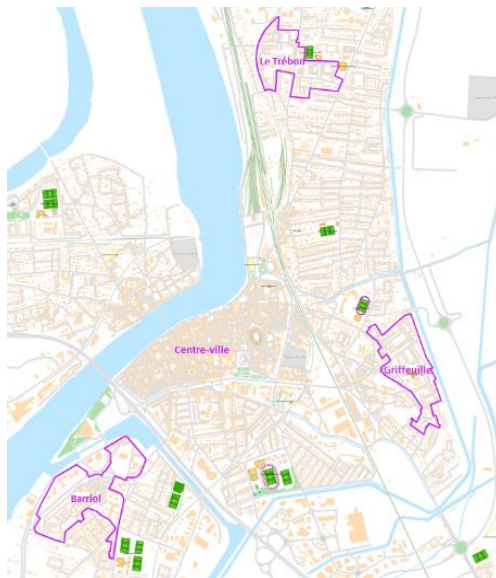
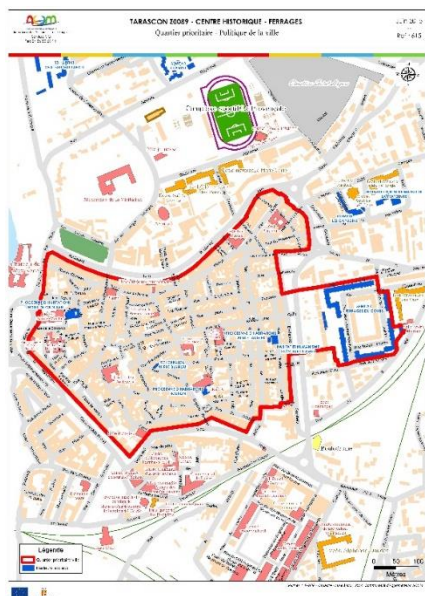
« Dans les quartiers où se trouvent beaucoup de populations fragiles regroupées entre elles, la situation des habitants y est très différente de celle dans les quartiers plus mixtes [...] La Politique de la Ville est basée sur la prise en considération d'un « effet de quartier » selon lequel un pauvre dans un quartier pauvre aurait un parcours de vie différent d'un pauvre dans un autre quartier. Ces effets peuvent être liés à l'influence de groupes sociaux aux ressources du quartier ou encore à l'image du quartier. En clair, à situation sociale équivalente, une personne en situation de vulnérabilité a moins de chances de voir sa situation s'améliorer quand elle vit dans un quartier prioritaire qu'une personne ayant la même situation mais qui vit dans un autre quartier »⁴.

La mise en œuvre des Contrats de Ville en 2015, qui formalisent le partenariat entre la Politique de la Ville locale, l'Etat, et de nombreux acteurs structurants d'un territoire, a intégré la démarche ASV en tant que volet « santé » du Contrat, les intercommunalités s'engageant alors à développer une politique locale de santé publique, complémentaire aux autres politiques (éducation, social, insertion professionnelle etc...), dans l'objectif de développer des politiques de solidarité et développement social, réduire les inégalités sociales et territoriales et lutter contre l'exclusion. Depuis lors, les Ateliers Santé Ville occupent souvent une place intégrée dans les services Politique de la Ville des intercommunalités.

⁴ Cité Ressources (2022). De l'observation à l'évaluation : un diagnostic au service de la connaissance et de la décision.

2.3. La démarche Atelier Santé Ville sur le territoire de la Communauté d'agglomération Arles Crau Camargue Montagnette

Le territoire de la Communauté d'Agglomération Arles Crau Camargue Montagnette (ACCM), compte 4 QPV : Les 3 quartiers de grands ensembles d'habitat locatif social des années 1970 sur Arles (Barriol, Trébon et Griffeuille), et le regroupement du Centre Historique et de l'ensemble d'habitat collectif des Ferrages sur Tarascon, soit près de 13 000 habitants au total (16% de la population totale d'ACCM, et près d'une famille sur 2 du parc locatif social).



L'histoire de l'Atelier Santé Ville sur le territoire d'ACCM débute en 2003, lorsque le CCAS d'Arles décide de porter le dispositif à l'échelle de l'ensemble de la commune. En 2005, la compétence Politique de la Ville est transférée à la Communauté d'Agglomération ACCM et le poste de coordinateur est alors intégré à 50% au sein de l'équipe opérationnelle Politique de la Ville ACCM, afin d'animer le volet santé du Contrat de Ville. En 2017, afin d'intégrer le QPV de Tarascon au dispositif, la totalité du poste est transférée du CCAS d'Arles à l'ACCM. Depuis cette date, le dispositif est entièrement juridiquement porté par la Communauté d'Agglomération ACCM et cofinancé par l'Etat. Il est directement géré par le service Politique de la Ville, en charge de l'animation du Contrat de Ville et son pilotage est assuré par un Comité de Pilotage composé de l'Etat, de représentants d'ACCM, de représentants des communes d'Arles et Tarascon, et d'autres partenaires institutionnels.

Tous les ans, plusieurs dizaines de milliers d'euros sont mobilisés dans le cadre du Contrat de Ville sur des actions de prévention et promotion de la santé, auxquels viennent s'ajouter des financements d'autres institutions, principalement l'ARS PACA, portant la mobilisation de moyens financiers à plusieurs centaines de milliers d'euros sur le territoire (plus de 400 000 € en 2023).

2.4. Le Plan Local de Santé Publique comme feuille de route de l'Atelier Santé Ville

Selon le référentiel national des Ateliers Santé Ville du Secrétariat Général du Comité Interministériel des Villes (SGCIV), « toute démarche ASV doit reposer sur un diagnostic partagé des besoins de santé du territoire concerné [...] Ce diagnostic a pour vocation principale de guider l'élaboration d'objectifs et d'une programmation d'actions de santé sur le territoire ». Concrètement, cette démarche se traduit par l'élaboration et le suivi d'un Plan Local de Santé Publique (PLSP), qui fait office de feuille de route opérationnelle de la stratégie locale de promotion de la santé et réduction des inégalités, déclinée en un diagnostic et un ensemble d'axes prioritaires identifiés et illustrés par des « fiches actions ». S'il doit bien sûr rester cohérent avec les orientations globales (nationales et régionales notamment), le PLSP est un document concret, de proximité, construit de manière largement concertée (institutions, associations, habitants etc...), et c'est ce qui fait sa plus-value.

Le PLSP est régulièrement évalué et actualisé en partenariat avec les acteurs locaux, de sorte à ce que ses objectifs et orientations évoluent en même temps que le contexte et les besoins territoriaux. Depuis la mise en place de l'ASV sur le territoire en 2003, 5 PLSP se sont succédés. Le dernier en date, établi pour la période 2018-2021, est le premier à intégrer le QPV Centre historique-Ferrages de Tarascon, en complément des 3 QPV Arlésiens (Barriol, Trébon, Griffeuille). Son élaboration a principalement consisté en un bilan des fiches actions du PLSP précédent (2013-2016) et la réalisation d'un diagnostic de santé partagé sur le QPV Centre historique-Ferrages de Tarascon. Des groupes de travail intercommunaux ont été créés, dans un objectif de construction d'une dynamique transversale et de réflexion collective autour des enjeux de santé.

Le PLSP 2018-2021 propose une entrée par publics (adultes/précarité, jeunesse, enfance/parentalité, seniors, professionnels), chaque axe étant ensuite décliné en plusieurs objectifs illustrés par des fiches-action (Voir détails en annexe 1)

3. La démarche de renouvellement du Plan Local de Santé Publique

3.1. Contexte de renouvellement

Le PLSP ACCM 2018-2021, signé le 26 novembre 2018 pour une durée de 3 ans, est arrivé à échéance le 26 novembre 2021. En contexte habituel, une démarche de renouvellement aurait été lancée dès fin 2020, afin d'aboutir à la signature d'un nouveau document actualisé au deuxième semestre 2021. Cependant, la pandémie de COVID19 est venue perturber ce calendrier, par les multiples conséquences qu'elle a entraînées :

- ❖ Installation retardée des nouvelles équipes communautaires et communales suite aux élections de 2020 (installation en juillet au lieu de mars) ;
- ❖ Impossibilité de mise en œuvre de certaines actions inscrites dans le PLSP 2018-2021 compte tenu des restrictions liées à la crise sanitaire ;
- ❖ Difficultés à organiser un comité de pilotage ASV partenarial pour valider les démarches.

Au-delà de ces barrières techniques, il a paru essentiel de laisser le temps de prendre un peu de recul sur la crise sanitaire, afin d'en évaluer au plus près les impacts sur les habitants, mais également les professionnels et leurs modalités de collaboration/coordination, et construire le nouveau PLSP en conséquence. De ce fait, les membres du comité de pilotage ASV, ont décidé, le 27 janvier 2021, de différer le renouvellement du PLSP.

Par ailleurs, afin de renforcer la place de la santé dans la Politique de la Ville, il a été décidé d'articuler le renouvellement du PLSP avec celui du prochain Contrat de Ville, qui entrera en vigueur en 2024 :

- ❖ Rapprochement des gouvernances et calendriers des démarches d'évaluation et renouvellement du Contrat de Ville et du PLSP : Ce nouveau PLSP, comme le nouveau Contrat de Ville, est signé pour une durée de 6 ans (jusqu'en 2030), avec une évaluation intermédiaire à 3 ans ;
- ❖ Intégration du PLSP comme annexe au Contrat de Ville, donnant ainsi à la santé une place privilégiée dans les axes de travail de la Politique de la Ville.

3.2. Gouvernance

La démarche de renouvellement du PLSP a été mise en œuvre par la coordinatrice Atelier Santé Ville sur le volet opérationnel, et suivie et validée à chacune de ses étapes par les membres du Comité de Pilotage :

- ❖ **29 avril 2022** : Comité de Pilotage validant la méthodologie et le calendrier prévisionnel de la démarche : principe de signature du PLSP en même temps que le nouveau Contrat de Ville
Etaient représentés : Etat, Agence Régionale de Santé, Ville d'Arles, Communauté d'Agglomération ACCM (Politique de la Ville), Conseil Départemental 13, Centre Communal d'Action Sociale d'Arles
- ❖ **29 novembre 2022** : Envoi d'un rapport d'étape de la démarche avec possibilité pour chacun de faire remonter ses remarques.
Ont été sollicités : Etat, Agence Régionale de Santé, Communauté d'Agglomération ACCM, Villes d'Arles et Tarascon, Centres Communaux d'Action Sociale d'Arles et Tarascon, Maisons Départementales de la Solidarité d'Arles et Tarascon
- ❖ **23 juin 2023** : Comité de Pilotage validant une première trame de rédaction du PLSP
- ❖ **Juin 2024** : Signature du PLSP 2024-2030

3.3. Outils utilisés et mobilisation des participants

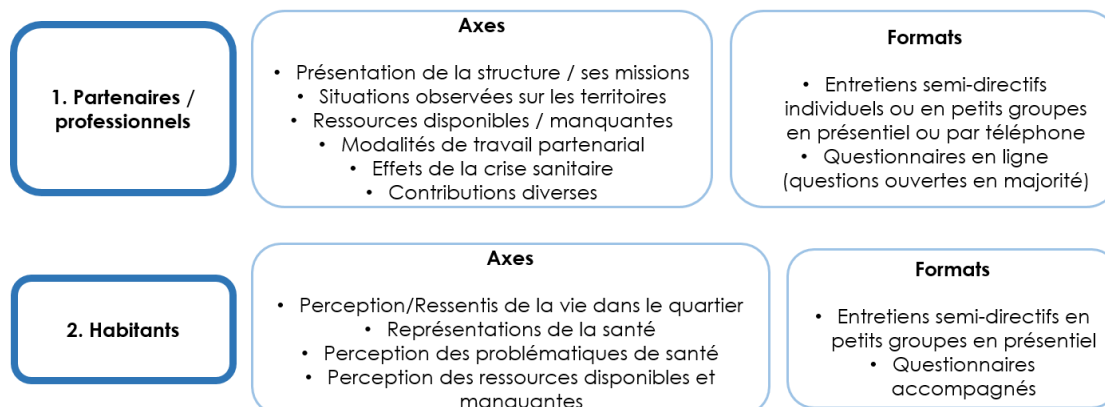
Les membres du comité de pilotage ASV ACCM ont validé, le 29 avril 2022, une méthodologie de renouvellement du PLSP en 2 grandes étapes :

1. Elaboration d'un diagnostic territorial partagé pour définir des axes prioritaires de travail ;
2. Elaboration de fiches actions concrètes à partir du diagnostic.

Le diagnostic territorial : Afin d'avoir une vision la plus exhaustive possible des situations des territoires, il a été décidé de combiner des données quantitatives, issues de bases de données diverses, et qualitatives, recueillies auprès des professionnels locaux et des habitants des territoires d'Arles et Tarascon.

Outils utilisés :

- ❖ **Données quantitatives** : Toutes les données utilisées pour élaborer le volet chiffré du diagnostic ont été récoltées sur des bases de données ou dans des articles scientifiquement validés, tels que :
 - Bases de données INSEE, SIRSE PACA, OSCARS Santé, Cartosanté, Rezone
 - Etudes COVIPREV (Santé Publique France) et SONAR ACCM (Compas)
 - Sites Internet de Santé Publique France et l'Observatoire Régional de Santé PACA
- ❖ **Données qualitatives** : Des guides d'entretiens et questionnaires ont été élaborés en amont, puis proposés sous divers formats (présentés en annexes 2 à 5).



Mobilisation des participants :

- ❖ **Les professionnels** ont été sollicités par e-mail, directement par la coordinatrice Atelier Santé Ville. Il leur a été proposé de participer au diagnostic, soit via une rencontre (entretien semi-directif), soit grâce à un questionnaire en ligne. Au total, 81 professionnels ont été interrogés, 45 par entretien, et 36 via le questionnaire en ligne. La liste complète des structures ayant participé est disponible en annexe 6.
- ❖ **Les habitants** ont été mobilisés par l'intermédiaire de partenaires locaux. La coordinatrice ASV a participé à plusieurs temps de rencontre organisés avec les habitants, à l'occasion d'activités ou événements prévus sur les QPV et dans les structures locales. Au total, 47 habitants ont été interrogés, 32 adultes par entretien, et 15 enfants via un questionnaire papier dont le remplissage a été accompagné. Le détail des caractéristiques des habitants ayant participé, ainsi que les structures partenaires sont disponibles en annexe 7.



15 enfants de 6 à 10 ans
21 adultes de 25 à 60 ans
11 adultes de plus de 60 ans



11 hommes / garçons
36 femmes / filles

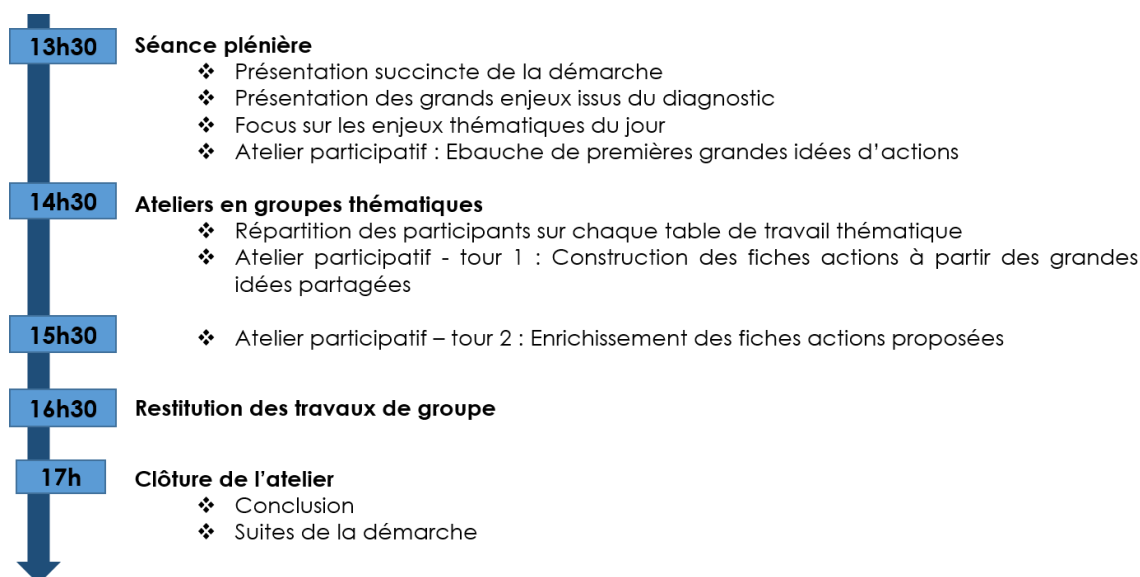


3 habitants de Griffeuille
9 habitants du Trébon
6 habitants de Barriol
19 habitants Les Ferrages
6 habitants Centre historique
4 habitants hors QPV (2 Arles, 2 Tarascon)

L'élaboration des fiches actions : 4 demi-journées de travail ont été organisées dans les locaux de la Communauté d'Agglomération ACCM. Chacun de ces temps avait pour objectif de travailler sur 3 à 4 des thématiques prioritaires, mises en avant dans la phase de diagnostic :

- ❖ **26 janvier 2023** :
 - Favoriser l'accès aux soins de proximité pour tous ;
 - Promouvoir une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique régulière ;
 - Lutter contre les violences physiques et morales ;
 - Sensibiliser à la santé environnementale.
- ❖ **02 février 2023** :
 - Faciliter le repérage et l'accompagnement des troubles du neurodéveloppement chez l'enfant ;
 - Promouvoir des comportements favorables à la santé ;
 - Promouvoir un usage des écrans adapté à chaque âge ;
 - Soutenir la parentalité.
- ❖ **09 février 2023** :
 - Favoriser l'accès aux soins psychologiques et psychiatriques pour tous ;
 - Favoriser le lien social et rompre l'isolement ;
 - Soutenir / accompagner les populations en situation de handicap et limitations fonctionnelles.
- ❖ **16 février 2023** :
 - Accompagner les consommateurs de produits ;
 - Favoriser la collaboration / coordination des professionnels ;
 - Faciliter l'accès aux droits et aux services primaires pour tous.


Outils utilisés : Toutes ces demi-journées se sont déroulées selon le format suivant :





Après présentation de la démarche globale, de son avancée, et d'une synthèse des éléments thématiques issus du diagnostic, les participants ont été invités à noter en quelques mots sur des post-it, les actions/ressources qui leur paraissent primordiales à développer sur leurs territoires d'intervention. Dans un souci d'efficacité, il était demandé de privilégier des actions qui semblent réalisables, compte tenu des domaines d'intervention et leviers de chacun.


Dans un second temps, les participants, répartis en plusieurs sous-groupes thématiques, étaient invités à prioriser les post-it proposés, et décliner les plus primordiaux en fiches actions concrètes, à partir d'un modèle créé pour l'occasion, et fourni (présenté en annexe 8).

Mobilisation des participants : Les professionnels ont été sollicités par e-mail, directement par la coordinatrice Atelier Santé Ville.

 192 partenaires locaux (institutions, associations, élus) conviés

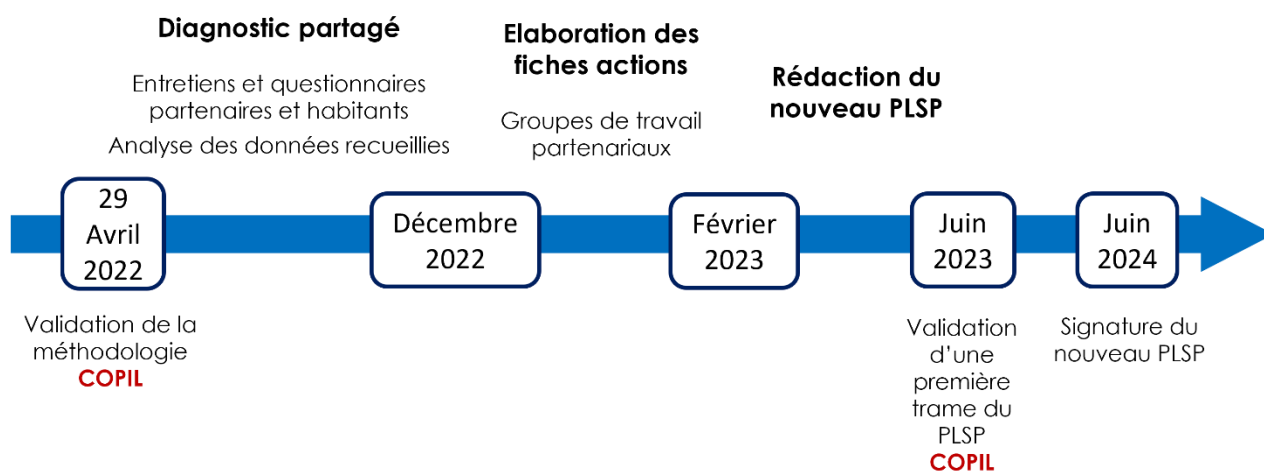
 116 inscriptions

 94 participations
68 personnes différentes

 28 structures représentées
37 services / pôles représentés

3.4. Calendrier

Le calendrier de renouvellement du PLSP a été construit en référence à l'échéance fixée au niveau national pour la mise en œuvre des nouveaux Contrats de Ville, de sorte à ce que les signatures des nouveaux PLSP et Contrats de Ville soient réalisées de façon concomitante. Au fur et à mesure de l'avancée de la démarche, les différentes étapes opérationnelles ont été ajustées, tout en veillant à maintenir à l'identiques les étapes de validation.



4. Diagnostic socio-démographique territorial : Quels profils de nos territoires ?

4.1. Données démographiques

En France

Le panorama de la santé 2021⁵ met en évidence **une position de la France plutôt favorable** par rapport à de nombreux autres pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), sur différents critères : espérance de vie à la naissance plus importante, mortalité évitable plus faible, satisfaction des Français quant à la qualité des soins⁶. Par ailleurs, la France fait partie des 2 pays de l'Union Européenne qui consacrent **le plus de moyens financiers aux dépenses de santé**, derrière l'Allemagne (11,2% de son Produit Intérieur Brut en 2019⁷).

De manière générale, **l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans sont en continuelle augmentation** en France depuis des années, bien que ces augmentations tendent à ralentir. En 2021, l'espérance de vie à la naissance s'élevait à 85,4 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes⁸. **La mortalité, quant à elle, qu'elle soit prématurée ou non, poursuit sa diminution**, les cancers et les maladies cardio-vasculaires restant les 2 causes les plus fréquentes de décès (1/4 des décès chacune)

Sur la région PACA et le Département des Bouches-du-Rhône

En parallèle, la croissance de la population se poursuit, tant au niveau national (+0,3%/an) qu'en région PACA (+0,4%/an). Au 1^{er} janvier 2019, la région PACA comptait plus de 5 millions d'habitants. Bien que le taux de fécondité en PACA soit le plus élevé de France métropolitaine, le vieillissement de la population y est très prononcé, plus encore que dans la majorité des autres régions de France, les personnes âgées de 65 ans ou plus étant aussi nombreuses que les jeunes de moins de 20 ans⁹. On observe toutefois de grandes disparités territoriales : les Bouches-du-Rhône enregistrent l'indice de vieillissement le plus faible de la région avec un score à 85,6 contre 101,5 à l'échelle de la région PACA. **Sur les Bouches-du-Rhône, où la densité de population est déjà très élevée (399 habitants/km² contre 159 pour la région PACA), la population continue de croître, et la proportion d'habitants de moins de 20 ans est significativement supérieure à celle des plus de 65 ans.**

En termes de mortalité toutes causes confondues, le Département des Bouches-du-Rhône ne diffère pas significativement de la Région PACA. Pourtant, certaines causes de mortalité sont surreprésentées au niveau des Bouches-du-Rhône (Ex. maladies de l'appareil respiratoire) tandis que d'autres lui sont plutôt favorables par rapport à la moyenne régionale (Ex. maladies cérébrovasculaires). **De manière générale, les Bouches-du-Rhône bénéficient d'indicateurs plus favorables que la région PACA en ce qui concerne les taux de mortalité prématurée (-2,1%) et de mortalité évitable (-3,2%)¹⁰.**

⁵ OCDE (2021). *Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE. Résultats clés pour la France*. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm>.

⁶ Desprat, D. (2021). Causes des problèmes de santé, accès aux soins et assurance maladie : l'opinion des Français selon leur état de santé. *Etudes et Résultats – Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, 1181.

⁷ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2021). Les dépenses de santé en 2020 - Résultats des comptes de la santé. *PANORAMAS DE LA DREES SANTÉ*, édition 2021.

⁸ Bagein, G., Costemalle, V., Deroyon, T., Hazo, J.-B., Naouri, D., Pesonel, E., Vilain, A. (2022). L'état de santé de la population en France. *Les dossiers de la DREES*, 102

⁹ INSEE (2021). *Recensement 2018 : résultats sur un territoire : bases de données et fichiers détail*. <https://www.insee.fr/fr/information/5369871>

¹⁰ INSERM-CépiDC. Données 2013-2017

Sur Arles

Arles présente la particularité d'être la commune la plus étendue de France métropolitaine, avec une superficie d'environ 759 km², soit 7 fois Paris. Ses habitants sont répartis entre l'agglomération centrale et 11 villages, dont le plus éloigné se trouve à près de 40 km du centre-ville¹¹. En 2019, la commune d'Arles comptait 50 454 habitants, soit une réduction de plus de 2000 habitants en 6 ans. 52,8% de la population sont des femmes. Tout comme à l'échelle nationale, la population d'Arles vieillit. En 2018, on comptait 112 personnes de plus de 65 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans, cet indice augmentant depuis plusieurs années (90 en 2013 et 83 en 2008)¹².

La ville d'Arles compte 3 QPV : Barriol, Le Trébon et Griffeuille. Le QPV le plus peuplé est celui de Barriol, avec 4 102 habitants en 2018, suivi du Trébon (2 248 habitants), puis Griffeuille avec 2 104 habitants¹³. Ces quartiers connaissent une baisse de leur population depuis 2013 : -1,7% à Barriol, -11,7% au Trébon, et -13,7% à Griffeuille. Les profils de ces 3 QPV sont bien différents, chacun présentant des spécificités particulières.

- ❖ Barriol se distingue par la jeunesse de ses habitants, avec une proportion de 0 - 14 ans de 27%, bien supérieure aux autres QPV d'Arles (22% sur le Trébon et 19% sur Griffeuille), et un indice de jeunesse à 1,4 (contre 1,2 sur Le Trébon et 0,8 sur Griffeuille). Cependant, avec un indice d'évolution des générations âgées à 2,6, il est très probable que le quartier de Barriol voit sa population vieillir dans les années à venir. Par ailleurs, 25,6% de la population de Barriol est de nationalité étrangère, soit une augmentation de 39,1% entre 2011 et 2017.
- ❖ Le Trébon se distingue des 2 autres quartiers par son éloignement et son accès plus difficile au centre-ville. Le taux de vacance des logements sur le Trébon (7,8%), est supérieur à celui de Barriol (5%) et de Griffeuille (2,7%)¹⁴. Avec un indice d'évolution des générations âgées à 2,3 il est très probable que le quartier du Trébon voit sa population vieillir dans les années à venir. Par ailleurs, 28% de la population du Trébon est de nationalité étrangère, soit plus que sur les autres QPV d'Arles (25,6% sur Barriol et 16% sur Griffeuille).
- ❖ Sur Griffeuille, la population est globalement plus âgée que sur les 2 autres QPV, l'indice de jeunesse étant plus faible, et le taux d'habitants de plus de 60 ans (30 %) étant bien supérieur à celui de Barriol (24%) et du Trébon (25%)¹⁵. 13% des habitants sont âgés de 75 ans et plus (7% sur Barriol et 8% sur le Trébon). Par ailleurs, la part des femmes dans la population est plus élevée sur Griffeuille (58%), que sur Barriol (52,2%) et le Trébon (52,9%). La part d'habitants de nationalité étrangère est en chute sur le quartier de Griffeuille, avec 16% de la population aujourd'hui, soit une baisse de 29,9% entre 2011 et 2017.

Sur Tarascon

La population de la commune de Tarascon ne cesse d'augmenter, avec 15 811 habitants en 2019, contre 13 941 en 2010 et 13 340 en 2008. 50% de la population sont des femmes. Contrairement à la tendance nationale, la population de Tarascon rajeunit ces dernières années, et la population Tarasconnaise est globalement plus jeunes qu'en France. En 2018, on comptait 65 personnes de plus de 65 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans (contre un ratio de 85/100 en 2013). En 2019, la part des 0-14 ans atteignait 21,3% (contre 16,7 en 2013). La part des plus de 45 ans, elle, diminue d'année en année, en particulier celle des plus de 75 ans (10,3% en 2013 et 8% en 2019).

La ville de Tarascon compte un QPV, constitué du regroupement des quartiers du centre-ville et des Ferrages. Ce QPV est le plus peuplé d'ACCM, avec 4 509 habitants en 2018¹⁶, et une évolution de + 21% depuis 2013. Il se distingue par la jeunesse de ses habitants (25% de 0-14 ans), et un indice de jeunesse à 1,6, soit plus que les QPV Arlésiens. Par ailleurs, 31,9% de la population du QPV est de nationalité étrangère, soit plus que les QPV d'Arles, et en augmentation depuis 2011 (+41,1%).

¹¹ Ville d'Arles (2023, 26 juillet). Présentation de la ville d'Arles. <https://arles.fr/vivre-a-arles/bienvenue-a-arles/presentation-de-la-ville-darles-carte-didentite/>

¹² INSEE (2023). Dossier complet commune d'Arles-données 2018. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-13004>

¹³ INSEE (2020). Recensement de la population - RP 2018. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5001880?geo=COM-13004>

¹⁴ INSEE (2020). Données sur les quartiers Politique de la Ville - RP 2017. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5652291?sommaire=2500477>

¹⁵ SIG Ville (2023, 2 septembre). Contrat de Ville 2015 : CA d'Arles Crau Camargue Montagnette. <https://sig.ville.gouv.fr/territoire/13004>

¹⁶ Insee, Recensement de la population, RP 2018

4.2. Données sociales

En France, en PACA, et dans les Bouches-du-Rhône

« Troisième région de France métropolitaine la plus touchée par la pauvreté, après la Corse et les Hauts-de-France, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur affiche un taux de pauvreté de 17,3% contre 14% au niveau national [...] et PACA est aussi la deuxième région la plus inégalitaire après l'île de France ». ¹⁷ Au sein de la région, les Bouches-du-Rhône, se distinguent des autres départements par un taux de pauvreté important, de 18,7%.

Par ailleurs, la région PACA se caractérise par un taux d'emploi des 15-64 ans globalement plus faible qu'en France (62,2% contre 64,2% en 2019), en particulier chez les populations les plus jeunes, de 15 à 24 ans (27,5% en PACA contre 29,3% au national). Sur les Bouches-du-Rhône, ces difficultés sont bien marquées, avec un taux d'emploi global de 60,6% en 2019, et qui descend à 25,5% chez les 15-24 ans ¹⁸.

Concernant le logement, le département des Bouches-du-Rhône se distingue par un important taux de suroccupation des logements (10% contre 9% sur PACA et 6% au national) ¹⁸, et une proportion de logements sociaux au sein des résidences principales supérieure aux moyennes nationales et régionales (18% dans les Bouches-du-Rhône, contre 11% pour la région PACA et 16% au niveau national) ¹⁹

Sur Arles

Sur Arles, le taux de pauvreté est stable ces dernières années, avec un maintien à 23% de la population ²⁰. Si ce chiffre est déjà significativement plus important que la moyenne de la région et du département, on observe de surcroît de très importantes inégalités au sein même de la commune. En effet, sur les QPV, ce taux est très supérieur à cette moyenne, et en augmentation ces dernières années. Il atteint 53% en 2019 sur Barriol (+ 5% par rapport à 2013), 48% sur Le Trébon (+ 2%), et 53% sur Griffeuille (+3%) ²⁰.

Le taux d'emploi, lui aussi, est plus défavorable sur Arles qu'aux échelles nationales, régionales et départementales. Il chute à 55% sur l'ensemble de la commune, et dégringole encore davantage sur les QPV, en particulier sur Griffeuille (31,3%), par rapport à Barriol (35,7%) et au Trébon (39,9%) ¹⁸.

Concernant la suroccupation des logements, la tendance Arlésienne est la même qu'en France métropolitaine (6%), mais on observe d'importantes disparités entre les quartiers, avec des taux jusqu'à 9% pour Griffeuille et 8% pour Barriol (données non disponibles sur Le Trébon) **Erreur ! Signet non défini.** En 2020, la part des logements sociaux au sein des résidences principales représente 24% sur Arles, et bien plus sur les QPV (92% sur Barriol, 88% sur Le Trébon, et 82% sur Griffeuille) ¹⁸.

Sur Tarascon

Sur Tarascon, le taux de pauvreté moyen se maintient ces dernières années mais reste très élevé (30% des habitants). Sur le QPV du centre-historique/Ferrages, les taux y sont encore plus élevés (51% en 2019) mais sont cependant en légère baisse (-2% depuis 2013) ²⁰.

Le taux d'emploi sur Tarascon, est lui aussi moins favorable que les moyennes nationales, régionales et départementales, mais également plus faibles que ce qui est observé sur Arles (49,1%).

¹⁷ Délégation interministérielle à la prévention et lutte contre la pauvreté. (2021). *Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : bilan 2020 et perspectives en Provence-Alpes-Côte d'Azur*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_d_etape_paca_2020.pdf

¹⁸ INSEE. (2020). *Données sur les quartiers Politique de la Ville - RP 2017*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5652291?sommaire=2500477>

¹⁹ INSEE. (2023). *Dossier complet commune d'Arles-données 2018*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-13004>

²⁰ INSEE. (2022). *Structure et distribution des revenus inégalité des niveaux de vie en 2019 : dispositif Fichier localisé social et fiscal 2019*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6036907>

Cependant, les inégalités entre quartiers y sont également moins marquées, avec 41,5% de taux d'emploi sur le QPV du centre historique-Ferrages¹⁸.

Le taux de logement sur-occupés sur Tarascon dépasse les moyennes nationales, régionales et départementales (10%), notamment au sein du QPV centre historique/Ferrages où il explose et atteint 15%^{Erreur ! Signet non défini.}. Sur le QPV de Tarascon, seules 10 % des résidences principales sont des logements sociaux, ceux-ci se situant en grande majorité dans le quartier des Ferrages, et très peu au sein du centre historique¹⁸.

La crise sanitaire COVID-19 : En décembre 2019, l'épidémie de COVID-19 est venue chambouler le quotidien de tous les Français, et bien au-delà. De nombreuses mesures ont été mises en œuvre en urgence, dans l'objectif de répondre aux conséquences engendrées par l'épidémie, tant au niveau sanitaire que social.

Si cette crise n'a épargné personne, son impact a été encore davantage marqué au sein des populations qui étaient déjà les plus en difficulté, venant ainsi renforcer les inégalités sociales préexistantes. La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a détaillé quelques-unes de ces inégalités en juillet 2020 dans Les dossiers de la DREES (n°62) :

- **Inégalités dans le risque de contamination au COVID-19** : Les ouvriers et employés ont été plus nombreux que les cadres à maintenir une activité professionnelle hors de leur domicile. Par ailleurs, ils ont également été plus nombreux à emprunter les transports en commun pendant cette période. Enfin, dans le cadre privé, la promiscuité des ménages vivant en logements collectifs, voire suroccupés, a aussi largement participé à accroître le risque de contamination
- **Inégalités dans le risque de développer des formes graves de la maladie** : Tout autre facteur égal par ailleurs, il a été démontré par de nombreuses études que certains facteurs de vulnérabilité au COVID-19 sont inégalement répartis au sein de la population (ex. obésité), les personnes appartenant au cinquième de la population avec les revenus les plus faibles ayant jusqu'à 1 fois et demie plus de risques de présenter une de ces comorbidités que les personnes appartenant au cinquième de la population avec les revenus les plus élevés
- **Inégalités sur les conséquences de la crise** : Les résultats de l'enquête Coconel de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) mettent en évidence une perte de revenus pendant la première période de confinement pour presque 50% des ménages les plus modestes, contre environ 25% des ménages les plus aisés. Cet accroissement des difficultés financières par ricochet, vient accroître d'autres difficultés (ex. difficulté pour s'alimenter correctement, apparition/renforcement d'états anxieux voire dépressifs etc...)

Considérant que « nos fragilités d'hier sont nos difficultés d'aujourd'hui », Cité Ressources, centre de ressources pour la politique de la ville en PACA, a conduit fin 2020 une étude visant à analyser les fragilités des habitants des différents QPV d'ACCM, afin de tenter d'anticiper les difficultés à venir en lien avec la crise sanitaire. Les données obtenues révèlent que les habitants des QPV d'Arles et Tarascon présentent davantage de fragilités que les autres habitants, augmentant ainsi le risque d'apparition/renforcement des difficultés dans un contexte de crise sanitaire :

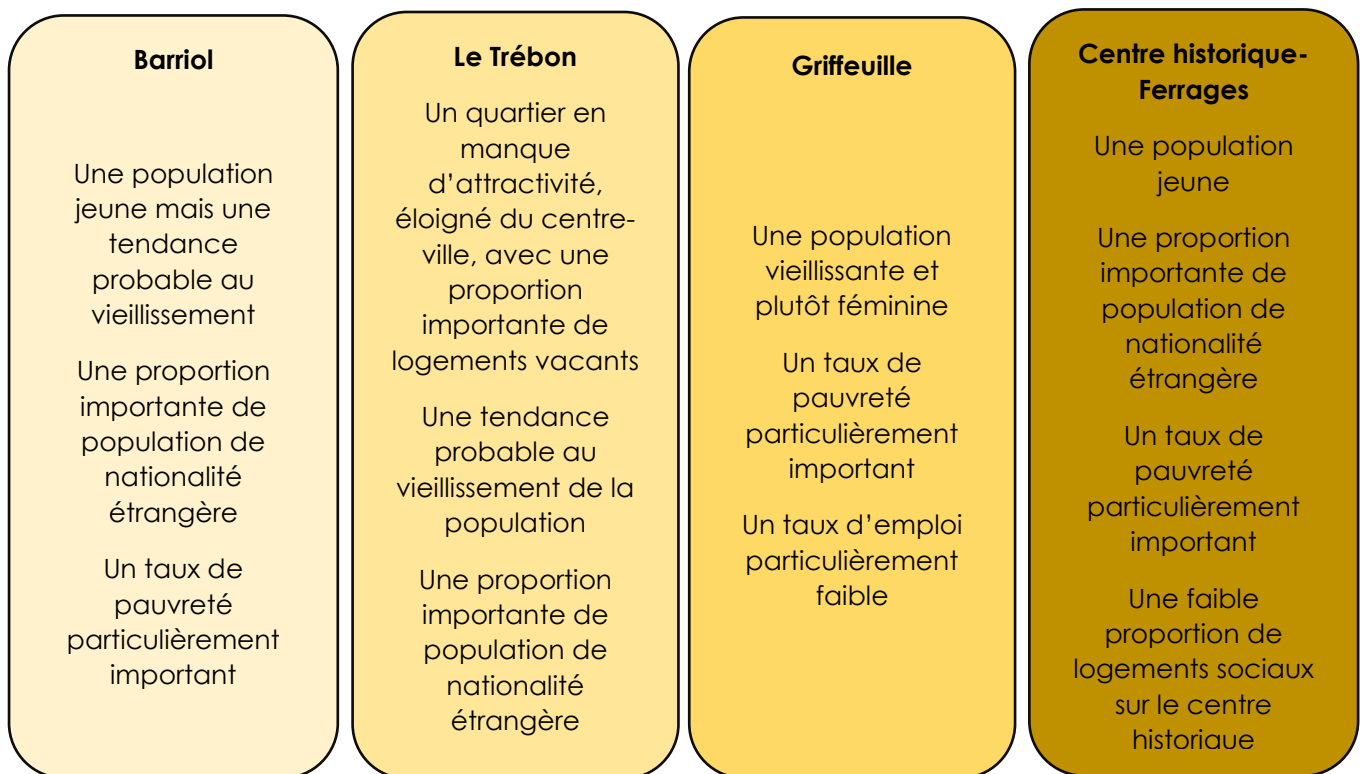
- **De nombreux mineurs en situation de fragilité**, en particulier sur le quartier de Barriol (56%). Les mineurs des QPV sont particulièrement concernés par le surpeuplement de leur logement, alors qu'il y a une majorité de logements sous-peuplés sur le territoire.
- **De nombreuses personnes en difficultés d'accès aux droits** : Les habitants des QPV apparaissent non seulement comme particulièrement en difficulté avec l'accès au numérique (difficultés d'équipement et/ou d'usage), mais sont paradoxalement aussi les personnes qui ont le plus besoin d'utiliser le numérique pour accéder à leurs droits, 25% de leurs revenus en moyenne provenant des prestations sociales.
- **De nombreuses familles à la limite du seuil de pauvreté** : Pendant la crise sanitaire, ce ne sont pas nécessairement les ménages les plus pauvres qui ont subi une forte baisse de ressources financières, mais plutôt ceux qui étaient situés juste au-dessus du seuil de pauvreté, qui ont notamment été confrontés à des situations de chômage partiel, perte des heures supplémentaires, arrêt de leur activité etc... Sur les QPV ACCM, près de 2 000 personnes vivent tout juste au-dessus du seuil de pauvreté et sont donc concernées par ce phénomène
- **De nombreuses personnes âgées isolées** : 52% des personnes âgées de plus de 75 ans vivent seules dans leur logement en QPV, contre 39% sur l'ensemble d'ACCM.

4.3. Les situations socio-démographiques des QPV ACCM en bref

15% des habitants d'ACCM vivent en QPV, alors que ces quartiers ne représentent que 0,1% de la superficie de la communauté d'agglomération.

L'Atlas des QPV 2022, publié par l'ANCT, met en évidence une situation d'ACCM très dégradée, avec des QPV parmi les plus pauvres de la région PACA. La situation socio-économique des populations d'Arles et de Tarascon y apparaît très préoccupante, la plupart des indicateurs faisant apparaître une pauvreté et une précarité importante, ainsi que des inégalités très marquées entre les QPV et les autres quartiers.

Si la précarité et les difficultés sociales touchent tous les QPV, chacun se distingue des autres par quelques spécificités



5. Evaluation du PLSP 2018-2021

Le PLSP 2018-2021 était structuré selon une entrée par public. Le PLSP 2024-2030 est structuré selon une entrée thématique, chaque thématique incluant divers publics. Outre cette évolution, la plupart des thématiques du PLSP 2018-2021 a été conservée, avec quelques modifications (dont regroupements ou dissociations), et d'autres thématiques ont été ajoutées. L'évaluation complète du PLSP 2018-2021 est disponible en annexe 9.

6. Diagnostic santé territorial : Quels grands enjeux sur nos territoires ?

Les données qui suivent sont issues de l'analyse des entretiens et questionnaires proposés aux professionnels et habitants du territoire. A partir des données brutes, ont été extraits des axes de travail qui paraissent prioritaires au regard de la fréquence des évocations. Ces données locales seront également mises en perspective grâce à des données chiffrées plus globales (nationales notamment). L'intégralité de ce diagnostic est disponible en annexe 9, et les paragraphes qui suivent en proposent un résumé succinct. Les verbatim proposés ici ont été en grande partie cités par les professionnels, les évocations des habitants font l'objet d'une mention « (habitant) ».

Les axes travail prioritaires sont les suivants :

- Favoriser l'accès aux soins de proximité pour tous
- Améliorer la prise en compte de la santé mentale au sein de toutes les populations
- Promouvoir une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique régulière
- Promouvoir un usage des écrans adapté à chaque âge
- Accompagner les consommateurs de substances psychoactives
- Favoriser le lien social et rompre l'isolement
- Promouvoir des comportements favorables à la santé
- Soutenir / accompagner les populations en situation de handicap ou limitations fonctionnelles (dont troubles du neurodéveloppement)
- Lutter contre les violences physiques et morales
- Faciliter l'accès aux droits
- Soutenir la parentalité
- Sensibiliser à la santé environnementale
- Soutenir les pratiques des professionnels et favoriser leur coordination / collaboration

6.1. Perception et état de santé des habitants

Malgré des indicateurs nationaux témoignant d'un bon état de santé moyen, les Français se révèlent être plus nombreux que la moyenne des autres pays à s'estimer « en mauvaise santé », en particulier ceux qui font partie des ménages les plus modestes²¹.

L'enquête réalisée localement auprès des habitants révèle que les représentations de « la santé » sont très liées à des aspects biologiques/physiques et s'expriment surtout sous le prisme de « l'absence » (absence de problématiques physiques et d'un besoin de recours à un professionnel ou au soin). La santé mentale est abordée mais n'apparaît pas comme une fin en soi, mais plutôt un moyen de « compenser » des problématiques physiques. Ces représentations restent donc assez éloignées des concepts de santé globale et de promotion de la santé.

« Avoir la santé c'est ne pas avoir mal » (habitant)

*« C'est quand tout marche bien, et qu'on n'a pas besoin d'aller à l'hôpital ou chez le médecin »
(habitant)*

*« La santé c'est avoir le moral. On peut avoir mal quelque part mais si on garde le moral ça va »
(habitant)*

Dans une approche de promotion de la santé, où la recherche de l'optimisation du pouvoir d'agir de l'individu est centrale, tout l'enjeu réside dans l'accompagnement de l'individu à prendre conscience des déterminants de sa santé, et lui donner les moyens de la maîtriser au mieux. Ce volet constitue un enjeu transversal à tous les axes de travail prioritaire.

²¹ Desprat, D. (2021). Causes des problèmes de santé, accès aux soins et assurance maladie : l'opinion des Français selon leur état de santé. *Etudes et Résultats – Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, 1181.

6.2. Favoriser l'accès aux soins de proximité pour tous

Les communes d'Arles et Tarascon sont classées comme zones « sous-denses » par l'Agence Régionale de Santé PACA (zonage de février 2022), signifiant que la densité de médecins y est plus faible qu'ailleurs, et permettant la mise en œuvre de mesures (financières notamment) facilitant l'installation de nouveaux médecins généralistes sur le territoire.

Sur Arles, la situation ne cesse de se détériorer ces dernières années, du fait des cessations d'activités de médecins qui ne sont pas remplacés (principalement départs en retraite). En 2022, 45% des médecins Arlésiens ont plus de 60 ans (contre 32% au niveau national), et on compte 9,5 médecins pour 10 000 habitants, soit 49 médecins généralistes au total installés sur la ville.

Sur Tarascon, la situation tend à s'améliorer, avec l'arrivée de 2 nouveaux médecins ces 3 dernières années. Alors qu'en 2020, 100% des 4 médecins généralistes en exercice avaient plus de 60 ans, ils ne sont aujourd'hui plus que 60%, grâce à l'arrivée de 2 nouveaux médecins de moins de 50 ans. Une vigilance extrême reste primordiale, car la situation pourrait rapidement rebasculer d'ici quelques années, lors du départ en retraite des médecins les plus âgés.

Impacts de la crise sanitaire COVID-19 : La crise sanitaire et le confinement de mi-mars 2020 ont eu un « impact certain sur le recours à des consultations et à des actes médicaux », selon l'AFP, qui a proposé entre juillet et septembre 2020, une enquête en ligne nationale, sous l'égide de l'Assurance Maladie et de l'Observatoire du non-recours aux droits et services. 60% des personnes interrogées ont indiqué ne pas avoir réalisé « au moins un soin ou acte dont elles avaient pourtant besoin », contre 25% l'année précédente. Plus précisément, 39% des répondants déclarent avoir renoncé à ou reporté une consultation de médecin généraliste, 25% une consultation de spécialiste (surtout gynécologie, ophtalmologie, dermatologie et cardiologie), 23% des soins dentaires et 15 % des actes d'imagerie et/ou de biologie.

Les raisons à l'origine de ce renoncement au soin sont diverses, « l'impossibilité matérielle de les réaliser » arrive en tête, avec des cabinets ou structures de soins fermés. Arrivent ensuite la crainte pour le patient d'une contamination éventuelle, puis « la volonté de ne pas surcharger le praticien ».

Par ailleurs, ce premier confinement semble avoir accentué les inégalités d'accès aux soins, avec un renoncement plus marqué chez les populations les plus fragiles, notamment les personnes « présentant différents indicateurs de défavorisation sociale » (monoparentalité, précarité, personnes ayant connu une baisse de revenus etc...).

Au niveau local, les participants mettent en avant l'importance de favoriser l'accès aux soins de proximité pour tous. 2 types de freins à l'accès aux soins sont principalement évoqués :

- Une démographie médicale / paramédicale insuffisante, traduite par de grandes difficultés d'accès à un médecin traitant, à des spécialistes, et à d'autres professionnels de santé. Outre les tendances nationales, notamment liées à une modification globale des modes d'exercice des professionnels, les personnes interrogées expliquent ce manque de ressources par un manque d'attractivité des territoires d'Arles et Tarascon

« Beaucoup de personnes n'ont pas de médecin traitant. Les médecins ici ne prennent que pour les urgences, sinon ils orientent vers des permanences sans rendez-vous sur Arles ou Saint-Rémy »

« Il y a quand même pas mal de postes vacants à l'hôpital d'Arles, ou pourvus par des intérimaires, qui s'investissent moins et coûtent cher. Les internes préfèrent souvent aller en CHU »

« Aujourd'hui les médecins ne veulent plus être seuls, avec des journées à rallonge. Ils veulent plus de flexibilité, ou être salariés mais les postes salariés sont souvent peu attractifs et restent vacants »

- Des freins socio-culturels à l'accès aux soins, qui engendrent un important renoncement ou compliquent les prises en charge, notamment au sein des populations les plus vulnérables (ex. populations précaires, sortants de prison, demandeurs d'asile, personnes sans domicile stable etc...) : des préoccupations localisées sur d'autres enjeux que la santé, la barrière de la langue, le manque de lisibilité du système de santé, les difficultés de mobilité, et les freins financiers.

« J'ai aussi l'impression que souvent les personnes sont résignées. Elles ont plein de problèmes, du coup la santé ça passe après »

« C'est difficile en consultation de travailler sans interprète, et encore plus quand il faut poser un diagnostic psychiatrique ou suivre des traumatismes »

« Il y a beaucoup de familles qui se perdent dans toutes les démarches, par exemple les travailleurs saisonniers »

« Ici on est sur des territoires larges, pas toujours bien desservis par les transports en commun. Il y a des gens qui vont consulter à Nîmes mais tout le monde ne peut pas »

" Le coût aussi parfois c'est compliqué. Tout n'est pas remboursé à 100% »

De manière générale, ces difficultés d'accès aux soins se traduisent par des délais de rendez-vous très longs, engendrant un important renoncement aux soins, des retards de prises en charge ou encore des ruptures de parcours, qui rendent les situations de plus en plus complexes (phénomène d'autant plus marqué pendant la période de crise sanitaire). Le nombre insuffisant de professionnels de santé, spécialistes notamment, vient entraver le droit du patient au libre choix de son praticien, et peut bloquer les parcours de santé lorsque le patient n'adhère pas au seul praticien disponible. Par ailleurs, ce défaut d'accès aux soins peut également freiner l'insertion sociale et professionnelle (ex. besoin d'un certificat médical pour participer à des activités, attente d'une RQTH etc...).

Certains dispositifs actuels permettent d'améliorer l'accès aux soins, sans pour autant être suffisants compte tenu des besoins (ex. PASS d'Arles, agréments de psychologues Mon Psy, permanence médicale de l'hôpital d'Arles etc...). On peut raisonnablement espérer que l'attractivité des territoires va s'améliorer dans les années à venir compte tenu des nouveaux aménagements et dispositifs qui voient petit à petit le jour (Ex. travaux de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, développement progressif des structures d'exercice coordonné (à l'instar de la Maison de Santé La Tarasque). Concernant Arles, le Contrat Local de Santé (CLS) 2023-2028 a été co-signé par l'ARS, la commune, ainsi que l'hôpital Joseph Imbert, le 22 décembre 2023. Celui-ci, à travers son axe prioritaire « attractivité du territoire », devrait permettre de déployer des moyens (financiers et autres) afin d'inciter les professionnels de santé à s'installer et se maintenir sur le territoire Arlésien.

Le rôle des pouvoirs publics est primordial dans l'amélioration de l'attractivité du territoire dans sa globalité. Par ailleurs, il paraît essentiel de participer à soutenir et faire connaître les démarches existantes, et impulser de nouvelles actions.

6.3. Améliorer la prise en compte de la santé mentale au sein de toutes les populations

La santé mentale correspond à l'état psychologique d'une personne, à un moment donné, et fluctue par définition tout au long de la vie en fonction de multiples facteurs individuels, sociaux, sociétaux et environnementaux. L'existence de « trouble psychique » vient s'ajouter chez certaines personnes, sans pour autant de lien mécanique avec son bien-être mental. Par définition, la santé mentale concerne donc tous les individus, et pas seulement ceux qui présentent un trouble psychique.

Chaque année en France, 13 millions de personnes manifesteront un trouble, soit environ 1 personne sur 5. Par ailleurs, avec environ 9 000 décès annuels par suicide, la France présente l'un des taux de suicide les plus élevés d'Europe, la majorité des décès par suicide concernant les seniors de 75 ans et plus, suivis des adultes de 45 à 59 ans (majoritairement en lien avec un trouble psychique, en particulier la dépression). En région PACA, les taux annuels d'hospitalisations pour tentative de suicide, ainsi que la mortalité par suicide est plutôt modérée par rapport aux autres régions Françaises.

Sur le département des Bouches-du-Rhône, les données disponibles sur le site de l'Atlas de la santé mentale (2015) mettent en évidence une sur-représentation des prises en charge de l'adulte (18-64 ans) pour troubles de l'humeur et troubles psychotiques associés à une consommation plus élevée de psychotropes. En parallèle, on notait une part plus importante d'admission des jeunes ainsi que des seniors en psychiatrie via un service d'Urgences.

Impacts de la crise sanitaire COVID-19 : Dès mars 2020, la santé mentale de la population française s'est globalement dégradée sous l'effet de la crise sanitaire. Fin 2022, la vague 36 de l'enquête COVIPREV met en avant une dégradation de la perception des Français vis-à-vis de leur vie en général, ainsi qu'une augmentation des déclarations de problèmes de sommeil, d'anxiété, d'états dépressifs (surtout chez les jeunes de 18 à 24 ans) et des pensées suicidaires au cours de l'année 2022.

Au niveau local, les participants soulignent l'importance de favoriser la restauration ou le maintien d'une santé mentale positive, pour tous. Les professionnels mettent en avant 2 dimensions :

- Une pluralité des publics concernés : La santé mentale est l'affaire de tous, et les enjeux se retrouvent au sein de toutes les populations : enfants, jeunes, populations spécifiques (jeunes mères, personnes sans domicile stable, aidants familiaux), adultes et seniors.

« Beaucoup de pression liée à l'apparence, ils sont souvent peu à l'aide avec leur image, assez jeunes »

« Les relations sociales et affectives c'est une grosse inquiétude chez les jeunes. Nous on voit de plus en plus de prises de risques, scarifications et mêmes intentions suicidaires »

« Les aidants familiaux sont épuisés, ils doivent assurer de nombreux rôles à la fois. Ils souffrent en silence, par exemple quand leur proche doit entrer en établissement »

« Avant le COVID, on voyait des gens avec des symptômes de mal-être voire de dépression. Mais aujourd'hui ils parlent de suicide. Avec le COVID on est passé d'un mal-vivre ensemble à un mal-vivre tout court »

« De plus en plus d'anxiété, et un grand sentiment d'isolement chez les seniors »

- De multiples facteurs qui freinent les possibilités d'accompagnement : L'accès aux soins psychologiques et psychiatriques n'est pas toujours aisé, notamment pour les publics les plus vulnérables. Au manque d'offre de soins (notamment à domicile), vient s'ajouter le problème de la stigmatisation de la santé mentale qui reste encore souvent taboue, ainsi que des freins financiers, les prises en charge n'étant pas toutes remboursées et les places en institutions difficiles à obtenir.

« Il n'y a pas d'urgences psychiatriques à l'hôpital, ni unité d'hospitalisation pour adolescents en situation de crise »

« C'est mieux qu'avant mais c'est quand même encore très tabou pour les gens en général. Nous on repère des choses mais c'est difficile d'orienter, ils sont souvent réticents et puis on n'est pas toujours légitimes pour en parler »

« Ça reste un coût d'aller chez le psy. Au CMP, c'est long d'avoir une place »

De manière générale, la restauration ou le maintien d'une santé mentale positive pour tous implique de s'intéresser à tous les publics et à leurs enjeux spécifiques. Dans le cadre d'une approche globale, il est indispensable de ne pas borner les travaux à la notion de psychiatrie, mais de prendre en compte le bien-être de façon générale.

De nombreux dispositifs et dynamiques ont vu le jour au cours des années et ont permis d'améliorer l'accès aux soins notamment, sans pour autant être suffisants compte tenu des besoins (ex. remboursement de consultations psychologiques libérales avec le parcours Mon Psy, développement d'antennes de la Maison des Adolescents, déploiement des CMP, mise en place de permanences psychologiques dans certaines structures d'accompagnement social etc...). Fin 2023, après de nombreuses réflexions partenariales, ACCM a décidé, grâce à un soutien financier et technique de l'ARS, de lancer le déploiement d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) sur les communes d'Arles et Tarascon, afin d'affiner le diagnostic local et développer des groupes de travail thématiques.

Concernant cette thématique, l'enjeu est de taille puisqu'une grande diversité d'actions est à imaginer, en direction de tous les publics : coordination des professionnels pour optimiser les ressources, construction et/ou valorisation de réponses aux freins financiers et actions globales en faveur d'une déstigmatisation de la santé mentale et promotion de l'accès au soin psychique.

6.4. Promouvoir une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique régulière

Selon l'OMS, la nutrition englobe à la fois les aspects alimentaires et ceux en lien avec la dépense physique. Un régime alimentaire adapté et équilibré, et la pratique régulière d'une activité physique jouent en faveur d'une bonne santé, tandis qu'une nutrition inadaptée peut entraîner un affaiblissement de l'immunité et une sensibilité accrue à certaines maladies (ex. diabète).

Comportements alimentaires et activité physique

En 2017, l'Étude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition (ESTEBAN), révèle que :

- Activité physique et sédentarité : Seulement 53 % des femmes et 70 % des hommes atteignent les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique, avec une augmentation sur les dernières années du temps quotidien passé assis devant un écran. Chez les enfants, l'étude a mis en avant le même type de résultats : seulement 51% des garçons et 33% des filles atteignaient les recommandations de l'OMS, avec une tendance des 6-10 ans à être plus actifs que les 11-17 ans et une augmentation du temps passé quotidiennement devant un écran, surtout chez les garçons.
- Prévalence du surpoids et de l'obésité : 49% de adultes sont en surpoids ou obèses (54% des hommes et 44% des femmes), avec une surreprésentation des personnes les plus âgées, et celles ayant un faible niveau de diplôme. Chez les enfants, la prévalence du surpoids est de 17%, dont 4% d'obésité, sans différence entre les garçons et les filles. La maigreur concerne 13% des enfants. Comme pour les adultes, la prévalence du surpoids diminue avec l'augmentation du niveau de diplôme de la personne référente du foyer.
- Comportements alimentaires : Chez les adultes comme chez les enfants, on observe des comportements alimentaires souvent en inadéquation avec les recommandations sanitaires officielles : consommation trop importante d'acides gras saturés, de sel et de boissons sucrées, consommation trop faible de poisson et de fibres etc... Une nouvelle fois, l'étude a démontré que les personnes les plus diplômées rendaient davantage compte d'une alimentation conforme aux recommandations sanitaires officielles

Diabète :

En 2021, Santé Publique France a observé les taux d'hospitalisation pour différentes complications qui peuvent être liées au diabète (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, plaies de pied, amputation de membre inférieur)²². À âge égal, le taux de personnes traitées pharmacologiquement et hospitalisées pour ces complications est entre 1,4 et 2,7 fois plus élevé dans la population de personnes diabétiques que dans celle qui ne l'est pas.

En France, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) est estimée à 5,4% de la population en 2021, soit plus 3,6 millions de personnes. On observe un pic de prévalence entre 70 et 85 ans chez les hommes (1 homme sur 5 concerné) et entre 75 et 85 ans chez les femmes (1 sur 7). En région PACA la prévalence atteint 5,78%, soit plus que la moyenne nationale.

Par ailleurs, à âge identique, on note que la prévalence du diabète traité pharmacologiquement augmente en fonction de l'indice territorial de désavantage social, la prévalence étant 1,4 fois plus élevée chez les hommes (1,7 pour les femmes) résidant dans les communes métropolitaines les plus défavorisées que chez ceux qui résidaient dans des communes métropolitaines les plus favorisées.

²² Santé Publique France (2023, 26 juillet). Diabète. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/donnees/>

Impacts de la crise sanitaire COVID-19 : Les vagues d'étude n°3 et n°6 de l'enquête COVIPREV, respectivement proposées pendant la période de confinement, du 14 au 16 avril 2020, et du 4 au 6 mai 2020, ont mis en avant les résultats suivants :

- Un maintien moyen global des comportements d'avant-crise : maintien du poids (62%), des comportements de grignotage (61%), du fait de cuisiner des plats « maison » (59%), et de l'attention portée au budget alimentaire. Pourtant, malgré ce maintien moyen des comportements, on observe d'importantes disparités en lien avec la situation socio-économique des répondants, les indicateurs étant tous plus défavorables pour les personnes en situation financière « très difficile ».
- 57,6% des personnes interrogées pratiquaient moins de 30 minutes d'activité physique par jour, principalement les femmes et les personnes les moins diplômées notamment.

Au niveau local, les participants pointent les prévalences importantes de surpoids et diabète des habitants du territoire, chez les adultes, mais surtout chez les enfants, en lien avec une alimentation souvent peu équilibrée, un manque d'activité physique, et une grande précarité alimentaire qui rend difficile l'accès à une alimentation en qualité et quantité suffisantes.

« Pour le goûter, on est souvent sur des chips et du soda ou du Capri Sun. Mais quand même on voit l'évolution depuis qu'on travaille là-dessus, les parents donnent toujours des gâteaux industriels mais souvent accompagnés d'un fruit ou d'un jus de fruits »

« Peu de sport chez les adultes et les enfants. Le problème c'est que ça crée des problèmes de poids, qui à leur tour créent des difficultés physiques, comme des douleurs aux genoux »

« Pour certains enfants, le repas à la cantine c'est le seul vrai repas de la journée. Certains instits nous le disent, quand ils arrivent à l'école le lundi, ils ont faim »

Par ailleurs, les professionnels observent des problématiques dentaires, chez les enfants mais également les adultes, en lien avec une alimentation souvent trop sucrée, et une hygiène bucco-dentaire non adaptée.

De manière générale, les participants observent des problématiques récurrentes de surpoids, parfois associées à une maladie chronique (diabète principalement) et une hygiène bucco-dentaire qui semble inadaptée. Les aspects culturels et éducatifs, le manque ou la méconnaissance d'offres de services, ainsi que les situations de précarité alimentaire qui se multiplient, participent largement à maintenir ces difficultés.

La crise COVID-19, par la perturbation des rythmes de vie, le renforcement de la précarité et les restrictions imposées, a largement participé à maintenir voire aggraver ces difficultés.

Des leviers existent, et participent déjà à la réduction de ces difficultés. Au niveau national, le Programme National Nutrition Santé (PNNS4) fixe les objectifs, principes et orientation de la politique nutritionnelle, via des actions qui encouragent les choix favorables à la santé et respectueux de l'environnement, tout en réduisant les inégalités d'accès à une alimentation durable et de qualité. Au niveau local, diverses actions sont proposées : ateliers de sensibilisation à la nutrition dans diverses structures, dispositif de Sport Sur Prescription, développement de systèmes d'approvisionnement en produits de qualité...

Il paraît primordial que les actions existantes puissent être maintenues, et que de nouveaux projets soient développés (ex. actions probantes existantes sur d'autres territoires). Les cantines scolaires pourraient également représenter un acteur phare, puisqu'elles constituent une porte d'entrée importante pour donner goût aux aliments, et aider à instaurer des habitudes conformes aux recommandations.

6.5. Promouvoir un usage des écrans adapté à chaque âge

En 2019, la méta-analyse du haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) relative aux effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans²³ fournit un état des lieux des connaissances actuelles, ainsi que des recommandations appuyées sur les données scientifiques disponibles mais également, lorsque ces dernières font défaut, sur le principe de précaution. Le plus souvent, ce sont les comportements et l'environnement associés à l'usage des écrans (alimentation, sédentarité, sommeil etc...) qui sont identifiés comme causes potentielles des effets délétères associés aux écrans, plus que l'exposition elle-même. Il semble très difficile de tirer des conclusions généralistes, les effets des écrans étant liés à de multiples facteurs tels que l'âge des premières expositions, le type de support, la fréquence d'utilisation, la catégorie socio-professionnelle des parents etc... Les principaux effets étudiés et qui font l'objet de recommandations spécifiques portent sur le développement cognitif et physique des jeunes enfants (fonctions exécutives, résultats scolaires etc...), la vision, le bien-être mental et social, le sommeil, ainsi que le surpoids.

En France, les recommandations relatives à l'usage des écrans chez les enfants sont nombreuses. Certaines préconisent des temps d'usage, tandis que d'autres sont plutôt orientées vers des modalités d'utilisation. Malgré ces disparités, toutes convergent vers une même orientation : la régulation de l'usage, en fonction de l'âge de l'enfant. Afin de faciliter l'acquisition de ces recommandations et aider les familles à trouver le juste équilibre avec une précision d'âge simple, Serge Tisseron, psychiatre français, propose en 2008 la règle des 3-6-9-12, qu'il réactualise en 2017²⁴ : « Avant 3 ans, jouez, parlez, arrêtez la télé [...] de 3 à 6 ans, limitez les écrans, partagez les en famille [...], de 6 à 9 ans créez avec les écrans, expliquez lui les écrans [...] de 9 à 12 ans apprenez-lui à se protéger et à protéger ses échanges [...] Après 12 ans restez disponible, il a encore besoin de vous ».

Pourtant, en France, les études montrent que les recommandations ne sont pas toujours appliquées. L'étude longitudinale Elfe, menée entre 2013 et 2017 et publiée en avril 2023 par Santé Publique France²⁵, révèle que les enfants de 2 ans passent en moyenne 56 minutes par jour devant un écran. Ce chiffre passe à 1h20 à 3 ans et demi, et 1h34 à 5 ans, la télévision restant l'écran principal utilisé bien que sa part diminue avec l'âge au profit d'autres types d'écrans à partir de 3 ans et demi. L'étude montre par ailleurs des disparités d'usage, liées aux caractéristiques socio-démographiques et économiques de la famille, avec un usage plus important chez les familles les plus précaires notamment. Chez les plus grands, les études INCA 3 (ANSES, 2017) et ESTEBAN (SPF, 2017) rapportent que les durées moyennes quotidiennes d'écrans augmentent également avec l'âge des enfants : 1h40 de 3 à 6 ans, 5h à 11 ans et plus de 8h à 15 ans, avec des durées d'exposition plus importante chez les garçons que chez les filles. Des différences de pratiques apparaissent en fonction du genre à l'adolescence, les garçons ayant une nette tendance à préférer les jeux vidéo, et les filles les réseaux sociaux²⁶.

Impacts de la crise sanitaire COVID-19 : La vague d'étude n°6 de l'enquête COVIPREV, proposée du 4 au 6 mai 2020 (pendant le confinement), a mis en avant une augmentation du temps passé devant un écran sur le temps libre (temps de loisirs) durant le confinement pour 59% des personnes interrogées, avec un temps moyen de 5h quotidiennes. 23% des personnes ont même déclaré y consacrer plus de 7h par jour, en particulier les 18-24 ans. et les personnes les moins diplômées notamment.

²³ Haut Conseil de la santé Publique (2020). *Effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans : analyse des données scientifiques*. file:///C:/Users/b.antonelli/Downloads/hcspr20191212_effedelexposedesenfaetdesjeunauxcr.pdf

²⁴ Tisseron, S. (2017). 3-6-9-12 Apprivoiser les écrans et grandir. Broché

²⁵ Bernard, J. et al. (2023). Temps d'écran de 2 à 5 ans et demi chez les enfants de la cohorte nationale Elfe. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire Santé Publique France*, 6, 98-105

²⁶ Le monde. (Consulté le 23 mai 2023). *Adolescents : plus d'écrans, et une initiation aux drogues plus tardive*. https://www.lemonde.fr/pixels/article/2016/12/07/adolescents-plus-d-ecrans-et-une-initiation-aux-drogues-plus-tardive_5045033_4408996.html

Une étude Ipsos réalisée pour l'Union nationale des associations familiales (Unaf), révèle également qu'en 2021, la majorité des usagers passe plus de temps devant les écrans depuis le début de la crise sanitaire : 44% des parents et 53% des enfants déclarent que leur consommation d'écrans a augmenté. La quasi-totalité des appareils est concernée : +8% pour la télévision, +6% pour l'ordinateur, +23% pour la tablette et +11% pour le téléphone portable. L'étude rapporte que « les parents ont trouvé dans les outils numériques des usages positifs, pour des raisons d'organisation de la vie familiale (télétravail, école à la maison, maintien des liens...) » et que « Les écrans ont trouvé une place au sein de la famille, et il est difficile de revenir en arrière ».

Au niveau local, les professionnels et habitants font état d'un usage souvent problématique des écrans chez les enfants et les jeunes, à différents égards :

- Précocité d'exposition : Usage de plus en plus précoce des premières expositions, avec effets directs et indirects (sommeil, attention, langage, motricité, socialisation...)

" Ils sont sur les écrans de plus en plus jeunes. Les tout petits vont dans le sac de leurs mamans chercher le téléphone, ils l'ont même dans la poussette »

- Fréquence d'utilisation : Usage des écrans au détriment d'autres activités (scolarité, activités collectives, activités physiques...)

« Chez les enfants et les jeunes, on voit que les écrans prennent le pas sur toutes les autres activités. Ils y passent le plus clair de leur temps »

- Contenus inappropriés : Contenus violents et/ou pornographiques explicitement recherchés ou non

« Ils ont accès très jeunes à des contenus pas adaptés, violents, ou pornographiques même. Parfois ils les cherchent mais parfois pas, quand tu vas sur Tik Tok tu peux tomber sur des extraits de tout et n'importe quoi, rien n'est contrôlé »

- Accès précoce aux réseaux sociaux et manque de prévention : Harcèlement numérique, détérioration de l'image et estime de soi, contacts potentiels avec des prédateurs sexuels...

« Ils ont accès aux réseaux sociaux très jeunes mais ils ne savent pas ce que ça implique. Ils croient tout ce qu'ils voient, ça joue sur l'image de soi, et ça peut être dangereux, on sait pas sur qui on peut tomber »

Ces usages problématiques sont mis en lien avec les difficultés éducatives des parents, qui parfois manqueraient de connaissances concernant les effets des expositions aux écrans, et d'autres fois trouveraient dans les écrans un moyen de répondre à d'autres difficultés du quotidien (gestion des « crises », combler l'ennui des enfants, « maîtriser » les activités des jeunes etc...)

« Les parents pensent bien faire. Quand ils mettent les tout petits devant la tablette, en disant qu'ils vont apprendre le français parce qu'eux ne le parlent pas bien, ils pensent vraiment que ce sera bénéfique. Alors je leur explique que non, ça n'est pas devant l'écran que se construit le langage mais dans l'interaction »

« Les écrans pour les parents ça représente aussi un moyen d'occuper l'enfant et de savoir où il est et ce qu'il fait »

« Pour les plus petits, les écrans ça permet d'occuper dans le calme, souvent les immeubles sont mal isolés donc il faut trouver des activités calmes, pour ne pas embêter les voisins. Et puis ça permet à l'enfant de jouer seul et aux parents de s'occuper des plus petits »

De manière générale, les professionnels et habitants observent de multiples usages problématiques des écrans chez les enfants. Si les liens de causalité entre usage des écrans et troubles du développement ne sont pas scientifiquement démontrés, il existe tout de même des recommandations fondées sur le principe de précaution, qui ne semblent pas connues et/ou suivies par une grande partie des parents. Au-delà, les usages des écrans chez les enfants répondent souvent à des situations du quotidien, et apparaissent pour les familles comme des solutions permettant de répondre à certaines difficultés.

La crise COVID, par la perturbation des rythmes de vie, l'augmentation du temps passé à la maison, et le développement accéléré du « tout numérique », a participé à instaurer de nouvelles habitudes, augmenter encore les pratiques numériques de toutes les générations, et les étendre à tous les champs de la vie quotidienne : loisirs, travail, scolaire, relations sociales...

De plus en plus d'actions collectives sont proposées, à des fins de sensibilisation des familles et enfants/adolescents principalement, en établissements scolaires et hors temps scolaire (MDA 13 Nord, CODEPS 13, CIDFF...). Certaines de ces interventions visent une sensibilisation globale autour des usages des écrans (Ex. rythmes de vie), tandis que d'autres ciblent des thématiques bien particulières (Ex. identité numérique, « fake news », réseaux sociaux...). Face à l'ampleur du phénomène, et son évolution croissante, il paraît important de poursuivre et coordonner les actions de prévention déjà en place, et de développer de nouveaux projets de plus grande ampleur.

Dans ce cadre-là, il convient d'accompagner à la fois les professionnels de tous secteurs, dans l'évolution de leurs connaissances relatives aux impacts des écrans et le passage d'informations auprès des familles, mais également de participer directement à l'outillage des parents, afin de les accompagner dans la recherche d'alternatives adaptées aux écrans pour répondre à leurs difficultés du quotidien.

6.6. Accompagner les consommateurs de substances psychoactives

Substances psychoactives licites

Pour tous les types d'usages, l'alcool et le tabac sont les substances psychoactives les plus consommées en France.

Consommation de tabac : Le tabac fait plus de 8 millions de morts chaque année et reste la première cause de mortalité évitable avec plus de 75 000 décès estimés en France en 2015²⁷, dont 6 697 en Paca. D'après Santé Publique France, en 2022²⁸, les Français de 18 à 75 ans étaient près de 32% à fumer du tabac, dont 25% tous les jours, avec une surreprésentation de la consommation chez les hommes. Après une baisse du tabagisme quotidien entre 2016 et 2019 (de 29,4% à 24% en métropole), la prévalence reste stable depuis 2019. En 2021, la région PACA fait partie des 2 régions où la prévalence de la consommation quotidienne de tabac est la plus importante (29%). Outre les disparités géographiques, on note une influence des déterminants sociaux, la prévalence du tabagisme quotidien restant en 2022 nettement plus élevée lorsque le niveau de diplôme ou les revenus sont les plus faibles, ainsi que chez les personnes au chômage.

Consommation d'alcool : Bien que le volume global d'alcool pur consommé en France soit en diminution depuis les années 1960, la France reste parmi les pays les plus consommateurs au monde, au sixième rang des 34 pays de l'OCDE²⁹. En 2020 en France, on estimait à 41 000 le nombre de décès attribuables à l'alcool chaque année, dont 30 000 chez les hommes. Les diverses études montrent qu'en 2020, 23,6% des 18-75 ans dépassaient les repères de consommation, avec notamment 26% des 26-75 ans déclarant une consommation quotidienne. La région PACA fait partie de celles qui ont connu les plus fortes augmentations concernant les alcoolisations ponctuelles importantes mensuelles, atteignant 15,8% de la population en 2017^{Erreur ! Signet non défini.}

Consommation de protoxyde d'azote : Communément appelé « gaz hilarant », il est de plus en plus détourné de ses usages initiaux (cartouche pour siphon culinaire ou anesthésie) pour ses effets euphorisants lors de l'inhalation. Ces effets sont multiples et toxiques, à court et plus long termes³⁰. L'ANSES rapporte une très nette augmentation des cas d'intoxication en 2020, avec des conséquences neurologiques parfois graves et durables, en particulier chez les consommateurs réguliers. Ces usages concernent principalement les jeunes adultes, notamment étudiants (21-22 ans en moyenne), mais avec une hausse de la proportion de mineurs.

Impacts de la crise sanitaire COVID-19 : En avril 2020, dans le cadre de l'enquête COVIPREV (vague 2), 27% des fumeurs déclarent que leur consommation de tabac a augmenté, d'en moyenne 5 cigarettes par jour pour les fumeurs quotidiens, principalement en lien avec l'ennui et l'augmentation du stress. De la même façon, 11% des personnes interrogées déclarent avoir augmenté leur consommation d'alcool, principalement par plaisir mais aussi par ennui ou encore augmentation du stress.

²⁷ Bonaldi, C., Boussac, M., Nguyen-Thanh, V. (2019). Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire.15, 278-84

²⁸ Santé Publique France (2023, 16 mai). *La France compte toujours près de 12 millions de fumeurs quotidiens*. <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/en-2022-la-france-compte-toujours-pres-de-12-millions-de-fumeurs-quotidiens>

²⁹ Organisation Mondiale de la Santé (2018). *Global status report on alcohol and health*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=who-s-global-status-report-on-alcohol-and-health-2018-1&Itemid=270&lang=en

³⁰ ANSES (consulté le 16 mai 2023). *Protoxyde d'azote : des intoxications en hausse*. <https://www.anses.fr/fr/content/protoxyde-d%E2%80%99azote-des-intoxications-en-hausse>.

Substances psychoactives illicites

En France, la substance illicite la plus consommée est de loin le cannabis³¹. En 2021, 47% des adultes déclaraient l'avoir déjà expérimentée, et un adulte sur 10 en avait consommé au moins une fois dans l'année. Certaines personnes déclaraient une consommation régulière (3%), voire quotidienne (1,7%), les niveaux d'usage chez les hommes restant 2 à 3 fois plus élevés que chez les femmes, et ce d'autant plus que la consommation est intensive. La France se situe toujours en tête du classement européen et à un niveau comparable à celui du Canada³². En région PACA, les consommations sont globalement supérieures à la moyenne nationale : les adultes ont davantage expérimenté le produit et ils sont plus nombreux à en avoir fait usage dans le dernier mois, régulièrement, voire quotidiennement. De l'expérimentation à la consommation quotidienne, les usages de cannabis concernent majoritairement les jeunes générations : à 17 ans, plus de 40 % des adolescents en avaient déjà consommé en 2017³³. L'usage dans l'année diminue progressivement avec l'âge, passant de 25,8 % parmi les 18-25 ans, à 18,4 % parmi les 26-34 ans, 11,2 % chez les 35-44 ans et 1,9 % parmi les 55-64 ans³². Les premières expérimentations du cannabis en France interviennent relativement jeune (15,3 ans en moyenne)³³. Enfin, les résultats issus des différentes études révèlent que les pratiques de consommation de cannabis sont également liées à la situation sociale et économique. Ainsi, en 2020, si les plus diplômés ont tendance à davantage avoir consommé sur cannabis dans l'année, c'est le contraire en ce qui concerne les usages réguliers voire quotidiens, qui eux sont davantage rapportés par les personnes ayant un diplôme inférieur au BAC.

Derrière la consommation de cannabis, on retrouve de multiples autres drogues illicites, la cocaïne restant la deuxième substance la plus consommée en France, (600 000 consommateurs dans l'année), suivi de la MDMA (Ecstasy) (400 000 consommateurs)³¹. Si pour la majorité des drogues illicites, les pratiques d'expérimentation et usage dans l'année se maintiennent relativement stables dans le temps, l'usage de la cocaïne semble néanmoins augmenter, tout comme celle du crack, bien que son usage reste limité à un très faible nombre d'usagers. De la même manière, les pratiques d'expérimentation de champignons hallucinogènes et de MDMA sont elles aussi en augmentation entre 2014 et 2017.

Localement, les participants font état d'une multiplicité de produits consommés et de publics consommateurs. Tout comme au niveau national, les consommations les plus répandues concernent le tabac, l'alcool ainsi que le cannabis. Par ailleurs, les consommations de protoxyde d'azote et de cocaïne semblent augmenter, tout comme les psychostimulants en contexte festif.

« A l'hôpital, on voit principalement des consommateurs d'alcool et de cannabis »

« Pour tout ce qui est illicite, on dirait que ça a évolué. Le cannabis reste toujours le plus consommé, mais on a aussi de plus en plus de cocaïne, notamment cocaïne basée, mais les consommateurs sont plutôt hors QPV »

« Le protoxyde d'azote de plus en plus, surtout chez les jeunes. Il paraît qu'il y a des bars qui font un verre acheté, une bonbonne offerte »

« En contexte festif, on voit surtout des psychostimulants ou des drogues hallucinogènes »

³¹ Santé Publique France. (consulté le 14 mai 2023). Drogues illicites. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/drogues-illicites/donnees>

³² MILDECA (consulté le 14 mai 2023). L'essentiel sur les jeunes et le cannabis. <https://www.drogues.gouv.fr/l'essentiel-sur-les-jeunes-et-le-cannabis>.

³³ Spilka, S. et al. (2018). Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *Tendances*, 123

Les consommations pré-citées concernent les adultes, mais également les mineurs, qui semblent consommer certains substances de plus en plus jeunes, cannabis notamment. Les professionnels soulignent l'importance d'éviter le rapprochement systématique entre trafic et consommation : si le trafic de drogues est de plus en plus visible en QPV, les consommateurs n'en sont pourtant pas tous issus, loin de là. La consommation n'est pas uniquement question de classe sociale, notamment en ce qui concerne les produits les plus onéreux, tels que la cocaïne.

« Le cannabis, il est consommé par des jeunes comme des adultes. Par contre la consommation commence de plus en plus tôt, en particulier chez les jeunes déscolarisés et hors parcours d'insertion. A 12 ans, il y en a qui fument déjà »

« C'est vrai qu'une grosse partie du trafic se fait dans les QPV, mais les consommateurs eux, viennent de partout »

Par ailleurs, les professionnels soulignent l'importance d'accorder une attention particulière à certains publics spécifiques, particulièrement concernés par des problématiques de consommations (ex. SDF), et/ou dont les consommations peuvent avoir des effets particulièrement délétères (ex. femmes enceintes).

« Chez les SDF on le voit, les problématiques d'addictions sont de plus en plus présentes »

« Pour les futures mamans c'est un problème. On sait bien qu'il y a des problèmes de consommations d'alcool et de cannabis mais souvent elles ne le disent pas, ou alors ne veulent pas d'aide. Du coup c'est difficile pour nous d'agir, on a peu de leviers »

Au-delà des consommations elles-mêmes, qui varient différemment en fonction des publics et des substances considérés, les représentations autour de la consommation de produits, elles aussi évoluent. Les professionnels rapportent qu'aujourd'hui, les consommations semblent être de plus en plus banalisées, par les jeunes consommateurs notamment (illusion de contrôle), mais également les parents qui, sans le vouloir ni peut-être même s'en rendre compte, introduisent des prémisses à la consommation chez leurs enfants très jeunes déjà.

« A 10 ans on a des parents qui achètent des cigarettes électroniques à leurs enfants pour faire semblant. A partir de là déjà on voit bien qu'il y a un problème »

« Les jeunes sont dans une illusion de contrôle de leurs consommations. Beaucoup ne se rendent pas compte que les consommations jouent sur toute leur vie, et notamment sur leur parcours d'insertion. Tu fumes donc t'arrives pas à te lever, donc t'arrives pas à aller travailler etc... »

De manière générale, les témoignages des professionnels et des habitants rejoignent les résultats nationaux : la consommation de substances psychoactives concerne les adultes, mais également les plus jeunes, avec des consommations qui semblent de plus en plus précoces et banalisées. Les produits consommés sont variés, mais le tabac, l'alcool et le cannabis restent encore aujourd'hui les plus répandus, ce qui implique d'accorder une attention toute particulière aux consommateurs, et à ceux qui pourraient le devenir.

De nombreuses mesures sont déjà mises en œuvre dans ce cadre : centres d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) généralistes ou ciblés vers les plus jeunes (Groupe SOS Solidarités et Addictions France), actions de prévention collectives en milieux scolaires et hors temps scolaire (Addiction Méditerranée, MDA 13 Nord...).

Les enjeux autour de cette thématique restent nombreux, et il convient de travailler dans le sens d'un renforcement des actions existantes afin de les étendre à un maximum de public (« aller vers »), dès le plus jeune âge, et d'utiliser des programmes de prévention probants (lien avec le développement des compétences psychosociales notamment). Au-delà des interventions auprès des publics, des actions à destination des professionnels paraissent importantes pour assurer une cohérence des pratiques.

6.7. Favoriser le lien social et rompre l'isolement

En 2017, le Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE) définit l'isolement social comme « la situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger »³⁴, signifiant notamment qu'une personne visiblement très entourée n'est pas forcément protégée de l'isolement social. On distingue communément 5 cercles sociaux : familial, professionnel, amical, affinitaire et territorial, la situation d'isolement social étant évaluée au regard de la densité, qualité et périodicité des contacts de ces différents cercles.

Avec l'avancée en âge, les situations de rupture se font souvent de plus en plus présentes, et bien que l'isolement social puisse concerner tout le monde, il tend à s'accroître avec l'âge. Aujourd'hui, en France, on estime que 2 millions de personnes âgées de plus de 60 ans sont isolées de leurs familles et amis, dont 530 000 personnes âgées en situation de « mort sociale », c'est-à-dire sans ou quasiment sans contact avec les différents cercles de sociabilité³⁷. Il semble par ailleurs qu'à partir de 85 ans, une rupture significative des cercles de sociabilité s'opère en lien avec des contacts moins fréquents, une réduction des sorties et une perte d'autonomie qui s'accroît. Il est à noter que les situations sociales ont un impact sur les situations d'isolement, les personnes aux revenus modestes se sentant plus fréquemment isolées.

Au-delà des populations les plus âgées, certaines études mettent en évidence d'importantes situations d'isolement social au sein de l'ensemble de la population. Les différents Baromètres des Solitudes, publiés tous les ans et co-portés par la Fondation de France, le Crédoc et l'équipe de recherche du Cerlis, confirment une forte hausse de l'isolement relationnel au cours des 10 dernières années, avec plus de 3 millions de personnes isolées supplémentaires depuis 2010. En 2022, le sentiment de solitude reste très élevé, avec 11 millions de personnes touchées en France, soit 20% de la population de plus de 15 ans³⁵. Les jeunes seraient de plus en plus touchés par l'isolement social, notamment les 25-30 ans, en particulier ceux qui ont quitté le domicile parental, ne sont pas dans une relation amoureuse, et possèdent un faible niveau de diplôme.

Impacts de la crise sanitaire COVID-19 : Le baromètre des Solitudes 2021, réalisé pour la Fondation de France par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc)*, révèle que l'épidémie de Covid-19 a eu un fort impact sur la fréquence et la qualité des liens sociaux. En janvier 2021, 24% de la population âgée de 15 ans et plus se trouvait en situation d'isolement, avec seulement de très rares échanges avec son entourage, voire aucun (+10 points par rapport à l'année précédente). Concernant les plus jeunes, les situations d'isolement ont concerné 21% des 15-30 ans, soit une augmentation de 9 points en un an**. Sur cette période, 66% de la population de plus de 15 ans déclarait avoir espacé les visites avec la famille, 18% d'entre eux déclarant même que les liens avec leurs proches s'étaient détériorés. Une fois encore, certaines catégories de personnes semblent avoir été plus fortement touchées par la dégradation de ces liens : les personnes ayant de faibles revenus, au chômage, non-diplômées, ouvriers, et appartenant à des familles monoparentales.

* Berhuet, S., Hoibian, S. (2021). Les solitudes en France – un tissu social fragilisé par la pandémie. Sourcing Crédoc, Sou2021-4836.

** Fage. (Consulté le 22 avril 2023). *Enquête auprès des 18-25 ans : dans le contexte de crise sanitaire, économique et sociale, comment vont-ils, comment vivent-ils, comment se projettent-ils ?* <https://www.fage.org/news/actualites-fage-federations/2020-07-13,DP-Enquete-FAGE-IPSQS-Jeunes-Crise.htm>.

³⁴ Conseil économique, social et environnemental. (2017). *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité : avis et rapport*. <https://www.lecese.fr/travaux-publies/combattre-l-isolement-social-pour-plus-de-cohesion-et-de-fraternite>

³⁵ Riffaut, H., Dessajan, S., Saurier, D. (2022). *Solitudes 2022 : Regards sur les fragilités relationnelles*. <https://www.fondationdefrance.org/images/pdf/cp-2022/solitudes-2022-synthese.pdf>

Au niveau local, les professionnels et habitants s'accordent sur la pluralité des publics concernés par l'isolement social :

- Mères et familles : Les mères de famille se sentent souvent débordées par l'accumulation de tâches qui leur incombent, d'autant plus quand elles sont mères célibataires ou que leurs maris travaillent (éducation des enfants, gestion de la maison, gestion des rendez-vous...). Les opportunités de s'investir dans des activités pour elles seules se font rares, d'autant plus qu'elles sont nombreuses à avoir du mal à faire garder leurs enfants, par manque de place dans les structures ou en lien avec des freins psychologiques et culturels. L'isolement est renforcé par le sentiment d'insécurité qui semble régner de façon générale sur les QPV ces derniers-mois : sortir de chez soi, surtout avec les enfants c'est prendre le risque de s'exposer à des situations dangereuses (ex. « balle perdue »).

« C'est compliqué pour les mamans d'avoir du temps pour elles. On a beau proposer des choses, quand les maris travaillent et qu'elles doivent gérer tous les enfants, les rendez-vous, la maison, la cuisine, ça laisse plus beaucoup de temps »

- Seniors : Les habitants évoquent l'idée d'une rupture entre le passé, il y a quelques dizaines d'années, et le présent. Les liens sociaux et la solidarité qui existaient entre voisins auparavant, ne semblent plus d'actualité, la jeune génération n'ayant pas repris « le flambeau ». Les conséquences de l'isolement des seniors peuvent être multiples : psychiques (souffrance plus ou moins marquée), physiques (ex. chutes) et comportementales (ex. malnutrition voire dénutrition). L'isolement des seniors est renforcé par les difficultés de mobilité auxquelles ils sont confrontés (ex. crainte de prendre le bus, difficultés pour stationner en centre-ville), et les situations ont tendance à devenir de plus en plus problématiques à mesure que le repérage se complexifie via la diminution continue du nombre de professionnels se rendant à domicile.

« C'est pas facile tous les jours. Moi je suis veuf, mon fils vient me voir mais pas tous les jours. J'ai même pas envie de me faire à manger pour moi tout seul, je mange que des trucs tout préparés » (Habitant)

Au-delà, l'isolement des habitants s'illustre aussi à travers un sentiment « d'abandon » général de la part des pouvoirs publics, mais également des prestataires de services (commerçants, professionnels de santé etc...) qui semblent peu à peu désertier les QPV.

*« Les habitants des Ferrages se sentent abandonnés. S'ils crient au secours, il ne se passe rien. On nous promet des choses mais il ne se passe rien »
(Habitante)*

De manière générale, les situations d'isolement semblent s'accroître, en particulier depuis la crise sanitaire, au cours de laquelle la quantité et qualité des interactions sociales ont été drastiquement réduites.

S'il est vrai que les seniors, en particulier à partir de 85 ans, sont tout particulièrement touchés par les situations d'isolement, ils n'en sont pas les seules victimes. Les professionnels et habitants rapportent notamment un isolement important chez les mères de famille, mais également un sentiment d'abandon des habitants, qui se sentent délaissés par les pouvoirs publics et institutions.

Des actions existent, en particulier dans les QPV, pour répondre à ces problématiques. Au cœur de chaque QPV, les associations et structures de proximité (centres sociaux et maisons publiques de quartier) représentent de véritables ressources puisqu'elles proposent diverses activités aux habitants, permettant le partage et la création/maintien d'un lien social. Pour rompre l'isolement des seniors, le CCAS d'Arles anime des clubs seniors dans chaque QPV et en centre-ville d'Arles.

Il s'agit aujourd'hui de veiller à maintenir les actions existantes et les renforcer, tout en développant de nouvelles modalités d'action pour réussir à toucher de plus en plus de personnes (ex. développer des actions intergénérationnelles).

6.8. Promouvoir des comportements favorables à la santé

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci (...) »³⁶. Elle consiste à fournir les outils nécessaires pour que les individus puissent améliorer leur santé, par l'accroissement de leur capacité d'agir sur leur environnement (conditions de vie, facteurs économiques et sociaux, comportements individuels etc...). Cependant, si l'information et la prise de conscience paraissent essentielles à l'initiation d'un changement de comportement, les sciences sociales ont à maintes reprises démontré qu'elles ne sont pas suffisantes. L'adéquation entre connaissances, opinions et comportements représente un véritable enjeu en promotion de la santé et il existe de nombreux outils et méthodologies probants, ainsi que des acteurs ressources sur les territoires. Parmi la multiplicité de comportements qui peuvent être valorisés dans le cadre d'une approche de promotion de la santé, certains font l'objet d'actions d'envergure et de campagnes nationales (ex. dépistage, vaccination, examens bucco-dentaires).

Pratiques de dépistage – Cancer du sein et cancer colorectal

Parmi les cancers les plus fréquents, ces 2 maladies font l'objet de campagnes nationales de dépistage, qui s'adressent tous les 2 ans à des publics cibles. Les enjeux du dépistage sont importants puisque les pronostics sont liés au stade de développement de ces maladies : dépistés à temps, ils se guérissent dans 9 cas sur 10. En France, le recours au dépistage de ces cancers reste encore assez limité. En 2021, il atteint 50,6% des personnes concernées pour le cancer du sein³⁷, et 34,6% pour le cancer colorectal³⁸, bien en dessous des objectifs européens.

Au-delà des statistiques nationales, on observe de fortes disparités territoriales, les Bouches-du-Rhône se classant en fin de liste, avec un taux de participation au dépistage organisé de 33% seulement en 2021-2022 pour le cancer du sein³⁹. Concernant le dépistage du cancer colorectal, la région PACA présente également des statistiques inférieures à la moyenne nationale, avec 24,6% de participation.

Pratiques de vaccination

« La politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé, qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis de la Haute Autorité de Santé »⁴⁰. Le calendrier des vaccinations informe des recommandations vaccinales générales et particulières, en fonction de l'âge et de certaines caractéristiques. Si l'administration de certains vaccins est obligatoire pour accéder à certaines institutions (ex. écoles, centres de loisirs), d'autres sont simplement recommandés.

La vaccination a longtemps été considérée en France comme un pilier des politiques de santé publique, et bénéficiait à ce titre d'un large consensus au sein de la société Française⁴¹. Pourtant, dans les années 2000, une véritable « crise » de confiance dans la vaccination a été observée : en 2000, 8,5% des Français se déclaraient défavorables à la vaccination, proportion qui a grimpé à 9,6% en 2005 et a atteint 38% en 2010⁴², notamment suite à la campagne de vaccination conduite dans le cadre de la grippe H1N1 en 2009. Ces représentations négatives à l'égard de la vaccination se sont encore exacerbées au cours de la crise sanitaire du COVID-19.

³⁶ Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, *Conférence internationale pour la promotion de la santé " Vers une nouvelle santé publique "*, 17-21 novembre 1986, Ottawa (Ontario), Canada

³⁷ Institut national du cancer (2023, 25 mai). *Le programme des dépistages organisé des cancers du sein*. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>).

³⁸ Inspection générale des affaires sociales. (2022). – *Le dépistage organisé des cancers en France*. <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-059r.pdf>

³⁹ Santé Publique France (2023, 25 mai). *Dépistage du cancer du sein : quelle participation des femmes en 2021 ?* <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/depistage-du-cancer-du-sein-quelle-participation-des-femmes-en-2021>

⁴⁰ Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (2023, 26 mai). *Le calendrier des vaccinations*. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>).

⁴¹ Sansonetti P. (2017). *Vaccins : pourquoi ils sont indispensables ?* Paris : Odile Jacob

⁴² Limousi F., Gautier A., Cogordan C., Nugier A., Jestin C., Lydié N. (2015). Les réticences des parents face à la vaccination contre l'hépatite B en France : une enquête en ligne auprès de 5 922 parents. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 26(27), 485-491. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/26-27/2015_26-27_2.html

Les données disponibles sur le site SIRSE PACA montrent que, globalement, en 2020-2021, le recours à la vaccination est moindre sur Arles et Tarascon qu'aux échelles nationales, régionales et départementales en ce qui concerne :

- La grippe pour les plus de 65 ans : 59% sur Arles, 54,5% sur Tarascon, 62,3% pour la France ;
- Rougeole/oreillons/rubéole (ROR) pour les moins de 2 ans (schéma vaccinal de 2 doses) : 81,6% sur Arles, 80,7% sur Tarascon, 83,7% pour la France ;
- Méningocoque C chez les moins de 18 ans : 95% sur Arles, 96,2% pour la France. Ici, le recours à la vaccination est plus important sur Tarascon qu'à toutes les autres échelles, avec 98,1% de population vaccinée.

Prévention de la santé bucco-dentaire

« En France, les coûts directs des soins dentaires sont estimés à 11,1 milliards d'euros et les coûts indirects à 6,3 milliards d'euros selon l'OMS. Au-delà de l'inconfort qu'elles peuvent provoquer (douleur, mastication entravée, gêne importante...), elles favorisent la dégradation de la santé générale et du bien-être social »⁴³. Annoncé en novembre 2005 par le Ministre chargé de la santé sur cette période, le premier plan de prévention bucco-dentaire a été mis en œuvre à partir de 2007⁴⁴. Aujourd'hui, différents programmes de prévention nationaux sont proposés à destination des enfants, adolescents et jeunes adultes, ainsi que des femmes enceintes :

- Rendez-vous M'T dents : rendez-vous proposé tous les 3 ans, de 3 à 24 ans, pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie et sans avance de frais. Les soins consécutifs à cet examen sont également pris en charge à 100% et sans avance de frais.
- Examen bucco-dentaire chez les femmes enceintes : examen proposé à partir du 4^{ème} mois de grossesse, jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement, pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie, sans avance de frais. Si des soins dentaires sont nécessaires, ils sont pris en charge dans les conditions de remboursement habituel.

Les données disponibles sur le site SIRSE PACA montrent que le recours à au moins un acte dentaire dans les 18 derniers mois pour les moins de 16 ans est très inférieur localement, par rapport aux moyennes nationales, régionales et départementales : 62,8% sur Arles, 62,6% sur Tarascon, 72,2% sur les Bouches-du-Rhône, 71,8% sur PACA et 69,8% à l'échelle de la France.

Santé sexuelle

Globalement, les indicateurs de santé sexuelle de la population française sont satisfaisants par rapport à de nombreux pays : 80% des femmes de 15 à 48 ans utilisent un moyen de contraception, 80% des jeunes de 15 à 25 ans utilisent des préservatifs lors de leurs rapports⁴⁵ et 88% de la population juge « satisfaisante » ou « très bonne » sa vie sexuelle⁴⁶. Malgré tout, de nombreux autres indicateurs restent peu satisfaisants, et témoignent du travail de prévention qu'il reste à accomplir : un tiers des grossesses n'est pas prévu et aboutit 6 fois sur 10 à une interruption volontaire de grossesse⁴⁷, une recrudescence des infections sexuellement transmissibles notamment chez les jeunes et les populations les plus vulnérables⁴⁸, des discriminations notamment comportements homophobes⁴⁹, ou encore la survenue de violences sexuelles avec une femme sur 7 et un homme sur 25 déclarant avoir subi au moins une fois une forme de violence sexuelle⁵⁰.

⁴³ Société Française des Acteurs de Santé Publique Bucco-Dentaire (2023, 17 juin). *La santé bucco-dentaire : un enjeu de santé publique*. <http://aspsbd.fr/la-sante-bucco-dentaire-un-enjeu-de-sante-publique/>

⁴⁴ Ministère du travail, de la santé et des solidarités (2023, 17 juin). *Le plan de prévention bucco-dentaire*. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/le-plan-de-prevention-bucco-dentaire>

⁴⁵ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2016). *Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 : études et résultats*. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>

⁴⁶ Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf?ua=1

⁴⁷ Bajos, N., Bohet, A., Le Guen, M., Moreau, C. (2012). La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et sociétés : bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques*, 492

⁴⁸ Conseil national du sida et des hépatites virales. (2017). *Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes*. http://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/02/2017-01-19_avi_fr_prise_en_charge.pdf

⁴⁹ Velter A., Bouyssou A., Saboni L., Bernillon P., Sommen C., Methy N., et al. (2012). *Enquête presse gays et lesbiennes 2011*. http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/PDF/EPGL_ReunionAssos_2012.pdf

⁵⁰ Hamel, C., Debauche, A., Brown, E. et al. (2016). Viols et agressions sexuelles en France : enquête Virage. *Population et Sociétés*, 538. http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/25953/538.population.societes.2016.novembre.viols.ag_ession.sexuelle.fr.pdf

Dans ce contexte, viennent s'inscrire la stratégie nationale de santé sexuelle, et son agenda 2017-2030. Cette stratégie vise l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive en se basant sur des principes fondamentaux : la sexualité doit être fondée sur l'autonomie, la satisfaction et la sécurité, et doit de fait intégrer, au-delà de l'approche biomédicale, des approches psycho-sociales, communautaires environnementale et structurelle, dans le respect des droits humains⁵¹. Les actions qui découlent de cette stratégie globale sont nombreuses et variées : promotion de la vaccination contre le papillomavirus humain, dépistage du cancer du col de l'utérus, dépistage du VIH, accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse. Globalement sur ces thématiques, la région PACA et principalement le département des Bouches-du-Rhône souffrent d'indicateurs défavorables par rapport à la moyenne nationale.

Impacts de la crise sanitaire COVID-19 : Dès mars 2020, la diffusion du COVID 19 et le confinement qui en a découlé sont venus chambouler les schémas habituels de prévention et accompagnement sanitaires. En effet, les mesures de distanciation et de protection ont contraint à adapter le système de soins, et les nouvelles préoccupations liées au COVID sont souvent venues modifier les priorités des habitants, chez qui les opinions et comportements à l'égard de la prévention santé ont évolués.

Dépistage : Au regard du risque d'exposition et des mesures de confinement en vigueur, les invitations de personnes asymptomatiques et sans facteur de sur-risque de cancer dans le cadre des programmes de dépistage organisé ont dû être temporairement suspendues, suivant les recommandations de l'Institut national du cancer*.

Vaccination : L'enquête COVIPREV révèle qu'une part non négligeable de la population n'a « certainement pas » ou « probablement pas » l'intention de se faire vacciner contre le Covid-19 (entre 39 % des personnes sondées et 60 % selon la période de sondage. Au-delà du vaccin anti-COVID lui-même, il semble que le recours à certains autres vaccins ait été également perturbé. Une étude menée par l'Observatoire Régional de la Santé, l'Agence Régionale de Santé PACA et l'Assurance Maladie à partir de mars 2020 a mis en évidence une baisse du nombre d'enfants de moins de 5 ans vaccinés contre la rougeole et la rubéole pendant le confinement.

Interruptions volontaires de grossesses : Sur l'année 2020, la DREES a noté 11 000 IVG de moins que l'année précédente, avec une baisse très concentrée sur les conceptions lors de la période de confinement de mars à mai 2020)

* Sénat. (2021). *Journal officiel de la République Française*. https://www.senat.fr/questions/jopdf/2021/2021-03-18_seq_20210011_0001_p000.pdf.

⁵¹ Ministère des affaires sociales et de la santé. (2017). *Stratégie nationale santé sexuelle : agenda 2017-2030*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

Au niveau local, les professionnels mettent en avant des problématiques en lien avec :

- L'hygiène, notamment dentaire, chez les plus jeunes mais pas uniquement. Au-delà, certains professionnels font remonter des problématiques plus générales d'hygiène corporelle (mauvaises odeurs des enfants notamment)

« Les dents c'est quelque chose. Pas que chez les petits, les jeunes aussi, et même les adultes »

- La vaccination : Bien que certains vaccins soient obligatoires pour accéder à certains services (ex. centres de loisirs), il semble que les parents n'en soient pas toujours informés.

« La plupart des parents ne sont pas réticents pour le vaccin, mais ne savent pas qu'il existe »

- La sexualité / contraception : Il semble que l'information autour de cette thématique ne soit pas claire pour tous, jeunes comme adultes, en particulier les femmes. Par ailleurs, les professionnels pointent la difficulté d'accessibilité à l'avortement, pour les mineures notamment, sur le territoire. Les lieux ressources permettant l'avortement semblent limités, et la confidentialité prévue par la loi ne serait pas toujours respectée.

« Tout ce qui est moyens de contraception et avortement ça semble quand même pas bien clair pour tout le monde. Il faudrait plus d'ateliers pour informer les femmes »

« On a un gros problème sur le territoire, par rapport aux IVG des mineures. Très peu de professionnels en ville le font, et apparemment il y a des endroits où on demande que les parents soient prévenus alors que c'est pas légal d'obliger ça »

De manière générale, le recours à la majorité des comportements de prévention et notamment de dépistage restent limités dans notre département. Dans les Bouches-du-Rhône, les habitants ont par exemple moins recours au dépistage organisé du cancer du sein ou au bilan de santé bucco-dentaire pour les enfants de moins de 6 ans que dans l'ensemble de la région PACA, et cette tendance est encore plus marquée en ce qui concerne les territoires d'Arles et Tarascon.

Au niveau local, les professionnels viennent confirmer ces données, et déplorent un recours encore trop limité aux actions de prévention telles que le dépistage et la vaccination, notamment en lien avec un manque d'informations claires, et des difficultés d'accès à certains droits, tels que l'avortement.

Des actions existent à l'échelle des territoires, et notamment des QPV : ateliers de sensibilisation à la santé sexuelle par le CIDFF, ateliers de sensibilisation à l'hygiène en milieu scolaire par le CODEPS 13, territorialisation des campagnes nationales de vaccination par le Service Communal d'Hygiène et de Santé de la Ville d'Arles, promotion du dépistage du cancer du col de l'utérus par la CPTS etc...

Cependant, ces actions ne constituent que des premières pistes de réponse, et il paraît indispensable aujourd'hui de venir les compléter à l'aide d'autres dispositifs permettant notamment une facilitation de l'accès à l'information, à des consultations personnalisées, ainsi qu'au repérage et à l'orientation de situations complexes.

6.9. Soutenir / accompagner les populations en situation de handicap ou limitations fonctionnelles (dont troubles du neurodéveloppement)

L'accompagnement du handicap constitue l'une des priorités du quinquennat actuel du Gouvernement, à travers tous ses Ministères, et avec une ambition globale forte : l'inclusion sociale⁵². Développer une société inclusive exige de permettre à la personne en situation de handicap de construire un projet de vie au sein de la cité, du milieu éducatif et professionnel ordinaire, ainsi que des établissements et services spécialisés du secteur médico-social.

Handicap et scolarité : L'école inclusive.

Définie par la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République du 8 juillet 2013, le principe d'inclusion scolaire représente l'adaptation de l'école aux besoins de tous les élèves, dans un environnement prenant en compte les spécificités de chaque parcours. A la rentrée 2022, plus de 430 000 élèves en situation de handicap ont été accueillis dans les établissements scolaires, notamment dans les 10 272 dispositifs ULIS disponibles (Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire). Par ailleurs, 67 000 enfants ont été scolarisés en établissements hospitalier ou médico-social⁵³.

Handicap et emploi : l'entreprise inclusive

Selon les obligations légales (loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel), tout employeur occupant au moins 20 salariés doit employer des travailleurs en situation de handicap à hauteur de 6% de son effectif salarié (en 2023, ce taux atteint seulement 3,5% et progresse très lentement)⁵². Aujourd'hui encore, de nombreuses personnes en situation de handicap sont exclues de l'emploi : en France en 2023, 1,1 million de personnes en situation de handicap travaille. Bien qu'en diminution depuis 5 ans, le taux de chômage des personnes handicapées atteint 13%, soit près de 2 fois plus que celui de l'ensemble des demandeurs d'emploi. Lorsqu'elles travaillent, les personnes reconnues handicapées exercent une moins grande variété de métiers : 20 professions représentent 37% de l'emploi des personnes reconnues handicapées, contre seulement 25% de l'emploi des autres personnes⁵⁴.

Handicap et logement : l'habitat inclusif

La notion d'accessibilité est à dissocier de celle d'adaptabilité : un logement accessible respecte les obligations du code de la construction et de l'habitation, tandis qu'un logement adapté répond aux capacités et aux besoins précis de son occupant. Depuis le décret n°2015-1770, les bâtiments d'habitation collectifs et maisons individuelles à destination de vente ou locations sont soumis à des obligations d'accessibilité, et doivent être conçus pour s'adapter en cas de besoin pour prendre en compte l'apparition et l'évolution de la perte d'autonomie des personnes (ex. accessibilité des parties communes et des toilettes, ascenseur à partir du 3^{ème} étage etc...)⁵². Par ailleurs, les logements neufs comme anciens peuvent nécessiter des aménagements particuliers pour être adaptés aux besoins propres de l'occupant. Dans ce cas, plusieurs procédures et dispositifs existent pour accompagner les locataires ou propriétaires dans leur réalisation.

Handicap et mobilité :

En 2016, l'enquête de l'Observatoire de la Mobilité en Ile-de-France (OMNIL) révélait que 72% des personnes en situation de handicap âgées de 18 ans et plus possèdent le permis de conduire, contre 80% pour l'ensemble des Franciliens (60% chez les utilisateurs de fauteuils roulants). Par ailleurs, seulement 42% des utilisateurs de fauteuils roulants disposent d'un véhicule adapté à leurs besoins spécifiques. Près de la moitié des personnes en situation de handicap possèdent un abonnement aux transports collectifs, mais ce taux est bien inférieur chez les utilisateurs d'un fauteuil roulant (17%)⁵⁵.

⁵² Gouvernement (consulté le 04 juillet 2023). *Handicap : une priorité du quinquennat*. <https://www.gouvernement.fr/action/handicap-une-priorite-du-quinquennat>

⁵³ Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse (consulté le 04 juillet 2023). *La scolarisation des élèves en situation de handicap*. <https://www.education.gouv.fr/la-scolarisation-des-eleves-en-situation-de-handicap-1022>

⁵⁴ DREES. (2023). *Le handicap en chiffres - Édition 2023. Panoramas de la DREES*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/Handicap2023.pdf>

⁵⁵ STIF. (2016). *Enquête sur la mobilité des Personnes à Mobilité Réduite et en situation de handicap. Grandes enquêtes*, 4

La loi du 2 janvier 2002 prévoit l'obligation d'accessibilité de tous les bâtiments recevant du public, précisant que la personne en situation de handicap doit pouvoir évoluer de manière continue et sans rupture jusqu'à ces établissements, ce qui implique l'aménagement des voiries, de l'accès aux transports en commun etc...) ⁵⁶. Enfin, il existe des aides individuelles, permettant de faciliter la mobilité des personnes en situation de handicap (carte mobilité inclusion, aide aux déplacements, en compensation du handicap, aide exceptionnelle aux déplacements) ⁵⁷.

Handicap et accès aux droits : Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) sont présentes sur chaque territoire, et sont chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap et de leurs proches. Elles traitent environ 4,5 millions de demandes par an ⁵⁸. L'action globale du Gouvernement s'inscrit dans la stratégie relative aux droits des personnes handicapées 2021-2030, adoptée par la Commission Européenne en mars 2021, et visant à favoriser l'autonomie des personnes en situation de handicap, afin qu'elles puissent jouir de leurs droits et participer pleinement à la société et à l'économie. Cette nouvelle stratégie tient compte de la diversité des handicaps, et notamment des incapacités physiques, mentales, intellectuelles et sensorielles ⁵⁹. En termes de soutien financier, l'Allocation Adultes Handicapés (AAH) est octroyée sous certaines conditions aux personnes en situation de handicap. Fin 2021, 1,25 million de personnes bénéficiaient de l'AAH ⁶⁰.

D'après la DREES, en France, 7,7 millions de personnes de 15 ans ou plus déclarent une limitation sévère ou une restriction dans les activités quotidiennes en 2021 (soit 14% de la population environ), la région PACA faisant partie des territoires les plus concernés. La proportion de personnes handicapées augmente avec l'âge.

Par ailleurs, la DREES rapporte que 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021, soit 8,8 millions d'adultes et 0,5 million de mineurs. Le pourcentage de proches aidants culmine aux alentours de 60 ans : entre 55 et 64 ans, une personne sur quatre est concernée. Cette aide régulière prend principalement la forme d'une aide morale, suivie d'une aide dans les activités de la vie quotidienne et enfin d'une aide financière.

Les troubles du neuro-développement

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM5) définit les troubles neurodéveloppementaux (TND) comme « un ensemble d'affections qui [...] se manifestent typiquement précocement durant le développement, [...] et sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel. La gamme des déficits développementaux est variable, allant de limitations très spécifiques des apprentissages, ou du contrôle des fonctions exécutives, jusqu'à une altération globale des compétences sociales ou de l'intelligence ». Les recherches mettent en avant des facteurs de risques variés dans l'apparition des TND, notamment l'environnement dans lequel évolue l'enfant ⁶¹ : les vulnérabilités socio-économiques et psychoaffectives notamment

En France, on estime que 5 à 10% des enfants seraient concernés par un TND. Une étude de 2004 montre que les affections psychiatriques (intégrant à l'époque l'autisme, les déficiences intellectuelles et les troubles anxio-dépressifs), représentaient la première cause (28%) d'affection longue durée chez les enfants de moins de 15 ans, juste devant les pathologies neurologiques ⁶².

⁵⁶ Lebrun, P.-B., Laran, S. (2016). Le droit à la mobilité des personnes handicapées. Dans *Le droit en action sociale*, (p. 201 à 212). Dunod

⁵⁷ Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (Consulté le 23 juillet 2023). [Déplacements, transports et handicap](https://handicap.gouv.fr/deplacements-transport-et-handicap). <https://handicap.gouv.fr/deplacements-transport-et-handicap>

⁵⁸ Gouvernement (consulté le 04 juillet 2023). *Handicap : une priorité du quinquennat*. <https://www.gouvernement.fr/action/handicap-une-priorite-du-quinquennat>

⁵⁹ Commission Européenne. (Consulté le 04 juillet 2023). *Union de l'égalité : stratégie relative aux droits des personnes handicapées 2021-2030*. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1484&langId=fr>

⁶⁰ DREES. (2023). *Le handicap en chiffres - Édition 2023. Panoramas de la DREES*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/Handicap2023.pdf>

⁶¹ Haute Autorité de Santé (Consulté le 22 mai 2023). *Troubles du neurodéveloppement - Repérage et orientation des enfants à risque*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque

⁶² Vidal (Consulté le 22 mai 2023). *Troubles du neurodéveloppement : l'enjeu majeur du repérage*. <https://www.vidal.fr/actualites/28515-troubles-du-neurodeveloppement-l-enjeu-majeur-du-reperage.html>

L'accompagnement des TND implique une identification la plus précoce possible des facteurs de risques et/ou des signes d'appel. Le Gouvernement s'engage progressivement dans l'intervention précoce auprès d'enfants présentant des écarts inhabituels de développement, par la mise en place de différents dispositifs et actions, parmi lesquels on trouve la sensibilisation des professionnels de santé et de la petite enfance au repérage précoce et le développement de nouveaux outils et dispositifs spécifiques (guides de repérage, développement des Plateformes de Coordination et d'Orientation sur chaque territoire)⁶³.

Impacts de la crise sanitaire COVID-19 : L'enquête réalisée par l'Agefiph et l'Ifop en mai, juin et septembre 2020 (3 étapes) a permis d'appréhender le vécu des personnes en situation de handicap face à la crise sanitaire, en référence à différents volets :

- Impacts économiques : 61% des personnes en situation de handicap interrogées déclarent en mai 2020 s'en sortir difficilement avec les revenus du foyer, chiffre qui atteint 70% en septembre 2020 (53% pour le reste de la population).
- Impacts sur la santé physique et psychologique : En septembre 2020, près de 37% des personnes en situation de handicap interrogées ont le sentiment d'une dégradation de leur état physique et 32% de leur santé mentale. Les personnes en situation de handicap déclarent significativement plus de périodes de stress, nervosité ou anxiété (69% contre 41%), déclarent davantage avoir « mal vécu » le confinement (73% contre 60%), davantage d'épisodes de dépression (54% contre 11%), et elles se sentent plus fréquemment fatiguées (53% contre 29%).

Par ailleurs, la crise et les mesures prises pour limiter la propagation du virus ont provoqué des modifications importantes dans la vie de tous, et notamment des enfants avec la fermeture des écoles et la mise en place d'alternatives permettant de maintenir une continuité minimum d'apprentissage. Ces adaptations soudaines ont souvent entraîné des ruptures dans la scolarité, les apprentissages, et les interactions sociales nécessaires au développement, avec des conséquences d'autant plus importantes chez les enfants porteurs d'un trouble psychiatrique ou neurodéveloppemental*

Plus spécifiquement, certains professionnels soulignent que la crise sanitaire a eu un impact « terrible » pour les enfants, en particulier ceux avec autisme, qui ont perdu tous leurs repères alors qu'ils en ont cruellement besoin au quotidien**

* Trebossen, V., Khoury, E., Delorme, R. (2022). Impacts de la pandémie de Covid-19 sur les enfants et adolescents. *La Revue du Praticien*, 72(10), 1067-1070.

Au niveau local, les professionnels sont témoins de difficultés quotidiennes qui pèsent sur les personnes en situation de handicap et/ou limitations fonctionnelles, à différents niveaux :

- Des équipements/structures inadaptés : Malgré les réglementations en vigueur, il subsiste encore des difficultés d'accès à certains services, dont le logement

« Les logements sociaux ne sont pas toujours adaptés. Il y a souvent des baignoires par exemple, compliqué quand on a un handicap ou qu'on avance en âge »

- Des difficultés de mobilité accrues : La ruralité de notre territoire constitue un obstacle supplémentaire pour les personnes en situation de handicap physique notamment, celles-ci pouvant déjà avoir du mal à se déplacer faute de moyens de transport adaptés. Ces difficultés peuvent notamment engendrer un non-recours au soin.

« Sur notre territoire, on a le problème de la ruralité qui s'ajoute. Les transports spécifiques ne sont remboursés qu'en cas d'affection longue durée et/ou d'hospitalisation, sinon il faut se débrouiller pour se déplacer »

⁶³ Ministère du travail, de la santé et des solidarités (Consulté le 22 mai 2023). *Intervenir précocement auprès des enfants présentant des écarts inhabituels de développement*. <https://handicap.gouv.fr/engagement-2>

- Des difficultés dans le repérage et le diagnostic du handicap : Selon les professionnels interrogés, 2 types de freins viennent faire obstacle au repérage et au diagnostic d'un handicap : les difficultés financières et le manque d'information/lisibilité des démarches à effectuer et des critères retenus.

« C'est difficile d'être reconnu en tant que demandeur d'emploi avec une RQTH aujourd'hui, il faut faire des bilans spécifiques, pas accessibles à tout le monde puisqu'il n'y a pas d'outil de diagnostic gratuit »

« C'est souvent compliqué pour les gens de comprendre comment ça marche. Les critères, tout ça, même pour nous c'est un peu obscur »

Au sein de la thématique du handicap, les professionnels ciblent notamment la question des troubles du neurodéveloppement de l'enfant. Certains d'entre eux rapportent rencontrer de plus en plus de signes évoquant des troubles des apprentissages chez leurs publics, notamment au niveau de l'acquisition et du développement du langage. Ici encore, les professionnels interrogés soulignent les difficultés qui subsistent en termes de repérage et d'accompagnement de ces situations, tant en référence aux freins financiers (bilans et suivis non pris en charge par l'Assurance Maladie), qu'aux freins liés à une démographie paramédicale insuffisante (ex. accès à un orthophoniste en libéral ou institution).

" Le diagnostic est compliqué. Souvent les enfants ont besoin de bilans auxquels tout le monde n'a pas accès. Un bilan psychomoteur c'est 170 euros non remboursés, sans le suivi qui va avec "

" L'accès à un professionnel on sait bien comme c'est difficile. Trouver un orthophoniste c'est impossible, en libéral ou en institution c'est des listes d'attente énormes "

De manière générale, la région PACA fait partie des régions particulièrement touchées par le handicap, ce qui implique une action renforcée en direction de ces publics cibles.

Au niveau local, les professionnels font état de diverses difficultés, qui constituent des obstacles au repérage et à l'accompagnement des publics en situation de handicap : freins financiers et manque de lisibilité des démarches en particulier.

Des actions existent à l'échelle des territoires d'Arles et Tarascon, et viennent répondre en partie à ces difficultés. L'hôpital d'Arles et la CPTS du Pays d'Arles constituent 2 acteurs majeurs dans le travail autour du handicap et des TND, et pilotent tous 2 des actions primordiales dans le cadre du repérage et de l'accompagnement des TND :

- **Le développement d'une plateforme d'orientation et de coordination sur le territoire, qui constitue progressivement son propre réseau de professionnels libéraux et institutionnels et organise, en réponse à des demandes, les bilans et interventions nécessaires dans un délai le plus court possible et avec un remboursement des frais engendrés ;**
- **La mise en place de consultations spécifiques pour le repérage des TND, assurées par une pédiatre libérale sur Arles.**

De manière plus globale, différents acteurs sont mobilisés dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap, et notamment dans le cadre de dépôt de demande de prestations : la MDPH (permanence hebdomadaire), les CCAS, l'équipe du Programme de Réussite Educative ACCM etc... Au-delà, de plus en plus d'acteurs, associatifs notamment, ont pour cœur de prendre en compte les limitations fonctionnelles et le handicap dans leurs propositions d'actions, afin d'offrir à ces publics, un accès aux loisirs, à la culture, etc... C'est le cas par exemple du Comité Départemental des Offices Municipaux des Sports (CDOMS) avec la coordination du dispositif « Sport sur prescription ».

Aujourd'hui, l'enjeu réside dans la poursuite et le renfort des actions visant à outiller et sensibiliser les professionnels au handicap et troubles du neurodéveloppement, afin de faciliter le repérage et l'accompagnement. Par ailleurs, il semble primordial de poursuivre le développement des dispositifs permettant un accompagnement optimal des familles, en termes d'accès aux équipements et services (emploi, mobilité, santé etc...).

6.10. Lutter contre les violences physiques et morales

Violences intrafamiliales

« La violence domestique affecte les femmes de manière disproportionnée et les hommes peuvent également être victimes de violences domestiques. Les enfants sont des victimes de la violence domestique y compris en tant que témoins de violence au sein de la famille »⁶⁴

Parmi toutes les formes de violence, les violences intra-familiales occupent une place très importante. Après une légère stagnation entre 2016 et 2017, leur occurrence n'a pas cessé d'augmenter en France. En 2019, 44% des plaintes pour violences physiques ou sexuelles enregistrées par les services de sécurité concernent des violences commises au sein de la famille, ce qui représente 160 000 victimes (dont 41 000 mineures), et une augmentation de 14% en un an. La hausse des violences intra familiales s'est poursuivie en 2020 (+10%)⁶⁵, puis en 2022 (+41%)⁶⁶. Les victimes de violences intrafamiliales subissent presque exclusivement des violences physiques (96 %) lorsqu'elles sont majeures, alors que les violences sexuelles sont plus fréquentes à l'encontre des mineurs (60% des victimes ont moins de 15 ans)⁶⁵. Par ailleurs, la majorité des victimes adultes sont des femmes : 77 % lorsqu'il s'agit de violences physiques et 85 % pour les violences sexuelles. Si les violences conjugales occupent une place très importante dans ces données, les déclarations de violences intrafamiliales non conjugales sont en augmentation ces dernières années : + 16% entre 2020 et 2021, dont 13% pour les violences physiques et 26% pour les violences sexuelles, illustrant outre une augmentation hypothétique du phénomène, un contexte de libération de la parole et de l'accueil des victimes. Depuis 2016, les déclarations de violences intrafamiliales non conjugales ont augmenté de 90% pour les mineurs et 35% pour les majeurs⁶⁷.

Violences en milieu scolaire

L'amélioration du climat scolaire est devenue un enjeu majeur de la politique publique en matière d'éducation. En milieu scolaire, les violences peuvent revêtir différentes formes : coups, bousculades, insultes, harcèlement, cyberharcèlement, vols, violences sexuelles, discriminations (racistes, sexistes, homophobes...), dommages matériels... Les violences peuvent être commises par et dirigées vers tous : élèves, corps enseignant, personnel.

Les résultats des diverses enquêtes régulièrement réalisées en milieux scolaires révèlent que la violence se manifeste principalement par des atteintes verbales aux personnes, les garçons étant davantage impliqués que les filles dans les actes de violences, à la fois du côté des auteurs que des victimes. Entre élèves, une violence sur trois exercée par les garçons envers les filles est à caractère sexuel chez les plus jeunes, et une sur quatre chez les collégiens et lycéens. De manière générale, les violences commises par des élèves envers des filles s'exercent plus souvent dans le cadre d'un harcèlement⁶⁸.

Définies comme des « violences répétées », les déclarations de situations d'harcèlement en milieu scolaire ne cessent d'augmenter, en lien notamment avec l'utilisation croissante des nouvelles technologies de communication (téléphones portables, réseaux sociaux...) qui floutent de plus en plus la frontière entre l'école et la maison et entraînent une poursuite du harcèlement même en dehors de l'établissement scolaire. Les dernières enquêtes nationales estiment à 2,6% la proportion d'élèves subissant un harcèlement en CM1-CM2, 5,6% au collège, et 1,3% au lycée⁶⁹. Concernant

⁶⁴ Conseil de l'Europe. (2011). Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, Istanbul. <https://rm.coe.int/1680084840>

⁶⁵ INSEE (2021). Sécurité et société. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763591?sommaire=5763633>

⁶⁶ La gazette des communes. (Consulté le 22 avril 2023). Les violences intrafamiliales en hausse depuis la crise du covid.

<https://www.lagazettedescommunes.com/862895/les-violences-intrafamiliales-en-hausse-de-41-depuis-la-crise-du-covid/>

⁶⁷ Ministère de l'intérieur et des Outre-mer. (Consulté le 02 juin 2023). Les violences intrafamiliales non conjugales enregistrées les services de sécurité en 2021. <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/communiqués-de-presse/violences-intrafamiliales-non-conjugales-enregistrees-par-services>

⁶⁸ Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse (Consulté le 02 juin 2023). Résultats de l'enquête SIVIS 2021-2022.

<https://www.education.gouv.fr/resultats-de-l-enquete-sivis-2021-2022-aupres-des-ecoles-publiques-et-des-colleges-et-lycees-publics-344362>

⁶⁹ Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse (Consulté le 02 juin 2023). Politique de lutte contre le harcèlement à l'école.

<https://www.education.gouv.fr/non-au-harcèlement/politique-de-lutte-contre-le-harcèlement-l-ecole-289530>

le cyberharcèlement, le nombre de victimes de vidéos, photos et rumeurs humiliantes est passé de 4,1 % en 2015 à 9 % en 2018 (9,9 % des filles et 8,1 % des garçons), selon les chiffres de la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO). 25 % des collégiens déclarent avoir connu au moins une atteinte via les nouvelles technologies, et 14 % des lycéens disent avoir fait l'objet d'une attaque sur internet⁷⁰.

En réponse à ces enjeux grandissants, le Gouvernement a décidé depuis 2017 d'accélérer la lutte contre le harcèlement et le cyberharcèlement avec la mise en œuvre du programme PHARE, qui s'appuie sur un réseau de 400 référents académiques et départementaux chargés de traiter les situations de harcèlement signalées par les chefs d'établissements et sur les plateformes téléphoniques du 3020 et 3018, ressources contre le cyberharcèlement⁷¹.

Impacts de la crise sanitaire COVID-19 : La période de crise sanitaire semble avoir de façon générale modifié les violences pré-existantes, mais dans des directions différentes. Si en 2020 la plupart des indicateurs de délinquance enregistrée par les services de police et de gendarmerie a fortement reculé, y compris dans les QPV*, les violences intra familiales, elles, semblent s'être exacerbées. Le rapport de la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) de juillet 2020 propose une analyse de l'évolution des violences intrafamiliales pendant le confinement de mars à mai 2020 et révèle une nette augmentation des signalements de violences sur cette période. Le numéro 3919, destiné aux femmes victimes de violences a reçu 44 235 appels sur la période, avec un pic en avril 2020**. Par ailleurs, le 116 006, numéro d'aide aux victimes en tout genre, ainsi que la plateforme en ligne « Arrêtons les violences » ont reçu davantage de signalements de violences conjugales sur la période (4,4 fois plus de chats sur la plateforme qu'en 2019). Dans le même sens, les signalements réalisés par des tiers ont également augmenté : voisins, famille et amis ont davantage contacté les différents supports sur cette période, pour alerter de situations violentes. Le rapport de la MIPROF indique une augmentation des interventions à domicile pour différend familial de 42% par rapport à 2019.

* Ministère de l'Intérieur et des Outre-mer. (Consulté le 22 mai 2023). Insécurité et délinquance en 2021 : bilan statistique. <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Insecurite-et-delinquance-en-2021-bilan-statistique>

** Moiron-Braud, E. (2020). Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions. <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/sites/efh/files/migration/2020/07/Rapport-Les-violences-conjugales-pendant-le-confinement-EMB->

Au niveau local, les professionnels rapportent principalement 2 types de violence :

- Violences intrafamiliales : Les violences conjugales sont majoritairement abordées, et les professionnels soulignent que les situations rencontrées concernent principalement les femmes, de toutes classes sociales. Une enquête récemment réalisée à l'hôpital d'Arles a mis en avant que 30% des femmes fréquentant les Urgences déclarent avoir déjà été ou être actuellement victimes de violences.

Par ailleurs, les professionnels, notamment de santé, déclarent être parfois confrontés à des soupçons de violences intrafamiliales sur enfants. Ils précisent que ces situations sont délicates à traiter, car elles impliquent le déclenchement de mesures sociales dans lesquelles les professionnels se sentent souvent seuls et peu sécurisés et accompagnés.

Enfin, certains professionnels, issus du secteur social principalement, rappellent que les violences intrafamiliales peuvent également être commises par un enfant, en direction d'un parent, notamment lorsque celui-ci avance en âge, et/ou lorsque l'enfant avance dans

⁷⁰ Public Sénat (Consulté le 02 juin 2023). *Harcèlement scolaire : nos préconisations n'ont pas réellement été prises en compte.*

<https://www.publicsenat.fr/actualites/societe/harcelement-scolaire-nos-preconisations-n-ont-pas-reellement-ete-prises-en-compte>

⁷¹ Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. (Consulté le 02 juin 2023). *PHARE : un programme de lutte contre le harcèlement à l'école.* <https://www.education.gouv.fr/non-au-harcelement/phare-un-programme-de-lutte-contre-le-harcelement-l-ecole-323435>

l'adolescence ou devient un adulte, de surcroît lorsqu'il consomme des substances psychoactives.

« Ca va aussi dans l'autre sens. Il y a aussi des parents, notamment des personnes qui prennent de l'âge, qui ont peur de leurs enfants. Quand ils deviennent adolescents ou adultes, et si en plus ils consomment, ils peuvent être très violents et plus forts que les parents »

- Violences en milieu scolaire : Les professionnels exerçant auprès d'enfants témoignent de l'augmentation des tensions et conflits entre élèves, notamment en lien avec la montée en puissance des situations d'harcèlement. Les conséquences sont nombreuses, tant sur la santé globale de l'élève (physique, psychologique et/ou sociale), que sur sa scolarité (décrochage scolaire)

« On voit de plus en plus de tensions entre les enfants, ils sont nombreux à souffrir d'un mal-être à l'école, ça peut être à cause de situations de harcèlement ou de la pression qui est mise par les parents [...] ça peut aller jusqu'au décrochage scolaire »

De manière générale, les déclarations de situations de violences, de toutes sortes, semblent avoir augmenté au fil des années, notamment pendant la période de crise sanitaire. Au-delà d'une potentielle augmentation des violences elles-mêmes, on note surtout une véritable libération de la parole, grâce une sensibilisation et un accompagnement de plus en plus importants du grand public comme des professionnels.

Au niveau local, les participants viennent confirmer l'existence de ces violences, et les professionnels font état de leurs difficultés à accompagner ces situations, notamment parce qu'ils se trouvent parfois très seuls face aux procédures prévues par les institutions.

Des actions individuelles et collectives existent, et nos territoires comptent quelques acteurs phares dans la lutte contre les violences, qui œuvrent au quotidien pour sensibiliser et accompagner les professionnels et/ou le grand public. On retrouvera notamment les interventions du CIDFF dans le cadre de permanences hebdomadaires (ex. à la maternité de l'hôpital d'Arles) ou de rendez-vous individuels avec divers professionnels, ou encore les ateliers de la Maison des Adolescents 13 Nord auprès des plus jeunes. Par ailleurs, des actions de grande envergure se développent en parallèle, comme en témoignent le développement progressif des solutions d'hébergement pour femmes victimes de violences (portées par divers acteurs tels que le groupe SOS, le CCAS d'Arles, ou encore l'Association Maison d'Accueil) et l'ouverture récente d'une Unité Médico-Judiciaire (UMJ) par l'hôpital d'Arles.

Les actions de sensibilisation et de prévention constituent un moyen efficace pour libérer la parole et faire connaître les acteurs ressources en matière de lutte contre les violences. Il paraît donc primordial que ces actions soient maintenues et renforcées. L'enjeu autour de cette thématique réside également dans la coordination des professionnels, afin que ceux-ci puissent gérer les situations individuelles de la façon la plus efficace et sereine possible, en évitant de se sentir seuls et démunis.

6.11. Faciliter l'accès aux droits

Le Ministère de la Justice pose que « toute personne, quel que soit son âge, sa nationalité, son niveau de vie, ou le lieu où elle habite, doit pouvoir connaître ses droits et ses obligations, et être informée sur les moyens de faire valoir ses droits ou d'exécuter ses obligations »⁷². L'aide à l'accès au droit, définie dans la loi du 18 décembre 1998, consiste à offrir, dans des lieux accessibles à tous, des services d'information, d'orientation, d'aide aux démarches et d'assistance.

Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, le Gouvernement s'est engagé à « améliorer l'accès aux droits et rendre la vie quotidienne plus facile ». Par ailleurs, depuis 2019, le Gouvernement s'attache à développer des mesures permettant de renforcer l'accès aux soins des personnes vulnérables, notamment en situation de précarité : mise en œuvre de la complémentaire santé solidaire (CSS), déploiement de services médico-sociaux pour les plus précaires (ex. permanences d'accès aux soins de santé, équipes mobiles), renfort du soutien psychologique et psychiatrique (ex. mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale) etc...

Malgré ces efforts, on compte encore de nombreux usagers qui, chaque jour, sont confrontés à des difficultés dans l'accès à leurs droits. En 2017, une personne sur cinq éprouvait des difficultés à accomplir les démarches administratives courantes⁷³, les personnes en situation de précarité étant souvent les plus concernées : une personne précaire sur quatre est confrontée à ce type de situation contre 17 % des personnes ne déclarant pas de difficultés financières. Concernant spécifiquement la santé, le taux de non-recours aux droits atteignait 44% en 2018 pour la couverture maladie universelle complémentaire, et 67% pour l'aide au paiement de la complémentaire santé⁷⁴. En 2023, une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques⁷⁵ révèle que les raisons du non-recours sont diverses, la principale restant le manque d'information, suivie de la complexité des démarches, la crainte de conséquences négatives, et enfin le souhait de s'en sortir par soi-même. Le non-recours pèse principalement sur les personnes les plus vulnérables, notamment en situation de précarité, et entraîne d'importantes conséquences : difficultés budgétaires accrues, dégradation de la santé, difficulté d'accès ou de maintien dans le logement ou dans l'emploi etc...

Avec l'accélération de la transformation numérique de l'administration pour toutes les démarches administratives « clefs », la lutte contre la fracture numérique est devenue indispensable pour garantir l'égalité d'accès aux droits. Si elle peut effectivement faciliter et accélérer certaines démarches, la dématérialisation représente encore aujourd'hui un frein très important dans l'accès aux droits de nombreuses personnes, 15 % de la population de 15 ans et plus se trouvant encore en 2021 en situation d'illectronisme, c'est à dire ne disposant pas des compétences numériques de base ou des outils technologiques adaptés⁷⁶. En région PACA, les chiffres sont comparables, avec un taux de 16%, soit 660 000 habitants en situation d'illectronisme. La région PACA se distingue cependant de la moyenne nationale par une moindre utilisation d'Internet au quotidien, et une maîtrise plus réduite des outils numériques, en particulier dans l'arrière-pays, plus âgé. Ainsi, le taux d'illectronisme dépasse les 20% dans quelques bassins de vie, dont le Pays d'Arles, alors qu'il n'atteint que 15% dans les métropoles de la région.

De manière générale, l'illectronisme est particulièrement répandu chez les seniors (62% des 75 ans et plus, et 24,2% des 60-74 ans), les plus modestes (9% des ouvriers contre 2% des cadres mais également 53% de retraités anciens ouvriers, contre 10% de retraités anciens cadres) et les moins diplômés.

⁷² Justice.fr (Consulté le 23 mai 2023). Connaître vos droits. <https://www.justice.fr/conna%C3%A0tre-vos-droits>

⁷³ Défenseur des droits (consulté le 23 mai 2023). *Enquête sur l'accès aux droits – volume 2*. <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/enquete-relations-usagers-servpublics-v6-29.03.17.pdf>

⁷⁴ Vie publique. (Consulté le 23 mai 2023). *Comment lutter contre le non-recours aux prestations sociales ?* <https://www.vie-publique.fr/en-bref/274497-comment-lutter-contre-le-non-recours-aux-prestations-sociales>

⁷⁵ DREES (2023.) Prestations sociales : pour quatre personnes sur dix, le non-recours est principalement lié au manque d'information. *Etudes et Résultats*, 1263

⁷⁶ Bendekliche, H., Viard-Guillot, L. (2023). 15% de la population est en situation d'illectronisme en 2021. *INSEE première*, 1953

Impacts de la crise sanitaire COVID-19 : Entre 2019 et 2021, l'illectronisme a légèrement baissé, sous l'effet des modifications de comportements induites par la crise sanitaire. Il a diminué davantage chez les 60 ans ou plus, atténuant la fracture numérique entre générations, mais moins pour les personnes les plus modestes. Les inégalités se sont donc creusées entre les plus et les moins aisés : en 2021, les plus modestes ont 6,5 fois plus de risques d'être en situation d'illectronisme que les plus riches, contre 4,2 fois en 2019*.

Par ailleurs, au-delà des usages, l'équipement en outils numériques a lui aussi connu une progression importante depuis 2020, 84% des personnes étant aujourd'hui équipées d'un smartphone (+7 points par rapport à 2020), et 56% possèdent une tablette numérique (+ 14 points). 85% des foyers sont équipés d'Internet aujourd'hui*.

L'étude réalisée en 2020 par le COMPAS révèle qu'au regard de l'indice de rupture face au numérique, ACCM est dans une position plus défavorable que la moyenne française. Par ailleurs, tous les QPV présentent un indice supérieur à ACCM dans sa globalité, les QPV de Griffeuille et Trébon, puis dans une moins mesure Barriol, se distinguant avec des indices élevés. Par ailleurs, l'étude montre que les besoins en termes d'accès aux droits sont particulièrement importants sur ACCM, les quartiers de Barriol, Le Trébon et le Centre historique – Ferrages étant respectivement les plus concernés**.

* Vie Publique. (Consulté le 23 mai 2023). *Fracture numérique : l'illectronisme touche plus de 15% de la population*. <https://www.vie-publique.fr/en-bref/290057-fracture-numerique-lillelectronisme-touche-plus-de-15-de-la-population>

** Cité Ressources. (2021). *Détecter les fragilités sociales révélées par la crise sanitaire pour orienter vos actions* - Sonar - CA d'Arles-Crau-Camarque Montagnette (ACCM).

Au niveau local, les professionnels et habitants font remonter la problématique de la fracture numérique, qui touche toute une partie de la population, particulièrement en QPV. La dématérialisation des démarches se généralisant, et les permanences physiques des institutions se faisant de plus en plus rares, les habitants se voient contraints d'effectuer leurs démarches en autonomie malgré ces difficultés.

« Il y a de moins en moins d'institutions qui ont des permanences physiques, en particulier sur les QPV. Ça se retire progressivement »

Loin d'être réservées aux seniors, ces difficultés touchent également les plus jeunes, et sont à la fois liées à un manque de matériel numérique, et à des difficultés dans l'usage de celui-ci.

« On a une grosse fracture numérique sur les QPV. Entre mes gens qui n'ont pas d'ordinateurs, et ceux qui ne savent pas se servir d'Internet. C'est pas facile de tout faire sur un téléphone »

« Attention, il ne faut pas croire que ça concerne que les personnes âgées. Les jeunes ils ont beau être toujours sur leur téléphone, il y en a plein qui savent pas envoyer un mail ou un document »

Bien que plusieurs acteurs soient présents sur les territoires pour accompagner les habitants dans leurs démarches (institutions et associations), leurs moyens semblent encore limités, tant en termes de ressources humaines que matérielles.

« Heureusement qu'il y a le centre social, on nous aide beaucoup » (Habitante)

« Dans les centres sociaux et les maisons de quartier on reçoit beaucoup de sollicitations, et il y a plusieurs associations qui interviennent aussi. Mais on n'a pas assez de personnel pour y répondre et puis pas le matériel adapté. Les bornes numériques elles marchent que sur certaines applications, on peut pas imprimer, et le compte se déconnecte hyper vite »

Par ailleurs, au-delà de la fracture numérique, l'accès aux droits est parfois freiné par des facteurs individuels, certaines personnes manifestant une véritable crainte de l'outil numérique, en particulier les personnes âgées.

« L'idée c'est d'accompagner les gens et pas de faire à leur place mais parfois c'est compliqué, on a des gens qui refusent de s'y mettre, et même qui en ont peur. Les plus âgés par exemple, ils n'ont pas l'impression que les démarches sont faites tant qu'ils n'ont pas rempli un papier »

Enfin, les participants rapportent que les démarches administratives sont souvent repoussées lorsqu'elles ne revêtent pas un caractère « d'urgence », le quotidien des habitants étant déjà bien occupé par des problématiques qui paraissent prioritaires (ex. gestion serrée du budget, gestion de la famille et du logement etc...).

« Les démarches sont souvent repoussées à plus tard quand il n'y a pas de besoin immédiat. La mutuelle par exemple, tant qu'il n'y en a pas besoin on repousse, mais le jour où ça arrive on est embêté »

Les difficultés d'accès aux droits sont également accrues par le manque de lisibilité et les contraintes institutionnelles des démarches auxquelles sont soumis les habitants. Il paraît souvent compliqué de voir clair dans la multiplicité d'acteurs institutionnels, et de comprendre les complémentarités des différents dispositifs proposés. Ces multiples allers-retours peuvent retarder les prises en charge, et ainsi entraîner l'aggravation de certaines situations.

« Les habitants se retrouvent quand même souvent renvoyés vers les uns et les autres. Déjà que pour nous c'est pas toujours clair »

« Le problème de tous ces dossiers c'est qu'en attendant, les situations elles s'aggravent »

De manière générale, les professionnels et habitants déplorent une détérioration de l'accès aux droits, principalement dans les QPV où les besoins sont très importants, et les ressources personnelles paradoxalement relativement limitées. En effet, la logique du « tout numérique » vient se confronter à une importante problématique de fracture numérique, qui, associées à des freins individuels et des fonctionnements institutionnels parfois peu lisibles, entraîne un retard dans la réalisation des démarches administratives, et une aggravation de situations déjà préoccupantes.

La crise COVID-19, bien qu'elle ait entraîné pour une certaine partie de la population, une progression en termes d'équipement et d'usages numériques, a largement participé à creuser encore davantage les inégalités sociales, la progression pour les plus modestes ayant été bien plus limitée que celle des plus aisés.

Des ressources existent, et participent déjà à la réduction de ces difficultés. De multiples associations et institutions interviennent, de manière individuelle et/ou collective, pour accompagner les habitants dans leurs démarches administratives et ainsi garantir l'accès à leurs droits.

L'enjeu est de taille puisqu'il vise à faire gagner les habitants en autonomie dans leurs démarches, et ainsi leur permettre d'avoir un contrôle plus important sur leurs droits, leur santé, leurs interactions sociales etc... Pour autant, il paraît primordial de maintenir un accompagnement individuel permettant l'accès aux droits pour les personnes non autonomes. Il s'agit donc aujourd'hui de veiller à ce que ces accompagnements perdurent, tout en s'assurant que les différentes actions proposées soient bien complémentaires, et que les usagers y soient bien orientés en fonction de leurs besoins et possibilités, dans un objectif de montée en compétences lorsque cela est possible.

6.12. Soutenir la parentalité

Le Comité National du Soutien à la Parentalité, définit la parentalité comme « l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent ». La notion de parentalité inclut alors différentes dimensions de la fonction parentale (matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale) et qualifie le lien entre l'adulte et l'enfant, dans l'environnement spécifique social et éducatif dans lequel vivent les familles. Il existe donc autant de « parentalités » et de « familles » différentes que de contextes et histoires de vie, soit une infinité.

La parentalité est aujourd'hui considérée comme un véritable « objet social », ce qui lui confère une place toute particulière au sein de priorités des politiques publiques à travers la question du « soutien à la fonction parentale »⁷⁷. Cette action publique auprès des parents consiste à les accompagner dans leurs responsabilités d'éducation et de soin. « Elle constitue tout autant une réponse aux attentes que nombre d'entre eux expriment, qu'une politique de prévention précoce, généraliste, universelle de l'ensemble des risques pesant sur les familles : décrochage scolaire, conséquences néfastes des ruptures familiales sur les enfants comme les parents, dérives sectaires ou radicales d'un membre de la famille, troubles de santé spécifiques à l'enfance et à l'adolescence, parcours de délinquance, violences intrafamiliales... »⁷⁸.

La pluralité des situations familiales et parentales, et l'évolution de celles-ci dans un contexte social qui est lui-même en mouvement permanent, conduit à revoir sans cesse nos représentations, et à adapter les propositions qui sont faites dans le cadre du « soutien parental ». Ces dernières décennies, les structures familiales ont rapidement évolué : un enfant sur 5 vit dans une famille monoparentale, constituée dans 82% des cas d'une mère avec un ou des enfants et plus fortement exposée à la précarité que les autres types de familles, et un enfant sur neuf vit dans une famille recomposée. Par ailleurs, les familles sont confrontées à l'émergence de nouvelles questions telles que l'utilisation de nouveaux modes de communication par les jeunes (accès aux réseaux sociaux, utilisation de smartphones...) par exemple. Dans ce contexte, plus de deux parents sur cinq jugent aujourd'hui difficile l'exercice de leur rôle de parent⁷⁸.

Les difficultés et questionnements liés à la parentalité peuvent être nombreux, et concernent de fait un très large panel de la population : parents, futurs parents, personnes en désir d'enfants, ou tout simplement personnes désireuses d'avoir accès à des informations à ce sujet. Ainsi, le soutien parental revêt de nombreuses formes, bien qu'il repose tout de même sur quelques principes de base listés dans la Charte nationale de soutien à la parentalité du 29 juillet 2022⁷⁹, parmi lesquels la valorisation de chaque parent et la recherche de son autonomie tiennent une place centrale.

Depuis plus de 20 ans, de nombreux dispositifs ont été mis en œuvre afin d'accompagner les parents. Les approches actuelles privilégient une logique interinstitutionnelle, en faveur de la fluidification du parcours des familles, d'avant la naissance, jusqu'à l'accès à l'autonomie de l'enfant. Voilà l'ambition affichée par la stratégie nationale de soutien à la parentalité « Dessine-moi un parent »⁷⁸, qui se veut garante de la cohérence et de l'efficacité de l'action de l'ensemble des pouvoirs publics, en coordination avec les initiatives privées. Dans ce cadre commun, la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), tient une place primordiale en accompagnant les parents dans l'exercice de leur fonction, via l'intervention dans la coordination et le soutien financier des actions de ses partenaires⁸⁰ (ex. réseaux d'écoute/appui/accompagnement des parents, plans mercredi, contrats locaux d'accompagnement à la scolarité, lieux d'accueil parents-enfants...). Au total, les dépenses consacrées aux dispositifs de soutien à la parentalité ont augmenté de 74% entre 2013 et 2020 et atteignent aujourd'hui plus de 122 millions d'euros⁸¹. Au-delà, la CAF soutient d'autres dispositifs (ex. action des centres sociaux en direction des familles les plus vulnérables).

⁷⁷ Quentel, J.C., Dartiguenave, J.-Y. (2010). La parentalité et ses enjeux. *Diversités*, 163, 32-37.

⁷⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). Dessine-moi un parent : stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_2018-2022.pdf

⁷⁹ Ingles, C., Raynaud, A. (2023). Développement d'une base d'habiletés des acteurs du soutien à la parentalité. <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-04/Rapport%20de%20la%20mission%20.pdf>

⁸⁰ CAF. (Consulté le 24 mai 2023). Offre de service : vie personnelle, enfance et jeunesse – Les dispositifs de soutien à la parentalité. <https://www.caf.fr/allocataires/caf-de-la-haute-marne/offre-de-service/vie-personnelle/enfance-et-jeunesse/les-dispositifs-de-soutien-la-parentalite>

⁸¹ La Sécurité Sociale. (Consulté le 10 juin 2023). 1.8. Dispositifs de soutien à la parentalité. [https://evaluation.securite-sociale.fr/home/famille/1-8-dispositifs-de-soutien-a-la.html#:~:text=Sources%203A%20Cnaf%20E2%80%933%20Vidas,Plus%20de%20122%20millions%20d'euros%20en%202020%20pour%20les,millions%20d'euros%20\(cf.\)](https://evaluation.securite-sociale.fr/home/famille/1-8-dispositifs-de-soutien-a-la.html#:~:text=Sources%203A%20Cnaf%20E2%80%933%20Vidas,Plus%20de%20122%20millions%20d'euros%20en%202020%20pour%20les,millions%20d'euros%20(cf.))

Concernant les parents des enfants les plus jeunes, de plus en plus d'actions s'inscrivent aujourd'hui dans la logique de la stratégie des « 1000 premiers jours », qui couvrent la vie de l'enfant depuis les premiers mois de grossesse, jusqu'au seuil de l'école maternelle, période charnière dans le développement de l'enfant. Ces 1000 premiers jours offrent une multitude d'opportunités pour offrir à l'enfant l'environnement protecteur dont il a besoin pour s'épanouir et pleinement développer ses capacités. Par ailleurs, cette période est aussi synonyme de grands bouleversements pour les parents, qui ont souvent besoin d'être accompagnés et soutenus. Appuyé sur les recommandations du rapport de la commission des 1000 premiers jours de septembre 2020, cette stratégie vise d'abord à créer du lien⁸² et ancrer des conditions favorables au bon développement et au bien-être de l'enfant et de ses parents, par la mise en œuvre d'actions concertées et décloisonnées (santé, social, éducatif, parentalité...).

Impacts de la crise sanitaire COVID-19 : La vie quotidienne des familles a été bouleversée durant la crise. Certaines enquêtes ont mis en évidence une meilleure conciliation entre vie familiale et professionnelle ou encore une parentalité plus équilibrée lors des confinements*.

A contrario, le contexte de pandémie, et du surcroît les périodes de confinement, sont souvent venues exacerber la pression sociale et les injonctions envers les parents, et plusieurs études indiquent que les parents ont ressenti des niveaux élevés de stress, anxiété, voire épuisement, en particulier les mères qui ont plus souvent porté la double charge travail / gestion de la maison et des enfants*. Les chiffres rapportés par le CREDOC en témoignent : lors du premier confinement de mars 2020, dans les couples où les 2 parents sont actifs, 53% des mères ont consacré plus de 4 heures par jour à leurs enfants, contre 29% des pères. Durant la période où crèches et écoles étaient fermées, les mères, dans 78% des cas, se sont consacrées à l'éducation des enfants (le père dans 55% des cas)**. Dans ce contexte particulier, environ 1 parent sur 10 rapporte une augmentation des tensions parents/enfants, principalement en lien avec la gestion difficile des enfants (30%), les sentiments négatifs vis-à-vis de la situation (21,5%), et les difficultés en lien avec l'école (11,7%***

A travers son indice de fragilité des enfants et des familles, le COMPAS qualifie en 2020 les situations des territoires face à la crise sanitaire en fonction de critères qui témoignent des besoins les plus importants : surpeuplement dans les logements, quotidien précaire, accompagnement des parents à la scolarité, accès à Internet et équipements numériques disponibles. L'étude met en évidence qu'en 2020 tous les QPV d'ACCM présentent une part d'enfants vulnérables bien supérieure à ACCM et à la France : de 37% sur le centre historique – Ferrages, à 56% sur Barriol, cette fragilité touchant préférentiellement les enfants entre 6 et 10 ans****.

* Venard, G., Mouton, B., Zimmermann, G., Van Petegem, S. (2022). Faire famille en temps de pandémie : difficultés et opportunités. *Cahiers de psychologie clinique*, 58(1), 73-90.

** Credoc. (Consulté le 22 juin 2023). *La crise sanitaire provoque un retour à des rôles genrés traditionnels*. <https://www.credoc.fr/publications/la-crise-sanitaire-provoque-un-retour-a-des-roles-genres-traditionnels>

*** Pinel-Jacquemin, S., Martinasso, M., Martinez, A., Moscaritolo, A. (2022). Modifications des relations intrafamiliales dans les familles françaises de jeunes enfants pendant le premier confinement lié à la COVID-19. *Psychologie française*, 67(3), 181-201.

**** Cité Ressources. (2021). *Détecter les fragilités sociales révélées par la crise sanitaire pour orienter vos actions - Sonar - CA d'Arles-Crau-Camargue Montagnette (ACCM)*.

⁸² Ministères sociaux – secrétariat général. (Consulté le 10 juin 2023). *1000 premiers jours*. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/1000premiersjours-presentation-24.08.21.pdf>

Au niveau local, les professionnels soulignent l'importance de travailler sur la question de la parentalité sur 2 versants :

- L'accompagnement à la création et au renforcement d'un lien parents-enfants dès le plus jeune âge, garant d'une communication efficiente et d'un développement optimal de l'enfant. Ces liens se créent dans l'interaction parents/enfants, mais peuvent également évoluer grâce aux échanges entre parents ou entre parents et professionnels.

« On a quand même assez peu d'espaces de parole et d'accueil pour les parents avec leurs enfants ou adolescents »

- La possibilité d'un « répit parental » : les professionnels rappellent que la parentalité ne concerne pas seulement le lien parent/enfant mais également le vécu du parent, et son épanouissement personnel. Ils soulignent l'importance des moments de répit parental, et le rôle des acteurs locaux dans la création de propositions à cette fin.

« Beaucoup de mamans disent qu'elles se sentent épuisées parce qu'elles gèrent souvent toutes les responsabilités à la maison. Elles s'oublient en tant que personne et aimeraient avoir du temps pour elles sans les enfants, pour aller boire le thé avec les copines par exemple. Mais faire garder les enfants, culturellement, c'est pas forcément facile »

Concernant l'accompagnement à la parentalité, celui-ci apparaît comme important dès l'étape de la grossesse, avec un accompagnement renforcé des femmes enceintes, quelles que soient leurs situations personnelles.

« Au niveau des staff de la maternité, 70% des femmes qui passent cumulent des difficultés psychosociales, et beaucoup n'ont pas eu un suivi de grossesse optimal »

L'accompagnement doit ensuite perdurer après la naissance, notamment au moment du retour à domicile, qui marque le début d'une phase de grand changement pour les parents, et qui à ce jour paraît encore trop peu accompagné, faute de moyens humains disponibles.

« Pour certaines, il faudrait avoir un accompagnement beaucoup plus important au moment du retour à domicile. Le problème c'est que seule l'ADMR porte un poste de TISF sur le territoire, c'est très insuffisant »

De manière générale, les professionnels s'accordent sur l'importance d'interventions très précoces auprès des (futurs) parents et enfants, dans l'objectif de soutenir la création de liens précoces et ainsi favoriser, pour l'ensemble de la famille, un bien-être et un développement des compétences optimaux. Par ailleurs, les parents n'étant pas uniquement parents, il paraît primordial qu'ils puissent continuer à s'épanouir en tant que personnes, et notamment grâce à des moments de « répit parental », que les acteurs locaux peuvent participer à mettre en œuvre.

La crise sanitaire, bien qu'ayant parfois permis aux familles de passer davantage de temps ensemble, semble surtout avoir accru la pression des parents, en particulier les mères, qui ont dû gérer, au-delà du quotidien habituel, de nombreuses autres tâches (ex. école à la maison), engendrant parfois des tensions au sein des couples et des familles.

De nombreuses actions sont déjà proposées auprès des parents et des enfants (ex. temps d'échanges entre parents dans les centres sociaux et associations, action Un dimanche en famille de l'association Capacité, lieu d'accueil parents-enfants de l'association Le temps des familles). Si ces actions connaissent généralement un franc succès, il est important de souligner que la participation des mères y reste très majoritaire par rapport à celle des pères. Par ailleurs, il apparaît parfois difficile pour les parents de participer sereinement à des activités qui leur sont destinées, lorsqu'ils ont à gérer dans le même temps, leur enfant non scolarisé.

L'enjeu autour de cette thématique réside dans le maintien des actions existantes, mais également dans l'évolution de celles-ci, afin qu'elles puissent davantage mobiliser les pères, et puissent offrir aux parents une véritable « pause ». Des coordinations pourraient notamment être imaginées entre des actions destinées aux parents et des actions à destination des enfants, ce qui permettrait de les tenir occupés pendant que les parents s'investissent pleinement dans les temps qui leur sont proposés.

6.13. Sensibiliser à la santé environnementale

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. En 1999, l'OMS déclarait, lors de la Conférence Ministérielle Santé et environnement que « l'environnement est la clef d'une meilleure santé »⁸³. L'OMS a montré qu'en Europe les facteurs environnementaux qui pourraient être évités ou supprimés provoquent 1,4 million de décès par an, soit au moins 15% des décès⁸⁴.

Environnement et santé sont étroitement imbriqués et le champ de la santé environnementale est vaste : facteurs environnementaux (ex. changement climatique ou pollution de l'air), expositions à des substances dans le cadre de vie (ex. qualité du logement, proximité d'usines ou champs), habitudes de vie et de consommation (ex. alimentation, produits du quotidien, entretien du logement) ou encore cadre professionnel (ex. risques psychiques ou chimiques).

Partant du postulat qu'agir sur les facteurs environnementaux permet d'améliorer l'état de santé, la santé environnementale devient la responsabilité de tous, notamment politiques publiques (ex. qualité des sols, de l'eau...), acteurs économiques et sociaux (ex. qualité de l'air extérieur, perturbateurs endocriniens...), habitants (ex. qualité de l'air intérieur, choix alimentaires...).

A l'échelle nationale, une organisation précise permet de travailler sur l'impact de ces facteurs environnementaux : la Direction Générale de la Santé élabore des règles et des recommandations et les Agences Régionales de Santé assurent la surveillance et le contrôle sanitaire des milieux. De leur côté, l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'environnement, de l'alimentation et du travail (ANSES), l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) fournissent des données et expertises spécifiques pour aider à la gestion des risques. Enfin, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) contribue à promouvoir des comportements et des environnements favorables à la santé.

Depuis la conférence de Budapest en 2004, la France élabore tous les 5 ans un Plan National Santé Environnement (PNSE), destiné à proposer des mesures permettant la réduction de l'impact de l'environnement sur la santé. Le 4ème PNSE a été lancé en 2021, avec un copilotage par les Ministères de la Transition Écologique et des Solidarités et de la Santé. D'ici à 2025, il poursuit 4 objectifs ambitieux, décliné en 20 actions diverses. Dans chaque région, le PNSE se décline en un Plan Régional Santé Environnement (PRSE). En PACA, le PRSE est piloté par l'ARS, la Direction de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL), et par la Région Sud. Le PRSE 4 PACA a vu le jour en avril 2024 et il comprend 8 actions thématiques notamment organisées autour de l'information générale de tous (notamment par les professionnels de santé), la transition écologique et l'aménagement du territoire⁸⁵.

⁸³ Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités (Consulté le 23 juin 2023). *Santé et environnement*. <https://sante.gouv.fr/sante-et-environnement/>

⁸⁴ Santé Publique France. (Consulté le 23 juin 2023). *La santé environnementale : un enjeu complexe et fondamental*. <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/sante-environnementale-une-priorite-de-sante-publique>

⁸⁵ PRSE PACA 2022-2027. (Consulté le 02/05/2024). Publication du PRSE4 Provence-Alpes-Côte d'Azur. <https://prse-paca.fr/publication-du-prse-4-provence-alpes-cote-dazur/>

Impacts de la crise sanitaire COVID-19 : L'apparition du COVID-19 est soudainement venue rappeler les liens entre santé et environnement, en mettant en exergue l'influence de l'environnement sur les vulnérabilités personnelles à la maladie. « La crise du COVID-19 montre clairement que [...] la limitation de l'exposition des personnes aux agents physiques, chimiques et biologiques dangereux présents dans l'air, l'eau, les sols, les aliments et d'autres milieux réduira leur vulnérabilité aux pandémies futures et améliorera leur état de santé et leur bien-être [...] L'amélioration de la qualité de l'air réduit l'incidence des maladies cardiovasculaires et respiratoires – qui fragilisent les personnes face aux pandémies du type du COVID-19. Un accès amélioré à l'eau propre et à l'assainissement peut freiner la transmission des maladies infectieuses. L'adoption de mesures adéquates en matière de production, de gestion et de recyclage des déchets permet de réduire au minimum les risques sanitaires et environnementaux. En enravant et renversant le déclin de la biodiversité, on protège les populations contre la transmission des agents pathogènes »*.

Par ailleurs, avec l'instauration des « gestes barrières », la pandémie a remis sur le devant de la scène l'importance des comportements individuels de prévention, avec notamment la question de la préservation d'un air intérieur sain : port du masque, aération régulière etc...

* OCDE. (Consulté le 02 mai 2024). *Santé environnementale et renforcement de la résilience face aux pandémies*. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/sante-environnementale-et-renforcement-de-la-resilience-face-aux-pandemies-25111ac9/>

Au niveau local, les professionnels soulignent l'importance de sensibiliser les populations aux risques environnementaux sur la santé, notamment dans le cadre du logement. Ils alertent sur l'état des logements, qui sur le territoire sont parfois vétustes.

« A Tarascon on cumule insalubrité et indécence. On a un manque de logements sociaux donc les gens se rabattent sur les logements privés mais inadaptés à la composition familiale ou insalubres »

Par ailleurs, leur entretien est parfois insuffisant, et des situations extrêmes peuvent être observées (type syndrome de Diogène avec négligence importante de l'hygiène corporelle et domestique et une accumulation d'objets voire de déchets)

« Nous on voit des situations vraiment extrêmes, avec du Diogène par exemple. Le voir c'est bien, mais savoir quoi en faire c'est autre chose »

Au-delà du logement, les professionnels pointent également du doigt certaines habitudes de vie, autour desquelles il conviendrait de prévenir les dommages sur la santé : pollution de l'air intérieur et utilisation/consommation de certains produits alimentaires, cosmétiques et d'hygiène notamment.

« C'est aussi de la responsabilité de chaque locataire, rien que d'aérer correctement son logement »

« Nous on voit de plus en plus de personnes qui développent des allergies ou des problèmes respiratoires, ce qu'on respire au quotidien ça a de grands impacts »

« C'est hyper important de savoir ce qu'on utilise, encore plus quand c'est pour son bébé »

« Aujourd'hui on sait quand même pas mal de choses sur les perturbateurs endocriniens mais bon c'est difficile de s'y retrouver »

De manière générale, les professionnels (de santé principalement) observent une augmentation des difficultés respiratoires (allergies, asthme) sur les dernières années. Sans établir de lien de causalité, plusieurs d'entre eux mettent en avant l'impact potentiel des polluants environnementaux sur ces pathologies, polluants présents à la fois dans l'air extérieur, mais aussi et surtout l'air intérieur de nos logements notamment, largement impacté par l'état de nos habitations mais également nos habitudes personnelles de vie (produits d'entretien et cosmétiques utilisés notamment).

Pendant la crise COVID-19, les liens entre santé et environnement ont été particulièrement visibles. Les facteurs environnementaux, qu'ils soient globaux ou individuels ont souvent été questionnés, et de nouvelles habitudes de vie se sont parfois invitées dans les foyers : aération plus régulière des logements, respect d'une certaine distance physique, lavage des mains etc...

Petit à petit, la sensibilisation autour de cette thématique se développe, notamment auprès de publics spécifiques, comme au sein de la maternité d'Arles où des ateliers à destination des futurs et jeunes parents sont proposés afin de sensibiliser à tous les risques environnementaux qui peuvent être présents à la maison, et les aiguiller ainsi vers des choix raisonnés (ex. recettes de produits d'entretien et d'hygiène, conseils pour la liste de naissance de l'enfant etc...). Par ailleurs, certaines mesures voient le jour, dans l'objectif de maintenir un parc de logements décentes et salubres sur les communes (ex. mise en œuvre du permis de louer sur Tarascon), et d'accompagner les locataires en difficulté dans l'entretien courant de leurs logements (ex. interventions de l'association ISIS, gratuites pour le locataire, notamment peintures).

L'enjeu sur cette thématique est double. A un niveau individuel, il semble important de travailler à la prise de conscience des liens entre santé et environnement, et à l'accompagnement des usagers dans le changement de leurs habitudes quotidiennes. Par ailleurs, sur un volet plus global, les démarches d'urbanisme favorable à la santé méritent d'être soutenues.

6.14. Soutenir les pratiques des professionnels et favoriser leur coordination / collaboration

La loi N°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, se donne pour objectif de réformer structurellement le système de santé afin de répondre aux évolutions des besoins, en favorisant une dynamique de décloisonnement et coordination entre l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social⁸⁶. En ce sens, depuis plusieurs années, les pouvoirs publics incitent à la mise en place d'une logique de « parcours »⁸⁷ de vie et de santé, permettant de favoriser la continuité des accompagnements, de la prévention jusqu'au soin, et ainsi éviter les ruptures.

Dans cette logique, diverses structures d'exercice coordonné ont vu le jour ces dernières années. Parmi elles, on retrouve :

- Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) : Les missions des CPTS concernent a minima l'amélioration de l'accès aux soins (notamment accès à un médecin traitant et aux soins non programmés ou le développement de la télémédecine), l'organisation des parcours pluriprofessionnels coordonnés et fluides autour du patient, et le développement d'actions de prévention. Les CPTS peuvent également impulser ou participer à d'autres dynamiques territoriales telles que l'accompagnement à l'installation des professionnels de santé ou l'amélioration de l'attractivité du territoire. Leurs actions sont basées sur un diagnostic territorial partagé des besoins et ressources, qui donne lieu à un projet de santé, validé par le Directeur Général de l'ARS, au regard notamment des objectifs du Projet Régional de Santé. La CPTS du Pays d'Arles a été créée en janvier 2018, et compte aujourd'hui plus de 200 adhérents.
- Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) : Elles regroupent des médecins généralistes ainsi que d'autres professionnels de santé libéraux, sur un même lieu ou non, autour d'un projet de santé commun, élaboré à partir d'un diagnostic de territoire. Ce regroupement permet d'améliorer la continuité des soins pour les patients et la qualité des conditions de travail pour les professionnels, ainsi que de mutualiser des réflexions, outils et actions, en lien avec les spécificités de la patientèle accueillie. La Maison de Santé La Tarasque, située sur Tarascon, regroupe 25 professionnels libéraux (organisés sur différents sites), ainsi qu'une coordinatrice, depuis juillet 2020.
- Les centres de santé : Il s'agit de de structures sanitaires réunissant des professionnels de santé salariés, et dispensant des soins de premiers recours. Ils peuvent être pluridisciplinaires ou spécialisés (médicaux, infirmiers ou dentaires notamment). Les centres de santé contribuent à la réduction des inégalités sociales de santé puisqu'ils pratiquent des tarifs conventionnés par l'Assurance Maladie, ainsi que le tiers payant. Un projet de développement de centre de santé est actuellement en cours sur Tarascon.
- Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) : Les DAC ont pour objectif de venir en aide aux professionnels dans l'orientation de leurs patients, en situations complexes. Les DAC émanent du regroupement de plusieurs dispositifs, dans l'objectif d'en faciliter la lisibilité par ses usagers : un numéro unique pour les professionnels, et une équipe pluriprofessionnelle dédiée, chargée de statuer sur le suivi à mettre en place. Sur le Pays d'Arles, le DAC Provence Santé Coordination assure ces missions depuis le 1^{er} janvier 2023.

⁸⁶ CREAI Pays de la Loire. (2019). Les outils de coordination territoriale et les réformes visant le secteur médico-social de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. www.creai-pdl.fr/images/decryptage/Decryptage_Octobre_2019_-_Loi_Sante.pdf

⁸⁷ Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. (Consulté le 23 juillet 2023). *Système de santé, médico-social et social*. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

Impacts de la crise sanitaire COVID-19 : La crise sanitaire du COVID-19, et les mesures de protection qui en ont découlé, ont contraint à revoir en urgence tout le système de soins et les modalités de travail existantes. L'enquête de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (Irdes) réalisée en 2020* a montré que la réorganisation des soins pendant la période de crise sanitaire a principalement découlé des dynamiques et relations préexistantes entre les professionnels. Sur les territoires où préexistaient déjà des logiques de coordination, le contexte épidémique est venu accroître la coordination des soins primaires, et le développement d'actions communes, ce qui n'a pas été le cas en l'absence de dynamiques préexistantes. On constate tout de même un regroupement par profession : infirmiers libéraux entre eux, médecins généralistes entre eux etc... Si la crise sanitaire est ainsi à l'origine de la création de coopérations entre membres du même groupe professionnel, cela a parfois été au détriment de dynamiques de coopérations pluriprofessionnelles déjà existantes, sauf dans le cas des structures d'exercice coordonné déjà rigoureusement structurées, qui ont, elles, amplifié leurs coordinations (Ex. recueil et distribution de matériels de protection, développement d'actions en lien avec les hôpitaux et/ou la municipalité etc...).

Au niveau local, ce même phénomène à 2 polarités est observé. D'un côté, les partenaires entretenant déjà des relations privilégiées de partenariat avant la crise, ont vu leurs dynamiques de collaboration se renforcer, et de nouvelles modalités de travail se mettre en place très rapidement (ex. mise en place de permanences de tests COVID à la MSP La Tarasque). D'un autre côté, les relations qui reposaient surtout sur des fonctions ou institutions, et non sur des personnes en particulier, se sont souvent détériorées, aucune modalité de partenariat alternative n'ayant été mise en place suite à l'annulation des réunions en présentiel notamment. Ce mode dégradé a plus ou moins perduré, certaines dynamiques ayant repris assez rapidement, d'autres non. De manière générale, les professionnels locaux s'accordent à déplorer l'annulation de la plupart des temps d'échange et de rencontre en présentiel, au profit de la visioconférence, qui a supprimé toute possibilité de création de lien et passage d'informations informelles, qui tiennent une place très importante dans la création/le maintien du lien et la coopération entre professionnels.

* Fournier C., Michel L., Morize N., Pitti L., Suchier M. (2021). Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. *Questions d'économie de la santé*, 260.

A l'échelle locale, certains professionnels rapportent que la crise sanitaire leur a permis de prendre conscience de l'importance et l'intérêt d'une coordination entre eux. De manière générale, de nombreux professionnels souhaitent maintenir des dynamiques de collaboration, à travers notamment une logique de « projet de quartier », où les actions de tous les partenaires seraient construites en concertation, à partir des besoins propres à un territoire.

« Ce qui est important c'est d'être en partenariat de A à Z sur un même quartier : analyser les besoins, construire des actions, rechercher des financements »

« J'ai bien mieux compris l'intérêt de la coordination. Chez nous la coordinatrice a travaillé depuis chez elle mais elle est restée très en lien avec nous tous pour organiser toutes les missions »

Les multiples modalités de travail partenarial déjà utilisées ont souvent été enrichies par de nouvelles, dont certaines ont été maintenues dans le temps, par exemple la visioconférence, qui est apparue très pertinente dans certains contextes de travail (ex. localisations géographiques différentes, temps de travail réguliers entre professionnels déjà très en lien etc...).

Malgré l'envie de travailler en coordination, les professionnels mettent en évidence quelques obstacles qui viennent régulièrement freiner les dynamiques :

- Le manque de procédures facilitées entre professionnels : La gestion de situations individuelles complexes est freinée par le manque de lien direct entre professionnels, qui sont parfois soumis aux mêmes procédures de contact des institutions que les publics bénéficiaires. Une procédure spécifique de contact permettrait une accélération des prises en charge des bénéficiaires, et une facilitation du travail pour les professionnels.

« On n'a pas de procédure particulière pour contacter les institutions, on passe par le même circuit que n'importe qui. Ça pourrait être beaucoup plus rapide de régler des situations individuelles si on avait un contact direct »

- Des « cultures professionnelles » différentes : Tous les professionnels, de surcroît lorsqu'ils sont issus de secteurs différents (ex. santé/social) ne travaillent pas selon les mêmes logiques. Le vocabulaire, les enjeux et les priorités sont différents.

« C'est pas toujours facile de se comprendre et d'intéresser tout le monde, le vocabulaire n'est pas le même, les enjeux non plus »

- Des modalités de travail différentes : D'un point de vue purement logistique, les professionnels rapportent qu'il peut être difficile de trouver des temps communs de travail entre professionnels de secteurs d'activités différents, les contraintes et disponibilités de chacun étant différentes. Par exemple, l'organisation de temps en journée, de surcroît lorsqu'aucune rémunération spécifique n'est prévue, peut ne pas convenir aux emplois du temps des professionnels libéraux.

« Pour pouvoir toucher les médecins il faut faire du midi et 2 ou à la limite en soirée, mais c'est pas là où les autres professionnels sont le plus disponibles »

En parallèle, les professionnels sont confrontés à certaines difficultés individuelles, qui viennent compliquer leurs pratiques au quotidien :

- Epuisement professionnel : Du côté des soignants, la démographie médicale limitée pèse sur le quotidien et les professionnels en exercice sont débordés, d'autant plus en période de crise sanitaire. Il leur est aujourd'hui impossible de répondre à toutes les demandes dans des délais raisonnables, et les listes d'attente se rallongent.

« Tous les médecins ont un nombre de patients très important et c'est impossible de répondre à toutes les demandes. Les listes d'attente s'allongent »

« Les professionnels de santé sont épuisés, d'autant plus avec la crise sanitaire »

De la même façon, les professionnels des autres secteurs (social, médico-social, éducatif) rapportent une réduction constante de moyens financiers et donc humains, qui entraîne une augmentation de la charge de travail pour les professionnels (ex. non-remplacement ou suppression d'un poste). On observe également un phénomène inter-structures, certaines devenant la nouvelle porte d'entrée à de nouvelles demandes du public qui ne trouve plus de réponse ailleurs, alors qu'elle n'a pas les moyens d'y répondre.

« Dans le social ça fait des années qu'on supprime petit à petit les postes, du coup forcément ça fait une charge plus lourde pour ceux qui restent »

- Manque de formation des professionnels : Certains professionnels témoignent des difficultés qu'ils rencontrent face à des usagers de plus en plus impatients, voire agressifs verbalement et/ou physiquement. Ces mêmes professionnels font état d'une véritable souffrance, et déplorent un manque de formation, qui pourrait les aider à gérer au mieux ces situations de tensions. Par ailleurs, les professionnels se disent aussi en difficulté lorsqu'ils sont confrontés à une personne qui semble présenter un trouble d'ordre psychique, mais qu'ils ne sont eux-mêmes pas habilités à évaluer.

« Parfois on reçoit des gens hyper impatients, voire agressifs. On n'est pas formés à gérer ça »

« C'est pas facile d'orienter quelqu'un pour du soutien psy. Ça peut paraître vraiment intrusif pour la personne, et puis les équipes ne sont pas formées pour repérer ou caractériser des troubles psy »

- Manque de connaissance de l'existant : Malgré leur volonté de travailler en coopération, les professionnels déclarent parfois être en difficulté pour orienter les usagers. En effet, ils n'ont pas tous connaissance de l'ensemble des ressources existantes sur leurs territoires, ni des missions exactes qui incombent à chacun des partenaires.

« Tout le monde ne sait pas forcément ce que fait le voisin. C'est difficile d'orienter quelqu'un quand on ne sait pas vraiment ce qui se fait »

« Il y a plein de choses qui se passent et dont on n'est pas au courant »

De manière générale, les dynamiques de collaboration sont assez diverses sur les territoires. Si dans certains cas, la coopération est structurée (ex. dans les structures d'exercice coordonné), il existe également d'autres formes de collaboration moins formalisées. Les retours post-crise sanitaire font état, au niveau national comme local, d'une évolution différente de ces dynamiques de coopération en situation d'urgence, ce qui témoigne de l'importance de maintenir des partenariats de qualité sur la durée, afin d'anticiper d'éventuelles prochaines situations de crise.

La crise sanitaire a permis de mettre en exergue l'importance des postes de coordinateurs dans les structures, capables de prendre de la hauteur sur la situation, tout en restant fondamentalement connectés au terrain. Tout l'enjeu réside aujourd'hui dans le soutien à ces postes de coordination, chargés de mettre en œuvre les conditions optimales à la création et le maintien du lien entre tous les professionnels d'un même territoire.

7. Fiches actions

Les fiches actions présentées ci-dessous sont issues des travaux de groupe inter-partenariaux. Elles constituent des propositions et pistes de réflexion, sans aucune valeur contractuelle pour les structures qui y sont citées.

Fiche action n°1	
Enjeu	Favoriser l'accès aux soins de proximité pour tous
Intitulé de l'action	Créer un répertoire partagé des ressources locales à destination des publics
Objectifs	Favoriser l'accès aux soins pour tous Prévenir l'aggravation des situations par le repérage précoce Augmenter le pouvoir d'agir / l'autonomie des populations Valoriser les ressources et compétences des professionnels Désengorger les listes d'attente de certains spécialistes
Etat des lieux de l'existant	Recensement des praticiens sur la plateforme AMELI
Etat des lieux des manques	Informations lisibles et claires concernant les missions de chaque professionnel de santé, et l'offre des différentes institutions
Territoire(s) visé(s)	Arles et Tarascon
Public(s) visé(s)	Tout public
Contenu	Création d'un outil tout public, accessible en formats numérique et papier, recensant les compétences et missions de chaque professionnel de structures de santé locales (ex. possibilité de suivi gynécologique par les sage-femmes, accès à la téléconsultation dans certaines pharmacies etc...)
Etapas à suivre pour la mise en œuvre	Création d'un comité de pilotage de l'action Recensement des structures / services / type d'informations à faire apparaître dans l'outil Création d'un outil de recueil de données Recueil des données auprès des partenaires Création et diffusion de l'outil Organisation possible de séances d'informations collectives pour le public, en complément de l'outil
Délai de mise en œuvre	Courant 2025
Ressources envisagées pour portage de l'action	Atelier Santé Ville ACCM
Partenaires à associer	DAC Provence Santé Coordination CPTS du Pays d'Arles Toutes les structures de santé et professionnels de santé locaux
Critères d'évaluation de l'action	Nombre de structures / professionnels intégrés au comité de pilotage Nombre de structures / professionnels apparaissant dans l'outil Nombre d'outils distribués / consultés Retours qualitatifs des professionnels et grand public
Précautions / points d'attention	Prévoir une mise à jour régulière de l'outil

Fiche action n°2

Enjeu	Favoriser l'accès aux soins de proximité pour tous
Intitulé de l'action	Développer un « bus santé » itinérant
Objectifs	Faciliter l'accès aux soins généralistes et spécialisés pour tous Prévenir l'aggravation des situations par la détection précoce Valoriser les compétences des territoires Favoriser la transmission intergénérationnelle entre professionnels
Etat des lieux de l'existant	Vaccinavette (en période de COVID) Téléconsultations Télé expertise Référénts de parcours du DAC Actions ponctuelles de professionnels spécialisés (ex. Dépistage de Provence Santé Coordination pour diabète et obésité)
Etat des lieux des manques	Services d'accès aux soins itinérants (ex. bus médical) Professionnels de santé se déplaçant à domicile Délais raisonnables pour accès à certaines spécialités médicales
Territoire(s) visé(s)	Arles et Tarascon
Public(s) visé(s)	Personnes isolées Personnes en difficulté de mobilité Personnes en rupture de soins
Contenu	Création de binômes de professionnels de santé intergénérationnels, généralistes et spécialistes (ex. retraités-étudiants) qui se déplacent pour aller à la rencontre des populations les plus éloignées du soin, à l'aide d'un bus médical
Etapes à suivre pour la mise en œuvre	Recenser les professionnels de santé intéressés par la démarche Etudier les possibilités de financements Organiser la mise à disposition / l'aménagement d'un véhicule Créer les binômes de professionnels en fonction des disponibilités Organiser les modalités pratiques de l'action (dates et lieux des interventions, communication etc...)
Délai de mise en œuvre	Courant 2024
Ressources envisagées pour portage de l'action	CPTS du Pays d'Arles Communes DAC Provence Santé Coordination
Partenaires à associer	Facultés IFSI MSP Hôpital d'Arles Professionnels de santé retraités ACCM
Critères d'évaluation de l'action	Nombre de professionnels de santé impliqués dans la démarche Nombre de patients rencontrés dans le cadre de l'action Retours qualitatifs des professionnels et patients
Précautions / points d'attention	Utiliser les enseignements acquis lors de la crise COVID, et notamment la campagne mobile de vaccination (réutilisation de la vaccinavette, réutilisation de la méthodologie de constitution des équipes mobiles, réutilisation des modes de communication etc...) Envisager la mutualisation des moyens avec d'autres structures/services (Ex. véhicule)

Fiche action n°3

Enjeu	Favoriser l'accès aux soins de proximité pour tous
Intitulé de l'action	Mettre en place des commissions de gestion de cas complexes mutualisées à l'échelle communale
Objectifs	Fluidifier et accélérer les parcours des personnes Optimiser/mutualiser les accompagnements Soutenir les pratiques professionnelles et éviter l'isolement Participer à la montée en compétence des professionnels
Etat des lieux de l'existant	Comités techniques du DAC Provence Santé Coordination Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles de la MSP La Tarasque Réunion de synthèse des MDS Equipes Pluridisciplinaires de Soutien du PRE ACCM Temps d'échanges organisés par ARCA Sud Temps d'échanges du CIDFF
Etat des lieux des manques	Liens opérationnels entre acteurs sanitaires et sociaux Temps adaptés aux professionnels libéraux (en termes d'horaires notamment)
Territoire(s) visé(s)	A l'échelle communale (Arles / Tarascon)
Public(s) visé(s)	Professionnels locaux des secteurs sanitaires et sociaux, réunis autour d'un même usager : CMP, CSAPA, professionnels libéraux, travailleurs sociaux...
Contenu	Proposer des temps d'échanges professionnels autour de situations complexes concrètes afin de partager des informations croisées et proposer des conduites à tenir. Certains de ces temps pourraient inclure un volet « formation », portant sur une thématique en particulier et répondant aux besoins. Ces temps pourraient être proposés à raison d'une fois par mois maximum, et sur des temps variés (ex. entre 12h et 14h pour faciliter la participation des professionnels libéraux)
Etapes à suivre pour la mise en œuvre	Définir un porteur pour l'action, également chargé d'animer ces temps d'échanges Créer une charte de confidentialité Définir les modalités de sélection des cas à traiter Lister les professionnels à inviter (liste à revoir en fonction des cas traités) Organiser les aspects logistiques (dates et horaires, lieux, envoi des invitations etc...)
Délai de mise en œuvre	Courant 2025
Ressources envisagées pour portage de l'action	DAC Provence Santé Coordination
Partenaires à associer	Professionnels locaux des secteurs sanitaires et sociaux : CMP, CSAPA, professionnels des MSP, professionnels libéraux, travailleurs sociaux...
Critères d'évaluation de l'action	Nombre de temps d'échanges organisés Nombre de professionnels ayant participé à l'action Nombre de cas complexes traités Retours qualitatifs des participants
Précautions / points d'attention	Prévoir une charte de confidentialité pour respecter le secret partagé Veiller à obtenir le consentement éclairé de l'usager, pour chaque situation traitée Veiller à impliquer dans le temps d'échanges, seulement les partenaires actifs autour de l'usager (pas d'« observateurs »)

Fiche action n°4

Enjeu	Améliorer la prise en compte de la santé mentale au sein de toutes les populations
Intitulé de l'action	Déploiement d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)
Objectifs	Déstigmatiser la santé mentale Faciliter l'accès aux soins psychologiques et psychiatriques pour tous et éviter les ruptures de parcours Décloisonner les pratiques et favoriser les réflexions communes entre les secteurs de la psychiatrie et du médico-social Favoriser l'interconnaissance et la coordination des professionnels
Etat des lieux de l'existant	CSAPA du Groupe SOS et Addictions France Consultations jeunes consommateurs du Groupe SOS Espace d'accueil Maison des Adolescents 13 Nord Espaces partenariaux de réflexion MDA 13 Nord Equipe mobile adolescents du CMP d'Arles Centres Médico-Psychologique enfants / adolescents / adultes (dont permanence du CMP adultes à l'accueil de jour tous les jeudis) Centre hospitalier d'Arles (dont unités de courts séjours) Permanences psychologique au CCAS de Tarascon ISATIS Médecine du travail Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF) La Collective Association Maison d'Accueil (pour femmes victimes de violences hébergées)
Etat des lieux des manques	Dispositifs d'accueil et d'accompagnement : lits courts séjours, équipe mobile géronto-psy Formation de tous les professionnels autour de la santé mentale Coordination/collaboration/ mise en réseau des professionnels Etat des lieux de l'existant Instances de concertation et réflexion
Territoire(s) visé(s)	ACCM (a minima Arles et Tarascon)
Public(s) visé(s)	Tout public (dont public présentant une problématique en lien avec la santé mentale) Professionnels de tous secteurs confondus (psychiatrie, médico-social, éducatif, logement etc...)
Contenu	Formations en santé mentale pour les professionnels (ex. formations premiers secours en santé mentale) Création d'instances de coordination entre professionnels et orientations de situations individuelles (ex. réseau local en santé mentale) Mise en œuvre d'actions grand public (déstigmatisation de la santé mentale et promotion de l'accès aux soins)
Etapes à suivre pour la mise en œuvre	Organisation d'un temps d'échanges préliminaires entre décideurs (ARS, Etat, collectivités locales, hôpital d'Arles) Dépôt d'une demande concrète auprès de l'ARS Recrutement d'un agent dédié à la coordination du CLSM Réalisation d'un diagnostic local de santé mentale Création de groupes de travail thématiques Déploiement progressif des actions, en lien avec le diagnostic réalisé
Délai de mise en œuvre	Courant 2024
Ressources envisagées pour portage de l'action	Collectivités locales : ACCM et/ou communes Hôpital d'Arles

Partenaires à associer	Tous professionnels institutionnels et associatifs : secteurs de la psychiatrie, du médico-social, du social, de l'éducatif, bailleurs sociaux, forces de l'ordre etc...
Critères d'évaluation de l'action	Déploiement effectif du dispositif (dont recrutement d'une personne dédiée à la coordination) Nombre de partenaires impliqués dans la démarche Nombre de groupes de travail créés Nombre d'actions déployées Retours qualitatifs des usagers et professionnels suite aux actions
Précautions / points d'attention	Prévoir une gouvernance du dispositif (comité de pilotage)

Fiche action n°5

Enjeu	Promouvoir une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique régulière
Intitulé de l'action	Intégrer la pratique d'une activité physique dans les projets d'aménagement publics et privés
Objectifs	Prévenir les maladies chroniques Promouvoir / maintenir un état de bien-être global pour les habitants
Etat des lieux de l'existant	Parcours de santé sur Arles (Trinquetaille) Escalier miroir dans la tour Luma Parcours d'exposition à travers la ville à l'occasion des rencontres de la photographie
Etat des lieux des manques	Espaces publics de proximité favorisant la mise en mouvement (ex. parcours de santé) Voiries adaptées et sécurisées pour les modes actifs (marche, vélo...)
Territoire(s) visé(s)	Arles et Tarascon
Public(s) visé(s)	Tous publics
Contenu	Mise en œuvre d'une réflexion globale dans le cadre de projets d'aménagement publics et privés, favorisant la pratique d'une activité physique pour les usagers. Les mesures mises en œuvre pourront directement concerner l'installation d'équipements spécifiques (ex. matériel sportif), ou favoriser indirectement la pratique d'une activité physique, sur le principe du « nudge – ou coup de pouce » (ex. aménagements de parcours ludiques à pied, aménagement des voiries, aménagements de points ludiques comme des marelles au sol etc...)
Etapes à suivre pour la mise en œuvre	Sensibilisation / formation des acteurs publics et privés (ex. urbanisme favorable à la santé) Accompagnement des acteurs publics pour déploiement d'un volet « santé » dans leurs projets
Délai de mise en œuvre	A partir de 2025
Ressources envisagées pour portage de l'action	Tout porteur de projet d'aménagement public ou privé
Partenaires à associer	Collectivités (tous services confondus) Porteurs de projets d'aménagement (ex. bailleurs sociaux, chefs de projets NPNRU) Associations / institutions spécialisées dans l'urbanisme favorable à la santé et/ou activité physique
Critères d'évaluation de l'action	Nombre d'acteurs sensibilisés à la démarche Nombre d'accompagnements réalisés Retours qualitatifs des partenaires

Fiche action n°6

Enjeu	Promouvoir une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique régulière
Intitulé de l'action	Outils les habitants pour permettre l'accès à des choix alimentaires favorables à la santé
Objectifs	Prévenir les maladies chroniques Promouvoir / maintenir un état de bien-être global pour les habitants Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à une alimentation de qualité Favoriser l'autonomie et le libre choix des habitants
Etat des lieux de l'existant	Actions de Dans la cuisine à Griffeuille Accompagnements individuels et ateliers collectifs de dépistage et/ou sensibilisation de Provence Santé Coordination Démarche VRAC du CPIE du Pays d'Arles Pôle d'Equilibre Territorial et Rural (PETR) du Pays d'Arles (mission restauration collective durable) Salon des Agriculteurs de Provence De Ferme en Ferme (CIVAM) Forum Santé du Collectif Santé Vous Bien sur le Pays d'Arles chaque année
Etat des lieux des manques	Peu de liens directs entre producteurs et habitants Manque de connaissances des habitants concernant l'alimentation (ex. équilibre alimentaire) et les acteurs ressources Manque d'actions ludiques et intergénérationnelles autour de l'alimentation Freins financiers à l'accès à une alimentation de qualité
Territoire(s) visé(s)	Arles et Tarascon
Public(s) visé(s)	Tous publics Tout professionnel relais au contact des habitants
Contenu	Mise en œuvre d'actions diverses visant à favoriser l'adoption de comportements alimentaires favorables à la santé (actions individuelles et collectives de sensibilisation, actions structurelles, ateliers pratiques etc...). De multiples actions pourront être envisagées, telles que : <ul style="list-style-type: none"> - Une cartographie des acteurs ressources du territoire - L'organisation d'évènements grand public type forum santé ou défis familles ludiques - L'expérimentation d'une « sécurité sociale de l'alimentation » - L'organisation de rencontres entre producteurs et habitants (ex. petits marchés de proximité, visites d'exploitations agricoles etc...) - La mise en œuvre de plateformes d'approvisionnement en économie sociale et solidaire - L'organisation d'ateliers collectifs conviviaux et participatifs de sensibilisation
Etapes à suivre pour la mise en œuvre	Création d'un groupe de travail spécifique à la thématique Recensement précis des actions existantes et besoins non couverts Priorisation d'actions à mettre en œuvre Déploiement des actions prioritaires
Délai de mise en œuvre	Courant 2025
Ressources envisagées pour portage de l'action	Tiers-lieux PETR du Pays d'Arles (dans le cadre du Projet Alimentaire Territorial) Atelier Santé Ville ACCM CPIE du Pays d'Arles Toute structure spécialisée sur la thématique Toute structure accueillant du public et ayant repéré des besoins

Partenaires à associer	Toute structure spécialisée sur la thématique Toute structure accueillant du public et ayant repéré des besoins
Critères d'évaluation de l'action	Nombre de structures impliquées dans le groupe de travail thématique Nombre d'actions mises en œuvre Nombre d'habitants concernés par les actions déployées Retours qualitatifs des professionnels et habitants
Précautions / points d'attention	Rester attentifs aux coûts financiers pour les habitants, afin de réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'alimentation

Fiche action n°7

Enjeu	Promouvoir un usage des écrans adapté à chaque âge
Intitulé de l'action	Accompagner les familles à l'usage des écrans des enfants et des jeunes
Objectifs	Sensibiliser les plus jeunes et leurs familles aux usages des écrans Améliorer le pouvoir d'agir et l'autonomie des familles concernant l'usage des écrans et ses alternatives Outiller et informer les professionnels relais
Etat des lieux de l'existant	Interventions de prévention en milieux scolaires : MDA 13 Nord, IFSI Arles (service sanitaire), CODEPS 13 Supports de communication publics Sensibilisation individuelle par les professionnels divers : médecins, pédiatres, maternité, équipes éducatives etc... Propositions diverses d'activités sans écrans par certaines structures : centres sociaux, ludothèque, lieux d'accueil parents-enfants, clubs sportifs, centres de loisirs etc...
Etat des lieux des manques	Offre en direction de la jeunesse Offre d'activités gratuites pour tous Offre d'activités de proximité pour les familles peu mobiles Lieux permettant le développement du lien parents-enfants
Territoire(s) visé(s)	Arles et Tarascon
Public(s) visé(s)	Enfants Jeunes Familles Professionnels
Contenu	Organisation d'un évènement annuel d'envergure, sur un mois entier, visant à sensibiliser les familles à un usage adapté des écrans, en particulier chez les plus jeunes (petits enfants, enfants, adolescents). Le mois serait ponctué de tout un tas d'ateliers permettant de sensibiliser aux risques des écrans, mais aussi et surtout de multiples activités permettant de découvrir de nouvelles activités à réaliser sans écrans, pour toute la famille, et de proximité.
Etapas à suivre pour la mise en œuvre	Création d'un groupe de travail pilote pour le projet Définition des besoins / objectifs de l'action Construction des modalités de financement de l'action Recherche et intégration de nouveaux partenaires Construction logistique de l'action Animation de l'action Evaluation de l'action Reproduction / élargissement de l'action
Délai de mise en œuvre	Expérimentation en octobre 2023 sur Tarascon, puis reconduction régulière, voire élargissement sur d'autres territoires
Ressources envisagées pour portage de l'action	Atelier Santé Ville ACCM CPTS du Pays d'Arles Centres sociaux Associations
Partenaires à associer	Communes Professionnels libéraux / MSP Institutions diverses (ex. PMI, Mission Locale...) Associations (secteurs santé, social, culturel, sportif, artistique etc...) Etablissements scolaires Centres sociaux et Maisons Publiques de Quartiers
Critères d'évaluation de l'action	Nombre de partenaires prenant part au projet Nombre d'habitants participant aux actions Nombre d'activités proposées pendant l'action Profil des participants aux actions (enfants, parents, professionnels...) Retours qualitatifs des intervenants et participants aux activités

Précautions / points d'attention	Proposer une communication large et créer une identité visuelle repérable et réutilisable Se servir des retours d'expérience pour améliorer l'action chaque année
---	--

Fiche action n°8

Enjeu	Accompagner les consommateurs de substances psychoactives
Intitulé de l'action	Déployer des programmes de prévention basés sur les compétences psychosociales dans les établissements scolaires
Objectifs	Prévenir les conduites addictives dès le plus jeune âge
Etat des lieux de l'existant	Animation de programmes basés sur les compétences psychosociales par la Maison des Adolescents 13 Nord (en classe de 5° à Arles et en classe de CM1/CM2 à Tarascon)
Etat des lieux des manques	Des interventions généralisées dans les classes de primaire Sensibilisation aux CPS et recueil des besoins en commun avec l'équipe enseignante Temps d'échanges entre parents sur ce sujet
Territoire(s) visé(s)	Arles et Tarascon
Public(s) visé(s)	Tous les élèves, de la grande section de maternelle au CM2
Contenu	Mise en œuvre de programmes probants de développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge, de la grande section de maternelle au CM2 minimum (ex. Cartable des CPS, Unplugged...)
Etapes à suivre pour la mise en œuvre	Sensibilisation des équipes enseignantes aux bénéfices de ce type d'approche Repérage des besoins par établissement Co-construction des interventions en fonction des besoins et contraintes et établissements Recherche de financements et d'acteurs ressources Animation des programmes
Délai de mise en œuvre	A partir de 2024
Ressources envisagées pour portage de l'action	Maison Des Adolescents 13 Nord Groupe SOS (consultations Jeunes Consommateurs) Addictions France
Partenaires à associer	Education Nationale Communes Fédération des parents d'élèves de l'enseignement public Fédération des conseils de parents d'élèves Accueils de loisirs sans hébergement
Critères d'évaluation de l'action	Nombre de programmes développés Nombre d'élèves ayant reçu les programmes Retours qualitatifs des équipes enseignantes, élèves, et intervenants Nombre d'incidents relevés au sein des classes et des écoles pré et post-interventions

Fiche action n°9

Enjeu	Accompagner les consommateurs de substances psychoactives
Intitulé de l'action	Expérimenter de nouvelles modalités d'aller vers
Objectifs	Favoriser l'accès aux soins pour tous les publics Soutenir les professionnels non spécialisés accompagnant les publics spécifiques
Etat des lieux de l'existant	Maraudes (CCAS d'Arles, SARA LOGISOL...) Consultations avancées CSAPA HI (Hébergement, Insertion) PASS Quelques actions ponctuelles
Etat des lieux des manques	Accompagnement régulier et de proximité Prise en compte du public spécifique (personnes âgées, femmes enceintes, psychiatrie...)
Territoire(s) visé(s)	Arles et Tarascon
Public(s) visé(s)	Publics spécifiques accueillis dans les structures du territoire
Contenu	Multiplier les actions régulières d'aller vers, en direction des publics spécifiques accueillis au sein des structures locales (ex. équipes mobiles, consultations avancées pluriprofessionnelles...)
Etapas à suivre pour la mise en œuvre	Lister les structures/services accueillant des publics spécifiques (service obstétrique, organismes d'aide à domicile, structures d'accueil des personnes en situation de handicap...) et non spécialisées en addictologie Réaliser un état des lieux des besoins auprès de ces structures Développer des actions d'aller vers en direction de ces structures en fonction des besoins
Délai de mise en œuvre	Courant 2025
Ressources envisagées pour portage de l'action	Structures spécialisées dans le champ de l'addictologie
Partenaires à associer	Structures accueillant des publics spécifiques et sans compétences spécifiques en addictologie
Critères d'évaluation de l'action	Nombre de nouvelles actions d'aller vers développées Nombre de bénéficiaires accompagnés dans le cadre des nouvelles actions Nombre de nouveaux bénéficiaires intégrés dans les files actives des CSAPA/CAARUD suite aux nouvelles actions Retours qualitatifs des partenaires ayant pris part à l'action

Fiche action n°10

Enjeu	Favoriser le lien social et rompre l'isolement
Intitulé de l'action	Développer les liens intergénérationnels
Objectifs	Rompre l'isolement des personnes âgées Prévenir les ruptures (sociales, de soins etc...) Développer la citoyenneté des plus jeunes Participer à la déstigmatisation réciproque de la jeunesse et de l'avancée en âge Encourager le partage réciproque de compétences et expériences
Etat des lieux de l'existant	Mission Service civique Solidarité Seniors (Unis-Cité) Actions des centres sociaux Association La Logitude
Etat des lieux des manques	Occasions de partage / échanges pour un bon nombre de personnes âgées Visites régulières au domicile des personnes âgées
Territoire(s) visé(s)	Arles et Tarascon
Public(s) visé(s)	Personnes âgées en situation d'isolement Collégiens / lycéens / étudiants
Contenu	Constitution de binômes jeunes – seniors et développement d'actions (ex. visites à domicile, activités en centres sociaux, challenges jeux vidéo etc...), dans le cadre d'une relation de confiance et de rencontres régulières
Etapes à suivre pour la mise en œuvre	Créer un comité de pilotage dédié à l'action Construire des modalités de repérage des personnes âgées isolées (via personnels de services d'aide et soins à domicile, associations, CPAM/MSA, caisses de retraites, professionnels de santé libéraux, sorties d'hospitalisation etc...) Construire des modalités de repérage des jeunes (au sein des établissements scolaires type BAC Pro SPVL et ASSP, Mission locale, MDA 13 Nord etc...) Créer des binômes jeunes / personnes âgées Planifier des rencontres et activités
Délai de mise en œuvre	Courant 2025
Ressources envisagées pour portage de l'action	Unis-Cité Centres sociaux / Maisons de quartiers CCAS
Partenaires à associer	MDA 13 Nord Education Nationale Centres sociaux et Maisons Publiques de Quartiers Mission Locale Bailleurs sociaux Associations d'aide à domicile Professionnels de santé libéraux CPAM / MSA Caisses de retraite Associations
Critères d'évaluation de l'action	Nombre de structures représentées au comité de pilotage Nombre de personnes âgées intégrées à l'action Nombre de jeunes intégrés à l'action Nombre de rencontres entre le senior et le jeune Retours qualitatifs de toutes les parties prenantes
Précautions / points d'attention	Bien communiquer autour des modalités de détection / recrutement des seniors et des jeunes

Fiche action n°11

Enjeu	Promouvoir des comportements favorables à la santé
Intitulé de l'action	Sensibiliser à l'adoption de comportements favorables à la santé (dès le plus jeune âge)
Objectifs	Prévenir l'apparition et/ou l'aggravation de problématiques de santé et/ou comportements à risque Repérer d'éventuelles problématiques de santé et/ou comportements à risque et orienter Accompagner le développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge
Etat des lieux de l'existant	Interventions en milieu scolaire : CODEPS13, MDA 13 Nord, IFSI d'Arles (service sanitaire) Actions collectives et individuelles des infirmiers scolaires Service communal d'hygiène et de santé d'Arles Centre de planification et d'éducation familiale Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic Campagnes nationales de sensibilisation (ex. semaine de la vaccination, dépistages organisés annuels etc...) Professionnels de santé
Etat des lieux des manques	Systematisation des interventions en milieux scolaires Interventions adaptées aux populations spécifiques (ex. personnes sans domicile stable, personnes maîtrisant peu le français etc...)
Territoire(s) visé(s)	Arles et Tarascon
Public(s) visé(s)	Tous publics
Contenu	Mise en œuvre d'actions visant la sensibilisation à l'adoption de comportements favorables à la santé (ex. santé bucco-dentaire, hygiène, vaccination, sexualité, dépistages etc...). Ces actions pourront porter sur le renforcement des accompagnements individuels, la mise en œuvre d'actions collectives, ou la territorialisation de campagnes nationales au niveau local
Etapes à suivre pour la mise en œuvre	Recenser les acteurs et actions déjà proposées sur le territoire Recenser les besoins non couverts Recenser les événements / campagnes nationales existants Rechercher des financements complémentaires si nécessaire Poursuivre les dynamiques existantes et en impulser de nouvelles
Délai de mise en œuvre	Poursuite et montée en puissance des actions déjà menées, dès 2024
Ressources envisagées pour portage de l'action	Toute structure accueillant du public et ayant repéré des besoins Toute structure spécialisée dans la prévention santé
Partenaires à associer	Education Nationale ARS Associations spécialisées SCHS PMI CeGIDD CPEF Centres sociaux et Maisons Publiques de Quartiers Hôpitaux
Critères d'évaluation de l'action	Nombre d'interventions réalisées en milieux scolaires Nombre d'interventions réalisés hors milieux scolaires Nombre d'habitants ayant reçu les interventions Taux de recours aux dépistages et à la vaccination Taux de recours à l'IVG Retours qualitatifs des intervenants, élèves et équipes pédagogiques

Fiche action n°12

Enjeu	Soutenir / accompagner les populations en situation de handicap ou limitations fonctionnelles (dont troubles du neurodéveloppement)
Intitulé de l'action	Création et diffusion d'outils et dispositifs à destination des personnes en situation de handicap et leurs familles
Objectifs	Faciliter l'orientation et l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap et leurs familles Améliorer l'autonomie et la participation des personnes en situation de handicap et leurs familles Prévenir l'apparition de troubles et favoriser une détection précoce Lutter contre l'isolement
Etat des lieux de l'existant	Plateforme d'Orientation et de Coordination de l'hôpital d'Arles Permanence hebdomadaire de la MDPH au CCAS d'Arles Réseau de professionnels de santé libéraux sur les TND animé par la CPTS du Pays d'Arles Centre d'Action médicosociale Précoce (CAMSP) de l'hôpital d'Arles Centres Médico-Psychologique Infanto-juvénile (CMPI) d'Arles et Tarascon Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) Institut Médico-Educatif (IME) Permanences mensuelles de l'association Diversi-thé sur Arles Association Trilogis Associations proposant des activités de loisirs adaptées aux personnes en situation de handicap (ex. Arthémusa, Association Sport-santé du Pays d'Arles) Forum Handicap à Saint-Martin de Crau Journée annuelle Handicap et Sport à Tarascon Action Tous égaux derrière l'objectif de l'Ecole Nationale Supérieure de la Photographie d'Arles Associations/services spécialisés : Connect 13, URAPEDA, A3, AFTC13 Service de transport à la demande (Envia) Taco and Co sur Arles Dispositif Sortir + de l'Agirc Arrco
Etat des lieux des manques	Annuaire des ressources – cartographie du territoire Référénts « handicap », chargés du lien entre les familles et les professionnels (de santé, enseignants etc...) Aménagements et dispositifs spécifiques d'aide à la mobilité (voiries accessibles, transports inter-communes, aide à l'aménagement d'un véhicule etc...) Dispositifs spécifiques pour l'accès au logement (notamment logement social) Aides financières dédiées à la réalisation de bilans et suivis (hors allocations MDPH)
Territoire(s) visé(s)	ACCM
Public(s) visé(s)	Toute personne en situation de handicap ou limitation fonctionnelle et sa famille, avec une attention particulière aux familles en difficultés financières (pour le volet concernant les aides financières)
Contenu	Webinaires grand public Mise en place de référents « handicap » dans les structures/services (ex. AESH dans les accueils de loisirs) Création de nouveaux dispositifs de transport adapté (aide à la mobilité solidaire, mutualisation avec bus séniors, service type Mobicité métropole etc...) Mise en place de commissions d'accessibilité travailleurs sociaux / bailleurs Création d'un pôle handicap intercommunal

Etapes à suivre pour la mise en œuvre	Créer un comité de pilotage restreint « handicap » Lister les priorités d'action (logement, mobilité etc...) Créer des groupes de travail décloisonnés à partir des priorités d'action Développer les actions
Délai de mise en œuvre	Courant 2025
Ressources envisagées pour portage de l'action	MDPH Parcours handicap 13 Communauté 360
Partenaires à associer	Tous partenaires du territoire, tous secteurs confondus, en fonction des thématiques des groupes de travail
Critères d'évaluation de l'action	Nombre de structures intégrées dans le comité de pilotage Nombre de groupes de travail créés Nombre d'actions mises en œuvre Retours qualitatifs des partenaires

Fiche action n°13

Enjeu	Lutter contre les violences physiques et morales
Intitulé de l'action	Sensibiliser et prévenir toutes les formes de violences dès le plus jeune âge
Objectifs	Prévenir toutes formes de violences Détecter d'éventuelles situations de violences / ouvrir la parole des plus jeunes et les orienter
Etat des lieux de l'existant	Interventions en milieux scolaires : CIDFF, MDA 13 Nord Réfèrent violences intrafamiliales dans les commissariats et en gendarmerie
Etat des lieux des manques	Couverture de tout le territoire Interventions dès le plus jeune âge (maternelle)
Territoire(s) visé(s)	Arles et Tarascon
Public(s) visé(s)	Enfants et jeunes de l'école maternelle jusqu'au lycée
Contenu	Généraliser les interventions de prévention dans tous les établissements scolaires et à tous les niveaux
Etapes à suivre pour la mise en œuvre	Recensement des actions existantes Recensement des besoins auprès des établissements non couverts Recensement des structures expertes dans le domaine Recherche de nouveaux financements si besoin Animation des interventions
Délai de mise en œuvre	Poursuite et montée en puissance des actions déjà menées, dès 2024
Ressources envisagées pour portage de l'action	Toute structure accueillant du public et ayant repéré des besoins Toute structure spécialisée (ex. CIDFF, MDA 13 Nord)
Partenaires à associer	Education Nationale ARS Associations spécialisées Forces de l'ordre
Critères d'évaluation de l'action	Nombre d'interventions réalisées Nombre d'élèves ayant reçu les interventions Nombre d'incidents de violences relevés en milieu scolaire Retours qualitatifs des intervenants, élèves et équipes pédagogiques

Fiche action n°14

Enjeu	Lutter contre les violences physiques et morales
Intitulé de l'action	Mettre en place des commissions partenariales de gestion d'informations préoccupantes pour personnes majeures
Objectifs	Fluidifier / accompagner les parcours des adultes et familles victimes de violences Soutenir les pratiques professionnelles et éviter l'isolement Optimiser/mutualiser les accompagnements Participer à la montée en compétence et connaissance des professionnels
Etat des lieux de l'existant	Cellules d'évaluation des informations préoccupantes du CCAS Réunions de synthèse internes à chaque institution sociale
Etat des lieux des manques	Instances partenariales, pluridisciplinaires, pluri institutions pour partage / accompagnement des situations
Territoire(s) visé(s)	Arles et Tarascon
Public(s) visé(s)	Professionnels locaux des secteurs sanitaires et sociaux, réunis autour d'un même usager : travailleurs sociaux, professionnels de santé...
Contenu	Création d'instances partenariales, pluridisciplinaires, pluri institutions, pour aborder les situations de violences intrafamiliales qui concernent uniquement des majeurs et décider des conduites à tenir, sur un modèle de fonctionnement similaire à celui de la protection de l'enfance
Etapes à suivre pour la mise en œuvre	Définir un porteur pour l'action, également chargé d'animer ces temps d'échanges Créer une charte de confidentialité Définir les modalités de sélection des cas à traiter Lister les professionnels à inviter (liste à revoir en fonction des cas traités) Organiser les aspects logistiques (dates et horaires, lieux, envoi des invitations etc...)
Délai de mise en œuvre	Courant 2025
Ressources envisagées pour portage de l'action	CIDFF CCAS MDS
Partenaires à associer	Professionnels locaux des secteurs sanitaires et sociaux (en fonction des situations traitées)
Critères d'évaluation de l'action	Nombre de temps d'échanges organisés Nombre de professionnels ayant participé à l'action Nombre de situations traitées Retours qualitatifs des participants
Précautions / points d'attention	Prévoir une charte de confidentialité pour respecter le secret partagé Veiller à obtenir le consentement éclairé de l'usager, pour chaque situation traitée Veiller à impliquer dans le temps d'échanges, seulement les partenaires actifs autour de l'usager (pas d' « observateurs »)

Fiche action n°15

Enjeu	Faciliter l'accès aux droits
Intitulé de l'action	Création et diffusion régulière d'un journal d'informations
Objectifs	Améliorer la communication sur les actions du territoire Faciliter l'orientation des publics sur les actions existantes (pour les professionnels) Favoriser l'accès aux services et l'autonomie (pour les usagers)
Etat des lieux de l'existant	Journal municipal Informations diffusées par chaque acteur
Etat des lieux des manques	Document centralisé, qui regroupe l'ensemble des actions existantes
Territoire(s) visé(s)	Arles et Tarascon
Public(s) visé(s)	Grand public Professionnels
Contenu	Création et diffusion d'une lettre d'informations sous forme d'un journal, recensant les services et activités proposées au grand public sur une période donnée. Parution d'une édition du journal tous les 2 à 3 mois, à diffuser aux acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en charge de le relayer eux-mêmes à leurs publics
Etapes à suivre pour la mise en œuvre	Mise en lien des services communication de l'ACCM et des villes Recensement des différents acteurs proposant des actions et volontaires pour être inclus dans l'action Création d'outils de recueil réguliers d'information Transmission régulière des informations par les acteurs Elaboration régulière du document Diffusion régulière du document aux professionnels
Délai de mise en œuvre	Courant 2024
Ressources envisagées pour portage de l'action	Services communication de l'ACCM et des Villes Service Politique de la Ville ACCM (pour les QPV)
Partenaires à associer	Ensemble des structures institutionnelles et associatives proposant des actions sur les territoires et souhaitant participer
Critères d'évaluation de l'action	Nombre de structures impliquées régulièrement dans l'action Régularité de production du document Retours qualitatifs des usagers et professionnels
Précautions / points d'attention	Nécessité d'une participation régulière de tous les partenaires Nécessité d'un temps de travail dédié à la centralisation des informations et production du document

Fiche action n°16

Enjeu	Soutenir la parentalité
Intitulé de l'action	Accompagner la création/le maintien des liens familiaux
Objectifs	Favoriser l'attachement parents-enfants dès le plus jeune âge Développer les compétences parentales et augmenter l'estime de soi et la confiance des parents Prévenir ou détecter les situations de violences intrafamiliales
Etat des lieux de l'existant	Hôpital Joseph Imbert (maternité, équipe mobile de périnatalité) PMI Professionnels de santé libéraux Professionnels intervenant à domicile en post-partum : sage-femmes, techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) Ateliers d'échanges entre parents : La Collective, Di Nistoun, centres sociaux, EPE13... Lieu d'Accueil Enfants-Parents (LAEP) du Temps des Familles Entretiens familiaux de l'EPE 13 Activités / temps parents-enfants : centres sociaux, Capacité Ateliers jeux parents-enfants du CIDFF Accompagnements des parents : Consultations Jeunes Consommateurs, MDA 13 Nord
Etat des lieux des manques	Nombre insuffisant de TISF pour intervention en post-partum à domicile Manque de solution de garde pour les enfants dont les parents souhaiteraient échanger rien qu'entre eux Manque d'information des habitants concernant l'existant
Territoire(s) visé(s)	Arles et Tarascon
Public(s) visé(s)	Les familles au sens large : parents, futurs parents, grands-parents, fratries etc...
Contenu	Développer diverses actions visant le soutien à la parentalité, avant même la naissance de l'enfant, et jusqu'à l'adolescence. Les actions seront développées dans une logique de déculpabilisation, désacralisation du « parent modèle », et accompagnement bienveillant vers la montée en compétence des parents. Les actions proposées pourront être de natures diverses : création de documents d'information sur les ressources disponibles (traduits en plusieurs langues), permanences d'écoute physique et/ou téléphonique notamment pour les questionnements post-partum, création d'un lieu identifiable et neutre regroupant diverses actions de soutien à la parentalité etc...
Etapes à suivre pour la mise en œuvre	Lister les structures compétentes / disponibles pour piloter, animer ou accueillir ce type d'actions Définir des actions prioritaires de façon partenariale Mettre en œuvre les actions de façon concertée Evaluer les actions
Délai de mise en œuvre	Courant 2024
Ressources envisagées pour portage de l'action	Maternité de l'hôpital Joseph Imbert PMI Associations : la Collective, EPE13, Di Nistoun Centres sociaux
Partenaires à associer	Professionnels de santé Professionnels des secteurs socio-éducatifs Equipe du Programme de Réussite Educative
Critères d'évaluation de l'action	Nombre et diversité des partenaires prenant part aux actions Nombre d'actions mises en œuvre Retours qualitatifs des partenaires et des bénéficiaires des actions

Fiche action n°17

Enjeu	Sensibiliser à la santé environnementale
Intitulé de l'action	Accompagner dans l'adoption d'habitudes quotidiennes favorables à la santé environnementale
Objectifs	Préserver l'environnement Responsabiliser la population Prévenir et/ou éviter la prolifération de nuisibles (cafards, punaises de lit...) Conserver un patrimoine immobilier en bon état (social et privé) Lutter contre la précarité financière
Etat des lieux de l'existant	Association ISIS pour l'aide à la petite rénovation / entretien du logement (peintures) Appartement témoin de la CLCV pour promouvoir les bonnes pratiques Plaquettes bailleurs destinées au locataire : « Qui entretient le logement ? » Applications d'échanges de services (dont aide à l'entretien / rénovation du logement) Ateliers « santé environnementale » à la maternité d'Arles
Etat des lieux des manques	Actions de sensibilisation en direction des habitants autour des polluants du quotidien (produits d'entretien, cosmétiques, qualité de l'air intérieur etc...) Aides financières à l'entretien du logement
Territoire(s) visé(s)	Arles et Tarascon
Public(s) visé(s)	Tous publics
Contenu	Mise en œuvre d'actions diverses, en direction de la population générale ou de populations spécifiques (ex. femmes enceintes) permettant une sensibilisation autour de la santé environnementale. Ces actions pourront notamment consister en des ateliers d'information autour des risques relatifs à l'usage de perturbateurs endocriniens dans le quotidien, des ateliers de fabrication de produits maison ou réparation d'objets divers etc... Ces actions pourront être mises en œuvre dans le cadre d'interventions spécifiques, de chantiers d'insertion spécialisés, de services civiques etc...
Etapas à suivre pour la mise en œuvre	Proposer une enquête aux habitants pour connaître leurs niveaux de connaissance et leurs préoccupations en termes de santé environnementale Recenser les ressources spécialisées disponibles pour porter / animer des actions Développer des actions spécifiques et créer/diffuser des outils de communication large
Délai de mise en œuvre	Courant 2025
Ressources envisagées pour portage de l'action	Partenaires spécialisés sur la thématique de la santé environnementale Bailleurs sociaux Toute structure recevant du public et ayant identifié un besoin
Partenaires à associer	Collectivités locales CLCV du Pays d'Arles Etat Bailleurs sociaux Agences immobilières FNAIM Fédération Nationale de l'Immobilier Habitants Associations

	Tiers-lieux ARS O'déchets du Pays d'Arles Arles en transition CPIE du Pays d'Arles
Critères d'évaluation de l'action	Nombre d'actions mises en œuvre Nombre d'habitants ayant participé aux actions Retours qualitatifs des partenaires et habitants

Fiche action n°18

Enjeu	Soutenir les pratiques des professionnels et favoriser leur coordination / collaboration
Intitulé de l'action	Instaurer un rituel annuel convivial entre partenaires locaux
Objectifs	Favoriser l'interconnaissance des acteurs et actions Favoriser l'accueil de nouveaux professionnels sur le territoire Favoriser la coopération entre partenaires
Etat des lieux de l'existant	Forum santé proposés par le collectif Santé vous bien (Tarascon Fontvieille, Chateaurenard) Soirées ville-hôpital organisées par la CPTS du Pays d'Arles Temps d'information et d'échanges proposés par Provence Santé Coordination Réunions de concertation pluridisciplinaire proposées par ARCA-Sud
Etat des lieux des manques	Temps réguliers d'envergure (type forum) à seule destination des partenaires locaux dans les domaines sociaux, médicaux et sanitaires
Territoire(s) visé(s)	A définir (ACCM, périmètre du DAC Provence Santé Coordination)
Public(s) visé(s)	Tous partenaires locaux des secteurs sanitaires, médico-sociaux, voire sociaux
Contenu	Proposition d'un brunch/déjeuner de 10h à 14h Proposition de techniques d'animation favorisant l'interconnaissance dans une dynamique ludique : ice breaker, speed-meeting, jeux de rôle, théâtre forum...
Etapes à suivre pour la mise en œuvre	Mettre en place un comité de pilotage de l'action Lister les partenaires à inviter Sonder les partenaires pressentis au sujet de leurs intérêt et leurs disponibilités Explorer/choisir des techniques d'animation adaptées Organiser un évènement reproductible chaque année
Délai de mise en œuvre	Courant 2025
Ressources envisagées pour portage de l'action	Atelier Santé Ville ACCM DAC Provence Santé Coordination
Partenaires à associer	Tous partenaires locaux des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux Communes
Critères d'évaluation de l'action	Mise en place effective de ce temps convivial Nombre de participants au temps convivial Retours qualitatifs des participants au temps convivial
Précautions / points d'attention	Maintenir une ambiance conviviale / ludique Soigner la communication autour de l'évènement : choisir un intitulé et des programmes attractifs Proposer l'évènement tous les ans à la même période (ex. En octobre lors de la Saint-Luc, Saint Patron des services de santé)

Fiche action n°19

Enjeu	Soutenir les pratiques des professionnels et favoriser leur coordination / collaboration
Intitulé de l'action	Sensibiliser, outiller et former les professionnels non spécialisés
Objectifs	Participer à la déstigmatisation des publics (consommateurs de substances, personnes présentant des troubles psychiques, personnes en situation de handicap...) Participer à la diffusion de l'approche de Réduction des Risques et des Dommages (RDRD) Soutenir les professionnels dans leurs pratiques Favoriser l'accès aux soins pour tous (dont le repérage précoce par de multiples professionnels) Améliorer l'attractivité du territoire pour favoriser l'installation de nouveaux professionnels de santé (ex. orthophonistes, psychomotriciens)
Etat des lieux de l'existant	Formations régionales en addictologie (ex. ARCA Sud) Formations régionales et départementales en promotion de la santé (ex. CODEPS 13) Formations spécifiques en santé mentale (ex. formations premiers secours en santé mentale)
Etat des lieux des manques	Sessions de formation locales (pour faciliter l'accès aux professionnels du territoire)
Territoire(s) visé(s)	Arles et Tarascon
Public(s) visé(s)	Tout professionnel souhaitant être sensibilisé et/ou formé sur une thématique : hospitalier, associatif, libéral, institutionnel...
Contenu	Mettre en place des sessions de formation et sensibilisation à destination des professionnels non spécialisés dans le domaine concerné. Les thématiques pourraient être diverses : addictologie, santé mentale, handicap, troubles du neurodéveloppement de l'enfant... Les formats pourront varier (présentiel, webinaires)
Etapes à suivre pour la mise en œuvre	Lister les thématiques et intervenants potentiels Lister les participants potentiels Rechercher des possibilités de financement Organiser les aspects logistiques des sessions de formation
Délai de mise en œuvre	Courant 2024
Ressources envisagées pour portage de l'action	Atelier Santé Ville pour la coordination de l'action et professionnels spécialisés et reconnus pour animation des sessions de formation
Partenaires à associer	Pour les participants : tous professionnels non spécialisés dans le domaine concerné : hospitaliers, associatifs, libéraux, institutionnels... Pour les intervenants : structures spécialisées dans les domaines concernés
Critères d'évaluation de l'action	Nombre de sessions de formation organisées Nombre de professionnels participant aux formations Retours qualitatifs des participants aux formations
Précautions / points d'attention	Garder une régularité d'action Diversifier les thématiques des formations

Fiche action n°20

Enjeu	Soutenir les pratiques des professionnels et favoriser leur coordination / collaboration
Intitulé de l'action	Créer un répertoire partagé des ressources locales à destination des professionnels
Objectifs	Faciliter l'orientation des usagers
Etat des lieux de l'existant	Répertoires généralistes locaux « contacts utiles » Arles et Tarascon de l'Atelier Santé Ville (2020) Répertoires et cartographies spécifiques en ligne (ex. bienvieillirsudpacacorse.fr) Newsletter hebdomadaire de la CPTS
Etat des lieux des manques	Actualisation régulière des répertoires Intégration des structures sanitaires, sociales et médico-sociales Cartographie interactive en ligne
Territoire(s) visé(s)	Echelle communale (Arles/Tarascon)
Public(s) visé(s)	Tous les professionnels locaux
Contenu	Création d'un répertoire de type liste + cartographie, recensant toutes les ressources locales dans les champs sanitaire, social et médico-social, accessibles à tous les professionnels locaux
Etapes à suivre pour la mise en œuvre	Constituer un comité de pilotage de l'action Lister tous les partenaires à intégrer dans le répertoire Lister toutes les informations à faire apparaître dans le document Recueillir toutes les informations auprès des partenaires Formaliser un document (type liste) Créer une cartographie à partir du document Actualiser régulièrement les documents
Délai de mise en œuvre	Courant 2024
Ressources envisagées pour portage de l'action	Atelier Santé Ville ACCM
Partenaires à associer	Tous les partenaires sanitaires, sociaux, médico-sociaux Services communication de l'ACCM et des communes
Critères d'évaluation de l'action	Nombre de ressources locales apparaissant dans les répertoires Nombre de professionnels utilisant les répertoires Actualisation régulière du répertoire Retours qualitatifs des professionnels apparaissant et/ou utilisant les répertoires
Précautions / points d'attention	Permettre l'accès à tous les professionnels Actualiser annuellement les informations a minima Prévoir une version distribuable au grand public ?

Les signataires du Plan Local de Santé Publique 2024-2030

 <p>Communauté d'agglomération ACCM Près Grau Camargue Montagne</p> <p>ACCM Patrick DE CAROLIS Président</p>	 <p>PRÉFET DES BOUCHES- DU-RHÔNE <i>Liberté Égalité Fraternité</i></p> <p>Etat Baptiste ROLLAND Préfet délégué pour l'égalité des chances</p>	 <p>ARLES</p> <p>Ville d'Arles Patrick DE CAROLIS Maire</p>
 <p>Cité provençale Tarascon</p> <p>Ville de Tarascon Lucien LIMOUSIN Maire</p>	 <p>ars Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur</p> <p>Agence Régionale de Santé Caroline AGERON Directrice de la délégation des Bouches-du-Rhône</p>	