

RAPPORT

DIAGNOSTIC PARTAGE DE SANTE DES QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA VILLE DE BAYONNE

ATELIER SANTE VILLE – CCAS BAYONNE



Septembre 2021

SOMMAIRE

1. Présentation de la démarche.....	5
1.1 Les objectifs poursuivis	5
1.2 Les phases de la démarche.....	5
1.3 Une approche par les déterminants de santé	8
1.4 L'analyse statistique.....	10
1.4.1 Les données objectivées dans le cadre des précédents diagnostics de l'ASV	10
1.4.2 Le recueil des données	12
1.5 Les entretiens individuels et collectifs	13
1.6 Les groupes focus thématiques	14
2. La situation socio-sanitaire dans les Quartiers Politique de la Ville (QPV).....	15
2.1. De nouveaux périmètres des QPV	15
2.2 Les caractéristiques socio-démographiques des QPV.....	18
2.2.1 La population des QPV : une population jeune pour Hauts de Sainte Croix Mounédé, une population vieillissante à Maubec Citadelle, des quartiers avec une présence importante de personnes issues de l'immigration	18
2.2.2 L'évolution de la population : une croissance faible et une migration probable de certains jeunes vers d'autres quartiers à l'âge adulte	19
2.2.3 Les ménages des QPV : une part élevée de familles nombreuses à Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé, et de personnes seules et de familles monoparentales à Maubec Citadelle	20
2.2.4 L'habitat dans les QPV : un parc d'habitat ancien, une part d'HLM importante et du surpeuplement à Hauts-de-Ste-Croix Mounédé.....	22
2.2.5 Formation et diplômes dans les QPV : une courbe descendante de scolarisation à partir de 15 ans, un niveau particulièrement bas de diplômes à HSCM	23
2.2.6 Emploi et chômage dans les QPV : une part très élevée d'inactifs et de chômeurs parmi l'ensemble de la population.....	25
2.2.7 Les catégories socio-professionnelles dans les QPV : une majorité d'ouvriers et d'employés et une surreprésentation des contrats précaires	26
2.2.8 Le niveau de vie des habitants des QPV : un niveau de vie médian en HSC inférieur au SMIC net et légèrement supérieur à Citadelle	28
2.2.9 Des taux de pauvreté importants sur Hauts de Sainte Croix Mounédé et des questionnements sur l'accès aux droits de ses habitants	29

2.2.10 Zoom sur la petite enfance dans les QPV : un tiers d'enfants de moins de 10 ans considérés comme vulnérables aux Hauts-de-Ste-Croix	31
2.2.11 Zoom sur les jeunes des QPV : une surreprésentation des jeunes avec des difficultés pour suivre une scolarité et trouver un emploi stable sur HSCM . 33	
2.2.12 Zoom sur les seniors des QPV : une part peu importante des seniors qui aurait tendance à augmenter plus rapidement sur Hauts de Sainte Croix Mounédé.....	34
2.2.13 Zoom sur les personnes en situation de handicap des QPV : des difficultés particulières, d'un point de vue économique et en termes d'accès aux soins pour les personnes handicapées des Hauts de Sainte Croix.....	35
2.2.14 Zoom sur l'égalité femmes-hommes dans les QPV	36
La situation socio-sanitaire de la population, que retenir ?	38
2.3 La consommation de soins et les pratiques de prévention	40
2.3.2 La consommation des soins de ville	44
2.3.3 Les pratiques préventives et de santé	47
2.3.2 Le recours aux urgences : une importance des passages aux urgences pour des troubles traumatologiques, digestifs, urologiques et gynécologiques	50
Des atouts et faiblesses en termes d'inégalités de santé et de pratiques de prévention et de soin sur les QPV	52
2.4 Des problématiques de santé des habitants des QPV identifiées par les professionnels	53
2.4.1 La santé des enfants des QPV	53
2.4.2 Les pratiques addictives des jeunes des QPV : une surconsommation de substances psychoactives très partiellement objectivée	55
2.4.3 Des problématiques de santé récurrentes: obésité, diabète, troubles psychologiques, troubles gynécologiques, retards de langage et troubles du sommeil	56
2.4.4 Quelques problématiques identifiées par les professionnels dans l'accès à la santé	58
2.4.5 L'accès au sport et à l'activité physique chez les femmes : des alternatives à proposer en termes d'horaires, de garde d'enfants et d'aides financières.....	60
Synthèse des problématiques de santé identifiées par les professionnels et mise en perspective	62
3. L'offre de soins et l'action socio-sanitaire	64
3.1 L'offre de soins et les services	64

3.1.1 Une densité médicale satisfaisante, avec néanmoins des carences de spécialistes de proximité sur les QPV	64
3.1.2 Une diversité de structures de santé présentes dans ou rayonnant sur le territoire	67
3.1.3 La géographie médicale	70
3.1.4 Une offre d'équipements collectifs de sport et de loisirs, conséquente à Hauts de Sainte Croix Mounédé et moins importante à Maubec Citadelle	72
3.2 L'action mise en œuvre par l'ASV.....	75
4. Les enjeux à investir au titre d'une politique locale de santé	82
4.1 Des effets à rechercher	82
4.2 Esquisse d'un arbre d'impacts et d'objectifs.....	83
4.3 Les suites à donner pour la construction d'une politique territoriale de santé.....	85
5. Annexes	88
a. Composition du Copil et du Cotech.....	88
b. Liste d'indicateurs définitive validée en Cotech.....	89
c. Sources consultées	102
d. Grille d'entretien.....	103
e. Liste d'acteurs rencontrés en entretien individuel	105
f. Liste d'acteurs rencontrés en entretien collectif	106
g. Les acteurs ayant participé aux groupes thématiques.....	107
h. Liste de rues des périmètres QPV	108
i. Résultats des campagnes MT'DENT réalisées au cours des 2 ans glissants (2019-2021).....	109

1. Présentation de la démarche

1.1 Les objectifs poursuivis

Le CCAS de Bayonne a souhaité être accompagné dans l'actualisation du diagnostic local partagé de santé des quartiers en politique de la ville.

Au travers de cette démarche, qui doit aboutir à une feuille de route pour l'Atelier Santé Ville, **les objectifs poursuivis sont au nombre de 3 :**

1. Actualiser les diagnostic santé réalisés de 2008 à 2014, en prenant en compte les nouveaux périmètres du contrat de ville,
2. Animer, dans une logique projet et de prévention, un intense processus de concertation, associant les acteurs de la politique de la ville, et en premier lieu les acteurs du réseau de l'ASV et les habitants dans la construction du diagnostic,
3. Élaborer une stratégie d'amélioration de l'état de santé de la population permettant d'agir sur ses déterminants. Cette stratégie doit notamment comprendre des actions permettant de réduire les dysfonctionnements dans l'accès à la prévention et aux soins, d'améliorer la qualité et l'organisation de l'offre de soins, de répondre au besoin en formation des professionnels accueillant et orientant les publics en situation de précarité.

1.2 Les phases de la démarche

La démarche a été conçue en **4 phases** :

1. une phase préliminaire de concertation,
2. une phase de réalisation du diagnostic,
3. une phase d'analyse causale et d'élaboration d'un schéma de développement,
4. une phase de mise en forme des conclusions de la démarche et de restitution de ses résultats.

La **phase préliminaire** a eu lieu en novembre 2020. Elle avait plus particulièrement pour objet de contextualiser la démarche. De manière conjointe avec la coordinatrice de l'ASV, madame Corinne Négrier, et le directeur général du CCAS de Bayonne, monsieur Frédéric Berlingieri, nous avons identifié :

- Les partenaires à intégrer au Comité de pilotage (Copil) et au Comité technique (Cotech), dont le lecteur trouvera en annexe la composition,
- Les sources documentaires disponibles et les différents interlocuteurs à solliciter au sein des différentes institutions afin de procéder à un état des lieux aussi précis que possible,
- Les acteurs à associer à la démarche à chacune de ses étapes. Ces acteurs ont été jusqu'à présent associés, sur la base d'une présentation par nos soins de premiers éléments de diagnostic. Ils seront associés dans les phases suivantes à leur interprétation (« analyse causale ») et à leur mise en perspective opérationnelle (arbre d'impacts, actions innovantes, priorisation stratégique).

La **phase diagnostic**, avait pour visée d'objectiver la situation des quartiers prioritaires Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé et Maubec-Citadelle du point de vue de leurs caractéristiques socio-démographiques, des problématiques de santé rencontrées par leurs habitants et des réponses apportées à ces problématiques par les différentes structures et institutions.

Pour ce faire, la démarche s'est appuyée sur un triple processus :

- le recueil et l'analyse documentaire de l'ensemble des données de contexte relatives à l'offre de soins, à l'état de santé des populations et aux politiques publiques de santé mises en œuvre sur le territoire,
- l'analyse comparative de ces données avec celles qui ont été objectivées dans le cadre des précédents diagnostics, analyse qui devrait permettre de mesurer un certain nombre d'évolutions,
- la mise en débat des résultats de ces analyses auprès des acteurs associés à la démarche.

D'un point de vue méthodologique, la phase de diagnostic, qui s'est déroulée entre décembre 2020 et février 2021, s'est appuyée sur :

- L'analyse statistique¹ des données communiquées par les différentes institutions,
- La réalisation d'une série d'entretiens individuels et collectifs²,
- La réalisation de groupes focus thématiques³. Ces groupes ont été composés conjointement avec les membres du Cotech afin d'approfondir avec des professionnels de terrain les problématiques de santé et d'accès aux soins des habitants des QPV.

Ce rapport intermédiaire est le compte-rendu de ces travaux.

La **phase d'analyse causale et de construction d'un schéma de développement** doit se dérouler en octobre 2021. Il s'agit d'une phase intégralement participative où les partenaires et les acteurs mobilisés en phase 1 seront remobilisés, à côté des habitants, dans des temps participatifs. Plus particulièrement, cette phase consistera en des ateliers d'élaboration d'un « schéma de développement », permettant de fédérer les participants autour d'une visée (arbre d'impacts et d'objectifs) et d'un processus commun d'action (définition des actions, priorisation dans le temps, conditions de leur mise en place...) pour améliorer dans la durée les états de santé des habitants des quartiers.

Suite à une phase de mise en forme des acquis des travaux de co-construction, qui se déroulera dans la seconde quinzaine d'octobre 2021, et feront l'objet d'une présentation en Cotech puis en Copil, les résultats du diagnostic santé seront restitués en novembre 2021 auprès des institutions et auprès du grand public sous une forme qui reste à définir conjointement en Cotech.

¹ Nous renvoyons sur ce point le lecteur à la sous partie 1.4 *L'analyse statistique* du présent document

² Cf ci-dessous la sous partie 1.5 *Les entretiens individuels et collectifs*

³ Cf pour plus détail ci-dessous la sous-partie 1.6 *Les groupes focus thématiques*

Diagramme phase 1,



Diagramme phase 2,

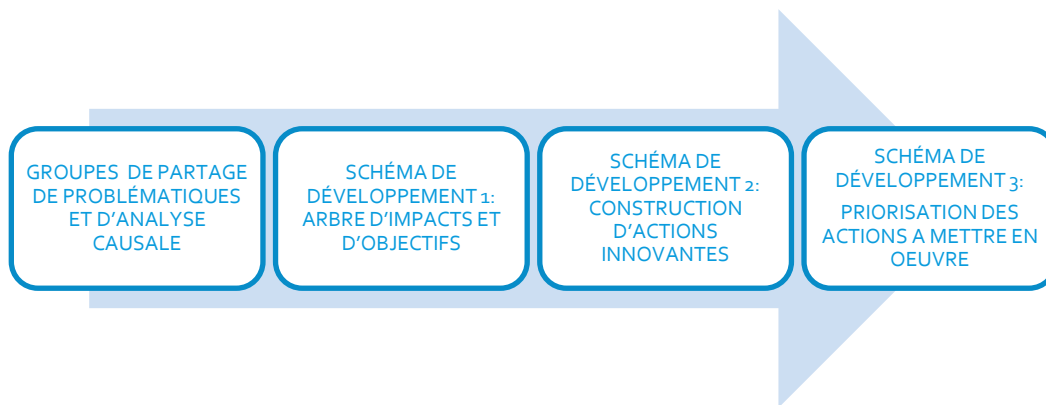


Diagramme phase 3,

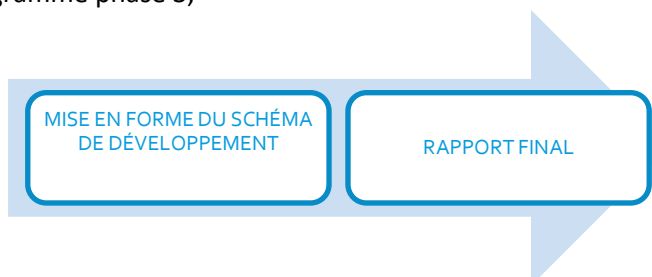
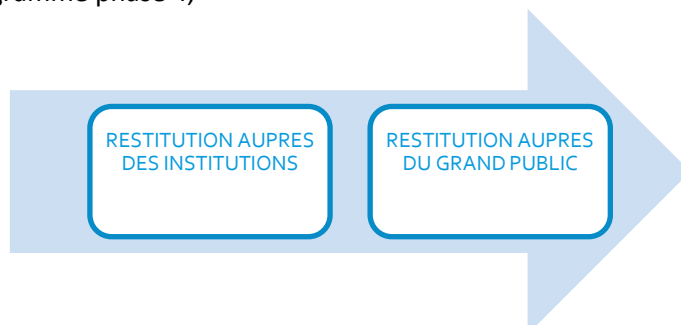


Diagramme phase 4,



1.3 Une approche par les déterminants de santé

L'approche par les déterminants de santé vise à construire une analyse systémique des états de santé permettant d'agir non plus au stade terminal des soins mais très en amont sur les causes des pathologies.

Elle s'appuie, selon la définition de l'OMS sur une conception de la santé comme étant un « état complet de bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

D'un point de vue politique, la santé représente « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale », un droit consacré dans le Préambule de la constitution de l'OMS (1946). D'un point de vue sociologique, la santé est un phénomène à la fois individuel (état de santé d'un individu) et collectif (état de santé d'une population).

Qu'est ce qui détermine donc l'état de santé d'une population ?

Il y a des nombreuses catégorisations des déterminants de la santé. Par exemple, au Québec, le Ministère de la santé et des services sociaux défend une vision large et globale de la santé. Celui-ci considère ainsi de nombreux déterminants de l'état de santé d'une population dans le cadre de ses analyses et de ses politiques : État de santé de la population ; Caractéristiques individuelles ; Milieux de vie ; Systèmes ; Contexte global.

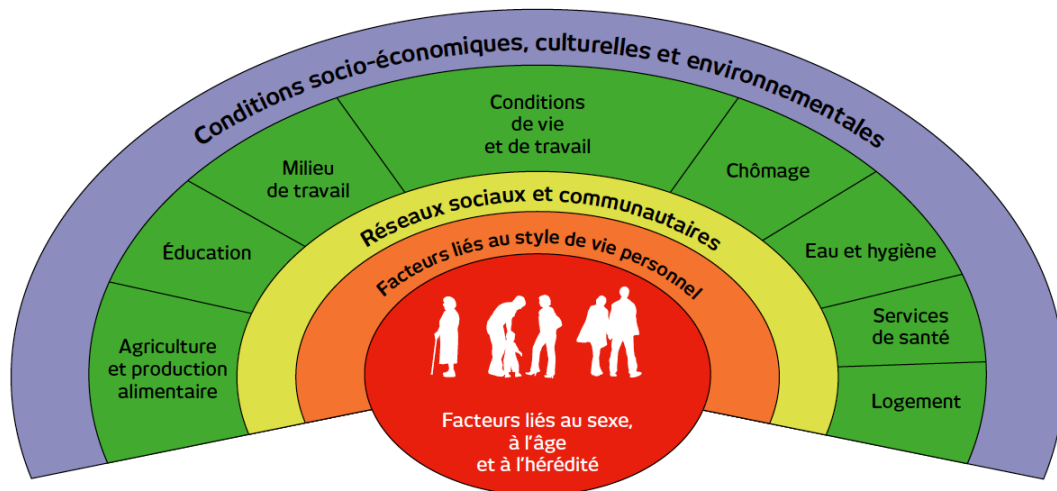
Partie d'une vision large, la liste d'indicateurs proposée au Copil du 26 novembre 2020 a été retravaillée collectivement pour au final se rapprocher de la catégorisation faite par le Haut Conseil de la santé publique français. Elle se base sur une catégorisation des déterminants de la santé en trois « familles » :

1. **Les déterminants socio-économiques** : éducation, accès à l'emploi, conditions de travail, âge de la retraite, politique du logement, relations sociales, politiques redistributives à travers la fiscalité et les aides financières directes, etc,
2. **Les comportements de santé** : nutrition, pratiques sportives, consommation de tabac et d'alcool, etc,
3. **Le système de soins et de prévention médicalisée.**

Cette catégorisation rejoint la vision exprimée dans le tableau suivant par Dahlgren et Whitehead :

Les déterminants de la santé

Dans cette figure, les déterminants de la santé sont répartis sur quatre niveaux qui interagissent les uns avec les autres.



DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies. Stockholm (traduction)

L'amélioration de la santé des individus tient donc à la mobilisation d'un grand nombre d'acteurs (professionnels de la santé, pouvoirs publics, associations) intervenant dans des domaines complémentaires (prévention, accès aux soins, lutte contre les inégalités sociales, etc.).

Ceci rejoint du même coup le projet d'une « santé communautaire ». Il y a santé communautaire, disent Manciaux et Deschamps, « quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités »⁴.

L'objectif principal d'un projet de santé communautaire est « de rendre l'habitant acteur ».

Il s'agit donc d'une démarche « capacitante ». Dans ce sens, sa mission est que les individus et les familles :

- développent leur capacité à mieux appréhender leur propre situation et soient animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs en commun,
- deviennent des agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement...

⁴ MANCIAUX M. et DESCHAMPS J.P. La santé de la mère et de l'enfant. Paris, Flammarion Médecine Sciences, 1978, p. 31

1.4 L'analyse statistique

Une base d'indicateurs a été construite par le Cabinet et présentée en Copil le 26 novembre 2020.

Elle a été amendée sur la base des échanges ayant eu lieu en Copil puis validée en Cotech le 3 décembre 2020⁵. Cette base d'indicateurs a été construite en prenant en compte trois éléments principaux :

1. Les « déterminants de la santé » tels que définis par l'OMS, avec pour intention à ce titre d'agir sur les causes des problématiques repérées,
2. Les données objectivées dans le cadre des précédents diagnostics locaux de santé, en vue de pouvoir mesurer un certain nombre d'évolutions,
3. Les données plus qualitatives que les professionnels socio-sanitaires et les habitants pourraient en tant que de besoin fournir.

1.4.1 Les données objectivées dans le cadre des précédents diagnostics de l'ASV

Dans l'objectif de pouvoir mesurer un certain nombre d'évolutions concernant la santé des habitants des QPV ainsi que la contribution qui a pu être celle de l'Atelier Santé Ville à son amélioration, nous avons proposé une base d'indicateurs à actualiser. Les données traitées dans les anciens diagnostics provenaient de l'Education Nationale, du Centre Hospitalier de la Côte Basque, de la CPAM et la PMI. Voici la liste des principaux indicateurs qu'il a été convenu de chercher à actualiser en lien à ces institutions :

	2009 GIP-DSU	2009 GIP-DSU	2013 CCAS	2013 CCAS	2013 FR	2013 FR
	Source	Périmètre	Source	Périmètre	Source	Périmètre
Alimentation			Enquête ASV 2012	QPV	Entretiens	QPV
Perception des habitants sur leur état de santé			Enquête ASV 2012	QPV		
Régime général			CPAM	QPV, Bayonne	CPAM	Bayonne, Agglo
CMU			CPAM	QPV, Bayonne	CPAM	Bayonne, Agglo
Consommation de soins de ville	CPAM	QPV, Bayonne, Agglo, Département	Enquête ASV 2012	QPV	CPAM	Bayonne, Agglo
Difficultés et renoncement aux soins			Enquête ASV 2012	QPV		
Urgences hospitalières et en clinique	CHCB	QPV, Bayonne, Agglo	Pas actualisé		Pas actualisé	
Facturation d'actes par le service d'accueil d'urgences de la clinique Saint Étienne	CPAM	QPV, Bayonne, Agglo	Pas actualisé		Pas actualisé	
Part des dépenses remboursés par l'assurance maladie					CPAM	Bayonne, Agglo

⁵ Cf en annexe 1 la liste des indicateurs validée en Cotech

Actifs en arrêts de travail et indemnités					CPAM	Bayonne, Agglo
Prévention buccodentaire (6-18 ans)	M't Dents, Bilan bucco-dentaire	QPV, Bayonne, Agglo	Pas actualisé		M't Dents	Bayonne
Addictions (alcool, tabac, stupéfiants, jeux)			Enquête ASV 2012	QPV	Entretiens	QPV
Affections Longue Durée (ALD)					Entretiens	QPV
Santé des enfants (vaccinations, obésité, dépistages, suivis)	PMI, Santé scolaire	QPV, Bayonne, Agglo	Pas actualisé		Pas actualisé	
Santé de la mère et du nourrisson	Certificats de naissance		Pas actualisé		Pas actualisé	
Cancer de sein	Dépistage du cancer de sein	QPV, Bayonne, Agglo, Département	Pas actualisé		Pas actualisé	
Géographie médicale (2009)	Annuaire nationaux des ordres	QPV, Bayonne	Cartosanté,	Bayonne	CPAM	Bayonne, Agglo
Nombre et type d'acteurs socio-sanitaires sur le territoire	ARS, ORS, CCAS, CPAM, GIP, entretiens	QPV, Bayonne			FR Consultants	Bayonne
Nombre et type des structures de soins dans le territoire	ARS, ORS, CCAS, CPAM, GIP, entretiens	QPV, Bayonne	DSI, Ville de Bayonne	Bayonne	FR Consultants	Bayonne

Pour le premier **diagnostic de 2009**, un groupe de travail s'est constitué avec des médecins de santé publique du Centre Hospitalier de la Côte Basque, du service de PMI du Conseil Général des Pyrénées Atlantiques, du service de santé scolaire de l'Education Nationale et de représentants de la CPAM de Bayonne et du GIP-DSU de l'Agglomération bayonnaise. Cette composition a permis de mobiliser une expertise médicale à même d'identifier les indicateurs disponibles et pertinents, d'encadrer leur interprétation et leurs analyses, comme de faciliter l'accès aux données.

Ce diagnostic a permis d'améliorer les connaissances sur l'état de santé des populations de la ZUS avec un focus sur la répartition spatiale de l'offre de soins, le recours aux services d'urgences, au dispositif de prévention bucco-dentaire, au dépistage du cancer du sein, l'état de santé de la mère et du nourrisson et l'état de santé des enfants.

Le deuxième **diagnostic de 2013**, a été réalisé par le CCAS de Bayonne. Cette étude a permis de réaliser un travail qualitatif important avec la diffusion d'un questionnaire « habitants », d'un questionnaire « professionnels » ainsi que la rencontre, en entretien, de 60 professionnels. Il a ainsi débouché sur la production de données, notamment en ce qui concerne l'appréciation par les habitants de leur état de santé et de leur accès aux soins. Dans le même temps, il a rencontré de sérieuses difficultés pour objectiver et actualiser certaines données d'un point de vue statistique, faute d'adhésion de partenaires importants à la démarche, comme par exemple les données produites par le Centre Hospitalier de la Côte Basque, la Médecine Scolaire et la Protection Maternelle et Infantile.

Une autre étude a été réalisée la même année par le Cabinet FR Consultants, à la demande du GIP-DSU. Elle avait pour objectif de pouvoir mettre en avant des données objectivées spécifiques à la ZUS sur : la démographie des professionnels de santé, les états de santé de l'ensemble des habitants de

la ZUS (personnes âgées, ALD, arrêts maladies, hospitalisations...), le profil socioéconomique des assurés bénéficiaires du régime général (répartition par âge, catégories socio-professionnelles, bénéficiaires CMU-C,...) et leurs habitudes de consommation de soins (dépenses de santé, prévention, ...). Or, comme pour l'étude du CCAS, le Cabinet a rencontré des difficultés pour récupérer des données objectivées à l'échelle des QPV. La CPAM, principale source de ce diagnostic, exprimant l'impossibilité pour elle de produire des données infra-communales, l'analyse a dû se fonder sur des comparaisons au niveau des cantons.

Ainsi, le parti pris en Copil a été de pouvoir actualiser toutes les données objectivées par ces précédents diagnostics. Il s'agissait du même coup, dans le cadre du présent diagnostic, de reprendre in extenso, le travail fait dans le cadre des trois diagnostics précédents. C'est la raison pour laquelle la tâche ambitieuse de l'actuelle étude devait s'appuyer fortement sur l'engagement des institutions à produire ces données. Or, cet engagement a été de fait limité par :

- L'absence à ce jour d'une production systématique des données à l'échelle des QPV par les institutions dans la suite de la signature des contrats de ville,
- L'impact de la crise sanitaire du coronavirus sur la charge de travail des professionnels des institutions en charge des politiques publiques de santé, rendant plus difficile leur collaboration sur des projets externes.

1.4.2 Le recueil des données

Concernant les données socio-démographiques, la plupart ont été fournies par le GIP-DSU à partir de la base INSEE, Diaf-RP – 2016. Ceci a permis d'objectiver la situation socio-économique des QPV et de la comparer avec celle de Bayonne. Ces données ont été complétées avec des références au niveau de la Communauté d'Agglomération du Pays Basque grâce à l'exploitation des données INSEE 2017 à travers l'outil Balises, de l'UNCCAS et du Compas.

Concernant le recueil des données socio-sanitaires (état de santé des habitants, offre des soins, politiques publiques...), la démarche s'est révélée plus difficile.

Des sollicitations officielles de partage des données signées par le Maire de Bayonne ont été envoyées aux différentes institutions concernées fin décembre 2020 – début janvier 2021. Le manque de temps disponible à cause de la crise sanitaire du coronavirus et la difficulté technique de produire des données à l'échelle infra-communale ont été souvent arguées. Malgré des prises de contact avec des personnes ressources, de nombreuses relances de notre part et échanges avec les chargés d'étude et statisticiens des institutions concernées, la disponibilité effective des données sollicitées est aujourd'hui fort insatisfaisante.

Ci-dessous, un tableau caractérisant les retours :

INSTITUTION	DONNEES
CPAM	Sociologie de bénéficiaires, régimes, consommation de soins, remboursements et arrêts de travail, campagne M'T DENTS, mammographies
CARSAT	Des données variées accessibles en ligne mais qu'au niveau communal (Observatoire des fragilités)
Rectorat	Données dépistage infirmiers 6 ^{ème} Collège Camus
Centre de coordination des dépistages des cancers de Nouvelle-Aquitaine	Taux d'activité médecins au niveau commune, département, CA.
GIP-DSU	Données INSEE QPV. Données dépistage bucco-dentaire REP
CIDFF	Données sur l'accès des femmes aux activités physiques et sportives dans les QPV
Clinique Belharra	Motifs d'entrée URG 2018-2019
ACJPB	Nombre de violences conjugales 2018-2019 niveau Bayonne

Un certain nombre d'institutions, fournisseuses de données lors des précédents diagnostics, n'ont pas pu nous retourner certaines données sollicitées. Cela a quelquefois limité la possibilité de présenter sur certains indicateurs une analyse objectivée, mais aussi d'établir des comparaisons avec les situations antérieures. Le lecteur trouvera en annexe toutes les sources sur lesquelles nous avons pu nous appuyer.

1.5 Les entretiens individuels et collectifs

Un total de 34 acteurs locaux (professionnels socio-sanitaires, professionnels éducatifs, partenaires institutionnels...) a été rencontré dans des entretiens individuels et collectifs. Etant données les mesures sanitaires mises en place en réponse au covid-19, 8 entretiens individuels et 4 entretiens collectifs ont été réalisés en distanciel entre décembre 2020 et janvier 2021 (appels téléphoniques, visio-conférences).

L'objectif de ces entretiens était de procéder à une analyse de l'offre locale de services de santé, ainsi que d'échanger autour des principales problématiques de santé des habitants des QPV. Les

grilles d'entretien ont été construites selon une vision de l'offre de soins et de prévention comme pouvant s'inscrire dans une « démarche capacitante » des habitants. Ainsi, elles avaient vocation à servir de support pour recueillir⁶ l'analyse des professionnels sur la capacité des habitants à :

- reconnaître les risques de santé,
- avoir des conduites préventives,
- accéder aux soins et suivre un parcours de soins.

Dans un souci de favoriser des analyses multicanales, des acteurs provenant des divers horizons socio-professionnels ont été questionnés à partir de différentes entrées thématiques : petite-enfance, enfance-jeunesse, femmes, seniors, habitat, accès aux soins (en Annexe e et f la liste d'acteurs rencontrés en entretien individuel et collectif).

1.6 Les groupes focus thématiques

Avec l'objectif de coconstruire l'analyse diagnostic de la santé des habitants et l'offre de soins des QPV trois groupes focus thématiques ont été prévus :

- Accès aux soins/prévention pour les publics fragiles
- Problématiques liées au bien-être
- Habitants

Par soucis de respect des mesures sanitaires le groupe focus Habitants, qui visait à une participation d'habitants à la démarche de diagnostic, a été repoussé. Il a été convenu que les habitants ne soient remobilisés que dans la phase de construction du schéma de développement.

2 groupes focus simultanés⁷ ont été réalisés via *Microsoft Teams* le 2 février 2021 avec les professionnels socio-sanitaires et éducatifs locaux. Des analyses AFOM (Atouts, Faiblesses, Opportunités, Menaces) ont été élaborées collectivement autour des thématiques suivantes :

- Accès aux soins/prévention pour les publics fragiles : personnes en situation de précarité, seniors, handicap, jeunes.
- Problématiques liées au bien être : l'alimentation, l'activité physique et l'environnement...

Comme évoqué précédemment, tous les éléments de diagnostic n'ont pas le même statut. Nous avons, d'une part, des conclusions tirées du traitement d'indicateurs statistiquement objectivés, et d'autre part, des ressentis et affirmations qui émanent de la synthèse des échanges avec les acteurs et partenaires locaux mobilisés lors des entretiens et de temps collectifs de travail.

Les éléments quantitatifs permettent d'établir des comparaisons à échelle temporelle et géographique tandis que les éléments qualitatifs permettent faire état des « représentations » et des « attentes » du système acteur local. Ces dernières donc doivent être traitées, en l'état actuel, en tant que « symptômes » ou hypothèses. En médecine, les symptômes sont les éléments d'alerte d'un processus pathologique en cours, motivant ainsi le recours à un diagnostic et qui permettront de guider l'attitude thérapeutique. Dans ce sens, le traitement des éléments qualitatifs nous

⁶ Grille d'entretien en Annexe d.

⁷ Cf en annexe g les 16 acteurs rencontrés par groupe focus thématique

informera non seulement sur les appréciations subjectives, internes au réseau acteur des QPV, mais également sur ces indicateurs sur lesquels il pourrait être nécessaire de produire des données objectivées à l'échelle des QPV pour compléter, dans la durée, le diagnostic.

2. La situation socio-sanitaire dans les Quartiers Politique de la Ville (QPV)

La présente partie vise à objectiver la situation des quartiers en politique de la Ville d'un point de vue socio-sanitaire.

La situation socio-sanitaire sur les QPV nous renvoie tout autant :

- A la population qui est potentiellement concernée par la mise en œuvre d'une politique territoriale de santé en sa direction,
- Qu'aux déterminants socio-économiques pouvant agir sur son état de santé.

2.1. De nouveaux périmètres des QPV

Le périmètre du diagnostic du GIP-DSU réalisé en 2009 a été la Zone Urbaine Sensible (ZUS) – Plateau Saint-Etienne. C'est le même périmètre qui a été retenu pour l'Etude de faisabilité d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire sur la ZUS de Bayonne. En ce qui concerne le diagnostic du CCAS de 2013 le périmètre était la Zone Urbaine Sensible (ZUS) auquel s'ajoutait le Petit Bayonne et le Quartier Saint-Esprit.

Les nouveaux périmètres des quartiers prioritaires de la politique de la ville ont été fixés par le décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 pour la métropole. Ces périmètres viennent se substituer aux zones urbaines sensibles (ZUS) et aux quartiers en contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) à compter du 1er janvier 2015 (en Annexe h la liste de rues des nouveaux périmètres de QPV).

Les nouveaux périmètres des QPV retenus dans le Contrat de Ville 2015-2020 de Bayonne correspondent d'une part aux quartiers des Hauts-de-Sainte-Croix et de Mounédé et, d'autre part, aux quartiers Maubec-Citadelle⁸.

Le lecteur trouvera ci-dessous une représentation des deux périmètres QPV concernés à l'échelle de la Ville de Bayonne :

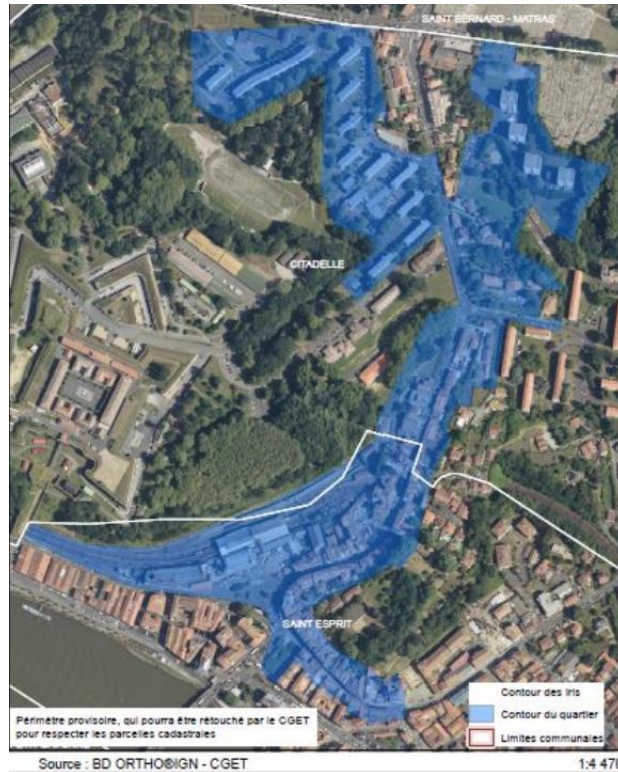
⁸ Cf en annexe h la liste des rues



Il trouvera en outre ci-dessous un zoom sur le QPV des Hauts-de-Sainte-Croix – Mounédé :

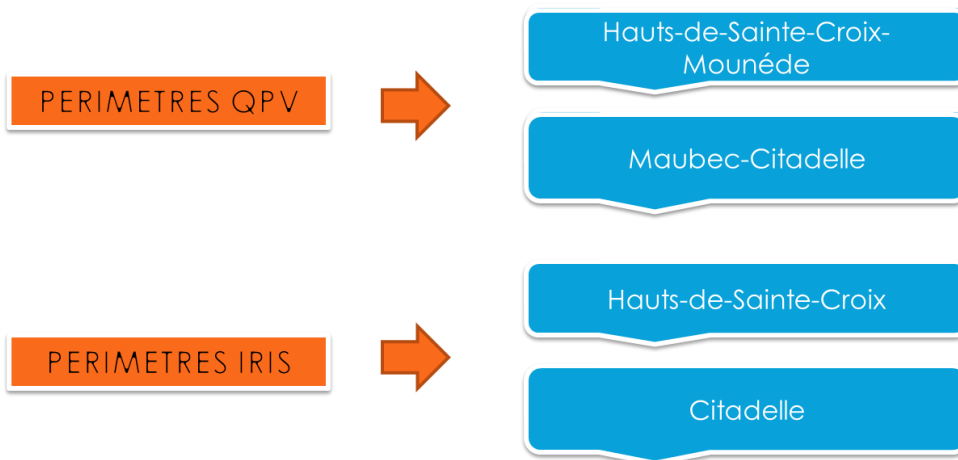


Il trouvera enfin ci-dessous, un zoom sur le QPV de Maubec-Citadelle :



Comme suite à ces changements de périmètre, il est impossible de faire des comparaisons exactes et exhaustives entre les données présentées dans les derniers diagnostics et celui dont ce rapport est l'objet. Toutefois, des rapprochements et des réflexions à titre indicatif seront déployées logiquement le long du rapport, s'agissant des périmètres que, pour certains cas, se recoupent et surtout engagent les mêmes acteurs locaux.

Pour mieux guider la compréhension du lecteur, les sources sont systématiquement différenciées comme suit :



2.2 Les caractéristiques socio-démographiques des QPV

2.2.1 La population des QPV : une population jeune pour Hauts de Sainte Croix Mounédé, une population vieillissante à Maubec Citadelle, des quartiers avec une présence importante de personnes issues de l'immigration

L'EVOLUTION DE LA POPULATION BAYONNAISE

Au niveau communal, Bayonne a une population de 50.589 habitants selon la source INSEE, Diaf-RP – 2016. Il s'agit d'une population en croissance (14% par rapport à 2011) qui néanmoins a connu une baisse de naissances de 6% entre les périodes 2016-2011 et 2011-2016. Cela signifie que le taux de variation de la population est influencé par des flux migratoires importants.

Ce phénomène s'accompagne d'un développement urbain, avec :

- une augmentation de 22% des logements,
- une augmentation des résidences principales de 19%,
- une augmentation des ménages de 15% sur la période 2006 et 2016.

Il s'agit d'un territoire dynamique du point de vue de sa population et en expansion d'un point de vue urbanistique.

LA POPULATION DES QPV

Le quartier d'Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé (HSCM) comptait une population de 3.947 habitants en 2016, soit 7,7% de la population totale de Bayonne.

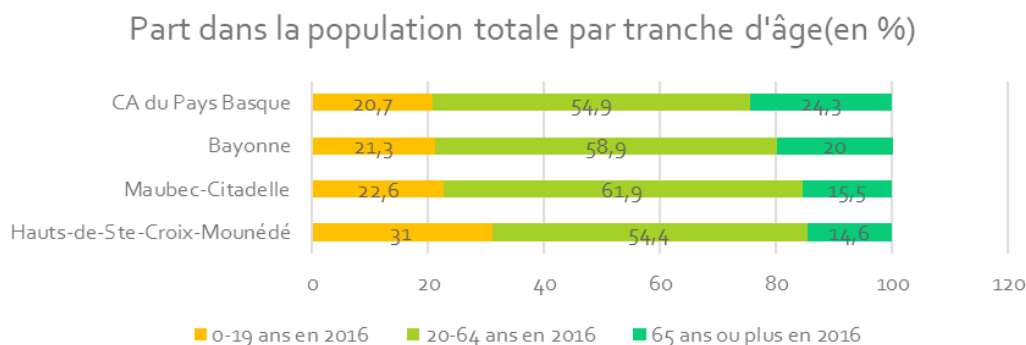
Le quartier Maubec-Citadelle (MC) de son côté, compte avec une population municipale de 1.868 habitants en 2016, environ 3,6% de la population bayonnaise.

En guise de référence, le périmètre IRIS sur Bayonne le plus peuplé est Saint-Etienne-Arrousets, avec 12,5% et le moins peuplé Beyris-Polo, avec 3%. La moyenne de la part de la population d'un périmètre IRIS parmi l'ensemble de la population bayonnaise est de 6,1%. Les périmètres d'étude constituent donc de **territoires relativement petits, mais qui, ensemble, constituent une partie importante de la rive nord de Bayonne.**

La **répartition de la population par sexe est assez équilibrée dans les deux cas** (47% d'hommes et 53% des femmes pour Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé, 48,4% d'hommes et 51,6% de femmes pour Maubec-Citadelle) exception faite pour les 75 ans et plus où la part des femmes est plus élevée.

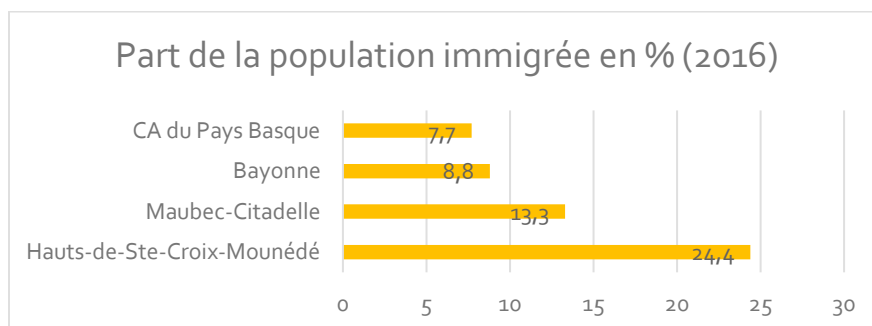
La structure **de la population est particulièrement jeune pour** Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé : la part des moins de 20 ans en 2016 y était de 31%, contre 22,6% pour Maubec-Citadelle, 21,1% pour Bayonne et 20,7% pour la Communauté d'Agglomération du Pays Basque. La **structure de la**

population est plutôt adulte pour Maubec Citadelle : la part de 20-64 ans y est de 61,9% contre 54,4% pour Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé, 58,9% pour Bayonne et 54,9% pour la CA du Pays Basque.



Au plan de la santé, il est donc particulièrement important de faire attention aux facteurs de risques pouvant concerner les jeunes, et notamment sur les Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé.

Dans les deux cas, il s'agit de **territoires avec une forte présence de populations issues de l'immigration** : leur part parmi l'ensemble de la population y est de 24,4%, sur les Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé et de 13,8% pour Maubec-Citadelle, contre 8,8% pour Bayonne et 7,7% pour la Communauté d'Agglomération du Pays basque. Cette donnée, nous le verrons⁹, peut-être une cause explicative de différences dans les pratiques de soins certains troubles et/ou pathologies chez les enfants ainsi que des difficultés de communication entre les institutions sanitaires et les habitants.



Source : INSEE, Diaf-RP – 2016.

2.2.2 L'évolution de la population : une croissance faible et une migration probable de certains jeunes vers d'autres quartiers à l'âge adulte

Les données dont nous disposons ne nous permettent pas de faire une analyse des évolutions démographiques de 2011 à 2016 à l'échelle des périmètres des QPV. Mais nous pouvons tout de même construire un certain nombre d'hypothèses basées sur les données des périmètres IRIS (Hauts de Sainte Croix et Citadelle).

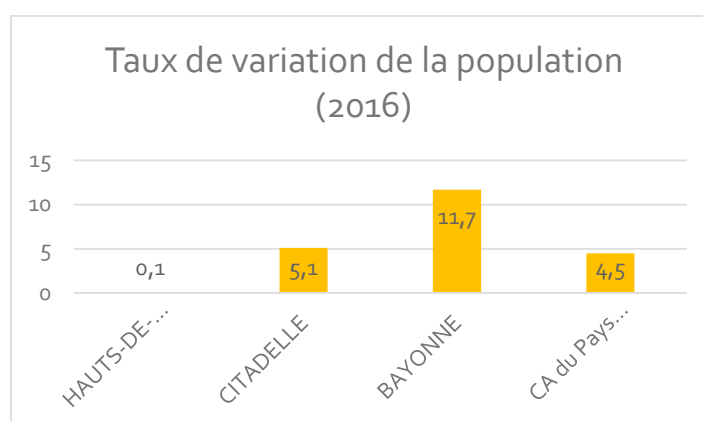
On relève dans ce cadre que le **taux de variation de la population est particulièrement faible pour Hauts de Sainte Croix** (0,1% contre 5,1% pour Citadelle et 11,7 pour Bayonne) entre 2011 et 2016

⁹ cf. chapitre 2.3.2 La consommation des soins de ville et 2.4 Les problématiques de santé des habitants des QPV identifiées par les professionnels

malgré son taux estimé de fécondité au-dessus de la moyenne (7,6% contre 5,1% pour Citadelle et 5% pour Bayonne) en 2016.

Cependant, les données disponibles ne permettent pas de savoir si cet écart est dû à un nombre de décès supérieur à celui des naissances (taux de variation de la population dû au solde naturel) ou bien à un nombre de départs du quartier supérieur au nombre d'arrivées (taux de variation de la population dû au solde migratoire).

Néanmoins, si l'on tient compte de la surreprésentation des jeunes (la part des moins de 25 ans y est de 36,1% contre 30,1% pour Citadelle et 27,6% pour Bayonne) et de la sous-représentation des seniors (la part de 60 ans et plus y est de 19,4% contre 21,3% pour Citadelle et 25,6% pour Bayonne), **l'hypothèse du taux de variation de la population dû au solde migratoire semble la plus plausible** (le nombre d'habitants qui quittent ce quartier serait plus important que celui de ceux qui y arrivent). Ainsi, il est probable, qu'arrivés à un certain âge, et ayant acquis un certain niveau d'indépendance économique, des jeunes de Hauts de Sainte Croix Mounédé partiraient s'installer ailleurs.



Source : INSEE, Diaf-RP – 2016.

2.2.3 Les ménages des QPV : une part élevée de familles nombreuses à Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé, et de personnes seules et de familles monoparentales à Maubec Citadelle

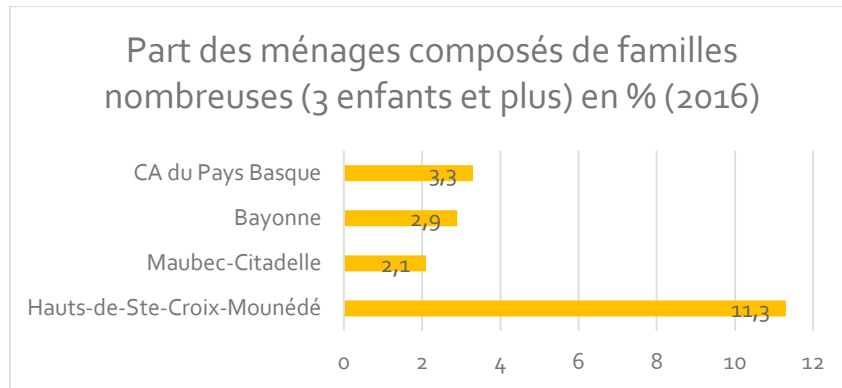
Les compositions des ménages sur Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé et Maubec-Citadelle sont très différentes.

Le quartier de **Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé** se caractérise par une **part très élevée des ménages constitués par des familles avec enfants** (49,8% contre 24,6% pour Maubec Citadelle, 26,9% pour Bayonne et 31,3% pour la Communauté d'Agglomération du Pays Basque).

Parmi ces ménages une part très élevée des ménages est composée de **familles nombreuses**¹⁰ (11,3% contre 2,1% pour MC, 2,9% pour Bayonne et 3,3% pour la CA du Pays Basque).

¹⁰ On entend par « famille nombreuse » une famille comprenant au moins trois enfants de moins de 25 ans.

A titre indicatif, le territoire de Hauts-de-Sainte-Croix (IRIS) présente une taille moyenne de ménages au-dessus de la moyenne (2,45 contre 1,82 pour Citadelle, 1,82 pour Bayonne et 2,05 pour la Communauté d'Agglomération du Pays Basque).



Source : INSEE, Diaf-RP – 2016.

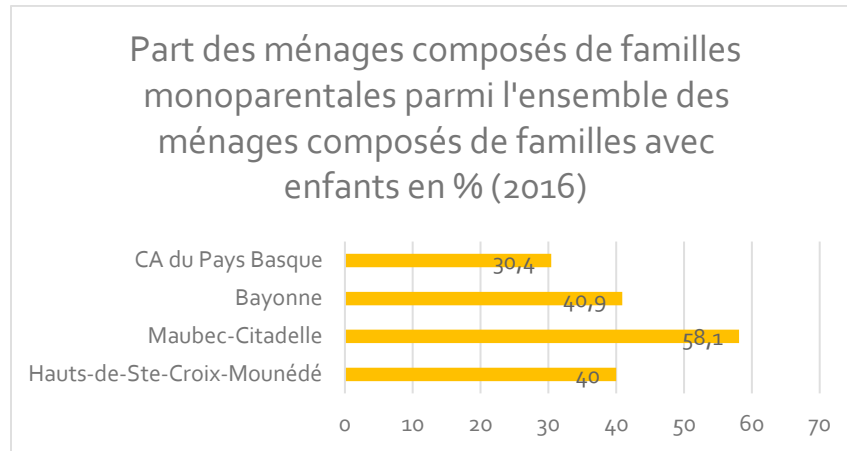
Une surreprésentation des familles nombreuses est souvent synonyme de conditions de vie plus précaires, avec des logements quelquefois surpeuplés et un niveau de vie médian plus bas.

Le quartier de **Maubec-Citadelle** se caractérise, quant à lui, par une **part très élevée de ménages composés de personnes seules** (60,3% contre 34,7% pour Hauts-de-Ste Croix-Mounédé, 51,7% pour Bayonne et 40,1% pour la Communauté d'Agglomération du Pays Basque).

Parmi ces ménages composés de personnes seules, on relève une répartition équilibrée par sexe (52,4% d'hommes et 47,6% des femmes). Il s'agit notamment de personnes adultes célibataires ou séparées. Du point de vue des tranches d'âge, la **proportion du public potentiellement fragile, du fait de son isolement, est relativement faible** : seulement 9,5% de moins de 25 ans (contre 11,2% de moyenne bayonnaise) et 13% pour les 80 ans ou plus (contre 15,9% de moyenne bayonnaise).

Cependant, concernant la part de ménages composés de familles avec des enfants, on relève une proportion assez importante de **familles monoparentales¹¹ sur Maubec Citadelle** (58,1% contre 40,9% pour Bayonne et 30,4% pour la Communauté d'Agglomération du Pays Basque).

¹¹ Famille monoparentale : constituée d'un adulte isolé ayant la charge d'un ou plusieurs enfant(s). L'adulte est dans 90% des cas la mère. Par « enfant » on entend les personnes à charge âgées de moins de 25 ans. On ne considère que les enfants célibataires.



Source : INSEE, Diaf-RP – 2016.

Autrement dit, si la présence sur ces quartiers de personnes isolées en risque de fragilité, ne semble pas particulièrement préoccupante comparée à la situation à l'échelle de la Ville de Bayonne ou de l'Agglomération, il n'en demeure pas moins que :

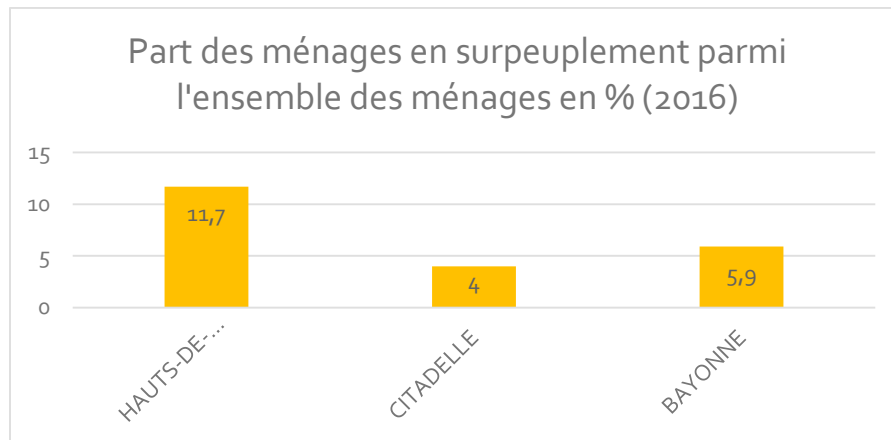
- l'évolution probable de la population indique que cela pourrait être le cas d'ici à une dizaine d'années, et notamment pour les séniors,
- la proportion très importante de familles monoparentales nécessite de retenir toute l'attention, d'autant qu'un certain nombre d'études appuient l'idée d'un lien entre monoparentalité et précarité, qu'elle soit économique ou liée à la charge émotionnelle, avec, bien évidemment, des conséquences possibles sur la santé et le bien-être des enfants.

2.2.4 L'habitat dans les QPV : un parc d'habitat ancien, une part d'HLM importante et du surpeuplement à Hauts-de-Ste-Croix Mounédé

Les QPV possèdent un parc d'habitat ancien (la part des logements construits après 1991 est de 2,1% pour Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé et de 1,3% pour Maubec Citadelle contre 32,9% pour Bayonne et 36,8% pour la Communauté d'Agglomération du Pays Basque).

On y trouve un nombre important de ménages locataires d'HLM (la part de logements HLM loués vides est de 83,1% pour Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé et 33,9% pour Maubec Citadelle, contre 21,1% pour Bayonne et 10,6% pour la Communauté d'Agglomération du Pays Basque).

Le quartier de Hauts-de-Ste-Croix- présente un taux de surpeuplement au-dessus de la moyenne : la part des ménages en surpeuplement parmi l'ensemble des ménages y est de 11,7% contre 4% pour Citadelle et de 5,9% pour Bayonne). Ces taux sont à prendre au titre indicatif car il s'agit de données sur les périmètres IRIS et non pas sur les périmètres QPV.



Source : INSEE, Exploitation 2017

Bien que renouvelées récemment par le bailleur social HSA, le parc d'habitat des QPV est ancien. Ceci ne semble néanmoins pas avoir actuellement un impact sur l'état de santé des habitants.

Inversement, le taux de surpeuplement à HSC mérite de retenir toute l'attention, des logements surpeuplés pouvant se traduire par un état de bien-être mental moins satisfaisant, le développement de certaines pathologies, des contaminations facilitées, notamment en cas d'épidémie.

2.2.5 Formation et diplômes dans les QPV : une courbe descendante de scolarisation à partir de 15 ans, un niveau particulièrement bas de diplômes à HSCM

Tout un ensemble d'études et de monographies réalisées sur des territoires en QPV montrent comment il existe une corrélation entre les pratiques de santé et les parcours de soin des habitants et les niveaux de diplômes qui sont les leurs.

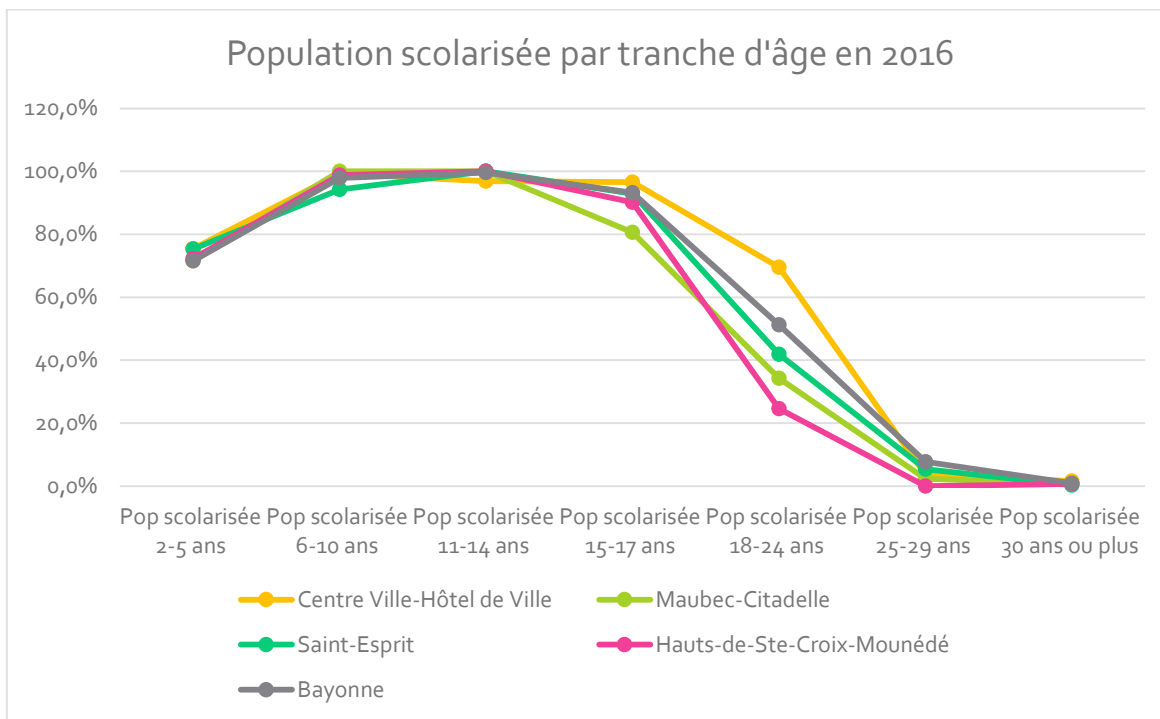
Les **taux de scolarisation** dans les QPV se maintiennent au-dessus de la moyenne pour la tranche d'âge des 2-14 ans, qui correspond à la période de l'enseignement primaire jusqu'au collège. Puis ils **descendent drastiquement pour la tranche d'âge des 15-17 ans**, à partir de la seconde, qui coïncide à la limite de la scolarité obligatoire. Ils sont très au-dessous de la moyenne à partir de 18 ans, ce qui correspond à la période de l'enseignement supérieur.

La **proportion des personnes pas ou peu diplômées est particulièrement importante à Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé** : la part des 15 ans et plus de bas niveau de formation [aucun diplôme, cep, bepc, brevet des collèges] parmi les 15 ans et plus non scolarisés y est de 50%, contre 24,7% pour MC, 23,4% pour Bayonne et 23,3% pour la CA du Pays Basque).

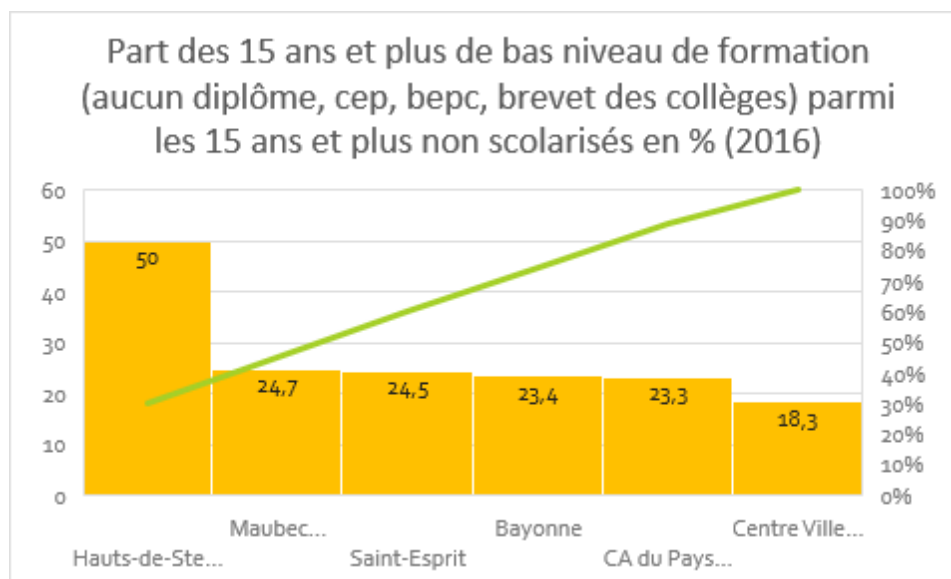
Par ailleurs, la **proportion des personnes avec un haut niveau de formation y est également très faible** (la part des 15 ans et plus de haut niveau de formation [bac+2 et plus] parmi les 15 ans et plus non scolarisés y est de 9,2%, contre 24,2% pour Maubec-Citadelle, 35% pour Bayonne et 31,8% pour la CA du Pays Basque).

En termes de répartition par sexe, les QPV suivent la tendance communale d'une **surreprésentation des femmes parmi les personnes pas ou peu diplômées** (43,3% d'hommes et 56,7% des femmes

pour HSCM, 44,4% d'hommes et 55,9% des femmes pour MC contre 37,5% d'hommes et 62,5% des femmes pour la moyenne bayonnaise).



Source : INSEE, Diaf-RP – 2016.



Source : INSEE, Diaf-RP – 2016.

Autrement dit, cette analyse relative à la scolarisation et aux niveaux de diplômes dans les QPV de Bayonne **fait ressortir** :

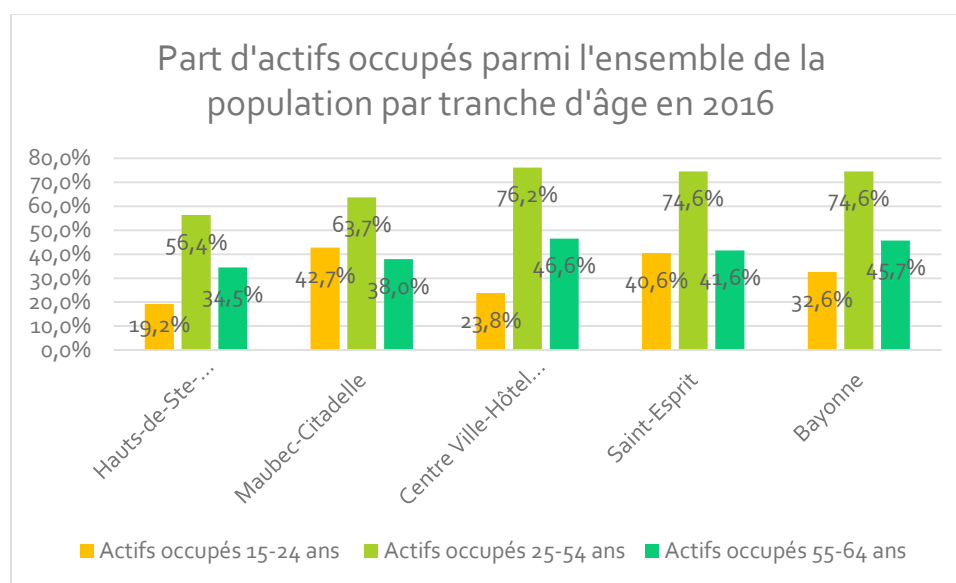
- la nécessité d'être particulièrement attentif aux pratiques à risques des jeunes pouvant découler des phénomènes de déscolarisation existants,

- qu'il est fortement probable, compte tenu des faibles niveaux de formation d'une partie de la population, que le contexte requiert une politique très volontariste en termes de développement des pratiques de santé et de parcours de soin.

2.2.6 Emploi et chômage dans les QPV : une part très élevée d'inactifs et de chômeurs parmi l'ensemble de la population

Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé présente un taux très bas d'actifs occupés (la part des actifs occupés parmi l'ensemble de la population de 15-64 ans y est de 44,6% contre 62,3% pour Bayonne et 66,2% pour la CA du Pays basque). Cette situation est **davantage critique chez les jeunes** (la part des actifs occupés de 15-24 ans parmi l'ensemble de la population de 15-24 ans y est de 19,2%, contre 32,6% pour Bayonne) et persiste chez les personnes en fin de carrière (la part des actifs occupés de 55-64 ans parmi l'ensemble de la population de 55-64 ans y est de 34,5% contre 45,7% pour Bayonne)

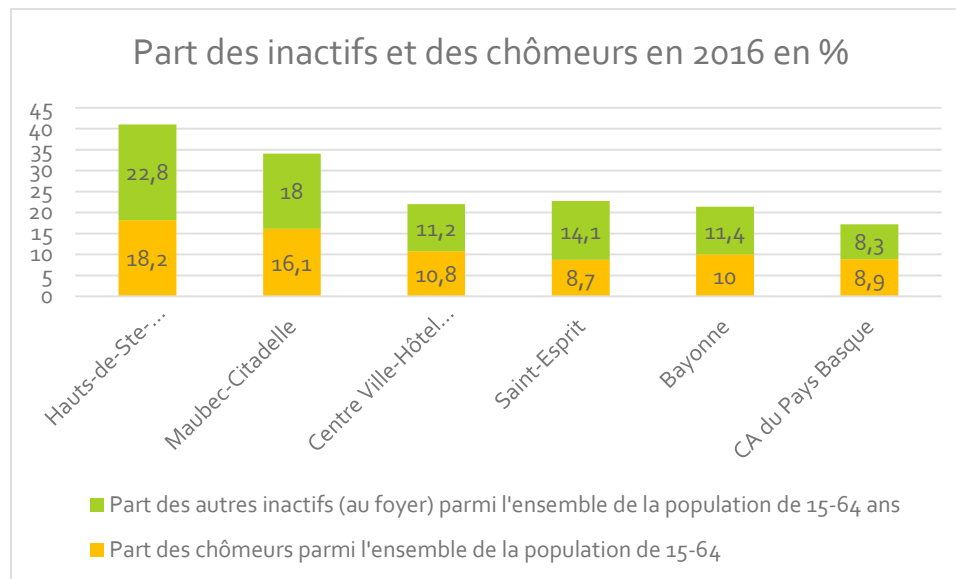
Du côté de **Maubec-Citadelle**, le **taux général d'actifs occupés se rapproche beaucoup plus de la moyenne communale** (55,9% contre 62,3% pour Bayonne et 66,2% pour la CA du Pays basque) et **en est au-dessus de la moyenne chez les jeunes** (42,7% contre 32,6 pour Bayonne) mais baisse chez les personnes en fin de carrière (38% contre 45,7% pour Bayonne).



Source : INSEE, Diaf-RP – 2016.

En **Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé**, la **part de personnes inactives ou en chômage est le double de existante sur l'ensemble de la Ville de Bayonne** : la part de personnes inactives est de 22,8% contre 11,4% pour Bayonne et 8,3% pour la CA du Pays Basque, et la part de personnes au chômage est de 18,2% contre 10% pour Bayonne et 8,9% pour la CA du Pays Basque.

A **Maubec-Citadelle**, les **taux d'inactifs et de chômeurs sont également largement au-dessus de la moyenne communale**, soit respectivement 18% contre 11,4% pour Bayonne en ce qui concerne le taux d'inactifs et 16,1% contre 10% pour Bayonne en ce qui concerne le taux de chômeurs.



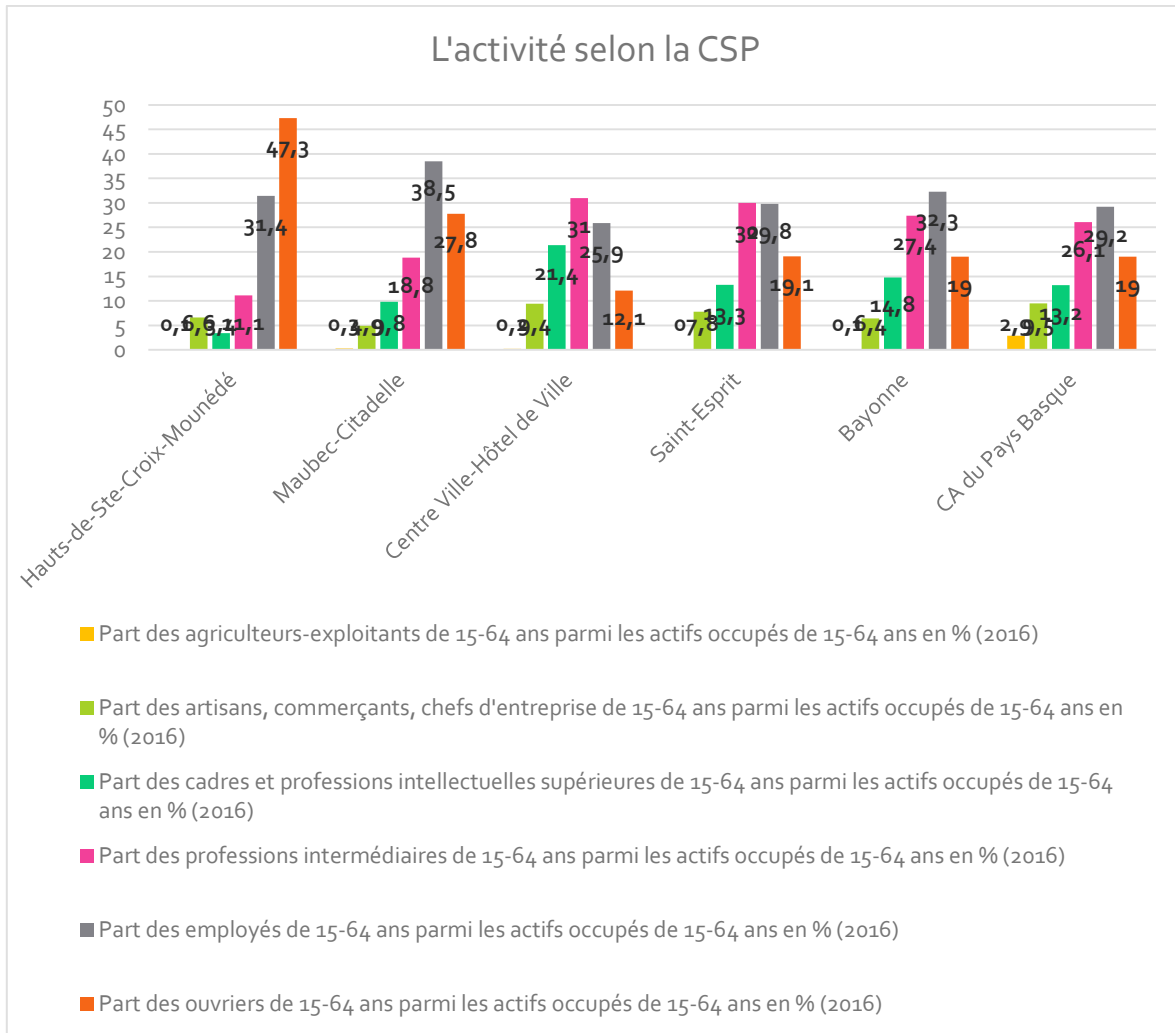
Source : INSEE, Diaf-RP – 2016.

Les taux d'inactivité et de chômage relevés sur ces quartiers méritent de retenir toute l'attention au titre de la politique territoriale de santé. Ils constituent, d'un point de vue sanitaire, de véritables facteurs de risque, pouvant entraîner de la sédentarité, du stress et des cadres anxiogènes, un manque d'estime de soi, et au final un mal être psychosocial et une propension aux addictions.

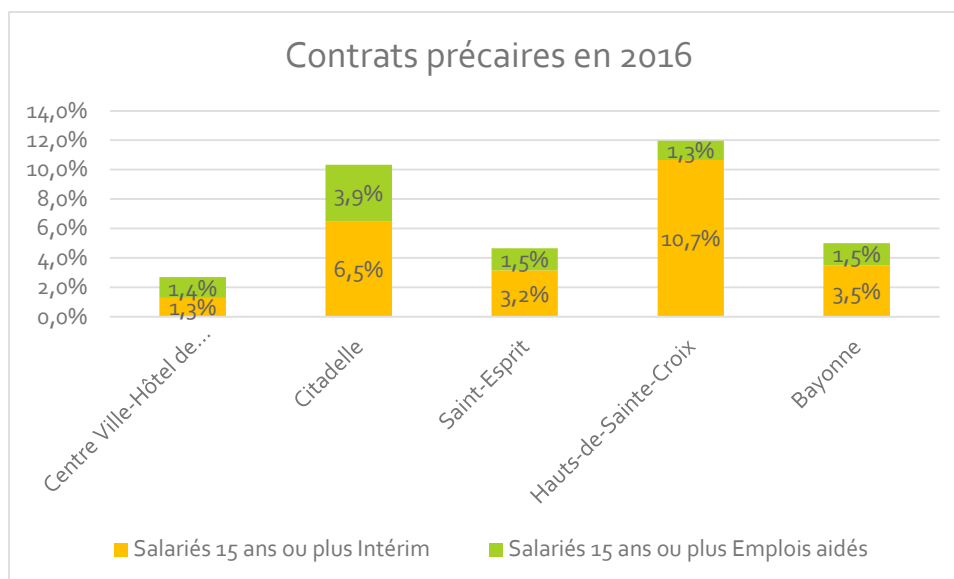
La situation est particulièrement critique en ce qui concerne les jeunes de HSCM, parmi lesquels la part d'actifs occupés est très basse.

2.2.7 Les catégories socio-professionnelles dans les QPV : une majorité d'ouvriers et d'employés et une surreprésentation des contrats précaires

Le quartier de **Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé** se caractérise par une **majorité d'ouvriers** parmi la population active occupée : la part des ouvriers de 15-64 ans parmi les actifs occupés de 15-64 ans y est de 47,3% contre 27,8% pour Maubec Citadelle, 19% pour Bayonne et 19% pour la CA du Pays Basque.



Il se caractérise en outre par une **forte présence de salariés en intérim** parmi les contrats précaires: la part des salariés de 15 ans et plus en intérim y est de 10,6% contre 6,9% pour Maubec Citadelle, 3,2% pour Bayonne et 2,2% pour la CA du Pays Basque.



Source : INSEE, Diaf-RP – 2016.

Le quartier de Maubec-Citadelle se caractérise de son côté par une **majorité d'employés** (la part des employés de 15-64 ans parmi les actifs occupés de 15-64 ans y est de 38,5% contre 31,4% pour HSCM, 32,3% pour Bayonne et 29,2% pour la CA du Pays Basque) et une **forte proportion d'emplois aidés** parmi les contrats précaires (3,9% contre 1,3% pour HSCM, 1,2% pour Bayonne et 0,9% pour la CA du Pays Basque).

D'un point de vue sanitaire, la présence importante d'ouvriers sur HSCM peut entraîner chez les habitants de ce quartier plus de difficultés de santé liées à leur travail, un risque plus important d'accidents du travail et une espérance de vie plus courte.

En outre, la sur-représentation de contrats précaires sur Citadelle et plus encore sur Hauts de Sainte-Croix, telle qu'elle était constatée en 2016 et sous réserve qu'elle soit encore constatable aujourd'hui, constitue un facteur de risque important au plan de la santé. Synonymes bien souvent de pauvreté – et pouvant à ce titre contribuer à limiter l'accès aux soins, ce sont des facteurs de risque particulièrement puissants, et notamment pour les personnes travaillant en *interim*, pour lesquels le travail est synonyme d'incertitude, d'instabilité, voire d'angoisse du lendemain

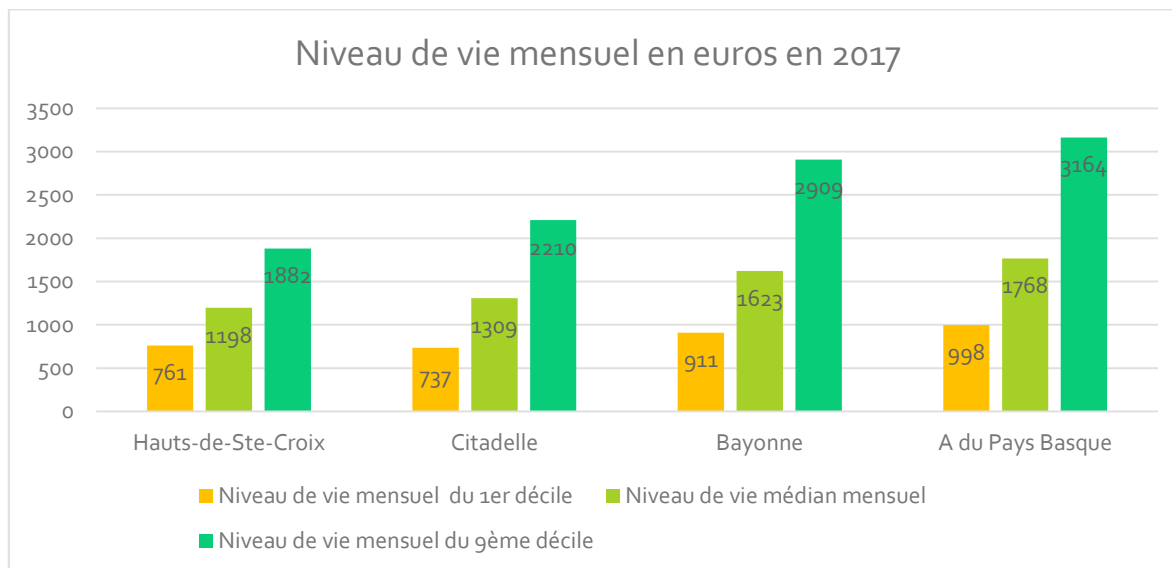
2.2.8 Le niveau de vie des habitants des QPV : un niveau de vie médian en HSC inférieur au SMIC net et légèrement supérieur à Citadelle

Nous nous basons pour l'analyse de niveau de vie des données à l'échelle des IRIS pour l'année 2017 afin de pouvoir établir des comparaisons avec d'autres territoires. Bien que les périmètres ne soient pas exactement les mêmes, les données varient sans doute très peu par rapport à celles des QPV.

Le niveau médian de vie mensuel de Hauts-de-Ste-Croix est le plus bas de l'Agglomération et inférieur au SMIC net (1198 euros par mois contre 1309 pour Citadelle, 1623 pour Bayonne et 1768

pour la CA du Pays Basque). Le niveau de vie mensuel des 10% les plus modestes y est de 761 euros (contre 737 pour Citadelle, 911 pour Bayonne et 998 pour la CA du Pays Basque) et celui des 10% les plus aisés est de 1882 (contre 2210 pour Citadelle, 2909 pour Bayonne et 3164 pour la CA du Pays Basque).

Les inégalités de revenus à l'intérieur de Hauts-de-Ste-Croix- sont moins importantes que dans les autres périmètres : le rapport interdécile – soit le rapport entre le revenu minimum des plus riches et le revenu maximum des plus pauvres - en 2017, y est de 2,54 contre 2,8 pour Citadelle et 3,2 pour Bayonne et la CA du Pays Basque. L'ampleur des écarts entre revenus y est de 1121 euros (contre 1473 pour Citadelle, 1998 pour Bayonne et 2167 pour la CA du Pays Basque).



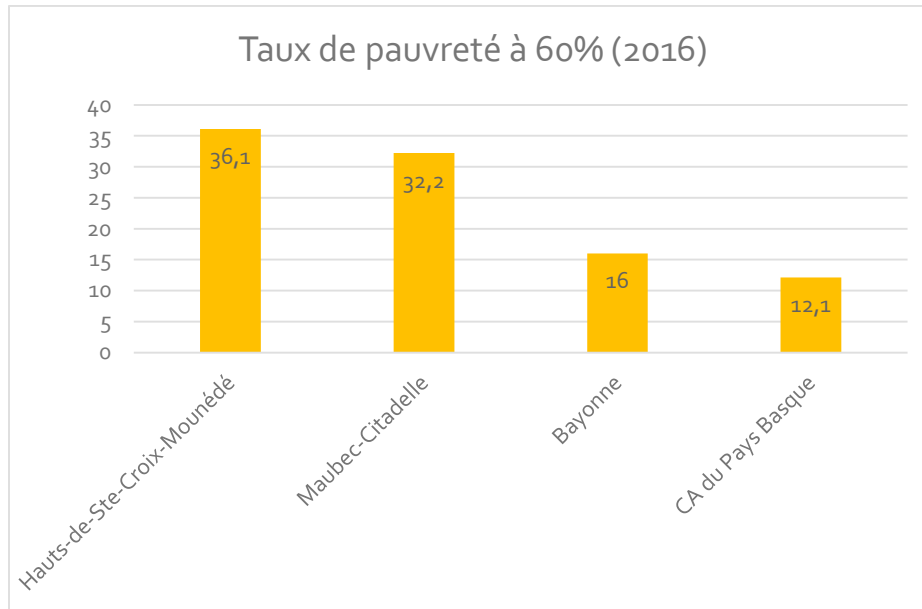
Source : INSEE, Exploitation 2017

En outre, la **part de ménages fiscaux non imposés**, faute de revenus suffisants, est, sur les Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé la **plus élevée de l'Agglomération** (81,3% contre 76,3% pour MC, 53% pour Bayonne et 49% pour la CA du Pays Basque).

Autrement dit, les faibles niveaux de vie existants sur ces quartiers sont à prendre en compte au titre d'une politique territoriale de santé, au regard de leurs conséquences multiformes, que celles-ci portent sur le bien-être psychologique des populations (stress, anxiété), l'alimentation, ou les possibilités financières de s'engager dans un parcours de soin et de le mener à son terme.

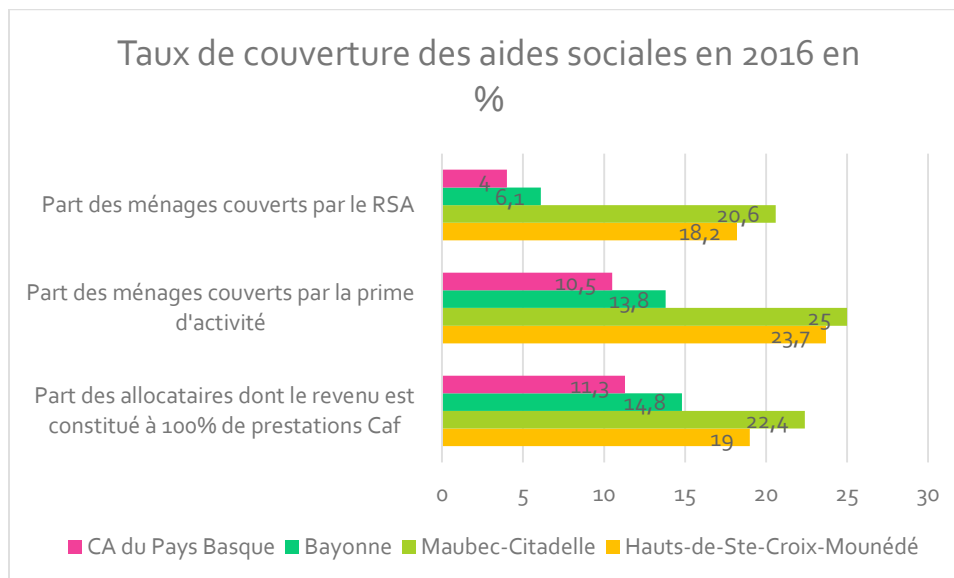
2.2.9 Des taux de pauvreté importants sur Hauts de Sainte Croix Mounédé et des questionnements sur l'accès aux droits de ses habitants

Le « **taux de pauvreté à 60%** » sur les **Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé en 2016 était le double de celui de l'Agglomération** : la proportion de personnes dont les ressources sont inférieures à 60% du revenu médian de la population y est de 36,1%, contre 32,2% pour Maubec-Citadelle, 16% pour Bayonne et 12,1% pour la CA du Pays Basque.



Or, paradoxalement, **les habitants de Hauts de Sainte Croix Mounédé ne sont pas proportionnellement les plus bénéficiaires des aides :**

- La part des ménages couverts par le RSA en 2016 est plus importante à Maubec-Citadelle (20,6% contre 18,6% pour HSCM, 6,1% pour Bayonne et 4% pour la CA du Pays Basque),
- Maubec-Citadelle a le plus grand taux de ménages couverts par la prime d'activité en 2016 (25% contre 23,7 % pour HSC, 13,8% Bayonne et 10,5% pour la CA du Pays Basque),
- La part des allocataires dont le revenu est constitué à 100% de prestations Caf en 2016 est plus importante à Maubec-Citadelle qu'aux autres échelles territoriales (22,4% contre 19% pour HSCM, 14,3% pour Bayonne et 11,3% pour la CA du Pays Basque).



Ces données ne sont pas sans susciter l'étonnement. En effet, malgré leur plus grande précarité selon plusieurs indicateurs (surpeuplement des ménages, bas niveau de diplômes, part d'inactifs et chômeurs plus grande, niveau de vie médian plus bas, taux de pauvreté plus élevé...), les habitants d'Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé perçoivent des aides sociales dans une moindre proportion que ceux de Maubec-Citadelle. A défaut de clefs explicatives qui pourraient être fournies par les institutions en charge de la répartition de ces aides, ceci n'est pas sans questionner, d'un point de vue technique, sur les mécanismes d'attribution des aides, et d'un point de vue pragmatique, sur les obstacles qui entravent l'accès aux droits de ces habitants, et notamment, si c'est le cas, en matière de santé.

2.2.10 Zoom sur la petite enfance dans les QPV : un tiers d'enfants de moins de 10 ans considérés comme vulnérables¹² aux Hauts-de-Ste-Croix

La part de moins de 11 ans¹³ est particulièrement élevée à Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé (16,8% contre 13% pour MC, 10,8% pour Bayonne et 10,9% pour la CA du pays Basque).

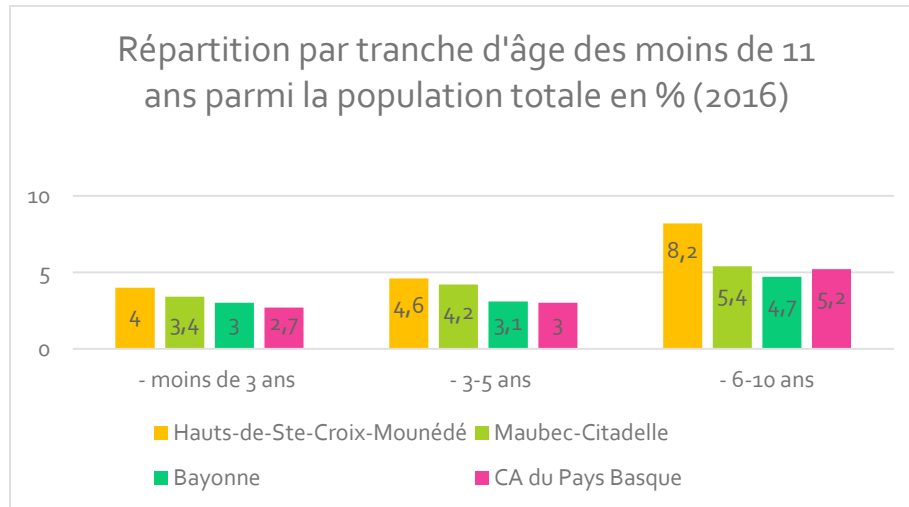
Parmi les moins 11 ans, **la part de 6-10 ans y est particulièrement importante** (8,2% contre 5,4 pour Maubec Citadelle, 4,7% pour Bayonne et 5,2% pour la CA du Pays Basque).

A titre indicatif, la part des enfants de moins de 10 ans, que l'on peut, selon l'INSEE, considérer comme vulnérables¹⁴ est plus élevée à Hauts-de-Sainte-Croix pour toutes les tranches d'âge (0-2 ans, 3-5 ans, 6-10 ans).

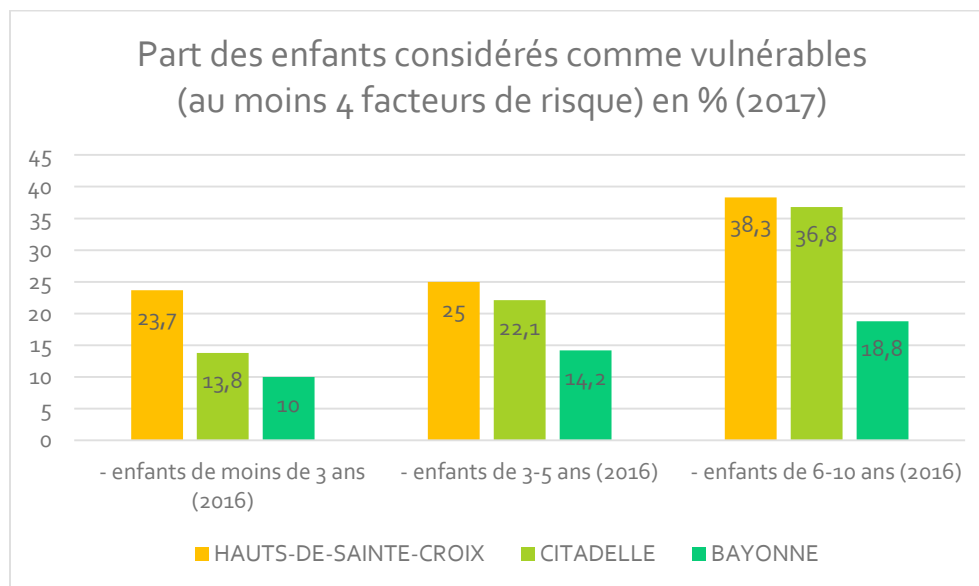
¹² NOTA BENE : ces données doivent être prises à titre indicatif car il s'agit de comparaisons faites à partir des périmètres IRIS et non pas de ceux des QPV !

¹³ A titre indicatif, Hauts de Sainte Croix détient un taux estimé de fécondité en 2014 au-dessus de la moyenne (7,6% contre 6,8% pour Citadelle, 5% pour Bayonne et 5,3% pour la CA du Pays Basque)

¹⁴L'Insee a construit un indicateur de vulnérabilité dans lequel l'éloignement de certains équipements et services, l'environnement (qualité de l'air, paysages, maisons spacieuses, etc.), le fait de vivre dans une famille sans actifs occupés, de vivre dans une famille monoparentale (la mère, dans neuf cas sur dix), de vivre dans une famille nombreuse, vivre dans une famille dépendante des allocations sociales, parmi d'autres, constituent autant de facteurs de risques de vulnérabilité. En ce qui concerne les quartiers en QPV, la question de l'éloignement des équipements et services reste somme toute très relative compte tenu de la taille de la Ville de Bayonne.



Source : INSEE, Diaf-RP – 2016



Source : INSEE, Exploitation 2017

En résumé, il y a **une part importante d'enfants** parmi la population d'Hauts de Sainte Croix, et dans une moindre mesure sur Citadelle, qui, en 2017, **étaient considérés comme vulnérables**, et notamment entre 6 et 10 ans, où plus d'un tiers d'entre eux étaient dans cette situation. Cela veut dire que les conditions dans lesquelles grandissent ces enfants ont un impact sur leur développement comme sur leur bien-être. Cette réalité aurait tendance à se maintenir dans le temps vu le taux de fécondité élevé dans ce quartier.

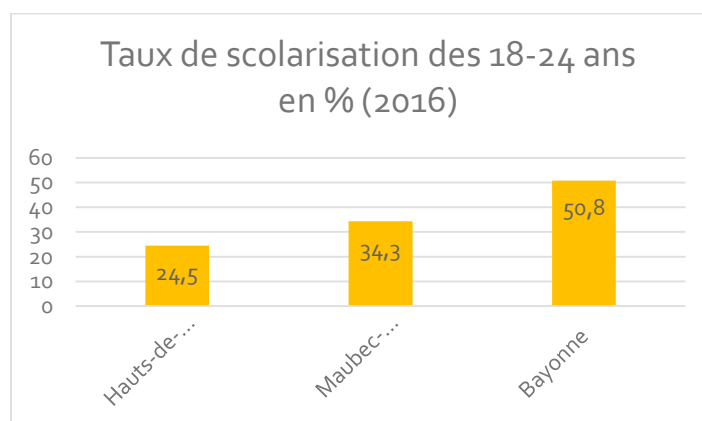
Les données précédemment analysées permettent de supposer que cette situation ne s'est sans doute pas améliorée depuis 2017.

2.2..11 Zoom sur les jeunes des QPV : une surreprésentation des jeunes avec des difficultés pour suivre une scolarité et trouver un emploi stable sur HSCM

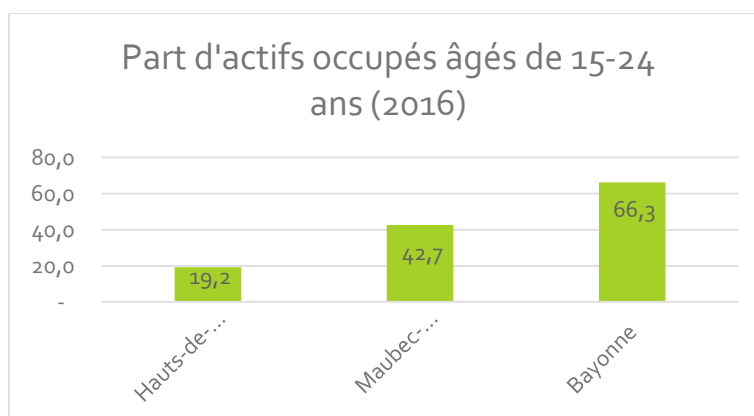
Comme indiqué précédemment, la population des QPV est particulièrement jeune sur Hauts de Sainte Croix Mounédé et elle rencontre de nombreuses difficultés pour suivre une scolarité longue et accéder à des emplois stables.

La **part de 11-24 ans est assez élevée à Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé** (19,5% contre 15,8% pour Maubec-Citadelle, 16,9% pour Bayonne et de 14% pour la CA du Pays Basque). Parmi les 11-24 ans, la part de 15-17 ans y est particulièrement importante (5,9% contre 1,7% pour MC, 3,2% pour Bayonne et 3,3% pour la CA du Pays Basque).

En outre, le **taux de scolarisation des 18-24 ans était particulièrement bas** à Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé (24,5% contre 34,3% pour MC et 50,8% pour Bayonne) en 2016.



Concernant l'emploi, la **part d'actifs occupés¹⁵ parmi les 15-24 ans y était également très faible** (19,2% contre 43,7% pour MC et 66,3% pour Bayonne).



Source : INSEE, Diaf-RP – 2016

¹⁵ Un actif occupé est une personne de **plus de 15 ans** qui a travaillé ne serait-ce qu'une heure dans la semaine précédant l'enquête. Ce taux intègre les personnes en congé maladie ou maternité, en formation professionnelle, les apprentis...

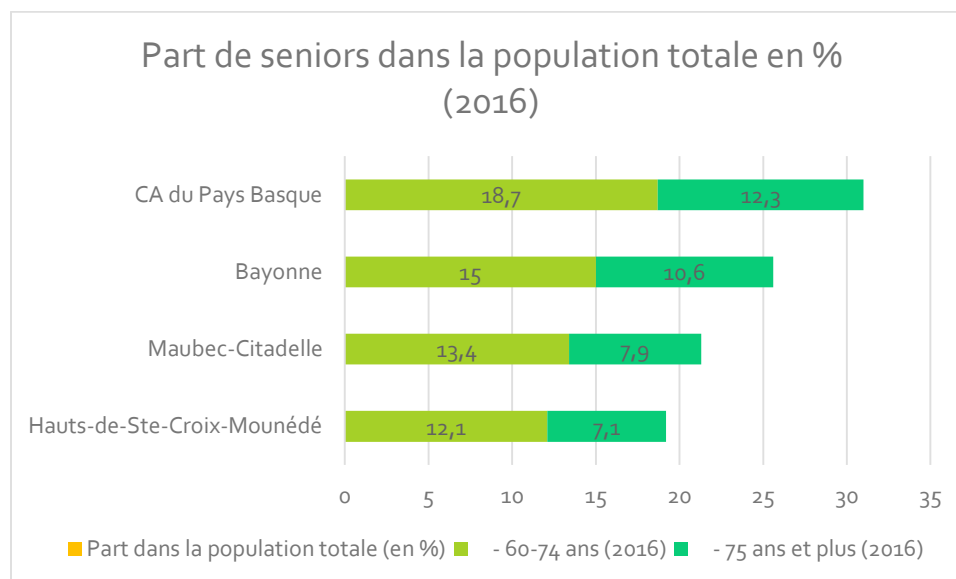
A titre indicatif, l'indice de chômage estimé des demandeurs d'emploi de moins de 26 ans (Demandeurs d'Emploi en fin de mois de cat.ABC) en 2018 sur Hauts de Sainte Croix était de 30,3% (contre 23,8% pour Citadelle, 25,2% pour Bayonne et 26,5% pour la CA du Pays Basque). Cet écart entre la part d'actifs occupés âgés entre 15 ans et 24 ans de Haute Sainte Croix Mounédé et la commune de Bayonne, est beaucoup plus important que l'écart existant entre le taux de demandeurs d'emploi sur les Hauts de Sainte Croix et Bayonne. Ceci peut laisser supposer d'un moindre recours des jeunes de Hauts de Sainte Croix Mounédé aux dispositifs d'insertion et d'accès à l'emploi et/ou d'une relation plus problématique aux institutions, ce qui peut tout aussi bien les concerner en matière de santé.

Dans tous les cas, les jeunes des QPV, particulièrement présents sur Hauts de Sainte Croix Moudéné, rencontrent des difficultés plus importantes dans le suivi d'une scolarité et l'accès à un emploi stable. Ces difficultés ont très probablement un impact sur leur bien-être psychologique et peuvent les induire à adopter des conduites à risques.

2.2.12 Zoom sur les seniors des QPV : une part peu importante des seniors qui aurait tendance à augmenter plus rapidement sur Hauts de Sainte Croix Mounédé.

La part de seniors parmi l'ensemble de la population des QPV est relativement faible, dans la mesure où il s'agit d'une population plutôt jeune (Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé) ou en cours de vieillissement (Maubec-Citadelle). La part des plus de 60 ans était en 2016 de 19,2% pour Hauts de Sainte Croix Mounédé et de 21,3% pour Maubec Citadelle contre 25,6% pour Bayonne et 31% pour la CA du Pays Basque.

Pour ce qui est de la population en risque de perte d'autonomie (les plus de 75 ans) elle y est également au-dessous de la moyenne (7,1% pour Hauts-de-Sainte-Croix Mounédé et 7,9% pour Maubec Citadelle contre 10,6% pour Bayonne et 12,3% pour la CA du Pays Basque).



Source : INSEE, Diaf-RP – 2016

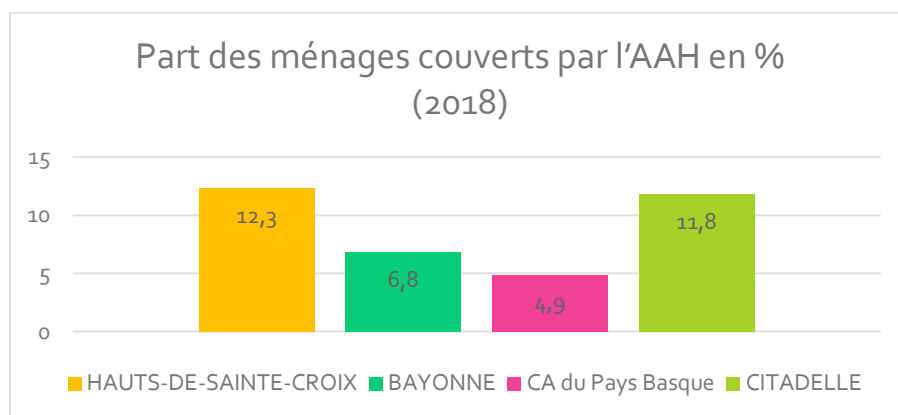
A titre indicatif, l'indice d'évolution des générations âgées¹⁶ est particulièrement élevé sur les Hauts-de-Sainte-Croix (60-74 ans / 75 ans et plus) en 2017 et montre que la part de seniors aurait tendance à augmenter plus rapidement qu'ailleurs (1,7 pour HSC, 1,3 pour CIT, 1,4 pour Bayonne et 1,5 pour la CA du Pays Basque).

De leur côté, les professionnels rencontrés, estiment qu'il y aurait une bonne offre de service (présente et suffisante) concernant les personnes âgées des Hauts de Sainte Croix Mounédé.

En résumé, la part des seniors dans les QPV est encore peu significative, mais cette réalité va avoir tendance à s'inverser, notamment sur Hauts de Sainte Croix. Concernant les équipements et les services d'action sociale pour personnes âgées, le quartier Citadelle semble être plus démuné.

2.2.13 Zoom sur les personnes en situation de handicap des QPV : des difficultés particulières, d'un point de vue économique et en termes d'accès aux soins pour les personnes handicapées des Hauts de Sainte Croix¹⁷.

Le taux de couverture de l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés) dans les périmètres d'Hauts de Sainte Croix, d'une part, et Citadelle, d'autre part, est nettement supérieur à celui des autres périmètres : la part de ménages couverts par l'AAH est de 12,3% pour Hauts de Sainte Croix et de 11,8% pour Citadelle, contre 6,8% pour Bayonne et 4,9% pour la CA du Pays Basque.



Source : INSEE, Exploitation 2017

¹⁶ L'indice d'évolution des générations âgées : Celui-ci rapporte la population âgée de 60 à 74 ans à la population âgée de 75 ans et plus. Cet indicateur permet d'appréhender, sans réaliser de projections de populations, l'évolution programmée de la population âgée et ainsi le vieillissement à venir de la population. En effet, le rapport entre ces deux générations donne une idée du remplacement des générations pour la décennie suivante. Plus ce rapport est élevé, plus la génération des 60-74 ans est importante par rapport à la génération des 75 ans et plus, et plus la population des personnes âgées est susceptible d'augmenter dans la décennie à venir

¹⁷ NOTA BENE: ces données doivent être prises exclusivement à titre indicatif, car il s'agit de comparaisons faites à partir des périmètres IRIS et non pas des périmètres QPV.

En outre, les équipements et services d'action sociale pour personnes en situation de handicap sont moins nombreux dans le périmètre des Hauts de Sainte Croix, alors qu'il s'agit du territoire où la présence des personnes handicapées et précarisées est plus marquée.

Nombre d'équipements et de services d'action sociale pour personnes en situation de handicap	HAUTS-DE-SAINTE-CROIX	CITADELLE	BAYONNE	CA du Pays Basque
- Hébergement pour enfants (2018)	0	1	2	10
- Services à domicile et ambulatoire pour enfants (2018)	0	2	5	15
- Hébergement pour adultes (2018)	1	0	1	19
- Services pour adultes (2018)	0	0	1	4
- Travail protégé pour adultes (2018)	0	0	1	6

Source : INSEE, UNCCAS-Compas, 2020

En résumé, les personnes handicapées semblent rencontrer plus des difficultés sur Hauts de Sainte Croix, d'un point de vue économique, d'une part (le taux de couverture de l'AAH y est plus important). En outre, le nombre d'équipements et de services d'action sociale pour personnes en situation de handicap y est moins important, ce qui peut présumer de difficultés d'accès aux soins, d'autre part.

2.2.14 Zoom sur l'égalité femmes-hommes dans les QPV

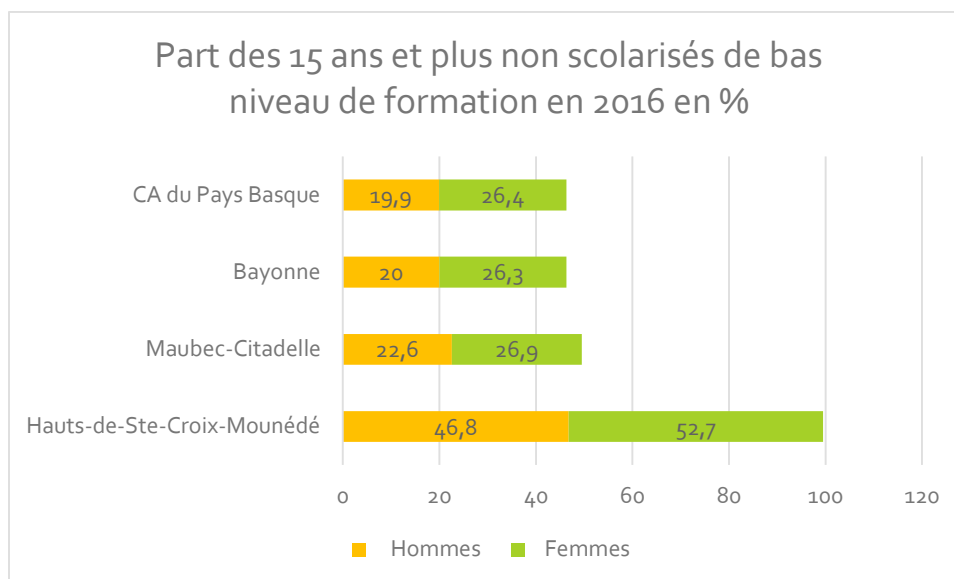
Concernant la structure de la population, **les femmes sont plus nombreuses que les hommes** dans les QPV, suivant la tendance communale et régionale. Cette majorité s'exprime plus particulièrement chez les 75 ans et plus.

	Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé		Maubec-Citadelle		Bayonne		CA du Pays Basque	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Ensemble en %	47	53	48,4	51,6	46,4	53,6	47,6	52,4
Part dans la population totale (en %)								
- 0 à 14 ans	↑ 23,1	↓ 21,3	↓ 17,7	↑ 17,8	↓ 13,5	↑ 15,3	↑ 16,4	↓ 14,3
- 15 à 29 ans	↑ 19,9	↓ 18,8	↑ 20,3	↓ 15,9	↑ 19,4	↓ 14,7	↑ 16,0	↓ 13,6
- 30 à 44 ans	↓ 17,5	↑ 18,0	↑ 25,9	↓ 25,4	↑ 19,1	↓ 18,3	↑ 18,9	↓ 17,8
- 45 à 59 ans	↑ 22,7	↓ 20,7	↑ 19,1	↓ 15,6	↓ 18,1	↑ 20,6	↑ 21,0	↓ 20,3
- 60 à 74 ans	↓ 11,8	↑ 12,3	↓ 13,0	↑ 13,7	↓ 16,3	↑ 18,7	↓ 18,2	↑ 19,1
- 75 ans et plus (2016)	↓ 5,0	↑ 8,9	↓ 3,9	↑ 11,6	↓ 7,1	↑ 13,5	↓ 9,6	↑ 14,8

Source : INSEE, Diaf-RP – 2016

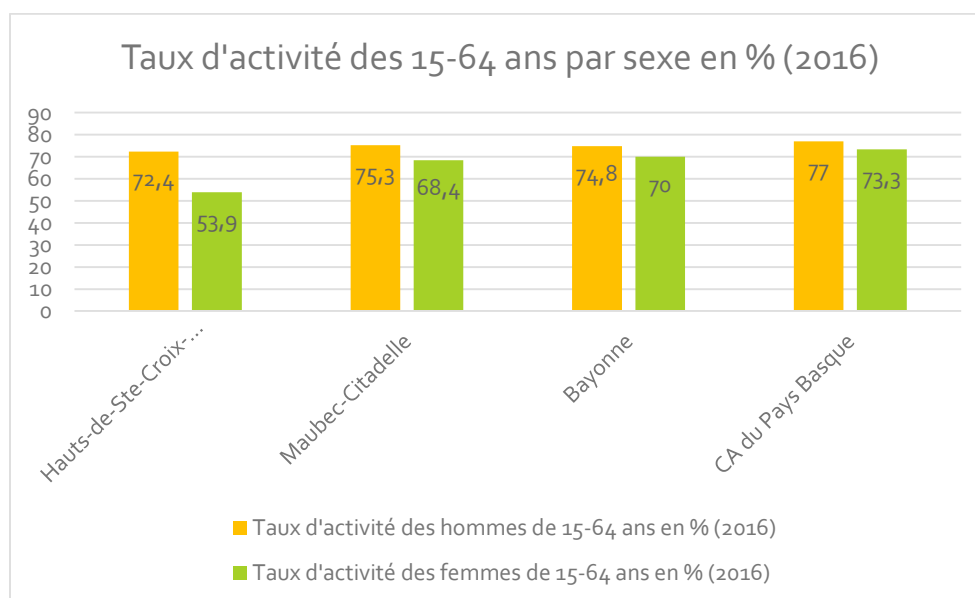
En général, **les femmes sont moins diplômées que les hommes**. Dans le même temps, elles sont également plus nombreuses parmi la part de la population avec un haut niveau de formation.

Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé étant un quartier particulièrement sous-diplômé, la moitié des femmes ont un bas niveau de formation et 1 sur 10 a un niveau bac +2 ou plus.



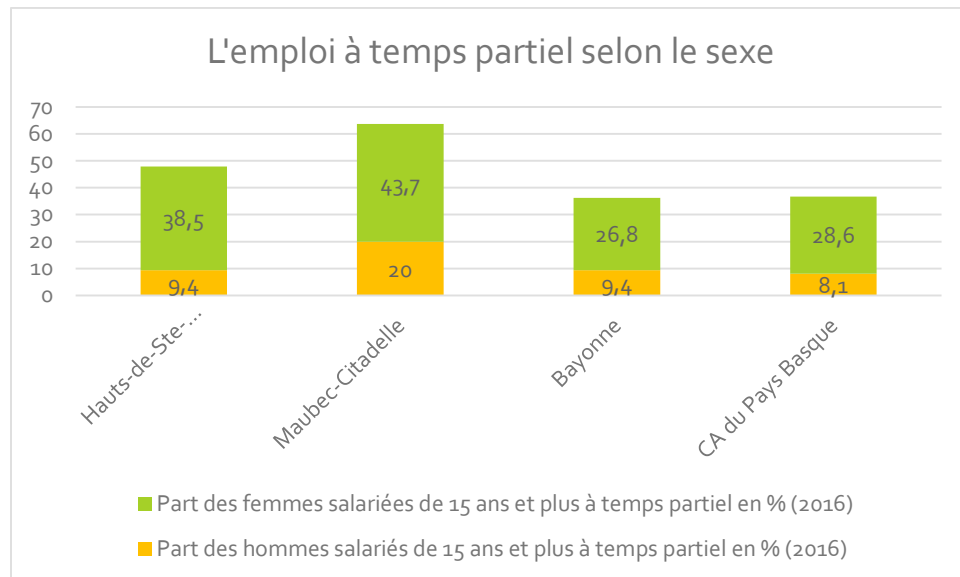
Source : INSEE, Diaf-RP – 2016

Le **taux d'activité des femmes** est en général plus bas que celui des hommes. Il est **particulièrement bas sur Hauts-de-Ste-Croix-Mounédé** : la part des femmes actives de 15-64 ans y est de 53,9% contre 68,4% pour Maubec Citadelle, 70% pour Bayonne et 73,3% pour la CA du Pays Basque.



Source : INSEE, Diaf-RP – 2016

Quoiqu'il s'agisse d'une tendance générale, la **surreprésentation des femmes en emploi à temps partiel est particulièrement importante dans les QPV**, notamment à Maubec-Citadelle (la part de femmes salariées à temps partiel parmi l'ensemble des femmes salariées y est de 43,7% contre 38,5% pour HSCM, 26,8% pour Bayonne et 28,6% pour la CA du Pays Basque), et dans une moindre mesure sur Hauts de Sainte Croix Mounédé.



Source : INSEE, Diaf-RP – 2016

En résumé, les femmes des QPV ont moins souvent un emploi à temps plein, dans le cas de Maubec-Citadelle, et rencontrent des difficultés pour suivre une scolarité au-delà du BAC et trouver un emploi, dans le cas d'Hauts de Sainte Croix Mounédé.

Il s'agit là d'indicateurs, qui, corrélés avec la surreprésentation des familles nombreuses à HSCM et des familles monoparentales à MC, montre une situation de précarité encore plus forte chez les femmes des QPV comparée à celle des hommes.

La situation socio-sanitaire de la population, que retenir ?

La structure de la population sur HSCM et Maubec-Citadelle est loin d'être homogène. Cette situation appelle, tout en ayant dans les 2 cas une action tout public, à, dans le même temps, **cibler spécifiquement certains segments de la population** en fonction des quartiers, et ainsi :

- Porter une attention particulière aux enfants, aux jeunes et à leurs familles sur HSCM,
- Mener des actions ciblées en direction des familles monoparentales, des personnes seules et âgées sur Maubec-Citadelle.

Il ressort en outre, des précédentes analyses, la **nécessité de prendre en compte certaines spécificités du contexte d'intervention**, qui, s'il est bien connu par les acteurs intervenant sur ce quartier, mérite d'être rappelée ici et mise en lien avec les questions de santé.

Sur ces deux quartiers, **un ensemble de facteurs sociaux et économiques constituent**, comme sur de nombreux quartiers en politique de la Ville, **des facteurs de risque**¹⁸ pour toute une partie

¹⁸ On parle de facteur de risque dès lors qu'un phénomène ou ensemble de phénomènes peuvent avoir une influence négative sur l'état de santé d'une population. On parlera inversement de facteur de protection,

de la population, et ce d'autant plus que, dans bien des cas, ils peuvent interagir les uns avec les autres :

- Les situations d'isolement,
- Les bas niveaux de revenus, qui peuvent limiter la consommation de soins, faire que certaines personnes ne se soignent pas correctement, et, en amont du déclenchement de problèmes de santé, ne recourent pas à des pratiques préventives et de dépistage,
- La part très élevée d'inactifs et de chômeurs, dans l'ensemble de la population, ce qui peut entraîner par exemple des phénomènes de sédentarité et de dépression,
- La part plus élevée d'emplois précaires - souvent synonymes de stress, de problèmes financiers – ou d'emplois à temps partiel, et plus spécifiquement en ce qui concerne les femmes.

Dans ce contexte, on peut supposer que, pour bon nombre d'habitants de ces quartiers, le cumul de difficultés, peut leur donner le **sentiment d'être exclus du « train » du développement**, avec les conséquences que l'on imagine au plan du bien-être mental.

En outre, on relève une proportion importante de personnes pas ou peu diplômées, ce qui n'est pas sans lien avec un risque accru de moins bonnes pratiques de santé et/ou l'absence de parcours de soin.

En outre, les analyses précédentes font ressortir la **nécessité d'une attention particulière pour la situation sanitaire des enfants, des jeunes, et des femmes**.

A n'en pas douter, dans ce contexte de pauvreté et de précarité, **de nombreux enfants :**

- ne bénéficient pas forcément d'une alimentation de qualité – alors que celle-ci est la condition d'un bon développement cérébral,
- vivent pour certains d'entre eux dans des logements surpeuplés,
- vivent dans des milieux familiaux où ils ne bénéficient pas forcément, dans un contexte de stress parental très probable, d'un environnement sécurisant dans lequel leurs besoins psychoaffectifs sont pris en compte, et qui, en tant que tel, est propice à leur développement et à leur épanouissement.

La population jeunes de ces quartiers - qui est surreprésentée sur HSCM –, se caractérise par des taux de scolarisation faible entre 18 et 24 ans, une part d'actifs occupés moindre que sur Bayonne, et sans doute par un moindre recours aux dispositifs d'insertion et d'accès à l'emploi. Ceci constitue également un important facteur de risque, et notamment de conduite à risques (alcoolisme, addictions,..).

De leur côté, **les femmes**, plus présentes, conformément à une tendance nationale, que les hommes sur les QPV, et notamment après 75 ans, cumulent un ensemble de facteurs de risque, comme un moins haut niveau de qualification, un taux d'activité plus faible assorti d'emplois plus précaires, assortis de situations de monoparentalité et/ou de portage de familles nombreuses, dans des logements quelquefois surpeuplés.

Il ne nous est pas possible d'établir, si, par rapport aux précédents diagnostics, **la situation s'est ou non aggravée** en ce qui concerne ces facteurs de risque. Il serait pertinent, dans la suite de ce

dès lors que ces phénomènes peuvent être considérés comme pouvant avoir une influence positive sur l'état de santé de la population.

diagnostic, de suivre de près l'évolution de ces facteurs de risque, notamment en actualisant dans la durée les différents indicateurs utilisés dans le cadre de ce diagnostic.

A tout le moins, **on peut supposer**, comme de premiers travaux le démontrent, **que ces facteurs ont été fortement influents au cours de la pandémie** et dans les phases de confinement, et que l'on va assister à **un accroissement important de la précarité et de la pauvreté**¹⁹ et de la précarité dans ces quartiers, se traduisant par l'apparition des « nouveaux pauvres de la pandémie » résultant :

- d'un surcroît de dépenses, de difficultés pour percevoir les allocations, de non poursuite d'activités informelles,
- du non bénéfice, par une partie importante de la population, du bénéfice du chômage partiel (personnes en contrat précaire, en CDD, en intérim, en période d'essai, saisonniers et travailleurs informels),
- de l'augmentation du chômage.

Bien évidemment, ce n'est pas l'objet d'une politique territoriale de santé de s'emparer de tous ces facteurs de risque et de travailler à réduire les inégalités existantes en matière d'éducation et de formation, d'emploi et de développement économique, de logement...

A tout le moins, **ils invitent à s'interroger sur les facteurs de protection qui peuvent être mis en place sur Hauts de Sainte Croix Mounédé et Maubec Citadelle**, par rapport à ces facteurs de risque, que ce soit au travers d'une **capacitation des habitants** à les conscientiser, les anticiper, y apporter des réponses sanitaires adaptées, ou au travers de réponses collectives ou institutionnelles.

2.3 La consommation de soins et les pratiques de prévention

La présente partie a pour objet de mieux cerner les pratiques de santé des habitants et les besoins qui sont les leurs.

Dans un premier temps nous nous appuyons à cet effet sur leur consommation de soins et sur les pratiques de prévention et de recours aux urgences qui sont les leurs. C'est l'objet du présent chapitre (2.3).

Dans un second temps, au chapitre 2.4, nous nous appuyons sur les besoins ressentis ou perçus par les professionnels ayant participé au diagnostic. Ces analyses nous permettront, en les rapportant aux acquis de l'analyse de la situation socio sanitaire des habitants des QPV (cf synthèse ci-dessus en fin de partie 2.2), de poser de premiers éléments de diagnostic en vue d'une réduction des inégalités de santé et pour améliorer dans les années qui viennent les états de santé des habitants des QPV.

2.3.1 Un taux inférieur de déclaration de médecin traitant sur les QPV et une couverture santé plus faible par rapport à l'ensemble de la ville

LES MEDECINS TRAITANTS

¹⁹ Cf notamment les travaux d'Axelle Brodriez-Dolino

Toutes les personnes de 16 ans et plus, qu'elles soient assurées ou ayants droits²⁰, doivent choisir et déclarer un médecin traitant afin de bénéficier du suivi et de la coordination de leurs soins au meilleur taux de remboursement.

ZOOM SUR L'INDICATEUR RELATIF AU TAUX DE DECLARATION D'UN MEDECIN TRAITANT

Le taux de déclaration d'un médecin traitant est un indicateur significatif dans la mesure où il est le résultat d'un acte volontaire de la part du patient. Le médecin traitant assure un suivi médical personnalisé et peut diriger le patient vers un médecin spécialiste ou un service hospitalier, en cas de nécessité. De plus, parce qu'il suit ses patients dans la durée et coordonne leurs soins, le médecin traitant est le mieux placé pour organiser un suivi de prévention personnalisé. Il contribuerait ainsi à réduire les inégalités face à la santé puisque son action concerne l'ensemble de ses patients, quel que soit leur mode d'utilisation du système de soins. Une absence de déclaration de médecin traitant peut, au contraire, indiquer un manque de suivi par la personne de son état de santé, et l'existence de risques accrus de non accès à des soins spécialisés.

D'après les données de la CPAM sur 2020, **Hauts de Sainte Croix-Mounédé (-2,94%) et Maubec-Citadelle (-1,76%) présentent un taux de déclaration de médecin traitant très légèrement inférieur à celui de Bayonne.**

	Médecin traitant	CMU en cours	CSS en cours	Aucune Mutuelle
1-MAUBEC-CITADELLE	82,52%	18,46%	6,11%	14,43%
2-HAUTS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	81,34%	29,95%	9,06%	14,36%
3-BAYONNE	84,28%	11,31%	3,81%	12,61%
4-CA Pays Basque	83,67%	5,69%	2,18%	14,20%

Source : Système Informationnel Assurance Maladie (SIAM) - Année 2020 en date de remboursement

Bien que les écarts ne soient pas importants, sachant également que le taux de déclaration de médecin traitant bayonnais est au-dessus de la moyenne départementale, ils pourraient indiquer l'existence de difficultés particulières dans les QPV en ce qui concerne l'accès aux droits et plus particulièrement l'accès aux soins.

Néanmoins, les écarts constatés entre les habitants des QPV et ceux de Bayonne, quant au taux de déclaration d'un médecin traitant, ne sont pas très importants. En outre, alors qu'en 2012 le taux de bénéficiaires du régime général était de 76,1% pour Bayonne – soit, à l'époque environ 9 points en dessous de la moyenne nationale – et que le diagnostic de 2013 indiquait que cette proportion devait être encore plus faible sur la ZUS, on relève aujourd'hui des taux somme toute assez proches entre les QPV et Bayonne, ce qui laisse entendre que les écarts auraient eus plutôt tendance à se

²⁰ Le qualificatif « ayant droit » englobe les qualités de bénéficiaires suivantes : autre ayant droit, ayant droit collatéral ascendant, conjoint, conjoint divorcé, concubin, concubin en rupture, conjoint séparé, enfant, bénéficiaire lié par un PACS, conjoint veuf.

réduire. Bien que rien ne permette de le démontrer, il n'est pas impossible que différentes actions menées au titre de l'ASV aient contribué à la réduction de cet écart.

LES COMPLEMENTAIRES DE SANTE

Lors du diagnostic de 2009 il a été relevé que le taux de bénéficiaires de la CMU Complémentaire était deux fois plus élevé sur la ZUS qu'hors ZUS (19% contre 9,4% hors ZUS pour l'année 2007 – source INSEE). Le diagnostic du CCAS de 2013 avance à peu près les mêmes chiffres : le taux de bénéficiaires de la CMU-C était de 19,13% pour Hauts-de-Sainte-Croix, 11,08% pour Citadelle et de 8,05% pour Bayonne (Source : CPAM).

ZOOM SUR LA CMU ET LA CSS

La CMU est une protection maladie pour les personnes résidant en France et qui ne sont pas déjà couvertes par un autre régime d'Assurance Maladie. Pour bénéficier de la C.M.U. de base, il faut être en situation régulière, résider en France de manière stable depuis au moins trois mois et n'être pas déjà couvert par un autre régime de Sécurité sociale.

La C.M.U. de base n'est pas attribuée sous conditions de ressources, mais une cotisation est demandée si les revenus dépassent un certain plafond. La C.M.U. de base ouvre droit aux remboursements des soins et médicaments aux taux habituels appliqués aux autres assurés sociaux. Comme eux, il faut avancer les frais puis l'Assurance Maladie rembourse entre 35 % et 65 % du prix pour les médicaments, entre 60 % et 100 % pour les actes et prestations.

La Complémentaire Santé Solidaire (CSS), remplace depuis le 1er novembre 2019 la CMU-C et l'ACS. La Complémentaire santé solidaire est une aide pour payer les dépenses de santé qui peut être octroyée à titre gratuit ou coûter moins de 1 € par jour par personne, selon les ressources de l'allocataire, et peut couvrir l'ensemble d'un foyer. Elle couvre le médecin, le dentiste, l'infirmier, le kinésithérapeute, l'hôpital, etc., les médicaments en pharmacie, les dispositifs médicaux (pansements, cannes ou fauteuils roulants, la plupart des lunettes, prothèses dentaires ou prothèses auditives). Les frais médicaux sont payés par les organismes d'assurance maladie et l'organisme choisi pour gérer la Complémentaire santé solidaire.

Selon les données partagées par la CPAM sur l'année 2020, **cette tendance à la surreprésentation des bénéficiaires des complémentaires santé dans les quartiers prioritaires se perpétue**. En effet, le taux de bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire²¹ est de 9.06% pour Hauts de Sainte Croix-Mounédé et de 6.11% pour Maubec-Citadelle, soit respectivement presque le triple et le

²¹ La Complémentaire Santé Solidaire (CSS) intègre la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU_C) et l'Aide Complémentaire Santé (ACS)

double de celui de Bayonne. Les complémentaires santé étant des aides attribuées sur des critères financiers, cette tendance est en corrélation aux indicateurs socioéconomiques des QPV.

Il est à noter que dans les QPV le taux d'affiliés à la sécurité sociale n'ayant aucune mutuelle est légèrement plus élevé que sur l'ensemble de la commune de Bayonne (-1,75% pour Hauts de Sainte Croix-Mounédé et -1,82% pour Maubec-Citadelle). Ceci n'est pas nécessairement en corrélation avec la situation socioéconomique des habitants, puisque celle des Hauts de Sainte Croix-Mounédé est plus défavorisée que celle de Maubec-Citadelle. Du même coup, cela pourrait confirmer l'existence, dans les QPV, de facteurs obstacles dans l'accès aux droits, autre qu'économiques, et plus particulièrement en ce qui concerne l'accès aux soins.

	Médecin traitant		CMU en cours		CSS en cours		Aucune Mutuelle	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
1-MAUBEC-CITADELLE	79,55%	85,40%	17,22%	19,66%	6,32%	5,91%	18,22%	10,74%
2-HAUTS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	79,15%	83,57%	30,91%	28,98%	7,15%	10,99%	16,96%	11,72%
3-BAYONNE	81,64%	86,61%	11,51%	11,14%	3,25%	4,31%	15,43%	10,12%
4-CA Pays Basque	81,31%	85,84%	5,53%	5,83%	1,80%	2,53%	16,69%	11,90%

Source : Système Informationnel Assurance Maladie (SIAM) - Année 2020 en date de remboursement

LE RECOURS AUX DROITS SELON LE SEXE

Si nous observons la question du recours aux droits selon le sexe des bénéficiaires, nous constaterons, qu'en général, **les femmes sont plus intégrées au système de santé que les hommes**. En effet, elles sont plus nombreuses à avoir déclaré un médecin traitant, à bénéficier d'une CMU ou d'une CSS et moins nombreuses à n'avoir aucune mutuelle. Cette tendance peut s'expliquer, pour certaines d'entre elles et pour partie, par le fait que la contraception ou la maternité nécessitent, la plupart du temps, un suivi médical, concourant ainsi à l'intégration des femmes au système de santé.

Dans les QPV, cette tendance se maintient avec néanmoins quelques exceptions. Elles sont proportionnellement moins nombreuses sur Hauts de Sainte Croix-Mounédé à bénéficier d'une CMU (1,94%) et moins nombreuses sur Maubec-Citadelle à bénéficier d'une CSS (0,41%) que sur les autres périmètres étudiés. Or, si nous analysons ces exceptions au regard des tranches d'âges des bénéficiaires, nous constatons que c'est principalement entre 0-24 ans que les taux de déclaration d'un médecin traitant ou du bénéfice d'une complémentaire santé sont les plus bas chez les femmes. Ceci peut contribuer à confirmer l'hypothèse selon laquelle la maternité, ou la contraception, pourraient être parmi les facteurs déclencheurs de la déclaration d'un médecin traitant.

Le tableau suivant montre les différentiels existants entre la part des hommes et des femmes concernées par dispositifs.

AGE	LIEU	Médecin traitant	CMU en cours	CSS en cours	Aucune Mutuelle
00-24ans	1-MAUBEC-CITAD	-2,76%	0,46%	-0,42%	-1,02%
	2-HAUTS DE SAINT	0,11%	1,52%	-0,20%	-0,65%
	3-BAYONNE	0,52%	-0,48%	-0,78%	0,68%
	4-CA Pays Basque	0,75%	-0,02%	-0,03%	1,53%
25-59ans	1-MAUBEC-CITAD	7,32%	8,87%	2,46%	11,56%
	2-HAUTS DE SAINT	4,56%	2,16%	3,88%	8,75%
	3-BAYONNE	4,61%	2,14%	0,73%	7,54%
	4-CA Pays Basque	4,95%	1,63%	0,44%	6,96%
60 et +	1-MAUBEC-CITAD	1,78%	3,69%	4,31%	3,26%
	2-HAUTS DE SAINT	0,77%	-1,55%	5,57%	3,44%
	3-BAYONNE	2,65%	-0,13%	2,54%	4,97%
	4-CA Pays Basque	0,12%	0,34%	1,77%	2,10%

Source : FR Consultants

Lecture : les femmes de Maubec-Citadelle de 0 à 24 ans sont -2,76% à déclarer un médecin traitant que les hommes du même âge.

2.3.2 La consommation des soins de ville

LA DEFINITION DES SOINS DE VILLE

Il existe plusieurs termes pour désigner le cadre dans lequel les professionnels exercent leur activité hors établissement de santé : soins de santé primaires, médecine de proximité, soins ambulatoires, médecine (ou soins) de premier recours, médecine (ou soins) de ville.

La définition donnée par l'Insee des soins de Ville est, en France, la plus couramment utilisée : les « soins de ville (ou ambulatoires) sont les soins effectués en cabinets de ville, dispensaires, centres de soins, lors de **consultations externes d'hôpitaux publics ou privés**, en cures thermales et les actes d'analyse en laboratoire. Ils sont dispensés par les médecins, dentistes et auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes) au titre de leur **activité libérale** ».

Lé définition utilisée par l'Assurance maladie, émanant des Lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS), précise que les soins de ville englobent « les honoraires des professionnels de santé libéraux, les prescriptions de médicaments, de dispositifs médicaux et les indemnités journalières maladie et accidents du travail »²².

LA CONSOMMATION DES SOINS DE VILLE

La consommation de soins de ville peut être un indicateur du taux de recours des habitants d'un territoire donnée aux consultations externes d'hôpitaux publics ou privés, c'est-à-dire, des démarches préventives, des soins de premier recours ou ambulatoires. Une entrée par catégorie de

²² Document de travail : Lexique ou glossaire de termes à utiliser pour les soins délivrés en dehors des établissements de santé. Haute Autorité de Santé (HAS). 2015

soins peut, par ailleurs, être un instrument d'objectivation des comportements sanitaires de ces habitants, et donc, *in fine*, des principales problématiques de santé présentes dans un territoire.

Cependant, ces données ne sauraient être décorréliées des facteurs « externes », notamment au niveau de l'accessibilité géographique, économique et sociale que ces habitants ont aux soins en question.

Autrement dit, une proportion faible d'actes (ou remboursements) liés à l'activité des masseurs-kinésithérapeutes dans un territoire peut autant être l'expression d'une faible présence des problématiques squeletto-musculaires que d'un manque de professionnels spécialistes implantés dans le territoire, d'une offre de soins peu accessible financièrement pour ses habitants ou encore peu connue d'eux-mêmes.

Ainsi, l'analyse de la consommation de soins de ville par catégorie des soins ne peut que mettre en avant des tendances comportementales dont les causes sont à chercher du côté « extra-sanitaire » : de l'emplacement géographique des professionnels de santé, de l'accessibilité économique des prestations ainsi que du niveau de connaissance de l'offre.

La part de soins de ville dans le total des soins ne fait pas ressortir d'écarts significatifs entre les quartiers en QPV et la ville de Bayonne. On constate même que cette part du soin de ville est plus élevée sur Maubec-Citadelle que sur Bayonne.

LIEU	Part Soins de Ville / Total Soins
1-MAUBEC-CITADELLE	48,8%
2-HAUTS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	43,3%
3-BAYONNE	45,0%
4-CA Pays Basque	53,6%

source : Système Informationnel Assurance Maladie (SIAM) - Année 2020 en date de remboursement

Ce résultat fait ressortir comment certaines analyses des précédents diagnostics selon lesquelles les habitants des QPV avaient tendance à consulter en urgence ne sont plus d'actualité et/ou fait ressortir des avancées positives en la matière depuis ces précédents diagnostics. Autrement dit, contrairement aux idées reçues, il est aujourd'hui faux d'affirmer, sur Bayonne, que les habitants des QPV ont un taux de recours à la médecine de ville significativement plus bas que le reste de la population.

On constate par contre des **écarts notables entre ce taux de recours sur Hauts-de Sainte-Croix Mounédé et Maubec-Citadelle**. Il n'est pas impossible, comme ont pu le mettre en avant certains travaux de recherche menés à ce propos²³, que cette plus faible part de recours aux soins de ville sur Hauts-de Sainte-Croix Mounédé, ne soit en lien avec la plus forte proportion de personnes issues de l'immigration sur ce quartier (pour rappel, 24,4% contre 13,8 sur Maubec-Citadelle).

²³ Cf notamment *Le recours aux soins de ville des immigrés en France*, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Catherine Sermet*, Jérôme Silva, Irdes/Université Paris-Dauphine, Legos, Question d'économie de la santé, septembre 2009

En revanche, **on constate sur ces quartiers, mais comme ailleurs, une part de soins de ville moins élevée chez les hommes que chez les femmes, et ce de manière plus marquée sur les quartiers en QPV.**

LIEU	Part Soins de Ville / Total Soins	
	Homme	Femme
1-MAUBEC-CITADELLE	43,5%	53,3%
2-HAUS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	39,4%	46,3%
3-BAYONNE	42,4%	46,8%
4-CA Pays Basque	46,0%	54,0%

source : Système Informationnel Assurance Maladie (SIAM) - Année 2020 en date de remboursement

L'analyse de la consommation de soins de ville par catégorie de soins fait ressortir certaines spécificités par territoires :

- La part de **consommation de soins liés à la médecine générale dans les QPV s'apparente** à celle de la Communauté d'Agglomération et est légèrement supérieure à celle de la ville de Bayonne (11,6% pour Hauts de Sainte Croix-Mounédé, 11,1% pour Maubec-Citadelle, 9,7% pour Bayonne et 11,7% pour la CA),
- La part de **consommation de soins liée aux spécialistes est légèrement inférieure** dans les QPV que sur les autres échelles de comparaison (16,3% pour HSCM et 16,6% pour MC contre 18,9% pour Bayonne et 19,2% pour la CA). Ceci peut être un indice d'une moindre accessibilité de la médecine spécialisée pour les habitants des QPV, mais aussi d'une difficulté à s'engager dans un parcours de soin (en raison de contraintes personnelles, d'une moindre connaissance de l'offre, d'un accès physique plus compliqué, de contraintes financières, d'une moindre confiance dans les institutions de santé, d'un moindre investissement sur des pratiques préventives.....). **Ce résultat met cependant à mal certaines représentations²⁴ selon lesquelles les habitants des QPV auraient aujourd'hui faiblement recours et des difficultés importantes pour accéder aux spécialistes.**

Sur les Hauts de Sainte Croix-Mounédé, on relève :

- Une part plus importante qu'ailleurs de consommations de **soins dentaires** (9,1% contre 8,7% pour MC, 7,6% pour Bayonne et 6,7% pour la CA),
- Une part plus importante qu'ailleurs de consommations de soins liés à **l'optique** (0,7% contre 0,6% pour MC, 0,4% pour Bayonne et 0,3% pour la CA),
- Une part plus importante qu'ailleurs de consommations de **médicaments** (32,6% contre 28,9% pour MC, 30,3% pour Bayonne et 27,9% pour la CA)
- Une part plus importante qu'ailleurs de consommations de soins liés aux **sages-femmes** (1,1% contre 0,6% pour MC, 0,9% pour Bayonne et 0,8% pour la CA)
- Une part plus importante qu'ailleurs de consommations de soins liée à l'utilisation d'un **taxi** (1,2% contre 0,6% pour MC, 0,9% pour Bayonne et 1,2% pour la CA) pour accéder aux soins.

²⁴ Cette idée a été exprimée au cours des groupes focus par quelques participants

L'importance de consommations de soins dentaires est à mettre en relation avec les résultats des dépistages bucco-dentaires de la campagne M'T Dents (cf. 2.3.3 Les pratiques préventives et de santé).

Les causes de la consommation plus importante de soins optiques sont à interroger dans le même sens.

Faute d'une spécification concernant le type des médicaments consommés, les causes de leur forte consommation sur Hauts de Sainte Croix Mounédé restent également à interroger. Sont-elles en lien aux maladies mentales (anxiété, dépression, stress, etc...) ?

La consommation de soins liée aux sages-femmes peut quant à elle, en partie, être expliquée par des raisons démographiques (plus de naissances).

La consommation de soins liée au taxi est incontestablement en lien avec les besoins des habitants sur les Hauts de Sainte Croix en matière de mobilités. Cette question a été évoquée systématiquement par les habitants et les professionnels depuis le diagnostic de 2009.

Sur Maubec-Citadelle, on relève :

- Une part plus importante qu'ailleurs de consommation de **soins ambulanciers, de fournitures et d'infirmier-è-s** (+0.1% sur la moyenne pour ambulancier, +0.2% pour fournisseurs, +1.3% pour infirmier-è-s). Ceci peut être en rapport à l'assistance nécessitée par les personnes âgées ou à mobilité réduite (seniors, personnes handicapées...).
- Un part de consommation plus importante qu'ailleurs liée à **l'orthophonie** (1,7% contre 1,4% pour HSCM, 1,1% pour Bayonne et 1,3% pour le CA).

Concernant la consommation plus importante qu'ailleurs liée à l'orthophonie les causes restent à creuser. Ce besoin est souvent lié à la forte présence de familles étrangères et de foyers où le français n'est pas parlé quotidiennement. Or, l'on sait que ce pourcentage est plus grand sur les Hauts de Sainte Croix Mounédé. Cette consommation plus importante à Maubec-Citadelle est-elle du même coup liée à une présence plus importante de professionnels spécialistes ? A une meilleure connaissance de la problématique et de l'offre de soins correspondants ?

Enfin, nous pouvons constater que la proportion d'actifs avec au moins un arrêt de travail en 2020 dans les QPV s'apparente à celle de Bayonne et de la CA (20% pour HSCM, 17% pour MC, 19% pour Bayonne et 20% pour la CA).

2.3.3 Les pratiques préventives et de santé

LES PRATIQUES DE MAMMOGRAPHIES

Pour les femmes entre 50 et 74 ans une mammographie de dépistage (examen radiologique) associée à un examen clinique des seins est proposée, gratuitement, tous les deux ans, dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du sein. En effet, on estime que 80% des cancers du sein surviennent après l'âge de 50 ans et que c'est donc à partir de cet âge qu'un dépistage répété régulièrement est le plus efficace.

Les données de la CPAM concernant les mammographies réalisées au cours des 2 ans glissants (01/02/2019-28/02/2021) par les femmes affiliées au régime général âgées de 50 à 74 ans, permettent d'avoir une visibilité sur les conduites préventives des femmes des QPV à l'égard du cancer du sein.

La participation à la campagne de dépistage concerne, en fonction des tranches d'âge, entre 47,17% et 53,67% des femmes de l'agglomération, soit un taux d'impact inférieur à minima de 4 points par rapport à ce qu'il était en 2009.

En outre, toujours selon ces mêmes données, parmi les femmes affiliées âgées de 50 à 74 ans, les **femmes des Hauts de Sainte Croix sont plus nombreuses à n'avoir réalisé aucune mammographie**. Ainsi, pour la tranche d'âge des 50-59 ans, elles sont 64,68% à n'avoir réalisé aucune mammographie, contre 59% pour Maubec Citadelle, 54,53% sur Bayonne, et 53,67 % à l'échelle de la CA.

6	QUARTIER	AUCUNE MAMMO
50-59 ans	1-MAUBEC-CITADELLE	59,00%
	2-HAUTS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	64,68%
	3-BAYONNE	54,53%
	4-CA Pays Basque	53,67%
60-69 ans	1-MAUBEC-CITADELLE	47,13%
	2-HAUTS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	58,42%
	3-BAYONNE	48,30%
	4-CA Pays Basque	47,17%
70-74 ans	1-MAUBEC-CITADELLE	44,23%
	2-HAUTS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	54,65%
	3-BAYONNE	47,85%
	4-CA Pays Basque	48,46%

Source : Système Informationnel Assurance Maladie (SIAM) - Année 2020 en date de remboursement

Par ailleurs, la **part des femmes ayant réalisé des mammographies dans un parcours préventif y nettement plus faible**. Ainsi, pour la tranche d'âge des 50-59 ans, elles sont 28,94% sur Hauts de Sainte Croix Mounédé contre 37% sur Maubec Citadelle, 40,49% pour Bayonne et 41,86% pour la CA).

	QUARTIER	MAMMO parcours PREV	MAMMO Hors parcours PREV
50-59 ans	1-MAUBEC-CITADELLE	37,00%	4,00%
	2-HAUTS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	28,94%	5,11%
	3-BAYONNE	40,49%	4,32%
	4-CA Pays Basque	41,86%	3,76%
60-69 ans	1-MAUBEC-CITADELLE	41,38%	11,49%
	2-HAUTS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	32,63%	7,89%
	3-BAYONNE	44,57%	6,49%
	4-CA Pays Basque	46,66%	5,22%
70-74 ans	1-MAUBEC-CITADELLE	48,08%	7,69%
	2-HAUTS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	39,53%	5,81%
	3-BAYONNE	43,77%	7,89%
	4-CA Pays Basque	44,47%	6,19%

Source : Système Informationnel Assurance Maladie (SIAM) - Année 2020 en date de remboursement

Le diagnostic de 2009 concluait que la participation au dépistage du cancer du sein sur la ZUS de Bayonne (47.5%) se situait au niveau de la moyenne nationale mais en deçà de la moyenne

d'agglomération ou du taux départemental. Il mettait en outre en évidence que la participation augmentait avec l'âge.

Aujourd'hui, l'emprise que peuvent avoir les campagnes de sensibilisation et de prévention concernant le cancer du sein sur les QPV apparaît comme étant plus restreinte sur les Hauts de Sainte Croix-Mounédé, mais elle se rapproche de la moyenne communale et de la Communauté d'Agglomération à Maubec-Citadelle.

Nous constatons en outre, que le taux de participation est presque systématiquement sur ces quartiers, en deçà de la moyenne nationale (42,9% en 2020) et encore plus de la moyenne départementale (46,8% toutes tranches d'âge confondues).

Il est cependant à noter qu'une baisse importante de la participation au dépistage du cancer du sein a été observée en 2020, quelle que soit la tranche d'âge ou la région (en lien notamment à la crise sanitaire : interruption des invitations, interruption des invitations, des activités de seconde lecture, fermeture des cabinets de radiologie et moindre activité à la réouverture en raison de l'application des mesures sanitaires nécessaires) et que cette baisse a peut-être plus particulièrement impacté les QPV.

En outre, conformément à ce qui était constaté en 2009, la participation croît avec l'âge. Néanmoins, à la différence de ce qui était constaté en 2009 et de ce que l'on constate au plan national, elle ne décroît pas chez les 65 ans et plus.

La participation à la campagne MT'DENTS

Les examens de prévention bucco-dentaire pour enfants et adolescents sont des rendez-vous gratuits, totalement pris en charge par l'assurance maladie. Ces examens appelés M'T Dents visent à favoriser un suivi régulier chez les jeunes, pour améliorer leur hygiène bucco-dentaire et leurs habitudes alimentaires.

Le diagnostic de **2009** concluait au regard des résultats de la campagne M'T Dents que les résidents de la ZUS présentent une **moindre propension à se saisir des dispositifs de prévention sanitaire** que le reste de la population, alors qu'ils sont potentiellement plus concernés et qu'ils disposent de moins de ressources (financières mais aussi culturelles) pour faire face aux problématiques visées par ces dispositifs,.....

En outre, l'étude de faisabilité d'une MSP de 2013 soulignait que le programme de prévention bucco-dentaire « **M'T'Dents** » proposé aux enfants de 10 écoles de la ZUS en 2012 avait remporté un **succès limité** puisque seulement 42,77 % des enfants et des jeunes entre 6 et 18 ans y avaient participé.

Selon l'étude l'ORS « Santé des collégiens de Nouvelle-Aquitaine en 2018/2019 », les QPV cumulent des facteurs qui expliquent que les enfants se brossent moins les dents, aient un mauvais état dentaire, consultent peu le dentiste, suivent peu les traitements orthodontiques. Par ailleurs, le **dépistage de l'UFSBD64 des écoles élémentaires du REP en 2019**, montre que les enfants des QPV ont un besoin plus élevé que la moyenne nationale d'une orthopédie dento-faciale. Concernant le recours aux dispositifs de prévention et le suivi orthodontique, il est impossible, en l'état,

d'objectiver la situation au niveau des QPV et donc de conclure une amélioration ou une aggravation de la situation (cf. 2.4.1 La santé des enfants des QPV).

Les données CPAM transmises répertorient les dépistages réalisés parmi les 3-24 ans dans le cadre de la Campagne MT'DENT au cours des 2 ans glissants (01/02/2019-28/02/2021).

Concernant le taux de recours aux dispositifs préventifs (bilan buccodentaire, programme M't Dents), tant le diagnostic de 2009 comme l'étude de faisabilité d'une MSP, concluent que le taux de recours est significativement moins élevé en ZUS et qu'il diminue avec l'âge.

L'analyse des résultats de la campagne MT'DENT²⁵ amène à actualiser ces constats. Si le taux de recours est significativement moindre sur Hauts de Sainte Croix-Mounédé, il est en revanche, en règle générale, supérieur sur Maubec-Citadelle.

En outre, ce taux de recours diminue plus significativement avec l'âge sur Hauts de Sainte Croix-Mounédé que sur Maubec-Citadelle. On constate en outre un impact comparativement fort de la campagne MT'DENT sur Maubec Citadelle pour les 3 ans, les 12 ans et les 15 ans par rapport à celui qu'il a sur Hauts de Sainte Croix Mounédé, sur Bayonne, et à l'échelle de la CA.

2.3.2 Le recours aux urgences : une importance des passages aux urgences pour des troubles traumatologiques, digestifs, urologiques et gynécologiques

On ne peut que regretter de ne pas disposer à ce jour les motifs de passage aux urgences en ce qui concerne le Centre Hospitalier de la Côte Basque, dont l'accessibilité est légèrement plus aisée pour les habitants des QPV que la clinique Belharra, et qui draine une plus forte proportion d'habitants de ces quartiers.

Le lecteur trouvera ci-dessous une analyse des motifs d'entrée aux urgences de la Clinique Belharra des habitants des QPV pour la période 2018-2019.

Les motifs d'entrée tels que systématisés par la Clinique Belharra étant trop divers, un regroupement des motifs selon 13 catégories a été réalisé par nos soins.

Motif d'entrée	Hauts de Sainte Croix – Mounédé		Maubec - Citadelle	
	2018	2019	2018	2019
Urologie/gynécologie	12	14	4	6
Cardiovasculaire	9	8	2	3
Respiratoire	0	8	1	2
Rhumatologie	8	11	2	0
Infection	3	6	2	4
ORL/ OPM	7	8	1	5
Digestif	18	24	9	7
Dermatologie	5	5	1	0
Traumatologie	68	76	32	31
Pédiatrie	1	0	0	0

²⁵ Cf annexe « i »

Divers	11	13	7	9
Neurologie	4	4	1	1
Psychiatrie	0	2	2	1
Total	146	179	64	69

Source : Motifs d'entrée Urgences 2018-2019. Clinique Belharra

Ces données permettent de constater une **augmentation sur la période 2018-2019 du nombre de passages aux urgences des habitants des QPV dans la Clinique Belharra**. Sur la période 2018-2019, le nombre de passage en urgence a augmenté de 146 à 179 (23%) pour Hauts de Sainte Croix Mounédé et de 64 à 69 (8%) pour Maubec Citadelle. Cette augmentation dans les deux cas, bien que pouvant fournir un indice sur le taux de morbidité dans les QPV, serait principalement explicable par la récente implantation de la Clinique à Bayonne (2015). En effet, sa visibilité progressive parmi les habitants de Bayonne pourrait être à l'origine de cette évolution.

Le nombre de passage est significativement inférieur chez les habitants de Maubec Citadelle, ce qui est pour l'essentiel sans doute lié au fait que le nombre d'habitant y est inférieur. En effet, le nombre de passage aux urgences de la Clinique rapporté à la population totale de chaque QPV correspond à 4,5% de la population pour Hauts de Sainte Croix Mounédé et de 3,7% pour Maubec Citadelle.

Concernant les motifs d'entrée, trois domaines ont tendance à se manifester de manière plus importante que les autres :

- Les traumatismes physiques,
- Les troubles digestifs,
- Les troubles urologiques et gynécologiques.

Les traumatismes physiques correspondent à des atteintes à la santé résultant d'une action extérieure violente et soudaine (accidents, agressions). La présence importante d'ouvriers dans ces quartiers peut être un des facteurs explicatifs de cette surreprésentation²⁶, mais il n'est sans doute pas le seul.

Les troubles digestifs repérés sont la plupart du temps associés à des douleurs abdominales. Une douleur abdominale (ou mal de ventre) peut être l'un des symptômes associés à des troubles passagers ou à une maladie grave. Comme le nombre de cas n'est pas significatif (24 pour Hauts de Sainte Croix Mounédé et 7 pour Maubec Citadelle), ces informations ne permettent pas d'émettre des hypothèses explicatives.

En outre, après consultation avec des professionnels urgentistes, il s'avère que ces deux motifs (traumatismes physiques et troubles digestifs) sont les plus courants parmi l'ensemble des motifs d'entrée aux urgences d'un point de vue général. En ce sens, ils ne permettent de ne rien conclure quant à l'état de santé spécifique des habitants de ces territoires.

A contrario, les passages liés aux urgences urologiques et gynécologiques semblent être une particularité de ces territoires. Ils peuvent, en effet, être en lien avec le manque de pratiques préventives des habitants, conjuguée avec un manque de gynécologues de proximité.

²⁶ Selon le diagnostic de 2009, en fait, pour un secteur géographique donné, le taux de passage aux urgences est fortement corrélé à la proportion d'ouvriers et employés, c.a.d. des milieux populaires ($r=0.878$ avec $\alpha=0.050$).

Toutes ces données sont cependant à prendre avec une extrême prudence, la Clinique Belharra ne drainant pas, comme indiqué précédemment, la majorité des passages aux urgences des habitants des QPV.

En effet, selon les analyses des derniers diagnostics, environ 90% des passages aux urgences des bayonnais se réalisent sur le Centre Hospitalier de la Côte Basque. Le service des urgences hospitalières apparaissait, dans ce sens, comme le principal plateau mobilisé par les habitants de la ZUS : il représentait plus des trois quarts de leurs recours.

La clinique Saint Étienne jouait, de son côté, le rôle d'établissement de proximité pour les habitants de la ZUS. De manière plus générale, la proximité semble un élément structurant du « choix » du service d'urgence sollicité.

En résumé, les principaux motifs de passage aux urgences des habitants des QPV dans la Clinique Belharra sont les traumatismes physiques, les troubles digestifs et les troubles urologiques et gynécologiques. Parmi ceux-ci, les passages en raison de troubles urologiques et gynécologiques semblent pouvoir indiquer une particularité par rapport à l'accès aux soins et l'état de santé des habitants des QPV, en venant confirmer l'hypothèse d'une moindre prégnance de pratiques préventives et de parcours de soin au plan gynécologique.

Des atouts et faiblesses en termes d'inégalités de santé et de pratiques de prévention et de soin sur les QPV

Les précédentes analyses font ressortir un ensemble d'atouts, mais également de faiblesses en termes d'inégalités de santé et de pratiques de prévention et de soin sur les QPV.

Du côté des atouts, on relève :

- Des taux de déclaration de médecin traitant et de personnes n'ayant aucune mutuelle assez satisfaisants
- Des femmes mieux intégrées au système de santé que les hommes
- Des écarts peu significatifs de la part des soins de ville dans le total des soins entre les quartiers en QPV et la ville de Bayonne et du recours aux spécialistes
- Une part légèrement supérieure de consommation de soins dentaires, de soins optique et de médicaments dans les quartiers en QPV, témoignant sans doute d'états de santé moindres

Du côté des faiblesses, on constate :

- Que les hommes sont moins bien intégrés au système de santé que les femmes,
- Une pratique moindre des mammographies sur Hauts de Sainte Croix Mounédé, pouvant résulter d'une régression dans la participation des femmes aux actions de prévention et de dépistage du cancer du sein,

- Une participation moindre des enfants de Sainte-Croix-Mounédé aux campagnes de prévention bucco-dentaires, voire à la réalisation d'un parcours de soins dentaires.

2.4 Des problématiques de santé des habitants des QPV identifiées par les professionnels

Nous ne disposons pas d'informations récentes quant à la perception que les habitants ont de leur état de santé et des besoins qui seraient les leurs pour l'améliorer.

En revanche, les entretiens individuels et collectifs ont été l'occasion pour les professionnels de faire part de leurs analyses à ce propos. Il va de soi que celles-ci mêlent inévitablement des observations factuelles, des ressentis et des représentations.

Les analyses présentées ci-dessous sont donc le résultat des échanges réalisés avec les professionnels du territoire dans les temps de travail collectifs (entretiens et groupes focus thématiques), à partir d'une présentation par nos soins d'une synthèse des premières données de diagnostic dont nous disposions.

Pour rappel, les principales problématiques de santé repérées au travers des anciens diagnostics étaient que :

- Les enfants scolarisés en ZUS étaient proportionnellement plus nombreux à présenter un bilan «anormal» (vue, audition, problèmes bucco-dentaires, problèmes de langage pour l'essentiel)
- En ZUS, les prises en charge portaient plus souvent sur des problématiques sociales ou médicopsychologiques, avec une intensité plus affirmée des prises en charge,
- On constatait un développement des addictions, comme l'alcoolisme,
- Les problèmes de santé mentale – y compris d'ordre psychiatriques - tendaient à augmenter.

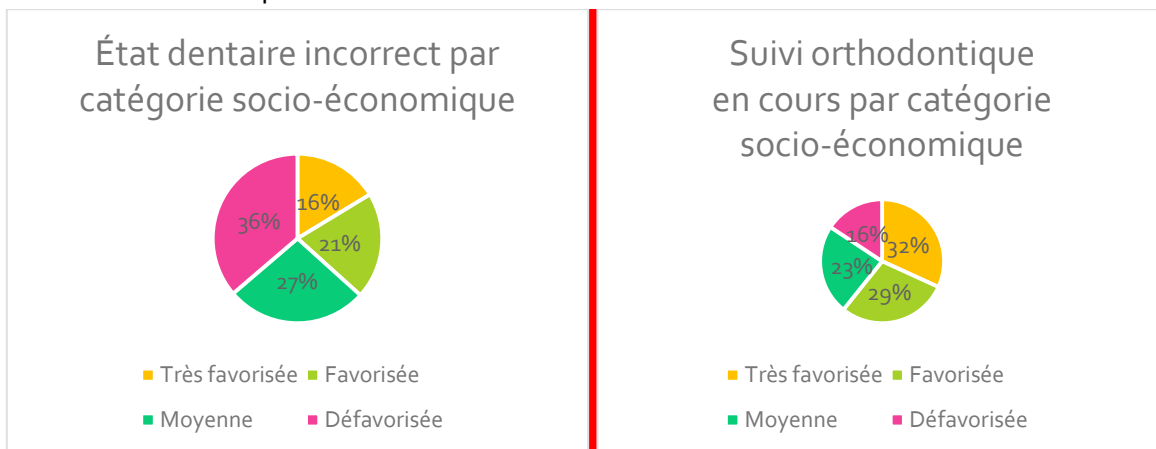
2.4.1 La santé des enfants des QPV

UNE « TENDANCE STATISTIQUE » A UN PLUS MAUVAIS ETAT DENTAIRE ET A UN MOINDRE SUIVI ORTHODONTIQUE ?

Selon l'étude « Santé des collégiens de Nouvelle-Aquitaine en 2018/2019 » auprès des élèves scolarisés en classe de sixième dans un établissement public, il y aurait une « tendance statistique » à que les enfants des QPV se brossent moins les dents, aient un mauvais état dentaire, consultent peu le dentiste, suivent peu les traitements orthodontiques.

Ceci, explique l'étude, car il y a trois facteurs principaux associés à un mauvais état de santé dentaire qui se cumuleraient chez les habitants des QPV : le fait d'appartenir à un milieu social défavorisé, le

fait d'être scolarisé dans un établissement d'éducation prioritaire, le fait de venir d'un foyer non exclusivement francophone.



Source: ORS Nouvelle-Aquitaine, en collaboration avec les rectorats des académies de Bordeaux, Limoges et Poitiers, et l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Santé des collégiens de Nouvelle-Aquitaine en 2018/2019 : Santé bucco-dentaire. Septembre 2020. 12 p.

Le dépistage de l'UFSBD64 des écoles élémentaires du REP en 2019 vient, par ailleurs, confirmer cette tendance. En effet, les données qui y sont présentées permettent d'affirmer que :

- Plus d'un tiers des écoliers des QPV présente des dents cariées (40,1% si l'on compte les dents de lait, définitives et de 6 ans), conformément à une tendance constatée au plan national. En France, la carie touche 45% des enfants de moins de 12 ans selon l'étude « Santé des collégiens de Nouvelle-Aquitaine en 2018/2019 » de l'ORS.
- Un quart des écoliers des QPV a besoin d'une orthopédie dento-faciale (24,8%), ce qui les situe légèrement au-dessus de la moyenne régionale pour les collégiens. Selon l'étude « Santé des collégiens de Nouvelle-Aquitaine en 2018/2019 », une malposition des dents est l'anomalie la plus repérée et touche un collégien sur cinq.

En outre, selon les données de dépistage infirmier des élèves de 6^{ème} du collège Camus, « plusieurs élèves de 6^{ème} ont une hygiène corporelle et dentaire limitée ». Cette considération, néanmoins, est à prendre avec prudence l'échantillon d'élèves dépistés étant restreint et ne se limitant pas aux enfants des QPV.

Selon l'étude de l'ORS « Santé des collégiens de Nouvelle-Aquitaine en 2018/2019 », les QPV cumulent des facteurs qui expliquent que les enfants se brossent moins les dents, aient un mauvais état dentaire, consultent peu le dentiste, suivent peu les traitements orthodontiques. Par ailleurs, le dépistage de l'UFSBD64 des écoles élémentaires du REP en 2019, montre que les enfants des QPV ont un besoin plus élevé que la moyenne nationale d'une orthopédie dento-faciale.

2.4.2 Les pratiques addictives des jeunes des QPV : une surconsommation de substances psychoactives très partiellement objectivée

L'ampleur des pratiques addictives chez les jeunes des QPV ne fait pas l'unanimité chez les professionnels. Alors que pour certains il serait question d'une augmentation des pratiques addictives, notamment dans la consommation de substances psychoactives illicites, pour d'autres il s'agirait d'une problématique qui relève plus de l'ordre de l'utilisation des espaces publics. En effet, l'existence d'une économie parallèle liée au trafic de stupéfiants se déroulant dans l'espace public ne serait pas forcément corrélée à la consommation qu'en font les habitants des QPV. L'existence d'une économie parallèle aurait principalement des effets sur l'habitabilité de ces quartiers et l'usage des espaces publics par les familles, plus que sur les pratiques addictives des jeunes.

Par ailleurs, d'autres professionnels rajoutent que le trafic de drogues dans le quartier serait un facteur aggravant mais, selon eux, non déterminant de l'état de santé des habitants : il s'agirait notamment d'une consommation de « Haschisch » ou résine de cannabis, les consommateurs d'héroïne et autres étant extérieurs au quartier.

Selon l'« Enquête quantitative sur les pratiques addictives et l'utilisation des écrans chez les jeunes (11-25 ans) des quartiers de la politique de la ville de Bayonne » réalisée par l'ASV en 2020, **il y aurait tout de même nécessité d'une attention particulière concernant leur consommation de tabac, d'alcool et de cannabis.**

Selon cette enquête :

- Les jeunes des QPV sont plus nombreux à déclarer avoir consommé des psychotropes (60% des jeunes des QPV ont récidivé dans le tabac contre 40% des jeunes vivant hors QPV, 57% dans la cigarette électronique contre 43%, 60% contre 40% pour la chicha, 58% contre 42% pour l'alcool et 70% contre 30% pour le cannabis),
- Les années collège sont celles où les jeunes testent différents produits (la moyenne d'âge des premières expériences est située entre 11 et 15 ans). Il est donc nécessaire de penser la prévention en amont du collège à l'école élémentaire,
- La famille des jeunes est le principal vecteur d'initiation à la consommation d'alcool (plus de 3 jeunes sur 5 l'ont expérimenté avec leur famille et 7 jeunes sur 10 consomment occasionnellement de l'alcool en famille). L'alcool étant le produit psychotrope le plus consommé par les jeunes (un quart), des campagnes de prévention devraient cibler spécifiquement les familles,
- 5 jeunes sur 10 de « 14 à 25 ans » estiment regarder un écran pendant 3 à 9 heures par jour à des fins de loisirs (films, séries et vidéos et fréquenter les réseaux sociaux), alors que le temps devant les écrans conseillé est de 2h.

Les résultats de cette enquête, bien qu'instructifs, sont à nuancer néanmoins dans la mesure où l'échantillonnage était aléatoire, et donc non représentatif, et ne s'étendait pas, par ailleurs, à l'ensemble des jeunes bayonnais mais seulement aux jeunes bayonnais fréquentant ou habitant les QPV.

En résumé, les problématiques liées aux addictions (substances, écrans) sont présentes chez les jeunes des QPV mais leur ampleur n'est que partiellement objectivée. Concernant plus

particulièrement la question des substances illicites, elle ne devrait pas être abordée, du point de vue des professionnels, que du seul point de vue des addictions, mais également du point de vue de l'impact que le trafic des stupéfiants peut avoir sur l'habitabilité des quartiers par les familles et leur sentiment d'insécurité.

2.4.3 Des problématiques de santé récurrentes: obésité, diabète, troubles psychologiques, troubles gynécologiques, retards de langage et troubles du sommeil

Les échanges avec les professionnels socio-sanitaires et éducatifs ainsi qu'avec certaines associations locales permettent d'instruire le diagnostic dans le repérage des problématiques de santé. Ils nous donnent des indices sur le vécu de terrain de ces acteurs, ainsi que sur leurs représentations. Les informations qui sont présentées ci-dessous doivent donc être lues à titre indicatif, à la manière de symptômes ou d'hypothèses.

Il y aurait dans les QPV des **problèmes d'obésité**, qui se répercuteraient sur des problèmes cardiorespiratoires, des problèmes articulaires (développement d'arthrose précoce) et des troubles musculosquelettiques (TMS). Bien que cela représente moins du 20% des motifs de consultation kinésithérapeutiques, il s'agirait de l'une des problématiques principales à investir du point de vue d'une stratégie locale de santé.

Ces problèmes d'obésité s'expliqueraient par deux raisons :

- Alimentation : il y aurait une part importante d'habitants qui ne se nourrirait pas correctement (boissons sucrées, trop d'huile, chips, pas assez des légumes).
- Sédentarité : il y aurait une part non négligeable de population qui ne ferait pas ou très peu d'activité physique ou sportive, parmi laquelle les chômeurs, les personnes âgées et encore les femmes au foyer. A ceci se rajouterait une question d'ordre générationnelle : les écrans, en fonctionnant comme des médiateurs avec la réalité, entraînent une hypostimulation physique des plus jeunes.

La « **culture** » propre aux habitants des quartiers pourrait avoir, de l'avis de certains professionnels socioéducatifs, une incidence dans l'articulation de ces deux facteurs : une représentation biaisée du « bien manger » (il serait cher et pas accessible d'acheter des produits sains et bio) et une forte présence de femmes au foyer (de tout âge dont beaucoup de jeunes femmes) qui tomberaient dans la sédentarité. Cette articulation entre mauvaises conduites alimentaires et sédentarité serait éventuellement transmise aux enfants sous forme d'une normalisation de la surutilisation des écrans et de la surconsommation de « mal-bouffe ».

De même, certains de ces professionnels ont tendance à considérer que de nombreux habitants auraient le diabète pour des raisons « **culturelles** ». Ils se sont appuyés dans leur argumentation sur le fait que, lors d'un cycle de conférences organisées avec le CLIC sur les AVC et le diabète à Sainte Croix, les facteurs explicatifs suivants de la forte proportion de personnes ayant du diabète auraient été mis en avant :

- Un manque d'information : beaucoup d'habitants n'avaient pas de connaissances relatives aux comportements et modes de vie, qui, dans leur vie quotidienne, pouvaient contribuer à déclencher ces maladies,
- Des représentations sociales se traduisant par beaucoup de méfiance envers les connaissances que pouvaient apporter les professionnels paramédicaux (comme les diététiciens, cuisiniers, etc.).

De notre point de vue, il serait important de **rester très vigilant par rapport à une approche par trop « culturaliste »** des pratiques de santé des habitants, celle-ci pouvant :

- Générer des **représentations obstacles** à l'action en leur direction,
- Empêcher de voir la **diversité des cultures** existantes sur le quartier.

Des **troubles psychologiques et psychosomatiques sont également mis en avant par les professionnels**. Ils auraient, selon eux, deux causes principales : génétiques (dépression endogène, etc.) et sociales (conditions de vie, manque de temps, d'argent et d'information pour intégrer des pratiques de prévention). Du côté des causes sociales, une présence importante de personnes seules dans ces quartiers augmenterait le développement des maladies psychosomatiques : notamment chez les 65 ans ou plus et les mères célibataires. En outre, les difficultés financières (chômeurs, travailleurs précaires, familles nombreuses...) et le sentiment de ne pas appartenir à la communauté bayonnaise (variable notamment associée à l'origine ethnique) seraient des facteurs impactant l'estime de soi. Les troubles psychologiques et psychosomatiques auraient un impact sur le niveau de consommation d'anxiolytiques et hypnotiques ainsi que d'autres substances addictives.

On relèverait en outre des **troubles gynécologiques** chez les femmes. Bien que leur ampleur n'en soit pas mesurée, les raisons avancées par les professionnels pour les expliquer sont multiples :

- L'existence d'idées reçues sous-estimant l'importance de la protection hygiénique féminine alimentées par une désinformation par les parents concernant les enjeux d'un suivi gynécologique de leurs enfants,
- Un manque d'une offre gynécologique structurée implantée qui entraînerait entraînant la perte de vue des femmes au niveau de leur suivi, pas de transfert de dossiers, des violences gynécologiques...
- Des campagnes gouvernementales sur le frottis cervico-utérin qui seraient peu relayées par le reste des professionnels de la santé, ce qui ne faciliterait pas l'orientation des usagères vers les sages-femmes,
- La faiblesse des pratiques de suivi gynécologique physiologique en général, presque 1 femme sur 2 n'ayant jamais eu de suivi,
- Une tendance à l'abandon gynécologique pour les femmes après la ménopause.

Les professionnels mentionneraient également des **retards de langage chez les enfants** qui seraient associés à un manque de transmission du français au foyer ainsi qu'à la surexposition aux écrans dès leur jeune âge²⁷.

²⁷ Selon le diagnostic de 2013, le groupe de travail « santé » dans le cadre du Programme de Réussite Educative concluait que les compétences langagières et psychomotrices qui étaient statistiquement moins aisées dans les quartiers prioritaires. De nombreux dispositifs ont été mis en place sur le quartier pour traiter la question (dans les écoles pour les petites sections, Atelier PRE, des lieux d'accueil Enfant/Parents).

Enfin, les professionnels mentionnent l'existence de **troubles de sommeil et de fatigue** chez les enfants, leurs parents étant confrontés à des conditions de vie précaires, ce qui aurait un effet sur le temps et l'énergie qu'ils dédieraient au repos et à l'accompagnement de leurs enfants. L'absence d'un réseau familial (familles isolées, famille monoparentales) permettant le relai de l'activité de transmission (garde, alimentation, hygiène, éducation...) aggraverait ces conditions. Ces troubles de sommeil et de fatigue toucheraient autant les enfants que leurs parents et généreraient à leur tour des troubles du comportement²⁸.

2.4.4 Quelques problématiques identifiées par les professionnels dans l'accès à la santé

Les problématiques rencontrées par les habitants des QPV dans l'accès aux soins ont été abordées lors des entretiens grâce à une grille construite spécifiquement à cet effet. Par ailleurs, elles ont fait l'objet de l'un des groupes focus thématiques intitulé « Accès aux soins/prévention pour les publics fragiles : personnes en situation de précarité, séniors, handicap, jeunes ». A partir de ces échanges, un certain nombre d'hypothèses peuvent être exprimées. Ainsi, les habitants des QPV rencontreraient des difficultés dans l'accès aux soins et dans le suivi d'un parcours de soins du fait :

- De l'existence d'**obstacles de communication et liés à un manque de confiance** entre un public « issu de l'immigration » et les institutions. La langue, la religion et la « culture » (lire origine ethnique) sont des facteurs explicatifs qui ont été régulièrement mis en avant, pour expliquer l'existence des pratiques nocives pour la santé, l'absence de repères et de pratiques en matière de prévention, la difficulté à comprendre les campagnes de sensibilisation ainsi que les prescriptions des professionnels, le décrochage au cours des parcours des soins. On les appelle les « femmes qui ne sortent pas de chez elles », les « publics invisibles ». Il s'agirait de ces éléments qui font résistance : ceux qui « participent difficilement aux programmes de prévention », ceux qui « ne rentrent dans un parcours de santé qu'au moment des urgences », ceux qui « font blocage d'information sur l'éducation sexuelle de leurs enfants », ceux qui posent un « frein culturel à la réussite scolaire de leurs enfants ». Certains professionnels affirment qu'il faudrait, a minima, mettre en place des traducteurs-interprètes afin de réduire ce creux. Simultanément, ces mêmes ou d'autres professionnels évoquent l'absence d'une stratégie spécifique dans les institutions concernant les relations interculturelles et l'accueil des migrants. Les institutions, en effet, auraient « du mal à saisir les enjeux et à se mobiliser convenablement là-dessus ». Il y aurait beaucoup de dispositifs mais pas suffisamment d'outillage pour aborder les problématiques liées à l'allophone et à l'immigration, et une absence de formation spécifique au niveau des professionnels et enseignants. Par ailleurs, en termes de ressources humaines, les professionnels mentionnent une pénurie de traducteurs, d'orthophonistes, de sociologues et de psychologues pour accompagner la construction des relations et les intervenants. Certaines initiatives locales, telles que le développement du dispositif UPE2A pour l'accompagnement des élèves allophones, les journées de formation ouvertes aux

²⁸ Des ateliers animés par l'ASV et la PMI auprès de parents et les enfants sont d'ores et déjà mis en place pour aborder ces questions.

professionnels du territoire sur la lutte contre les discriminations proposées par le GIP-DSU ou les actions de l'association Athérbea et le collectif Diakité, qui vont dans ce sens manqueraient à l'heure de systématicité et seraient insuffisamment coordonnées avec la diversité des acteurs.

- D'une **pénurie de médecins spécialistes de proximité accessibles** d'un point de vue financier, notamment des gynécologues, des sexologues, des psychiatres, des pédiatres, des dermatologues. Comme vu précédemment l'accès à des spécialistes se fait notamment à travers les services du CHCB et de la Clinique Belharra, vis-à-vis desquels les professionnels mettent en avant qu'il ne serait pas évident de s'y rendre en transports en commun. Cette pénurie de spécialistes de proximité devrait être palliée sur le moyen terme par l'implantation des nouvelles structures de santé (Pôle Santé Maubec, Centre oncologique du Nord, Pôle mère-enfant...),
- Le **manque de connaissance des dispositifs locaux** entraînant une dynamique de renoncement aux soins, notamment dentaires et auditifs. Il y aurait un manque de visibilité de l'offre des services pour les habitants mais aussi pour certains professionnels de la santé. Ceci introduirait selon eux la question de la littéracie (toucher plus convenablement les habitants de QPV), de la complexité du système de santé actuel ainsi que de l'interconnaissance entre les professionnels de la santé
- La **précarité économique** empêche les habitants de prioriser leur santé personnelle. Elle ferait que beaucoup des familles ne prendraient pas le risque d'avancer les soins et d'attendre les remboursements (orthophonie, dentiste) et finiraient par renoncer aux soins,
- Le **bas niveau de scolarisation et de diplômes** chez les habitants, qui se répercuterait sur leur familiarité avec les pratiques de santé (activité physique, alimentation, gestion de stress) et dans des maladies psychosomatiques liées à une mauvaise hygiène de vie,
- L'**absence des points d'accès de proximité de téléconsultation médicale**. Les professionnels mettent en avant que le tout numérique peut complexifier la démarche de soins des personnes en grande précarité qui sont également, la plupart du temps, éloignées du numérique (manque d'objets connectés, pas d'accès à internet, peu des notions sur les usages...),
- Une **faible culture préventive**. Elle s'expliquerait, en partie, par la disparition progressive des dépistages santé et du suivi médical à l'école (réduction au bilan de 6eme), ce qui éloignerait les familles de la culture du parcours de soins. Le manque de familiarité et de sensibilisation à ce genre d'exercice pourrait expliquer le peu de participation aux dépistages proposés,
- Une **vision encore émergente des démarches capacitanes des habitants**. Il existe manifestement une volonté forte de repenser les modalités d'interaction avec les familles en vue de renforcer leur pouvoir d'agir (« faire avec » : développer leur compétence plutôt que d'informer). Pour autant, les concepts et les méthodologies ne seraient pas toujours au point et/ou partagés par des acteurs qui devraient travailler ensemble pour mener à bien ce genre de dynamique.

2.4.5 L'accès au sport et à l'activité physique chez les femmes : des alternatives à proposer en termes d'horaires, de garde d'enfants et d'aides financières

Comme indiqué précédemment, dans une conception globale de la santé et une conception intégrale du bien-être (physique, psychologique, environnemental...) la question de l'accès à l'activité physique et sportive y joue un rôle important.

Nous avons également vu que les QPV possèdent une offre d'équipements sportifs et de loisirs riche du côté de HSCM et moins riche du côté de MC. Néanmoins, selon les professionnels associés au diagnostic, le principal problème n'est pas lié à l'offre d'équipements, mais aux usages de ces équipements, en lien au manque de culture sportive, au manque des moyen financiers, à un manque d'accompagnement vers les usages de la part des professionnels, etc...).

Une étude réalisée par le CIDFF en 2020, « L'accès des Femmes aux activités physiques et sportives : Enquête sur les quartiers prioritaires de la Politique de la Ville de Bayonne », contribue, dans ce sens, à objectiver les obstacles que rencontrent les habitantes des QPV pour pratiquer du sport et fait ressortir de premières pistes de réflexion.

Selon cette étude :

- Les femmes des QPV font moins d'activité physique et/ou du sport (seules 51% des femmes des QPV pratiquent une activité physique et/ ou sportive contre 90,6 % en Nouvelle-Aquitaine et 81% en France métropolitaine),
- La tranche d'âge qui pratique le moins le sport est celle des **30-49 ans** (43,2% contre 82% pour les plus de 60 ans),
- Parmi les pratiquantes, 78% pratiquent du sport dans des structures des QPV,
- Au niveau de représentations, 1 répondante sur 3 pense « qu'il n'est pas aussi facile pour une femme que pour un homme, de pratiquer » (37%),
- Concernant les raisons de non pratique : **1 femme sur 2 mettent en avant des contraintes professionnelles et/ou familiales** (42%), plus d'1 femme sur 4 des contraintes matérielles (23%), 1 femme sur 4 leur condition physique (24%). Autrement dit, le principal obstacle à la pratique sportive est le manque de temps, bien devant le manque d'argent ou la condition physique,
- Parmi les leviers d'une reprise d'activité sportive, des **horaires adaptés** dans l'accès aux structures, des **aides financières** et des **alternatives pour la garde** des enfants sont les plus mentionnés.

Néanmoins, ces données sont à prendre avec précaution, l'échantillonnage de l'étude n'étant pas représentatif (Fait de manière aléatoire, toutes les tranches d'âge et les catégories socio-professionnelles n'y sont pas présentes dans la même proportion, ce qui ne permet pas d'établir des comparaisons valables).

Un autre biais de cette enquête est la surreprésentation des femmes entre 30-59 (57%) en situation d'inactivité ou de demande d'emploi (53%). Ceci à cause des modalités de passation. De ce fait, bien que cette enquête ne puisse pas nous permettre d'établir des comparaisons au niveau communal ou régional, elle nous instruit, en revanche, sur la situation spécifique des femmes dans les QPV.

L'inactivité et le chômage étant évoqués par les professionnels comme l'une des principales causes de la sédentarité, il est intéressant de comprendre, à partir de cette étude, les obstacles que rencontrent ces femmes pour pratiquer du sport.

Dans les faits, et comme le met en avant l'étude du CIDFF, « les contraintes familiales et les contraintes matérielles sont les principaux freins évoqués ²⁹ ». Autrement dit, ce n'est pas l'inactivité et le chômage qui constitueraient le principal obstacle à la pratique sportive. Du même coup, cette étude confirme pour partie l'hypothèse des professionnels rencontrés selon laquelle les femmes les plus éloignées du sport, ce seraient les mères au foyer qui devraient s'occuper des enfants. Il est fort possible que cela soit la raison pour laquelle aux côtés des « aides financières » les horaires adaptés et les alternatives pour la garde d'enfants soient avancées comme leviers de reprise d'une activité sportive.

Concernant les aides financières, selon les professionnels rencontrés, on assiste à un phénomène de sous-utilisation des solutions mises à disposition pour accéder au sport.

Par ailleurs, en ce qui concerne la nature d'activités souhaitées, l'offre de services des QPV semble pouvoir y répondre en termes d'infrastructure. En effet, les activités les plus souhaitées sont les activités gymniques d'entretien, la natation et de la marche. Les QPV se caractérisant par un environnement vert et des parcs ouverts, la marche ne rencontrait pas d'obstacles à être pratiquée. A contrario, en ce qui concerne l'activité gymnique et la natation, les habitants de Maubec Citadelle rencontreraient plus des difficultés, le gros des infrastructures se concentrant sur HSCM.

En résumé, en ce qui concerne les mères au foyer ayant des impératifs familiaux, une offre sportive adaptée devrait prendre en compte la question des horaires (plutôt quand les enfants sont à l'école), proposer des alternatives pour la garde d'enfants (pour celles qui doivent garder des enfants à la maison), donner de la visibilité aux dispositifs d'aides financières pouvant être mobilisés. En outre, les femmes de Maubec-Citadelle rencontreraient des difficultés spécifiques du fait du manque d'équipements sportifs dans le quartier.

FOCALE SUR LES ACTIVITES PHYSIQUES, CULTURELLES OU DE LOISIRS DES JEUNES DES QPV

Les résultats du questionnaire administré en septembre 2019, auprès des enfants du collège Albert Camus³⁰ parmi lesquels 47% d'entre eux résidaient dans les QPV sont instructifs quant aux pratiques des enfants et jeunes des QPV.

Ce questionnaire, administré quelques jours après la rentrée et après le rallye Découvertes mis en œuvre par l'Atelier Santé Ville³¹ a notamment mise en évidence comment :

- 57% des enfants des QPV pratiquaient une activité sportive, culturelle ou de loisirs en CM2 (contre 68% pour les enfants habitant hors QPV),

²⁹ Cf *L'accès des femmes aux activités physiques et sportives*. Enquête sur les quartiers prioritaires de la politique de la Ville de Bayonne, CIDFF Pyrénées Atlantiques, septembre 2020, page 14

³⁰ Source : *Résultats de l'évaluation avant/après-rallye du 17 septembre 2019*, Atelier Santé Ville, CCAS de Bayonne

³¹ Le rallye Découvertes a pour objectif d'informer et de motiver les jeunes à pratiquer des activités sportives, culturelles, et de loisirs dans et en dehors du collège tout au long de l'année.

- La quasi-totalité des enfants interrogés des QPV ou habitant hors QPV, qui pratiquent une activité sportive (65 sur 68),
- Ils sont 44% à poursuivre leur pratique d'activités en 6^{ème} pour les enfants des QPV (contre 56% pour les enfants habitant hors QPV),
- En outre, la moitié des jeunes qui n'avaient pas d'activité physique en CM2 déclaraient quelques jours après la rentrée, avoir débuté une activité physique au moment de leur entrée en 6^{ème}.

Par ailleurs, les résultats du questionnaire mettent en évidence comment :

- L'écart constaté (-11 points) entre les enfants des QPV et ceux habitant hors QPV pratiquant des activités en CM2 se maintient à l'entrée en 6^{ème},
- Les filles sont proportionnellement plus nombreuses à interrompre toute activité à l'entrée en 6^{ème},
- L'appartenance à un QPV n'a pas d'incidence sur l'abandon des activités extrascolaires.

Synthèse des problématiques de santé identifiées par les professionnels et mise en perspective

Les professionnels identifient un ensemble de problématique de santé :

- Une santé bucco-dentaire moindre des enfants des QPV, associée à un moindre suivi orthodontique,
- Des pratiques addictives (substances) des jeunes supérieures en QPV,
- Des phénomènes d'obésité, de retards de langage, de troubles de sommeil, de troubles psychologiques et psychosomatiques, troubles gynécologiques) qui seraient « monnaie courante », et seraient liées tout à la fois aux déterminants de santé (situations économiques, sédentarité,...), aux pratiques de santé des habitants (alimentation, pratiques sportives insuffisantes, défaut de suivi gynécologique) et à la carence de l'offre).

Ils mettent en outre en avant des obstacles de communication (langue, relations de confiance) entre les habitants et les institutions qui limiterait l'accès aux soins des habitants, comme le développement de leurs pratiques de santé et de prévention.

Dans ce cadre, la réduction des inégalités de santé passe par un renforcement :

- des pratiques de santé (alimentation, hygiène dentaire, pratique sportive,...) et de prévention (suivi gynécologique,...) des habitants,
- de leurs facteurs de protection par rapport aux déterminants de santé.

Elle passe du même coup par le **renforcement du co-portage d'une véritable démarche de développement social local**, visant à rendre individuellement et collectivement les habitants acteurs de leur santé.

Cela suppose néanmoins que les obstacles de communication avec les habitants soient levés, ce qui à son tour suppose :

- de lever les représentations obstacles et phénomènes de stigmatisation existants du côté des professionnels,
- d'instaurer de véritables démarches « d'aller vers » et « de faire avec », et ce en prenant notamment en compte la question interculturelle.

3. L'offre de soins et l'action socio-sanitaire

L'objet de la présente partie est d'analyser l'offre existante à ce jour sur les QPV, qu'il s'agisse de l'offre de soins et de structures de soins, des équipements sportifs et de loisirs.

Elle est également d'analyser les réponses aujourd'hui déployées sur les QPV au travers de l'Atelier Santé Ville, et de voir dans quelle mesure elles sont adaptées au regard des déterminants de santé à l'œuvre sur ces quartiers (cf partie 2.2) et des pratiques et besoins de santé tels qu'ils ressortent des parties précédentes (2.3 et 2.4).

Ces analyses viendront compléter les éléments de diagnostic synthétisés en fin de partie 2.3 et 2.4.

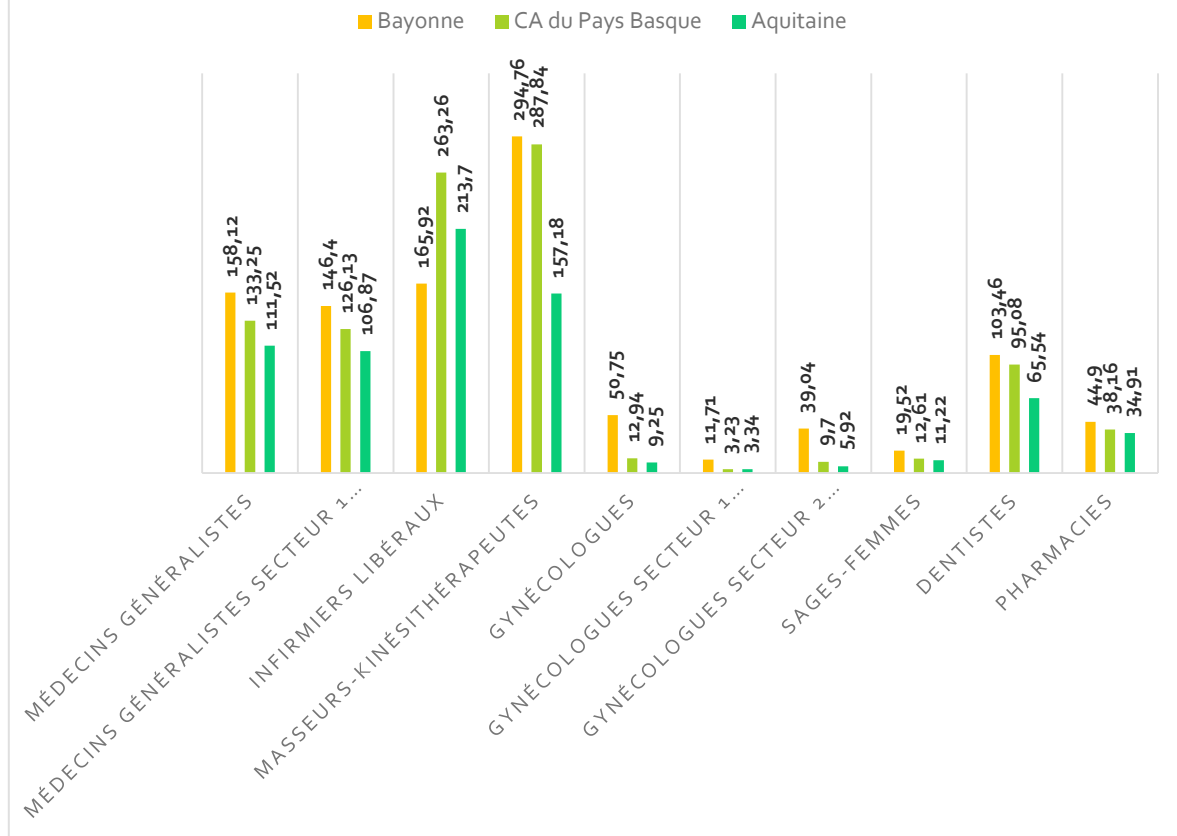
3.1 L'offre de soins et les services

3.1.1 Une densité médicale satisfaisante, avec néanmoins des carences de spécialistes de proximité sur les QPV

La densité médicale est le ratio qui rapporte les effectifs de médecins (omnipraticiens, spécialistes...) à la population d'un territoire donné. La densité médicale s'exprime par exemple en nombre de médecins pour 100 000 habitants.

Selon les données de l'Observatoire des fragilités Grand-sud, sauf pour les infirmiers libéraux, **Bayonne présente plus d'effectifs médicaux par habitant que la Communauté d'Agglomération et la région.**

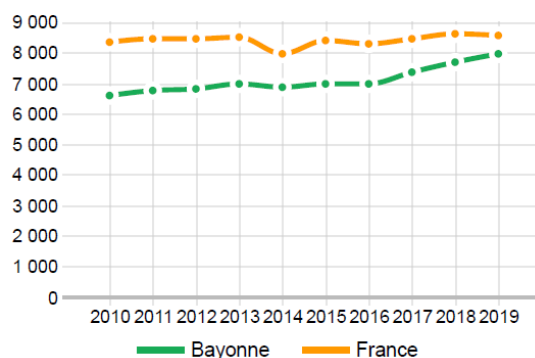
DENSITÉ MÉDICALE PAR SPÉCIALITÉ EN 2019



Source : CNAM SIAM ERASME, 2019

La moindre densité d'infirmières est à suivre de près, pouvant devenir à terme un problème du fait de l'augmentation parallèle de leur activité moyenne par année.

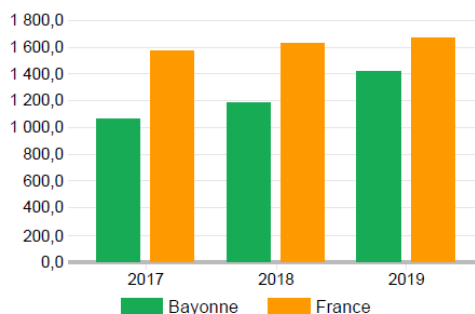
Évolution de l'activité moyenne par professionnel actif sur l'année complète



Source : SNDS

D'autre part, la densité de sages-femmes bien que supérieure à Bayonne peut diminuer du fait d'une tendance à leur vieillissement et donc de départ à la retraite (la part de sages-femmes âgées de 50 ou plus y est de 50% contre 26,6 de moyenne nationale en 2019 selon les données de Cartosanté). Un renouvellement générationnel peut être d'autant plus nécessaire que l'activité des sages-femmes tend à augmenter sur la commune.

Evolution de l'activité moyenne par professionnel actif sur l'année complète



Source : SNDS

Selon les précédents diagnostics, la ZUS (ancien périmètre QPV) ne saurait être caractérisée par un déficit de l'offre médicale de proximité. Elle se situe à mi-chemin des quartiers de centre-ville particulièrement bien dotés et des secteurs de la périphérie, souvent pavillonnaires, très peu couverts. *A priori*, la répartition géographique de l'offre médicale n'apparaîtrait donc pas comme un frein potentiel au recours aux soins pour les résidents des QPV.

Ces diagnostics avançaient néanmoins le **manque de médecins spécialistes** dans le territoire. Ce déficit était en partie pallié par la Clinique Saint-Étienne qui proposait en proximité immédiate un nombre important d'urgentistes et de spécialistes.

Avec la disparition de la Clinique Saint-Étienne cette offre de proximité d'urgentistes et de spécialistes a également disparu. Lors des entretiens avec les professionnels rencontrés, quatre nouvelles structures ont été mentionnées comme pouvant prendre le relais de cette offre de proximité : la Clinique Belharra, la Clinique Château Caradoc, le Centre oncologique et le Pôle de santé de la rue Maubec.

3.1.2 Une diversité de structures de santé présentes dans ou rayonnant sur le territoire

LES STRUCTURES DE SANTE PRESENTES DANS OU RAYONNANT SUR LES QPV :

- Centre Hospitalier de la Côte Basque
- Clinique Belharra
- Clinique Château Caradoc
- Centre Médical des Hauts de Sainte Croix (Cabinet d'infirmières de la ZUP + David Ospital Bessou Haure SCP de Masseurs Kinésithérapeutes + Sophie Pocq Pédicure-podologue + médecins généralistes)
- Santé Service Bayonne et région
- CLIC (CCAS)
- PMI
- EPHAD Harambillet
- Résidence Autonomie soleil
- Pharmacies : Dufau Etchegoyen, Aprium Pharmacie des Gascons, Pharmacie Maillard, Pharmacie de la Gare, Pharmacie Saint Esprit, Pharmacie Lagorce Dabot
- Laboratoire Ax Bio Ocean
- Cabinet médical de l'Adour

LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE LIBERAUX :

- 5 médecins généralistes
- 1 gynécologue médical
- 1 chirurgien-dentiste, orthodontiste
- 1 chirurgien orthopédiste et traumatologue
- 1 psychothérapeute, psychologue
- 1 psychiatre conventionné secteur 2
- 1 médecin du sommeil, allergologue, pneumologue
- 1 orthophoniste conventionnée
- 1 radiologue conventionné secteur 1
- 1 naturopathe (sport, perte de poids/s, nutrition)
- ...

Par ailleurs, un certain nombre de professionnels libéraux sont regroupés au sein du Pôle Santé Breuer (8 hors orthophonistes et infirmières), localisé sur les QPV, et du Centre médical Saint Esprit (1 médecin généraliste, 2 pédiatres, 4 chirurgiens-dentistes), en proximité de la Gare de Bayonne.

L'OFFRE DE SOINS ET L'ACTIVITE DE LA CLINIQUE BELHARRA

La clinique Belharra est un établissement de santé privé qui propose une offre de soins vaste : médecine générale, chirurgie, soins palliatifs, spécialistes dans l'orthopédie, le colon, la colonne vertébrale, le thorax, les problèmes vasculaires et digestifs, la gynécologie et la maternité, l'ORL, l'urologie, la gastroentérologie, l'oncologique, dont le mammaire, Malgré cette offre de soins

diversifiée, la Clinique Belharra semble être, d'après les professionnels rencontrés, moins fréquentée que l'ancienne Clinique Saint-Étienne par les habitants des QPV car :

- Géographiquement plus éloignée et supposant de temps de déplacement trop longs : Il serait compliqué de se rendre à la Clinique depuis HSCM (environ 45mn en transport en commun). N'ayant aucune ligne périphérique de transport en commun, les habitants sont obligés de toujours passer par le centre-ville via la ligne 1.
- Perçue comme économiquement peu accessible : d'après le directeur délégué de la Clinique, il y aurait une perception des soins comme étant trop chers par les habitants des QPV alors que les médecins libéraux qui y travaillent peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires qui sont régulés par la CPAM.

En effet, comme nous l'avons vu précédemment³², le nombre de passages aux urgences des habitants des QPV dans la Clinique Belharra n'est pas très significatif. Intéressée pour investir les QPV, la Clinique Belharra commence à mettre en place une série d'actions ciblant leurs habitants : programme de recherche-action sur la prévention des diabètes dans les QPV³³, programme de consultation gynécologique en proximité.

L'OFFRE DE SOINS ET L'ACTIVITE DE LA CLINIQUE CHATEAU CARADOC

La clinique Château Caradoc est un établissement privé spécialisé dans les soins psychiatriques. Bien qu'installée sur l'avenue du 14 avril, donc géographiquement très accessible, d'après les professionnels rencontrés en entretien, les freins à son rayonnement sur les QPV seraient surtout d'ordre économique.

Par ailleurs, l'installation d'un nouveau centre oncologique dans la partie Nord a été évoquée comme pouvant contribuer à la densification des spécialistes de proximité.

DES SPECIALITES MANQUANTES EN PROXIMITE

Concernant les **spécialités manquantes**, les professionnels rencontrés en entretien et en groupes focus ont mis en avant que:

- L'offre de **soins gynécologiques** était présente mais, d'une certaine manière, insuffisante. Elle est constituée notamment par les spécialistes de la Clinique Belharra, les sages-femmes libérales et trois sages-femmes de la PMI sectorisées rive droite (1 HSCM + 2 Saint Esprit). Malgré cela, des constats préoccupants, que nous avons évoqués précédemment, ont été avancés par les professionnelles lors de l'entretien collectif autour de la santé des femmes : peu de suivi gynécologique physiologique en général (presque 1 sur 2 de femmes n'ont jamais eu de suivi), désinformation concernant les enjeux d'un suivi gynécologique, danger d'abandon gynécologique pour les femmes en ménopause...
- Il existerait une **pénurie au niveau de la sexologie**, et notamment pour traiter les souffrances liées aux viols. Aux côtés de l'absence de professionnels spécialisés les

³² Cf. 2.3.2 Le recours aux urgences

³³ A travers leur Programme sur le diabète la Clinique Belharra prétend l'objectivation des parcours de soins des usagers durant 3 mois. Grâce à une application médicale téléchargeable sur smartphone ils adresseront des questionnaires de suivi et des prescriptions aux usagers. Les échanges seront assurés par les infirmières qui vérifieront les raisons des décrochages.

professionnels évoquent les contraintes imposées par le cadre du métier de sages-femmes pour traiter les problématiques liées à la sexualité de façon intégrale (en y incluant les compagnons des patientes). L'arrivée d'un sexologue au Pôle de santé Maubec devrait faire évoluer, en partie, cette carence.

- Il y aurait une carence de **pédiatres** dans les cabinets médicaux installés dans les QPV
- On aurait une absence de **structures spécialisées dans les addictions**, qui se traduirait par une offre de soins préventive insuffisante.
- Enfin, peu de **soins psychiatriques** seraient réellement accessibles pour les habitants des QPV, malgré la proximité de la Clinique Château Caradoc.

Toujours selon les professionnels rencontrés en entretien, **le manque des médecins spécialistes de proximité serait particulièrement critique à Maubec-Citadelle**. Or, le nouveau Pôle de santé du 27 rue Maubec viendrait pallier ce manque, le but de ce pôle santé étant de créer des services médicaux et paramédicaux de proximité. Ainsi, 6 médecins avec leurs équipes, des sages-femmes, 4 kinésithérapeutes, 2 orthophonistes, un ophtalmologiste, un dentiste, des pharmaciens, un psychologue, un podologue et un sexologue devraient venir nourrir l'offre de soins de proximité des QPV.

De plus, l'absence d'un Centre Médico-Psycho Pédagogique (CMPP) dans les QPV devrait être palliée prochainement par la création d'un Pôle « Mères et enfants » fonctionnant parallèlement à la permanence pédiatrique à Hauts de Sainte Croix Mounédé mise en place par le Conseil Départemental.

Dans l'Etude de faisabilité d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire sur la ZUS de Bayonne de 2013, une **densité de l'offre médicale généraliste inférieure** à la moyenne cantonale et départementale a été constatée pour la ZUS (moins de 12 généralistes pour 10 000 habitants, contre 16,3 généralistes pour 10 000 habitants en moyenne cantonale, elle-même inférieure à la moyenne départementale).

Nombre de médecins généralistes, 2019	81
Nombre de médecins généralistes secteur 1 conventionnés, 2019	75
Nombre de médecins généralistes secteur 2 conventionnés, 2019	3
Nombre de médecins généralistes secteur 3 non conventionnés, 2019	3
Nombre d'infirmiers libéraux, 2019	85
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes, 2019	151
Nombre de gynécologues, 2019	26
Nombre de gynécologues secteur 1 conventionnés, 2019	6
Nombre de gynécologues secteur 2 conventionnés, 2019	20

Source : CNAM SIAM ERASME, 2019

Ce constat est réapparu sous forme de risque de désertification médicale généraliste dans deux entretiens individuels auprès des professionnels de la santé. Par ailleurs, d'après l'étude La

démographie médicale en Région Aquitaine - Situation en 2015³⁴ « dans les Pyrénées Atlantiques il y aurait une augmentation du nombre de médecins inscrits (2,3%) qui ne suit qu'à moitié la variation de la population (6,4%) ce qui peut entraîner un risque de désertification ».

En effet, selon le diagnostic de 2009 il y avait 129 médecins généralistes à Bayonne en 2008. L'Observatoire des fragilités Grand-sud en compte 81 pour l'année 2019, soit une baisse de 37%.

En résumé, la ville de Bayonne présente une densité médicale au-dessus de la moyenne dans toutes les spécialités traitées sauf pour les infirmiers libéraux. Or une tendance à la baisse des médecins généralistes au niveau communal et régional pourrait avoir un impact à terme sur les QPV. Une carence de médecins spécialistes de proximité est constatée par les professionnels rencontrés en entretien et/ou en groupes focus. Ce constat est confirmé par les conclusions de tous les anciens diagnostics de santé locale sur les QPV. Cette carence s'est aggravée par la disparition de la Clinique Saint-Etienne mais pourrait être palliée à terme par l'installation de nouvelles structures de santé (Clinique Belharra, Clinique Château Caradoc, Centre oncologique, Pôle santé de la rue Maubec...) à condition que des mesures facilitant leur accessibilité (physique et/ou économique) soient mises en place.

3.1.3 La géographie médicale

LES ANCIENS DIAGNOSTICS

Dans le diagnostic de **2009**, les annuaires nationaux de chacun des ordres ont servi de base au recensement des professionnels, les adresses pouvant être précisées via l'annuaire téléphonique. Il en conclut que :

- Les professionnels de santé sont présents sur la ZUS, à l'exception toutefois des **médecins spécialistes**. Sans être dans le périmètre de la ZUS, la Clinique Saint-Étienne en est limitrophe et constitue une offre médicale de proximité, notamment du fait de son service d'urgences. Elle fournit également une offre de consultations spécialisées à proximité de la ZUS.
- Ainsi, la ZUS ne saurait être caractérisée par un déficit de l'offre médicale de proximité. A priori, la répartition géographique de l'offre médicale n'apparaît pas comme un frein potentiel au recours pour les résidents de la ZUS.

Le diagnostic de **2013**, propose une cartographie des « établissements de santé » à partir de données partagées par la DSI de la Ville de Bayonne. Il en conclut :

- L'offre médicale ne semble pas constituer un frein au recours aux soins.
- La Clinique Saint-Etienne perdra son rôle d'établissement de proximité pour les habitants de la ZUS du fait du programme de regroupement des activités médicales mené par le groupe Capio Santé.
- Des changements de comportement seront sans doute à noter d'ici quelques temps.

³⁴ La démographie médicale en Région Aquitaine - Situation en 2015. Sous la direction du Dr Jean-François RAULT, Président de la Section Santé Publique et Démographie Médicale

L'étude sur la faisabilité d'une MSP de **2013**, propose une cartographie de l'offre médicale sur la ZUS de Bayonne et ses quartiers limitrophes. Elle en conclut :

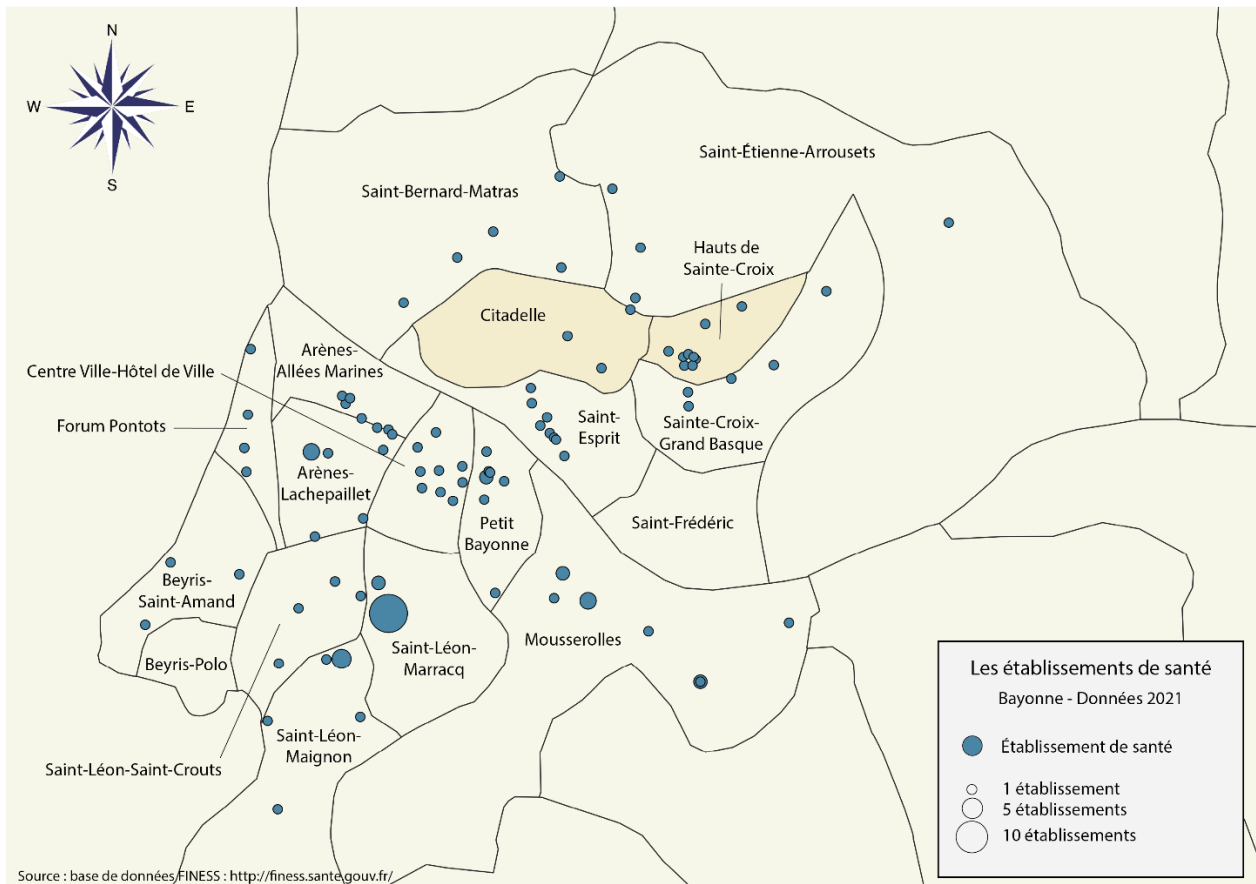
- Le territoire de la ZUS pâtit d'un **manque de spécialistes**, bien que la Clinique Saint-Etienne propose en proximité immédiate un nombre important d'urgentistes et de spécialistes ;
- Cette offre de proximité va pourtant être amenée à disparaître. Le groupe Capio Santé allant construire un regroupement des 3 cliniques de Capio Bayonne (Saint-Etienne, Lafourcade, et Paulmy) à Saint-Pierre-D'irube, à proximité du noeud autoroutier d'Ametzondo, se trouvera à plus de 6 kms au sud-est du site actuel.

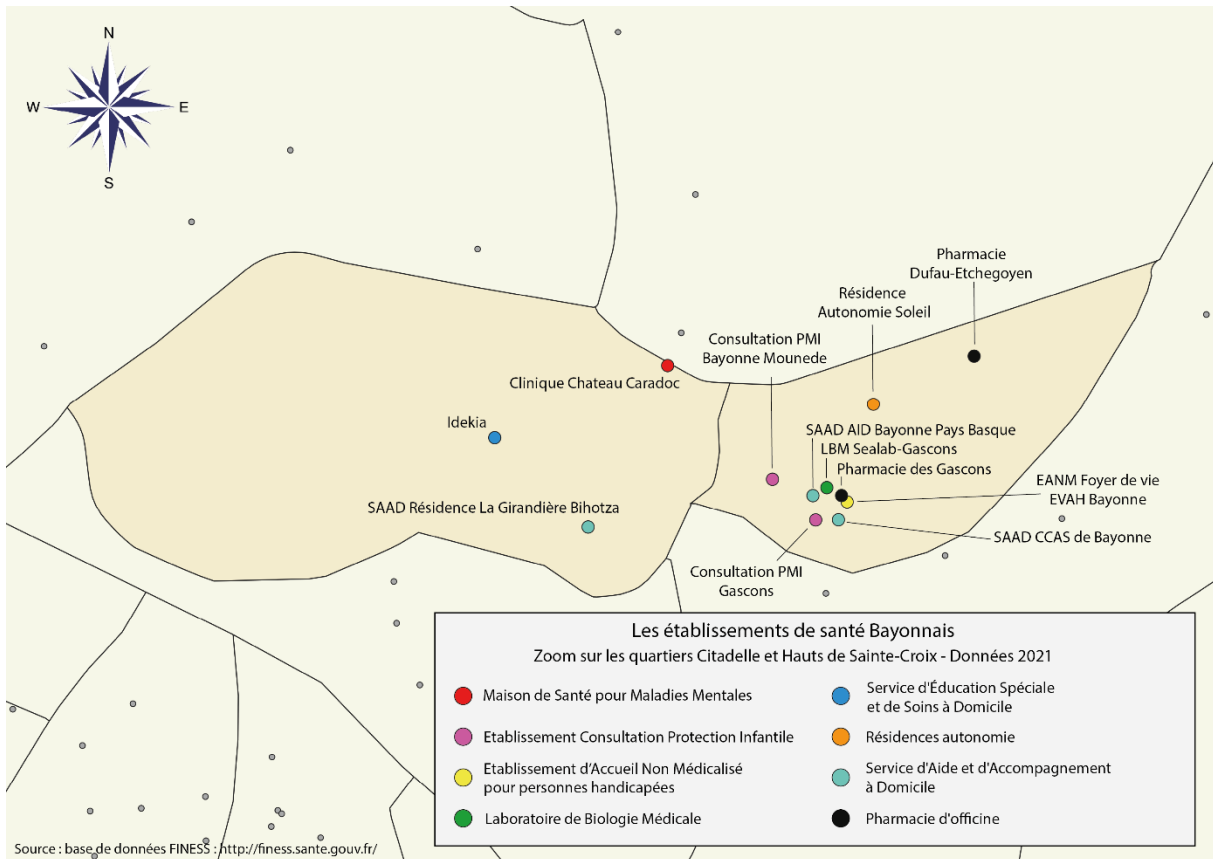
ETABLISSEMENTS DE SANTE EN 2021 SELON LA BASE FINESS

Le Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) est un répertoire national géré par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Ce fichier constitue la référence en matière d'inventaire des structures et équipements des domaines sanitaire, médico-social, social et de formation aux professions de ces secteurs. Il est mis en œuvre et maintenu par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques.

Le tableau ci-dessous fait ressortir une représentation de cette base de données au niveau de la ville de Bayonne. En page suivante, cette même base de données est présentée, par types d'établissement, en ce qui concerne les QPV.





Cette cartographie fait ressortir, comment, sur les QPV :

- Il existe une densité somme toute assez importante d'établissements de santé,
- Ceux-ci affichent une diversité non négligeable et l'offre de médecine spécialisée de proximité est assez importante : Centre Médical des Hauts de Sainte Croix (Cabinet d'infirmières + Masseurs Kinésithérapeutes + Pédicure-podologue ...) + Pôle de santé du 27 rue Maubec (médecins, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthophonistes, ophtalmologiste, un dentiste, des pharmaciens, un psychologue, un podologue et un sexologue) + Centre médico psychologique (Caradoc)
- Il y a **des centres d'accueil et d'hébergement collectifs** (EHPAD, Résidence Autonomie, Foyer de vie adultes handicapés)

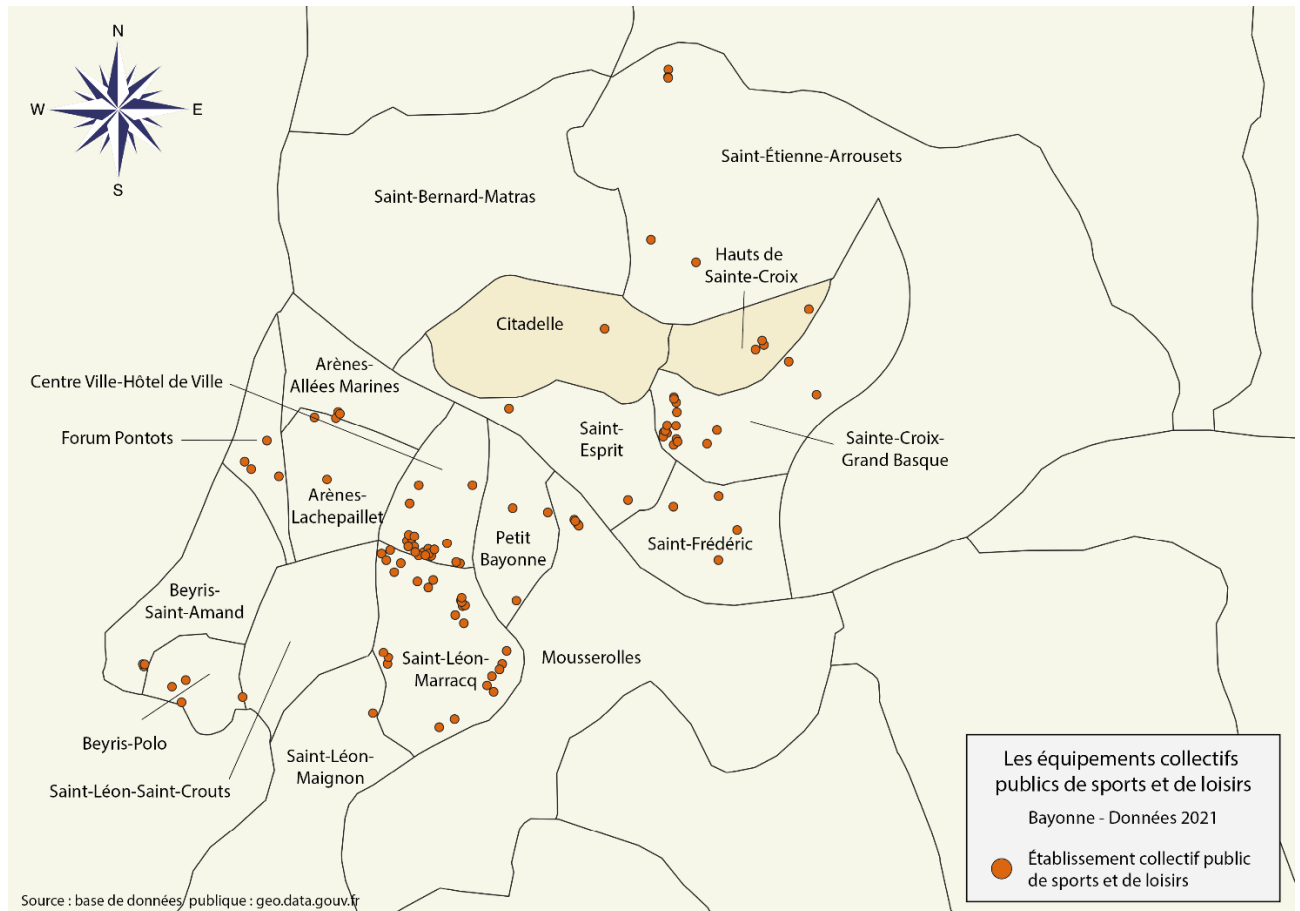
3.1.4 Une offre d'équipements collectifs de sport et de loisirs, conséquente à Hauts de Sainte Croix Mounédé et moins importante à Maubec Citadelle

Les équipements sportifs et de loisirs ne font pas partie en soi du périmètre traditionnel de l'offre de soins. Nonobstant, l'activité physique et sportive joue un rôle important non seulement dans la prévention des pathologies physiques et/ou psychologiques mais également dans leur traitement. Par conséquent, il a semblé cohérent, aux membres du comité technique, d'aborder la question de

l'offre de services de santé aussi du point de vue de la présence ou non d'équipements collectifs de sport et de loisirs.

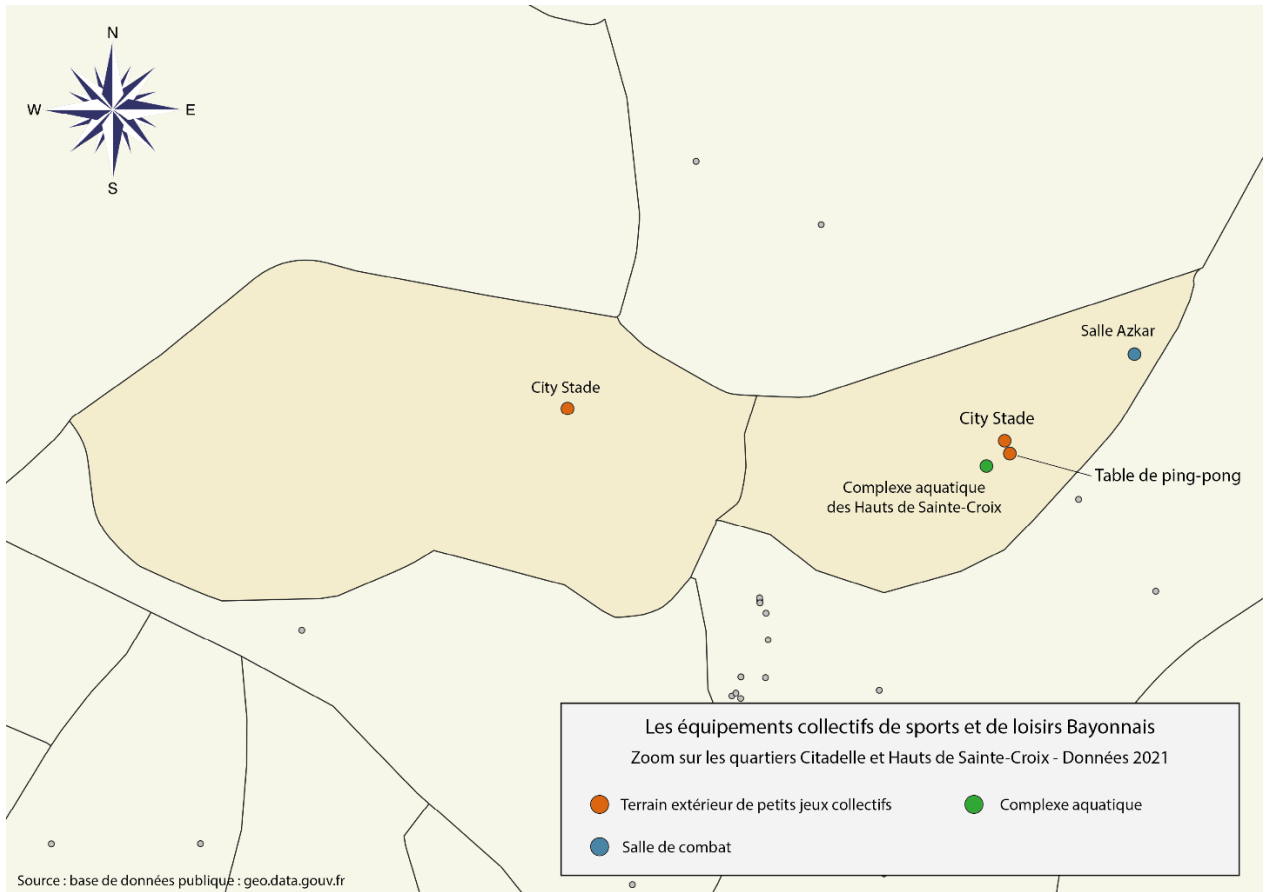
Des données sur les équipements collectifs de sport et de loisirs sont mises à disposition par le portail data.gouv.fr. A noter qu'il s'agit des données à l'échelle des IRIS, donc à prendre avec précaution.

Nous pouvons constater une présence plus importante d'équipements sur la rive sud de Bayonne :



Source : FR Consultants

Or à regarder de près, le nombre d'équipements présents dans ou rayonnant sur les QPV semble conséquent pour Hauts de Sainte Croix et beaucoup moins pour Citadelle :



Source : FR Consultants

Par ailleurs, **l'existence des équipements collectifs de sport et de loisirs a été systématiquement avancé comme atout du territoire lors des temps de travail collectifs.** Il y aurait, néanmoins, une sous-utilisation des équipements liée, en partie, à des problèmes d'accessibilité financière et liés aux horaires, mais aussi à des questions d'ordre socioculturelle, et cela plus particulièrement pour les femmes. En effet, , selon les professionnels, malgré la présence de ces équipements dans le territoire, un travail d'adaptation des tarifs et des horaires, et d'accompagnement vers les usages devrait être fait.

3.2 L'action mise en œuvre par l'ASV³⁵

L'ASV est une approche globale et collective de la santé au niveau local, dont le but est de **réduire les inégalités territoriales et sociales de santé**, en développant des actions locales de promotion de la santé de tous types (information, dépistage, éducation pour la santé, accès aux soins, amélioration des environnements...), au bénéfice des habitants des deux quartiers prioritaires Hauts-de-Sainte-Croix-Mounédé et Maubec-Citadelle.

L'ASV est piloté par une coordinatrice dédiée, arrivée en mars 2018, et bénéficie d'un pluri financement : GIP-DSU de l'agglomération bayonnaise, Agence Régionale de la Santé, la Ville de Bayonne au travers de son CCAS.

Ses missions sont de:

- S'inscrire dans le cadre d'une **politique locale**, qui tient compte des problématiques de santé particulières identifiées dans les QPV,
- Faire réseau et **faciliter la coordination** entre les différentes parties prenantes du socio-système de santé (professionnels de la santé, du social, habitants, élus...), qu'ils interviennent à un niveau communal, départemental, ou régional,
- Produire de la **connaissance partagée** pour construire une action pour un meilleur état de santé, au service des populations,
- Promouvoir les démarches et actions de **prévention** (ateliers d'éducation, promotion et valorisation du dépistage, de la vaccination...), en lien à une diversité de partenaires (mutuelles, associations locales, collectivités locales,...).

L'actuel schéma de développement de l'ASV, définit les effets à rechercher et objectifs à atteindre par l'action de l'ASV. Nous vous proposons, ci-dessous, un suivi des actions, basé sur le Tableau de suivi du schéma de développement de 2018 et le rapport d'activités de l'ASV 2020. 90

Un code couleur permet de faire ressortir :

- en vert, les objectifs poursuivis, pour lesquels on constate une continuité des actions entre 2018 et 2021,
- en jaune, les objectifs poursuivis pour lesquels on constate une discontinuité dans les actions entre 2018 et 2021,

³⁵ L'analyse de l'action de l'Atelier Santé Ville s'est principalement appuyée sur les sources suivantes :

- Lettre d'information, rapport d'activité 2020, numéro 5, janvier 2021
- Bilan d'activité du plan d'action ASV de Bayonne 2019, Prévention et promotion de la Santé, ARS Nouvelle Aquitaine
- Lettre d'information numéro 5, mai 2019
- Bilan d'activité du plan d'action ASV de Bayonne 2018, Prévention et promotion de la Santé, ARS Nouvelle Aquitaine
- Tableau de suivi du schéma de développement, 3 juillet 2018
- Support de présentation de la relance de l'ASV, CCAS, 25 septembre 2017

- en rouge, les objectifs poursuivis pour lesquels aucune action spécifique n'a été mise en place dans la même période.

Effets à rechercher	Objectifs opérationnels	Actions menées en 2018	Actions menées en 2019	Actions menées en 2020	Projection 2021
Renforcer les ressources personnelles et les comportements favorables à la santé de la population	Mener des actions de sensibilisation/éducation pour la santé en direction des adultes pour adopter des comportements favorables à leur santé	X	X	X	X
	Mener des actions d'informations/ d'éducation pour la santé en direction de la jeunesse en s'appuyant sur les lieux ressources	X	X	X	X
	Mettre en oeuvre des actions de prévention des addictions en direction des jeunes et pers âgées	X	X	X	X
	Organiser des campagnes d'information de proximité sur les dispositifs de dépistages gratuits/ le recours aux spécialistes/ journées nationales de prévention (vacc., Oct rose, tabac, AVC sidaction,...)	X	X	X	X
	Réaliser des rencontres " parents " pour promouvoir une bonne hygiène de vie des enfants	X	X	X	X
Faire de la santé une priorité pour chacun et rendre les publics acteurs et autonomes	Mener des actions de médiation culturelle pour lever les représentations et faire de la santé une question socialement partagée (type théâtre, film/débat, expo,...)	X	X		X
	Construire des instances de participation des habitants dans les institutions/associations...				
	Associer les habitants à la définition des actions (Ex : mise en débat des éléments d'observation, enrichissement du diagnostic, participation à l'évaluation,...) au sein d'une instance consultative.			X	X
Faciliter l'accès aux soins et aux services favorables à la santé	Formaliser une modalité d' accès à l'information =>accès aux droits, actions collectives de prévention à destination des habitants	X	X	X	X
	Orienter les habitants vers les consultations gratuites "Santé mentale"				
	Promouvoir et mettre en relation des structures et les enfants/jeunes pour favoriser l' activité physique . Découverte des activités, pré-inscription et aides au financement	X	X	X	X

Améliorer les environnements physiques favorables à la santé des habitants	Soutenir et développer des actions en lien avec les objectifs de PDS de l'Agenda 21			X	X
	Renforcer les réflexions et les actions santé -environnement (PRSE)		X		X
Développer une culture commune de la promotion de la santé chez les professionnels	Organiser des formations , échanges de pratiques participatives, interdisciplinaires et partenariales	X	X	X	X
	Outils les animateurs, professionnels de l'éducation, et travailleurs sociaux sur les Q de santé ("Boîte à outils B-Ê/santé" avec thématiques, addiction, conduites à risques,...)		X	X	X
	Développer un partenariat avec le RSMPB pour former les acteurs sociaux et socio-sanitaires à la prise en charge des pers.en souffrance psychique				X
	Renforcer les compétences , des acteurs ayant un rôle dans la restauration/ l'éducation alimentaire et la mise en oeuvre d'ateliers cuisine de la population, pour une approche globale, positive et de qualité de l'alimentation	X	X	X	X
Co-construire un projet de santé territorial et partagé avec professionnels sociaux, sanitaires et éducatifs et les habitants	Organiser des temps de rencontre permettant aux professionnels de se connaître et se reconnaître . Identification de la diversité des acteurs et l'offre existante sur le quartier	X	X	X	X
	Animer des groupes thématiques et pluridisciplinaires pour la définition et la mise en oeuvre des actions en direction des publics	X	X	X	X
	Identifier les problématiques ³⁶ rencontrées par les habitants et co-construire avec eux des réponses adaptées. Méthode: démarche de travail social collectif en lien avec les professionnels des quartiers	X	X	X	X
	Construire des projets territoriaux inter-structures par thématique et/ou public...	X	X	X	X
	Assurer le relai de terrain au projet "Hôpital hors les murs"	X	X	X	X
	Valoriser et développer les actions existantes du territoire	X	X	X	X

³⁶ Un travail continu d'identification des problématiques rencontrées par les habitants est conduit par l'Atelier Santé Ville. Il se traduit par des travaux de diagnostic, comme en témoigne le présent document, des enquêtes ponctuelles en lien à la conduite de telle ou telle action portée par l'ASV, ou par des temps de concertation avec les professionnels dans le cadre des groupes thématiques. En revanche, ce travail ne débouche pas toujours sur un travail de co-construction des actions avec les habitants.

Développer et animer une politique territoriale de santé publique	Pérenniser une fonction de coordination permettant d'agrèger des compétences d'animation d'instances et de réseaux, de diagnostic, d'ingénierie et de conduite de projet, de pilotage et d'évaluation.	X	X	X	X
	Animer une instance de pilotage et un groupe technique en charge du volet "santé" du contrat de ville	X	X	X	X
	Développer une démarche de veille et d'observation , reposant sur des indicateurs à suivre sur la durée, partager les données aux partenaires	X	X	X	X
	Mener une démarche d' évaluation continue et transférer les actions innovantes aux effets structurants sur le territoire élargi	X	X	X	X
	Prioriser le droit commun, notamment sur le programme d'actions pour mobiliser les ressources et en se positionnant sur les AAP	X	X	X	X
	Contractualiser les projets partagés territorialisés et réaliser une charte d'engagement partenariale de l'ASV				

Il ressort de ce tableau :

- qu'une majorité de objectifs (20 sur 29) ont donné lieu à des actions en continu de 2018 à 2021,
- que 6 objectifs n'ont pas été poursuivis en continu de 2018 à 2021, soit que les actions à mettre en œuvre n'ait pu démarrer qu'en 2019, le temps de leur conception et de leur mise en place, soit qu'elles aient été tardivement investies (comme par exemple la question de la prise en charge des personnes en souffrance psychique, pour laquelle il est aujourd'hui prévu sur 2021/2022 une formation aux premiers secours en santé mentale et le développement d'action d'information et d'orientation via la SISM à destination des jeunes),
- que 3 objectifs seulement n'ont donné lieu à aucune action. Il s'agit notamment de objectifs portant sur la participation et le faire avec, de l'orientation des habitants vers des consultations gratuites de santé mentale, et du travail qui était envisagé autour de la contractualisation de projets territoriaux partagés, et de l'élaboration d'une charte d'engagement.

On soulignera en outre, comment l'ASV a permis de contribuer à ce que l'on s'empare de problématiques centrales sur les QPV, comme l'alimentation, les addictions ou l'accès aux équipements, l'ASV ayant su, en outre, assez souvent investir de nouvelles problématiques, comme la santé des seniors.

On relève par ailleurs, à l'analyse des bilans des actions réalisées, que :

- les actions sont co-construites et portées presque systématiquement (environ 3 fois sur 4), par une diversité de partenaires. Il importe à ce propos de souligner que, de 2018 à 2020, 52 partenaires différents ont été impliqués dans la démarche ASV,
- l'impact quantitatif des actions mises en œuvre auprès des habitants (nombre moyen d'habitants concernés) est, pour chacune des actions, assez faible. En revanche, l'impact quantitatif de l'action de l'ASV a été globalement très important, puisque, de 2018 à 2020, les actions et programmes ont concerné 3623 habitants, soit à peu près l'équivalent de la moitié de la population des QPV³⁷,
- cet impact, s'il est connu d'un point de vue quantitatif, l'est beaucoup moins d'un point de vue qualitatif. Si l'ASV et ses partenaires recueillent des données sur la satisfaction des participants et sur d'éventuels changements engagés par ces derniers, ou motivations à changer, au terme de l'action, ces données n'ont pas été à ce jour exploitées en profondeur.

Selon nous, au regard des analyses précédentes, cet impact de l'action de l'ASV est indéniable, ne serait-ce au regard des indicateurs relatifs auto d'accès des habitants au droit commun (médecin référent, CMU) et alors consommation de soins de ville. Néanmoins, par défaut de suivi de cohortes, de passation d'entretiens, ou *a minima* d'exploitation des données des questionnaires administrés en fin d'action, il n'est pas possible de savoir avec précision comment les actions de l'ASV ont contribué à faire évoluer les pratiques de santé.

Un point faible du fonctionnement actuel de l'ASV nous semble tenir à son pilotage. Si le COPIL se réunit 2 fois par an, il nous semble dans les faits plus remplir une fonction technique (permettant la mise en œuvre et le suivi du plan d'action), qu'une fonction à proprement parler de pilotage, consistant, à partir d'une évaluation en continu du degré d'atteinte des objectifs et des effets recherchés, à réorienter en conséquence le projet, la priorisation des actions dans le temps, et ce en veillant à ce qu'il fédère la diversité des acteurs concernés.

À ce propos, il ne nous a pas semblé que les acteurs étaient fédérés autour d'une vision stratégique quant à la manière de réduire les inégalités de santé, mais avant tout autour de problématiques et d'actions partagées. En outre, ils ont régulièrement mis en avant leur faible connaissance de l'offre, comme de la diversité des partenaires agissant sur leur quartier, et de la spécificité de leur contribution dans le cadre de la politique territoriale de santé. Il conviendra du même coup d'interroger la pertinence des groupes thématiques - qui sur 3 ou 4 thèmes se réunissent 3 à 5 fois par an - pour permettre cette interconnaissance.

Nous attirons pour finir l'attention du lecteur sur un certain nombre d'aspects et de questionnements qui sont les nôtres :

- La nécessité d'étendre les « **actions de médiation culturelle pour lever les représentations** » également en direction des professionnels (en lien à l'objectif « Organiser des formations, échanges de pratiques participatives, interdisciplinaires et partenariales ») et de les ouvrir sur un champ thématique aujourd'hui bien présent mais peu abordé : la multiculturalité des QPV. Il s'agirait plus particulièrement de travailler sur les représentations que les professionnels de la santé et socio-sanitaires peuvent véhiculer,

³⁷ Ce chiffre devant être évidemment pris avec précaution, le même habitant pouvant participer à plusieurs actions ou programmes différents.

et de les sensibiliser sur des pratique inclusives et reconnaissantes de la diversité ethnique et culturelle des QPV. En effet, et en lien aux problématiques abordées dans le chapitre « 3.2.1 Une diversité de problématiques dans l'accès aux soins », l'absence d'une stratégie spécifique dans les institutions concernant les relations interculturelles et l'accueil des migrants peut avoir des impacts sur l'accès aux soins d'une partie importante de la population des QPV. Malgré un ensemble de dispositifs, les professionnels constatent un manque d'outillage pour aborder les problématiques liées à l'allophonie et à l'immigration : pas de formation spécifique au niveau des professionnels et enseignants, pénurie de traducteurs, d'orthophonistes, de sociologues et de psychologues pour accompagner les relations...

- La nécessité d'**élargir l'accompagnement de l'ASV dans l'accès aux soins** des habitants de QPV en lien à l'effet recherché « Faciliter l'accès aux soins et aux services favorables à la santé ». Cela renvoie d'une part à la pénurie de **médecins spécialistes de proximité accessibles** en ce qui concerne l'urologie/gynécologie, la sexologie, la psychologie, la psychiatrie et l'orthophonie. Cela renvoie d'autre part, en lien au développement du tout numérique et des impacts de la crise sanitaire, à la mise en place des conditions matérielles (points de connexion collectifs) et techniques (accompagnements des usagers) pour des **points d'accès de proximité de téléconsultation médicale**.

Par ailleurs, la **meilleure visibilité des dispositifs locaux** apparaît comme restant un enjeu fort à investir. En effet, il n'y a pas à l'heure actuelle des actions spécifiques répertoriées à ce sujet dans le cadre l'action de l'ASV alors que le manque de connaissance de l'existant est évoqué par les professionnels comme étant une des causes d'une dynamique de renoncement aux soins, notamment dentaires et auditifs. Il y aurait un manque de visibilité de l'offre des services pour les habitants mais aussi pour certains professionnels de la santé. Ceci introduit la question de la littéracie³⁸ (toucher plus convenablement les habitants de QPV), de la complexité du système de sante actuel ainsi que de l'interconnaissance entre les professionnels de la santé.

- La nécessité de **maintenir des actions visant à renforcer les pratiques de prévention des habitants**. De nombreuses actions sont menées par l'ASV à ce niveau (diabète, gestion du stress, cancers, vaccination, perte d'audition...). Néanmoins, l'on constate une plus faible participation des femmes des QPV pour les mammographies, un accès plus difficile pour les femmes à l'activité physique et sportive et des problèmes persistants d'addictions. Dans ce sens, les ressources mobilisées, évoquent : 1) Des campagnes encourageant le suivi gynécologique à tout âge, voire une plus grande accessibilité d'un point de vue financier à des gynécologues 2) des horaires plus adaptés dans l'accès aux structures, des aides financières et des alternatives pour la garde des enfants pour faciliter les pratiques sportives chez les femmes 3) la mobilisation de structures spécialisées dans la prévention des addictions pour construire des campagnes et des accompagnements plus efficaces.

³⁸ La littéracie désigne la capacité des individus à trouver de l'information sur la santé, à la comprendre et à l'utiliser dans le but d'améliorer leur propre santé ou de développer leur autonomie dans le système de santé.

- La nécessité de **mieux structurer l'animation, sur les QPV, d'une politique territoriale de santé publique**. L'analyse des rapports d'activité de l'ASV laisse entrevoir un fort investissement dans la co-construction d'un projet de santé territorial et partagé avec professionnels, notamment au travers des groupes thématiques pour la définition et la mise en œuvre des actions en direction des publics. Néanmoins, peu d'actions apparaissent sur la « coordination permettant d'agréger des compétences d'animation d'instances et de réseaux, de diagnostic, d'ingénierie et de conduite de projet, de pilotage et d'évaluation ». L'actuel diagnostic est, dans ce sens, positionné comme le principal vecteur permettant de structurer ce volet.

Sur ce dernier point, nous nous interrogeons quant à la **suffisance des moyens** d'ingénierie et d'animation déployés dans le cadre de l'ASV. Le travail, que doit réaliser et réalise la coordinatrice, est selon nous extrêmement conséquent, et nous ne sommes pas sans nous demander si les moyens mobilisés ne sont pas aujourd'hui sous-proportionnés, que ce soit pour animer la politique territoriale de santé, faire vivre les groupes thématiques, accompagner les porteurs de projets, mener des actions d'ingénierie structurantes (comme par exemple la description d'un organigramme fonctionnel des acteurs du projet santé, la mise en place d'actions d'évaluation des impacts, l'actualisation annuelle, en lien aux partenaires fournisseurs de données, d'indicateurs clefs). Plus largement, au regard de l'ampleur et de la diversité des problématiques à investir, il serait sans doute pertinent de s'interroger sur les moyens financiers à engager en vue de réduire significativement les inégalités de santé constatées.

4. Les enjeux à investir au titre d'une politique locale de santé

4.1 Des effets à rechercher

Sur cette base, la politique territoriale de santé mise en œuvre sur les QPV de Bayonne, nous semble devoir chercher à « produire », dans les années à venir, **cinq effets principaux** :

1. Réduire les inégalités de santé existantes entre les habitants des QPV et hors QPV, en agissant sur les **facteurs de risques** existants (alimentation, sédentarité, gestion du stress, addictions), et en renforçant le pouvoir d'agir des habitants par rapport à ces facteurs de risque,
2. Agir (avec les habitants) sur les **pratiques de santé** des habitants (pratiques de santé, prévention, parcours de soin,....),
3. Diversifier les actions dédiées au **mieux-être** (sport, culture, loisirs) suite à une phase néfaste (la crise de la COVID, le confinement,...) pour le développement physique et mental,
4. Densifier le **réseau des acteurs** socio-sanitaires autour d'un **projet de santé communautaire**,
5. Améliorer la **connaissance** de la situation sanitaire.

Il est à noter, sur ce dernier point, comment un ensemble d'idées reçues ou de représentations obstacles, ont pu s'exprimer au cours des groupes focus avec les professionnels socio-sanitaires ou de santé.

Il va de soi qu'une attention permanente à lever ces représentations obstacles sera un attendu fort au titre de cet effet à rechercher.

QUELQUES AFFIRMATIONS FAUSSES A PROPOS DES QUESTIONS DE SANTE DANS LES QPV DE BAYONNE

Les habitants des QPV ont un taux de recours à la **médecine de ville** significativement plus bas que le reste de la population de Bayonne. FAUX

Les habitants des QPV ont aujourd'hui faiblement recours et des difficultés importantes pour accéder aux **spécialistes**. FAUX

Les habitants des QPV n'ont pas une **culture** de la prévention. FAUX

L'**offre de soins existante** sur les QPV est insuffisante et difficilement accessible. FAUX

Les **jeunes** des QPV sont beaucoup plus nombreux que ceux habitant hors QPV à n'avoir aucune **activité sportive, culturelle ou de loisirs**. FAUX

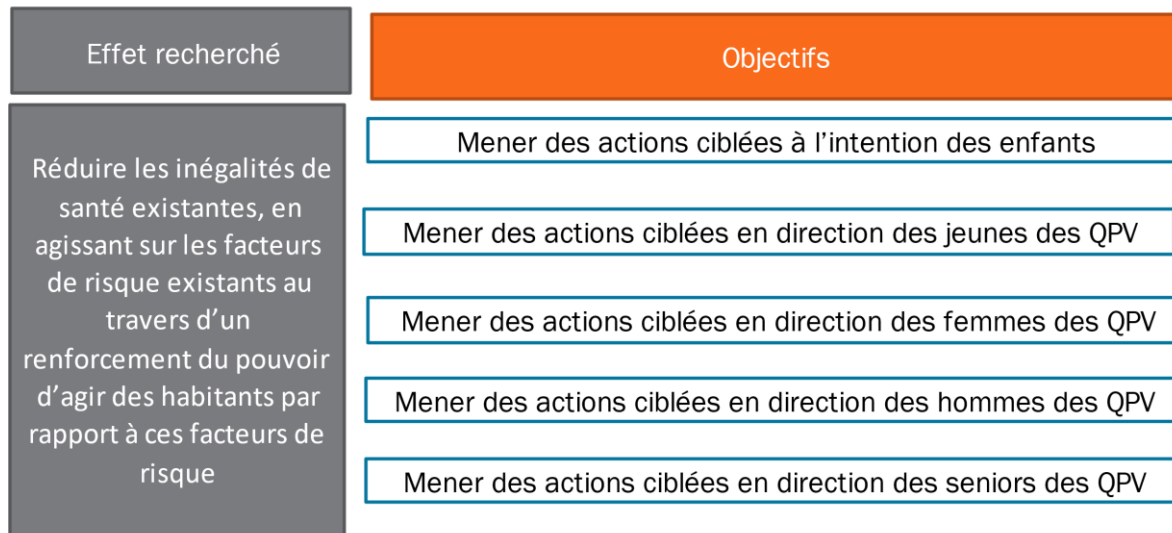
Les **actions mises en œuvre dans le cadre de l'ASV** ne touche qu'un faible nombre d'habitants. FAUX

Peu de partenaires sont mobilisés autour de la démarche mise en œuvre dans le cadre de l'Atelier Santé Ville de Bayonne. FAUX

4.2 Esquisse d'un arbre d'impacts et d'objectifs

Dans ce cadre, nous vous proposons, que le projet territorial de santé se construire à partir de l'arbre d'impacts et d'objectifs présenté ci-dessous.

Il va de soi que cet arbre d'impacts et d'objectifs a vocation à être débattu en Comité de Pilotage, mais également au cours du travail de co-construction du schéma de développement prévu le 14 octobre 2021.



Nota BENE: L'effet recherché ne semble pouvoir être atteint que si les actions ciblées:

- Permettent d'accompagner les habitants dans la réalisation d'action collectives contribuant à les fédérer et à renforcer leurs savoir faire en matière de santé
- Outillent les habitants en vue de les aider à faire face aux facteurs de risque (alimentation, sédentarité, gestion du stress,)

Effet recherché	Objectifs
Agir sur les pratiques de santé	Renforcer les capacités des habitants en matière de santé (connaissance des risques, conduites préventives, parcours de soin)
	Relayer et accompagner les campagnes de prévention
	Construire des modalités d'accompagnement des habitants en difficultés dans leur parcours de soin
Diversifier les actions dédiées au mieux-être (sport, culture, loisirs) suite à une phase néfaste pour le développement physique et mental	Construire une culture territoriale du mieux-être
	Soutenir de manière renforcée l'accès à des pratiques sportives, culturelles et de loisirs

Effet recherché	Objectifs
Densifier le réseau des acteurs socio-sanitaires autour d'un projet de santé communautaire	Mieux associer les habitants au projet territorial desanté en prenant en compte (positivement) les diversités culturelles
	Fédérer la diversité des acteurs autour d'une approche de projet territorial, participatif (faire avec), mis en œuvre en milieu inter-culturel
	Renforcer les modalités de pilotage, de gouvernance et d'animation du projet territorial de santé
Améliorer la connaissance de la situation sanitaire	Suivre dans la durée l'évolution des indicateurs portant sur les facteurs de risque (pauvreté, précarité, surpeuplement des logements,...)
	Suivre dans la durée un ensemble d'indicateurs relatifs aux pratiques de santé des habitants
	Connaître en continu l'état de bien-être des habitants et leurs perceptions concernant leurs états de santé

4.3 Les suites à donner pour la construction d'une politique territoriale de santé

Sur cette base, les suites à donner pour la construction d'une politique territoriale de santé sont les suivantes :

1. Présentation du rapport en Comité de Pilotage le 28 septembre 2021. Echange dans ce cadre autour de l'arbre d'impacts et d'objectifs proposé, pouvant donner lieu à une modification dudit arbre,
2. Animation le 14 octobre 2021 d'une journée de co-construction du schéma de développement. En vue de « réinitialiser » la dynamique pour partie instaurée fin 2019, mais fortement entravée par les contraintes sanitaires, d'une part, de garantir un authentique travail de co-construction, d'autre part, de faciliter la participation des habitants à ce travail, enfin, nous proposons une méthodologie de Forum ouvert ou Barcamp³⁹.

³⁹ La caractéristique de la méthode est l'ouverture, tant sur le contenu, que sur le fond. Dit autrement, l'ordre du jour sera réalisé par les participants, au démarrage du Forum ouvert.

Le déroulé prévisionnel serait du même coup en tout et pour tout le suivant :

- 9h00-9h15 : Accueil des participants et explication de la méthodologie du Forum ouvert
 - 9h15-10h00 : Présentation des acquis du diagnostic santé et de nos préconisations
 - 10h00-10h30 : Elaboration collective, au regard des acquis du diagnostic, du déroulement du Forum
 - 10h30-12h30 : Ateliers collaboratifs de description des actions pouvant être mises en œuvre sur tel ou tel effet recherché, tel ou tel objectif poursuivi
 - 13h45-16h00 : Poursuite des ateliers collaboratifs
 - 16h00-17h00 : Synthèse des acquis des travaux.
3. Mise en forme du schéma de développement de l'ASV assorti de ses fiches action⁴⁰ par le Cabinet FR Consultants
 4. Restitution du schéma de développement le 8 novembre 2021.

⁴⁰ Et plus particulièrement pour les actions « innovantes », c'est-à-dire qui répondent à des besoins aujourd'hui peu ou mal pris en compte et qui supposent de nouvelles manière de faire.

5. Annexes

a. Composition du Copil et du Cotech

Composition du Copil

- Frédéric BERLINGIERI - Directeur Général du CCAS Bayonne
- Corinne NEGRIER – Coordinatrice de l'Atelier Santé Ville
- Mélanie ROLLAND - Responsable d'antenne de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé (IREPS) de la Nouvelle Aquitaine
- Guy BOULANGER - Directeur SDSEI Adour BAB
- Christine LAUQUE - Vice-présidente du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Bayonne - 3ème adjointe Solidarités, logement et liens intergénérationnels
- Agnès QUESADA - Directrice de l'action sociale au CCAS de Bayonne
- Thomas MARGUERON - Responsable du Pôle santé publique et environnementale à la délégation 64 de l'Agence Régionale de la Santé (ARS)
- Jean Jacques MANTEROLA - Directeur des solidarités de la Communauté d'agglomération du Pays Basque
- Virginie PAGES - Infirmière Conseillère Technique - Responsable départementale pour la Nouvelle-Aquitaine du Rectorat de Bordeaux
- Sylvie REBIERE POUYADE - Directrice du GIP DSU de l'agglomération bayonnaise
- Conseil Citoyen Bayonne
- Isabelle DUFAU - Coordonnatrice du programme de réussite éducative chez Ville de Bayonne
- Inspection de l'éducation nationale. Circonscription de Bayonne.
- Isabelle BLANCHARD - Responsable de la cellule de coordination du Pôle de prévention - santé publique du Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB)
- Marie-France BOUSQUET - Déléguée du préfet pour les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).
- Gilles ARZEL - Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Pau et de Bayonne
- Véronique Moreau - Directrice de la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) - Pyrénées-Atlantiques
- Françoise BRAU-BOIRIE - 17ème adjointe Santé pour tous et prévention

Composition du Cotech

- Frédéric BERLINGIERI - Directeur Général du CCAS Bayonne
- Andrea SALAS – Chargée d'études du GIP DSU
- Séverine BOSSON - Chargée de projets et d'ingénierie en éducation et promotion de la santé at IREPS Nouvelle-Aquitaine
- Corinne NEGRIER – Coordinatrice de l'Atelier Santé Ville

b. Liste d'indicateurs définitive validée en Cotech

CHAMP D'OBSERVATION	INDICATEURS	DONNEES	MODE RECUEIL
Environnement	Les résidences principales	Part des résidences principales parmi l'ensemble des logements en % Part des résidences principales construites (en %) Part des ménages en surpeuplement parmi l'ensemble des ménages (en %) Part des ménages locataires du parc social (logements HLM loués vides) en % Part des résidences principales dont la superficie est inférieure à 40m ² en % Nombre de foyers allocataires bénéficiaires d'une aide au logement	Quantitatif
	Les moyens de déplacement et de transport	Part des points d'arrêts/ gares accessibles Existence d'une tarification en faveur des personnes en situation de précarité ? Réclamations au motif des incidents par millier de voyages Budget transport par déplacement Temps moyen de transport pour accéder aux soins Qualité des aménagements urbains	Qualitatif (focus groupes)
	Les espaces verts et parcs d'activités physiques	Accessibilité et utilisation des espaces communs et verts	Qualitatif (focus groupes)
		Equipements collectifs publics de sports et loisirs	Qualitatif (focus groupes)
Situation socio-économique	Les populations résidentes	Population municipale	Quantitatif
	La structure de la population par sexe et par âge	Part des hommes en % Part des femmes en % Répartition de la population par tranches d'âge	Quantitatif

	Les mouvements de population	Part de la population immigrée en % Part de la population étrangère en %	Quantitatif
	L'évolution de la population	Nombre de naissances Taux estimé de fécondité en % Taux de variation de la population	Quantitatif
	Les ménages	Nombre de ménages Taille moyenne des ménages Composition des ménages (en %) Part des ménages composés d'une seule personne Part des ménages composés de familles nombreuses (3 enfants et plus) en % Part des ménages composés de familles monoparentales (y compris avec enfant(s) de 25 ans et plus) en %	Quantitatif
Situation socio-économique	Formation / Diplômes	Part de non scolarisés parmi l'ensemble des 15 ans et plus Personnes de 15 ans et plus avec un diplôme Bac+2 ou plus	Quantitatif
	Revenus	Niveau de vie médian mensuel en euros Niveau de vie mensuel en euros du 1er décile Niveau de vie mensuel en euros du 9ème décile Rapport interdécile Part des ménages fiscaux non imposés en %	Quantitatif
	Pauvreté	Taux de pauvreté à 60% Part des ménages couverts par le RSA en % Part des allocataires dont le revenu est constitué à 50% ou plus de prestations Caf Part des allocataires dont le revenu est constitué à 100% de prestations Caf	Quantitatif
		Taux de pauvreté à 60% selon l'âge de la personne de référence du ménage	Quantitatif
Catégories socio-professionnelles	Part des employés ou ouvriers parmi les actifs en % Part des cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs en % Part des professions intermédiaires parmi les actifs en %	Quantitatif	

	Emploi / Chômage	Part des actifs occupés parmi l'ensemble de la population de 15-64 ans en % Part des salariés de 15 ans et plus en contrats précaires en % (CDD, intérim, emplois aidés, stages rémunérés, apprentissage) Part des demandeurs d'emploi de catégorie A, B, C de longue durée (1 an ou plus)	Quantitatif
	Petite Enfance/ Enfance	Part des enfants considérés comme vulnérables (au moins 4 facteurs de risque) en %	Quantitatif
	Jeunes (autonomie, parentalité précoce, scolarisation, décrochage scolaire, emploi/formation, chômage)	Part des moins de 25 ans parmi la population totale en % Indice de jeunesse (moins de 20 ans / 60 ans et plus) Taux de scolarisation en % Part des jeunes non scolarisés sans diplôme Indice de chômage estimé des demandeurs	Quantitatif
		Part des jeunes enfants d'une famille monoparentale parmi l'ensemble des jeunes Part des jeunes de 15-24 ans ni en emploi ni en formation en % Part des actifs occupés de 15-24 ans en contrat précaire en % Taux de pauvreté à 60% selon l'âge de la personne de référence du ménage moins de 30 ans	Quantitatif
Situation socio-économique	Seniors (présence, risques de perte d'autonomie, ressources, équipements)	Part des 60 / 75 ans et plus parmi la population totale en % Part des retraités parmi l'ensemble de la population en %	Quantitatif
		Part des personnes âgées de 60 / 75 ans vivant seules à domicile en % Les niveaux de vie et la pauvreté chez les personnes âgées de 60 / 75 Ratio aidants/aidés (55-64 ans / 85 ans et plus)	Quantitatif
		Effectif et taux de bénéficiaires de l'APA	Quantitatif
	Handicap	Part des ménages couverts par l'AAH en % Nombre d'équipements et de services	Quantitatif

		d'action sociale pour personnes en situation de handicap Part des ménages couverts par l'AAH en %	
	Egalité femmes hommes	Part des femmes en % selon la classe d'âge Part des femmes de 18-24 ans adultes d'une famille monoparentale avec au moins un enfant à charge en % Part des 15 ans et plus femmes non scolarisés de bas niveau de formation en % Taux d'activité des femmes de 15-64 / 25-54 ans en % Part des femmes salariées de 15 ans et plus à temps partiel en % (2016)	Quantitatif
		Part des femmes monoparents parmi l'ensemble des monoparents en % Part des femmes de 15 ans et plus au foyer en % Salaire net horaire moyen des femmes en € - détail	Quantitatif

CHAMP D'OBSERVATION	INDICATEURS	DONNEES	MODE RECUEIL
Modes de vie et pratiques d'entretien de soi	Activité physique ou sportive	Pratiques sportives et équipements fréquentés	Qualitatif (focus groupes)
		Indicateurs à repérer	Quantitatif
	Alimentation	Comportements alimentaires dans un but sanitaire	Qualitatif (focus groupes)
	Consommations culturelles	Disponibilité de temps libre pour loisirs Consommation de loisirs	Qualitatif (focus groupes)
	Pratiques de sociabilité	Pratiques sociales : engagement citoyen, associatif	Qualitatif (focus groupes)
	Connaissance de risques de santé au travail	Pratiques et perception	Qualitatif (focus groupes)
	Perception des habitants sur leur état de santé	% de personnes dont l'état de santé leur paraît satisfaisant	Qualitatif (focus groupes)

Profil d'assurés	Régime général	Taux de bénéficiaires du régime général par tranche d'âge et par sexe Part de bénéficiaires ayant déclaré un médecin traitant Consommation de soins de 1er et 2ème recours des assurés et ayant droits au Régime Général (hors Indemnités journalières)	Quantitatif
	CMU	Taux estimé de couverture CMU et CMU-C par âge et par sexe	Quantitatif
Accès et consommation des soins	Consommation de soins par spécialité	Consommation de soins de ville (observée et standardisée) en euros par assuré du régime général Consommation de soins de 1er et 2ème recours des assurés et ayant droits au Régime Général (hors Indemnités journalières) Évolution brute du nombre de bénéficiaires (2015-2019) par spécialité Evolution du nombre moyen d'actes par bénéficiaire (2015-2019) par spécialité Répartition des bénéficiaires d'actes par tranche d'âge par spécialité	Quantitatif
	Consommation de soins hospitaliers	Consommation de soins hospitaliers (observée et standardisée) en euros par habitant Répartition des actes hospitaliers effectués par type d'acte, spécialiste et bénéficiaire	Quantitatif
	Urgences hospitalières et en clinique	Nombre et part de passages aux urgences par spécialité Nombre et part d'actes	Quantitatif

		médicaux SOS Médecins par spécialité	
	Consommation médicaments	Taux standardisés de bénéficiaires inter-régimes ayant eu au moins un remboursement par type de médicament par tranche d'âge et sexe	Quantitatif
	Part des dépenses remboursés par l'assurance maladie	Part ensemble des soins Part soins de ville hors optique Part soins de ville y compris optique Part soins en hôpital MCO Part dans la population d'assurés	Quantitatif
	Reste à charge des dépenses présentées au remboursement	Reste à charge après Assurance maladie et complémentaire pour les ménages et par tranches d'âge	Quantitatif
	Actifs en arrêts de travail et indemnités	Nombre d'actifs avec au moins un arrêt de travail Proportion des actifs avec au moins un arrêt de travail Proportion d'arrêts de travail prescrits ayant été indemnisés	Quantitatif
	Difficultés d'accès aux soins et de parcours vers le soin	Témoignage	Qualitatif (focus groupes)
	Perception des habitants sur l'offre et sur l'accès aux soins	Témoignage	Qualitatif (focus groupes)
L'utilisation de dispositifs de prévention	Part d'habitants fréquentant un centre d'examen de santé	Part d'habitants fréquentant un centre examen de santé par genre et nature des soins dispensés par genre, par âge et nature des soins dispensés	Quantitatif
	Vaccinations de la grippe	Part d'habitants vaccinés contre la grippe par tranche d'âge et par sexe	Quantitatif
	Vaccination des enfants obligatoires	Part d'enfants ayant fait les 11 vaccinations obligatoires	Quantitatif

	Vaccinations hépatites B, pneumocoque	Part d'habitants vaccinés contre hépatite B et pneumocoques	Quantitatif
	Dépistage cancers	Taux de participation au dépistage organisé du (cancer du sein, colon rectum, cancer du col de l'utérus, cancer de la prostate, cancers de la peau, cancers de la cavité buccale) en 2018-2019 par tranche d'âge	
	Prévention buccodentaire	Taux des enfants bénéficiaires du régime général ayant bénéficié d'une consultation dentiste	Quantitatif
	Mammographies	Taux de femmes bénéficiaires du régime général ayant entre 50 et 74 ans et ayant bénéficié d'une mammographie	Quantitatif
Mortalité	Mortalité générale	Nombre et taux de décès par sexe, par âge et par cause (cancers, maladies de l'appareil circulatoire, causes externes, tabac, alcool, suicide, accident de circulation)	Quantitatif
	Mortalité prématurée (< à 65 ans)	Nombre et taux de décès par sexe, par âge et par cause (cancers, maladies de l'appareil circulatoire, causes externes, tabac, alcool, suicide, accident de circulation)	Quantitatif

Pathologies	Addictions (alcool, tabac, stupéfiants, jeux)	<p>Taux d'habitants déclarant l'expérimentation et consommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis</p> <p>Quantité d'alcool pur déclarée mise à la consommation par habitant âgé de 15 ans et plus (litres d'alcools purs)</p> <p>Quantités de cigarettes et des autres produits du tabac* déclarées mises à la consommation (en tonnes)</p> <p>Nombre et part des décès liés au tabac par sexe et par tranche d'âge</p> <p>Nombre et part des décès liés à l'alcool par sexe et tranche d'âge</p> <p>Nombre des décès par surdose par sexe et tranche d'âge</p>	Quantitatif
	Santé mentale	<p>Proportion d'habitants avec des pensées suicidaires par sexe et tranche d'âge</p> <p>Effectif et taux standardisé d'hospitalisation par tentative de suicide par sexe et tranche d'âge</p> <p>Répartition des causes initiales de décès pour les décès avec mention de trouble mental par sexe</p> <p>Part des hospitalisations pour TM selon le motif par sexe</p>	Quantitatif
	Malades du cancer	Effectif et taux d'hospitalisation par type de cancer	Quantitatif
	IMC	<p>Part d'habitants en obésité modérée par tranche d'âge et par sexe</p> <p>Part d'habitants en obésité sévère par tranche d'âge et par sexe</p>	Quantitatif

	Affections Longue Durée (ALD)	Nombre et taux des bénéficiaires ALD total par sexe, par âge et par cause Taux standardisés de prévalence des ALD par cause (pour 100 000 habitants)	Quantitatif
Santé des enfants	Périnatalité	Taux de mortalité infantile Taux d'hospitalisation pendant la grossesse Taux d'enfants ayant une maladie congénitale Taux d'enfants ayant une ou plusieurs affections actuelles	Quantitatif
	Petite Enfance	Nombre et part d'enfants obèses et à risque d'obésité 0-4ans Nombre et part d'enfant présentant des troubles visuels Nombre et part d'enfant présentant des troubles auditifs	Quantitatif
	Santé scolaire	Nombre et part d'enfants obèses et à risque d'obésité en grande section maternelle (GSM) et CE2 en écoles publiques	Quantitatif
		Nombre et part d'enfants de GSM orientés pour des problèmes psychologiques	Quantitatif
		Nombre et part d'enfants de GSM orientés pour caries	Quantitatif
		Nombre et part d'enfants de GSM orientés pour troubles visuels	Quantitatif
		Nombre et part d'enfants de GSM orientés pour problèmes auditifs	Quantitatif
		Part d'élèves de 6e présentant une surcharge pondérale en (surpoids ou obésité) - % Part d'élèves de 6e déclarant pratiquer une activité physique régulière	Quantitatif

		(au moins un jour par semaine) - %	
		Situation d'enfants présentant de difficultés d'apprentissage (lecture, notamment), troubles du langage, psychomoteurs et du comportement,	Qualitatif
Santé des seniors	Bénéficiaires de l'ASPA	Valeur absolue et part de la population de plus de 65 ans	Quantitatif
	Personnes classées en GIR 5/6	Valeur absolue et % des 60 ans ou plus	Quantitatif
Santé des femmes	Contraception	Taux de grossesse non prévues par tranche d'âge Taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse par tranche d'âge	Quantitatif
	Violences faites aux femmes	Nombre de faits constatés pour des violences conjugales par type de fait Nombre d'appels au 115 pour des situations de violences conjugales par type de situation Nombre de mesures d'éviction du conjoint violent du domicile conjugal Nombre de médiations familiales pour des violences conjugales	Quantitatif

CHAMP D'OBSERVATION	INDICATEURS	DONNEES	MODE RECUEIL
Établissements sanitaires et médico-sociaux	Etablissements médico-sociaux Personnes âgées	Nombre de places en résidence autonomie Nombre de places en hébergement complet en EHPAD Nombre de places en accueil de jour en EHPAD Nombre de places en hébergement permanent	Quantitatif

		spécifique Alzheimer Nombre de places en accueil temporaire spécifique Alzheimer Nombre de places en accueil de jour spécifique Alzheimer	
	Etablissements médico- sociaux Personnes handicapées	Nombre de places en SAVS Nombre de places en SAMSAH Nombre de places en hébergement permanent en foyer de vie Nombre de places en accueil de jour en foyer de vie Nombre de places en hébergement permanent en foyer d'hébergement Nombre de places en ESAT Nombre de places en SESSAD Nombre de places en IME Nombre de places en ITEP Nombre de places en autres établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés Nombre de MAS Nombre de FAM	Quantitatif
	Etablissements sanitaires	Nombre d'établissements service d'urgences Nombre d'établissements MCO Nombre d'établissements SSR Nombre d'établissements SSR-PA Nombre d'établissement en SLD Nombre d'établissement en psychiatrie Nombre de CPP Nombre de maternités	Quantitatif

	Équipements action sociale	Nombre d'établissements (CHRS, CPH, CADA, autres)	Quantitatif
	Consultations médico-sociales d'addictologie	Nombre de CSAPA Nombre de CJC	Quantitatif
Professionnels de la santé	Géographie médicale (omnipraticiens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, sages-femmes)	Nombre d'effectifs par spécialité Taux d'effectifs par modes d'exercice (libéral, mixte, salarié) par spécialité Répartition des médecins spécialistes par sexe, par tranche d'âge, par secteur 1/2 et non conventionnés Activité moyenne par professionnel actif sur l'année complète par spécialité Répartition des bénéficiaires d'actes de généralistes par tranche d'âge par spécialité Densité médicale par spécialité pour 10 000 hab.	Quantitatif
	Pharmacies	Taux d'équipement en pharmacies d'officine	Quantitatif

	Présence d'autres professionnels ou structures par spécialité (omnipraticiens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, sages-femmes)	Nbre de centres de santé polyvalents Nbre de MSP Nbre de Pharmacies Nbre de cabinets secondaires inf. lib. Nbre de SSIAD Nbre de CSIP Nbre de cabinets secondaires kiné lib. Nb de cabinets secondaires dent. lib. Nb de CSD Nbre de cabinets secondaires orthoph. lib. Nbre d'UNV Nbre de pédiatres lib. Nbre d'ORL lib. Nbre de neurologues lib. Nbre d'orthoph. salariés Nbre de cabinets secondaires sages-femmes lib. Nbre de généralistes lib. Nbre de gynécologues obstétriciens lib. Nbre de pédiatres lib.	Quantitatif
	Offre médicale de proximité	Nombre de médecins généralistes Nombre de pharmacies Nombre de praticiens de la santé	Quantitatif
Des actions mises en œuvre par les différents partenaires dans les QPV	Types de partenaires		Qualitatif
	Publics ciblés		Qualitatif
	Périodes de conduite de l'action		Qualitatif
	Modes de financement		Qualitatif
	Actions		Qualitatif
Des dynamiques de capacitation des habitants sur la santé	Nombre et diversité d'acteurs associés aux actions communes		Qualitatif
	Nombre d'actions dans lesquelles les habitants/usagers ont été mobilisés en tant que ressources		Qualitatif

	Nombre d'actions ayant donné lieu à l'élaboration d'un livrable à l'intention des habitants/usagers		Qualitatif
	Nombre d'actions dans lesquelles les habitants/usagers ont un pouvoir décisionnel		Qualitatif
	Nombre d'actions à l'initiative des habitants/usagers		Qualitatif

c. Sources consultées

Ressources à disposition sur les QPV :

- Rapport enquête quantitative sur les pratiques addictives et l'utilisation des écrans chez les jeunes (11-25 ans) des QPV de Bayonne. 2020. Atelier Santé Ville. CCAS de Bayonne.
- Rapport d'activité 2020. Atelier Santé Ville. CCAS de Bayonne.
- L'accès des Femmes aux activités physiques et sportives: Enquête sur les quartiers prioritaires de la Politique de la Ville de Bayonne. 2020. CIDFF - Pyrénées Atlantiques.
- Résultats dépistage bucco-dentaire des écoles du REP d'Hauts de Bayonne. UFSBD64. 2019
- Données motifs d'entrée en urgences 2018-2019. Clinique Belharra
- Tableau de suivi du schéma de développement. 2018. Atelier Santé Ville. CCAS de Bayonne.
- Relance de l'Atelier Santé Ville. 2017. CCAS de Bayonne
- Données INSEE QPV 2016. Transmises par le GIP-DSU: l'INSEE, Diaf-RP – 2016.
- Contrat de ville 2015 /2020 de l'Agglomération Côte Basque-Adour.
- Schéma de développement de l'Atelier Santé Ville. 2014. FR Consultants
- Note de synthèse de l'étude de faisabilité d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) sur la ZUS de Bayonne réalisé par FR Consultants. 2014. CCAS de Bayonne
- Diagnostic local de santé Atelier Santé Ville de Bayonne. 2013. CCAS de Bayonne.
- Diagnostic santé du territoire de la ZUS de Bayonne. 2013. FR Consultants
- Synthèse des diagnostics santé et orientations pour l'action. 2009. GIP-DSU

Ressources à disposition niveau commune, CA ou département :

- Rapport « Santé des collégiens de Nouvelle-Aquitaine en 2018/2019 : Santé bucco-dentaire ». ORS Nouvelle-Aquitaine. 2020
- Rapport portrait du territoire 2019. Carto-Santé. ARS
- Rapport Accès aux droits et aux soins. 2020. Observatoire des fragilités Grand Sud.
- Portrait social du territoire CA du Pays Basque. 2018. Compas.

- Etat des lieux territoriaux de santé – Contrat Local de Santé Pays Basque. 2020. ORS-Nouvelle-Aquitaine
- Etat des lieux santé dans le cadre de l'Analyse des Besoins Sociaux (ABS) de la Communauté d'agglomération du Pays Basque. 2018. IREPS-Nouvelle Aquitaine
- La démographie médicale en Région Aquitaine, Situation en 2015. Sous la direction du Dr Jean-François RAULT, Président de la Section Santé Publique et Démographie Médicale
- Rapport du dépistages infirmiers des élèves de 6e en 2018/2019 PYRÉNÉES-ATLANTIQUES. ORS-Nouvelle Aquitaine
- Données Violences conjugales 2018-2019 ACJPB
- Données dépistages cancer (colon, sein) taux d'activité des docteurs 2018-2019. DOCCR

d. Grille d'entretien

GRILLE ENTRETIENS INDIVIDUELS -DIAGNOSTIC ATELIER SANTÉ VILLE 2020-2021

1. Comment est constitué votre organisme/service (nombre de professionnels, locaux, organisation interne) ?

Organisation interne		
Nombre de professionnels		
Locaux		
Autres		

2. Quelles sont les actions de votre organisme/service sur les territoires de quartiers prioritaires des Hauts de Sainte Croix – Mounédé et Maubec – Citadelle ?

No m de l'action	Pu bli c cib lé	Parten aires	Péριο de de conduite	Mode de financement	Acti ons	Les habitants/ usagers en sont à l'initiative ?	Les habitants/ usagers ont été mobilisés en tant que ressources ?	Les habitants/ usagers ont un pouvoir décisionnel ?	Y-a-t-il un livrable prévu à l'intention des habitants/ usagers ?

3. Comment définiriez-vous, en termes généraux, l'état de santé des habitants de ces quartiers (très mauvais/mauvais/régulier/bon/très bon) ?Elija un elemento.

4. Quelles problématiques identifiez-vous dans la santé des usagers de ces quartiers ?⁴¹ Quelles sont, d'après vous, leurs causes ?

Problématiques Causes	Capacité à reconnaître les risques de santé liés au travail, à l'alimentation, à l'activité physique, la sociabilité...	Capacité à mener des conduites préventives (bien-être au travail, alimentation, activité physique, loisirs culturels, repos, sociabilité, temps famille)	Capacité à accéder aux soins	Capacité à suivre un parcours de soins	Autres
Facteurs socio-économiques, culturelles, infrastructurels et environnementaux					
Offre de services, équipements socio-sanitaires, communication					
Facteurs individuels (choix personnels, hygiène de vie, langue maternelle, âge, sexe, handicap)					
Autres					

5. Comment définiriez-vous l'offre de soins de ces quartiers (très insuffisante/insuffisante/suffisante/très suffisante) ?Elija un elemento.

6. Quels sont les leviers à activer pour l'améliorer la capacité de résolution des ces problématiques par le réseau socio-sanitaire local ?

Problématiques Causes	Capacité à reconnaître les risques de santé liés au travail, à l'alimentation, à l'activité physique, la sociabilité...	Capacité à mener des conduites préventives (bien-être au travail, alimentation, activité physique, loisirs culturels, repos, sociabilité, temps famille)	Capacité à accéder aux soins	Capacité à suivre un parcours de soins	Autres
Facteurs socio-économiques, culturelles,					

⁴¹ Situation d'enfants présentant de difficultés d'apprentissage (lecture, notamment), troubles du langage, psychomoteurs et du comportement,...

infrastructurels et environnementaux					
Offre de services, équipements socio-sanitaires, communication					
Facteurs individuels (choix personnels, hygiène de vie, langue maternelle, âge, sexe, handicap)					
Autres					

e. Liste d'acteurs rencontrés en entretien individuel

Domaine	Occupation	Nom
Santé des habitants/Offre des soins	Masseur/Kinésithérapeute - CABINET (CAB) BESSOU OSPITAL HAURE AUBARD	Benjamin Aubard
Santé des habitants/Offre des soins	Directeur délégué - Clinique Belharra	Richard Legeaye
Santé des habitants/Offre des soins	Pharmacien - Aprium Pharmacie	Aymeric Bayle
Santé des femmes	Coordinatrice - CIDFF des Pyrénées Atlantiques	Claire Sabalo
Santé des seniors	Directrice action gérontologique - Service social des personnes âgées du CCAS	Audrey Martineau-Mong
Santé des jeunes	Directeur - Service Départemental des Solidarités et de l'Insertion (SDSEI)	Guy Boulanger
Habitat des QPV	Chef d'agence - Bayonne Ste Croix HSA (Bailleur social)	Benoit Iweins

Vous remarquerez l'absence de médecins dans cette liste. En effet, le Centre Médical Sainte Croix ainsi que le cabinet du Dr. Issaadi ont été contactés et n'ont pas montré d'intérêt pour participer à la démarche.

f. Liste d'acteurs rencontrés en entretien collectif

Domaine	Occupations	Noms
Santé des habitants/Offre de soins	Professionnels de santé libéraux	Stéphanie Milheres (Infirmier libérale - Asalée ⁴²)
		Nicolas Truffard (Ostéopathe/Enseignant de yoga)
		Aubert Liane (sage-femme libérale)
Petite enfance	Professionnels socio-éducatifs	Sylvie Labadille (Pédiatre PMI)
		Sylvie Dartiguelongue (Puéricultrice PMI)
		Dominique Lavie (Crèche Pyrène - EJE)
		Emma Narfin (MVC Saint Etienne)
Enfance, jeunesse	Professionnels socio-éducatifs	Isabelle Dufau (Coordinatrice PRE)
		Albert Pereira (Aide aux devoirs et responsable ESCM)
		Madame Bisbau (Directrice Patronage laïque)
		Sylvie Millena (Psychologue scolaire)
		Jerome Graciet (Coordonnateur REP)
Santé femmes	Professionnelles diverses	Annie Hualde (Planning familial)
		Stéphanie Lacassagne (Assistante sociale, sexologue SDSEI)
		Sylvie Frouart (Sage-femme PMI)
		Martine Claviere (Planning familial)

Des professionnels de l'Association Libreplume, de l'Association Trait d'union, de la Ludothèque PLPB(Ste Catherine), du Centre aéré Moulin d'Arrousets, de l'Association Atherbea et de la Crèche Saint Esprit ont été également invités et ont déclaré ne pas pouvoir participer à la démarche.

⁴² Il s'agit d'un dispositif mis en place par l'association Asalee qui instaure une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers intégrée au cabinet des praticiens. Spécifiquement formés, les infirmiers interviennent, dans le cadre d'un protocole autorisé par l'ARS, auprès de patients atteints de maladies chroniques, en proposant un accompagnement individuel qui intervient en complément de la pratique médicale, au sein du cabinet d'un médecin généraliste

g. Les acteurs ayant participé aux groupes thématiques

Accès aux soins/prévention pour les publics fragiles	Sandie Davion (Responsable service social RSA du CCAS)
	Katti Lhoste (Chef de projet CLIC)
	Céline Ganderatz (Travailleur social du CLIC)
	Marissa Salomon (Animatrice à la résidence autonomie et CESF)
	Laure Hontang (Conseillère et chargée de projet Mission Locale)
	Edson Vanz (Responsable CMPP Bayonne - PEP64)
	Sandrine Lestage (Responsable épicerie sociale)
	Bruno Prescilli (MVC Saint Etienne)
	Hélène Dono (Conseillère en ESF du SDSEI)
	Mireille Fouqueau (Cheffe de projet santé APF France Handicap)
Problématiques liées au bien être	Dominique Marty Birebont (Otsokop)
	Fabien Nogué (Graines de liberté+Artotekafé)
	Bertrand Bedin (Chargé de projet/Animateur sportif à Ufolep)
	Jean Marie Aguer (adulte relais à Ufolep)
	Eyheramendy Allande (Assistant social du SDSEI)
	Nathalie Aguesse (Ville de Bayonne)

h. Liste de rues des périmètres QPV



LISTE DES RUES DES QUARTIERS PRIORITAIRES Contrat de Ville 2015-2020 - Bayonne

QUARTIER " HAUTS DE SAINTE CROIX - MOUNÉDÉ "

NOM	NUMÉRO	DÉBUT	FIN
ESPLANADE BALAIN	TOUS		
RÉSIDENCE BREUER	TOUS		
ALLÉE MARCEL BREUER	TOUS		
AVENUE DU BÉARN	TOUS		
PLACE DES GASCONS	TOUS		
AVENUE DE JOUANDIN	TOUS		
ESPLANADE JOUANDIN	TOUS		
RÉSIDENCE JOUANDIN	TOUS		
AVENUE DE MOUNÉDÉ	PAIR	2	24
AVENUE DE MOUNÉDÉ	IMPAIR	1	25
AVENUE ANDRÉ MALRAUX	IMPAIR	1	5
AVENUE DE SAINTE-CROIX	TOUS		

QUARTIER " MAUBEC - CITADELLE "

NOM	NUMÉRO	DÉBUT	FIN
CITÉ LE BEDAT	TOUS		
RÉSIDENCE LE BEDAT	TOUS		
RUE DU COUVENT	IMPAIR	5	7
RUE DU COUVENT	PAIR	4	6
AVENUE DU 14 AVRIL 1814	PAIR	4	4
RUE DE LA CABOTTE	TOUS		
AVENUE DE LA CITADELLE	IMPAIR	1	1 TER
RÉSIDENCE LA CITADELLE	TOUS		
RUE DE L'ESCANET	TOUS		
ALLÉE ANDRÉ FEUILLERAT	TOUS		
CHEMIN DU FORT	TOUS		
RUE DE LA GENDARMERIE	TOUS		
RUE DU GÉNÉRAL EUGENE BOUET	TOUS		
AVENUE DE LATTRE DE TASSIGNY	IMPAIR	5	17
AVENUE DE LATTRE DE TASSIGNY	PAIR	2	18
RUE MAUBEC	IMPAIR	1	113
RUE MAUBEC	PAIR	2	118 BIS
PLACE MORACIN	TOUS		
RUE DU MOULIN	PAIR	2	4
RUE DU MOULIN	IMPAIR	1	5
PLACE PEREIRE	TOUS		
ALLÉE MARCEL SUARÈS	TOUS		
PLACE DE LA RÉPUBLIQUE	PAIR	22	36
PASSAGE SAINTE-CATHERINE	PAIR	8	10
PASSAGE SAINTE-CATHERINE	IMPAIR	7	9
RUE SAINTE-CATHERINE	TOUS		
RUE SAINTE-URSULE	IMPAIR	5	7
RUE TOMBELOLY	TOUS		

i. Résultats des campagnes MT'DENT réalisées au cours des 2 ans glissants (2019-2021)

AGE1	QUARTIER	EBD+soins DENTISTE
3 ans	1-MAUBEC-CITADELLE	27,3%
	2-HAUTS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	12,5%
	3_BAYONNE	21,2%
	4_CA_Pays Basque	25,2%
6 ans	1-MAUBEC-CITADELLE	14,3%
	2-HAUTS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	8,1%
	3_BAYONNE	23,5%
	4_CA_Pays Basque	32,3%
9 ans	1-MAUBEC-CITADELLE	21,4%
	2-HAUTS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	5,8%
	3_BAYONNE	11,5%
	4_CA_Pays Basque	17,7%
12 ans	1-MAUBEC-CITADELLE	20,0%
	2-HAUTS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	8,3%
	3_BAYONNE	10,0%
	4_CA_Pays Basque	14,0%
15 ans	1-MAUBEC-CITADELLE	12,5%
	2-HAUTS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	8,3%
	3_BAYONNE	6,8%
	4_CA_Pays Basque	9,2%
18 ans	1-MAUBEC-CITADELLE	5,6%
	2-HAUTS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	0,0%
	3_BAYONNE	6,6%
	4_CA_Pays Basque	9,2%
21 ans	1-MAUBEC-CITADELLE	0,0%
	2-HAUTS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	5,6%
	3_BAYONNE	6,9%
	4_CA_Pays Basque	9,4%
24 ans	1-MAUBEC-CITADELLE	11,1%
	2-HAUTS DE SAINTE CROIX-MOUNEDE	5,5%
	3_BAYONNE	7,3%
	4_CA_Pays Basque	8,6%

source : Système Informationnel Assurance Maladie (SIAM) - Année 2020 en date de remboursement