

VILLE DE MARSEILLE
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROTECTION
DIRECTION SANTÉ ENVIRONNEMENT
6, RUE BRIFFAUT
13005 MARSEILLE
04 91 55 51 82
www.mairie-marseille.fr

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ
23, RUE STANISLAS TORRENTS
13006 MARSEILLE
04 91 59 89 00
www.orspaca.org

MARSEILLE

bilan de santé

Situation actuelle et perspectives
Edition 2004



EDITORIAL



Marseille met le cap sur la santé !

De toute sa diversité, de tous ses contrastes, de tous ses atouts, Marseille a fait sa singularité et sa véritable richesse. Prenant le temps, à l'aube de ce nouveau siècle, de se pencher sur son état sanitaire, la Ville veut apporter un éclairage déterminant pour le devenir de l'ensemble des Marseillais. La situation est globalement positive, mais il persiste des zones d'ombre.

La Direction Santé Environnement de la Ville de Marseille vous propose une lecture transversale de toutes les données issues du tableau de bord élaboré à sa demande par l'Observatoire Régional de la Santé - Provence Alpes Côte d'Azur : exposition aux risques selon les populations, éventail de l'offre de soins, situation de Marseille par rapport au département, à la région, à la France et à 9 autres grandes métropoles urbaines du pays, comparaison entre arrondissements.

Dans un souci constant d'aide à la décision, les informations ainsi fournies permettront aux professionnels et à tous les intervenants du secteur public comme du secteur privé, tant associatifs qu'institutionnels, de mettre en œuvre, en partenariat, les actions les plus pertinentes face aux situations les plus préoccupantes.

Collectivité de la proximité par excellence, la commune joue un rôle majeur pour le bien-être de sa population : elle est en capacité de mobiliser toutes les énergies pour la prévention et la promotion de la santé.

Le droit aux soins est l'apanage de tous. Il revient à chacun, en premier aux acteurs de la santé, de veiller scrupuleusement à ce que ce noble principe devienne réalité.

Jean-Claude Gaudin
Maire de Marseille
Vice-Président du Sénat

AVANT-PROPOS

Elaboré avec un souci permanent de neutralité et d'objectivité, le Bilan de Santé Marseille - édition 2004 - propose le panorama actuel de la situation sanitaire de notre ville. Si le sommaire ci-dessous donne une vision d'ensemble du document, le lecteur trouvera au fil des pages, en marge de chaque chapitre, des données générales, des définitions et des observations ponctuelles, permettant d'aborder au mieux les différents thèmes. En conclusion, sont présentées des orientations en matière d'action se dégageant de l'analyse des données et que chacun aura la possibilité de s'approprier.

SOMMAIRE

Vue d'ensemble

Les grandes tendances démographiques	P 4
Le contexte économique et social	P 5
La mortalité générale	P 6
La mortalité prématurée	P 7
La mortalité évitable	P 7

Pathologies

Les maladies cardio-vasculaires	P 8
Les cancers	P 9
Les maladies respiratoires	P 10
L'infection par VIH et Sida	P 11
La tuberculose	P 12

Comportements à risques

Le tabac	P 13
L'alcool	P 14
L'usage de drogues illicites • Les toxicomanies	P 15
Les suicides	P 16
Les accidents de la circulation	P 17

Groupes de population

La mère et l'enfant	P 18 à 19
Les jeunes	P 20
Les personnes âgées	P 21
Les personnes handicapées	P 22

Environnement

L'eau potable	P 23
L'eau de baignade	P 23
L'air	P 23

Offres de soins

Les professionnels de la santé	P 24 à 25
Les établissements hospitaliers	P 26 à 27
Les urgences	P 28

Perspectives	P 29
--------------------	------

Adresses utiles	P 30
-----------------------	------

Vue d'ensemble

Les grandes tendances démographiques

De 1975 à 1999, les moins de 20 ans diminuent significativement (- 4,5 %). En 1999, la part des moins de 20 ans est plus faible que dans le département et en France. Parallèlement, la population des 60 ans et plus a augmenté (+ 3 %) et se maintient à un niveau supérieur à celui du département et de la France.

Depuis 2000, on a pu observer un mini baby-boom : + 660 naissances en 2000 et + 800 en 2001 par rapport à la moyenne des 6 années précédentes.

Il y a plus d'étrangers (6,8 %) par rapport au département (5,7 %) et à la France (5,6 %) ; les ressortissants de l'Union Européenne sont faiblement représentés.

Métropole régionale, Marseille est la 2^{ème} commune de France en terme de population. C'est un territoire urbain particulièrement vaste avec de fortes disparités, voire d'importants contrastes infra-communaux : toutes ces données sont à prendre en compte dans l'examen de son état sanitaire.

● Depuis 1990, on a constaté un arrêt significatif du déclin démographique : la population s'est stabilisée autour de 800 000 habitants.

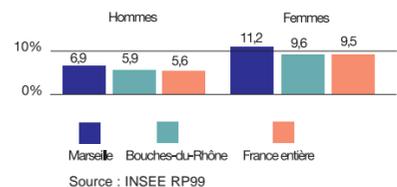
Population* à Marseille aux différents recensements

1962	1968	1975	1982	1990	1999
778 071	889 029	908 600	874 436	800 550	798 430

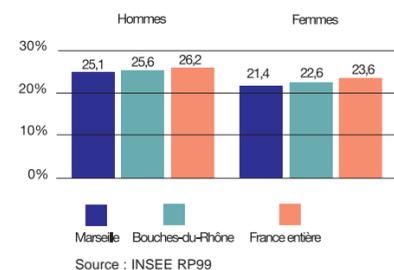
* Population sans double compte. Des estimations de population plus récentes ne sont pas disponibles pour la commune de Marseille (Sources : INSEE, AGAM) Source : INSEE

● La moyenne d'âge de la population marseillaise est plus élevée que celles des Bouches-du-Rhône et de la France métropolitaine.

Répartition de la population par sexe pour les 75 ans et plus en 1999



Répartition de la population par sexe pour les moins de 20 ans en 1999



● Marseille présente une des populations les plus âgées parmi les 10 grandes villes françaises.

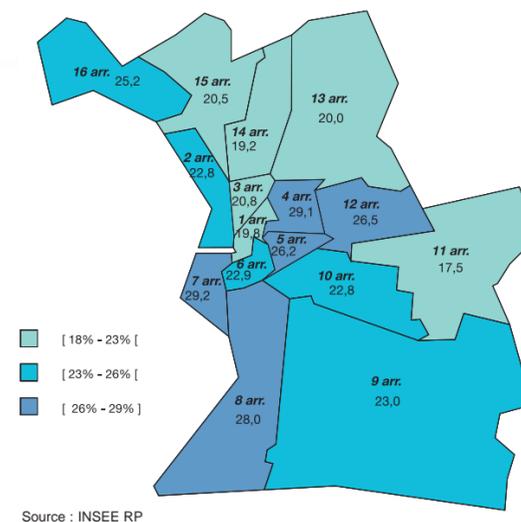
Indice de vieillissement par ville en 1999



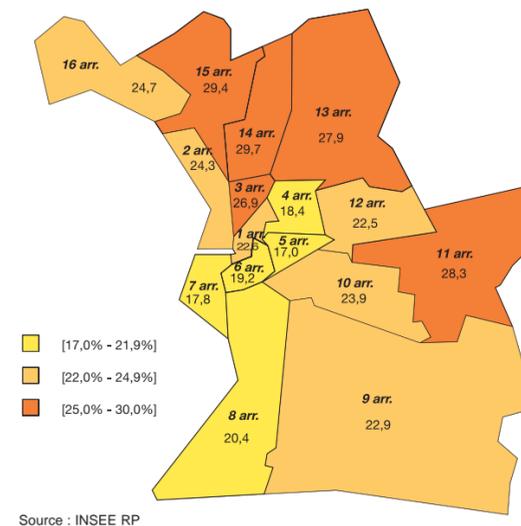
L'indice de vieillissement est le rapport du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus au nombre de jeunes de moins de 20 ans.

● Les arrondissements dont la population est la plus âgée sont les 7^{ème}, 4^{ème}, 8^{ème}, 12^{ème} et 5^{ème} alors que les jeunes de moins de 20 ans résident surtout dans les 14^{ème}, 15^{ème}, 11^{ème} et 13^{ème}.

Part de personnes âgées de 60 ans et plus dans la population totale en 1999 par arrondissement de Marseille



Part de personnes âgées de moins de 20 ans dans la population totale en 1999 par arrondissement de Marseille



Le contexte économique et social

Malgré une conjoncture difficile, Marseille a initié depuis quelques années une re-dynamisation de son tissu économique en développant des pôles secondaires et tertiaires attractifs (Zone Franche, Euroméditerranée, Grand Projet de Ville, Technopole de Château-Gombert...) qui ont permis un accroissement notable des emplois privés tout en maîtrisant au maximum le chômage.

A l'heure actuelle, les caractéristiques socioprofessionnelles émergentes sont :

- Une proportion plus grande d'employés (34,2 %) et moins forte d'ouvriers (20,2 %) que dans le département et en France métropolitaine. Comparée aux autres grandes villes françaises, Marseille apparaît comme plus ouvrière, avec moins de cadres et une plus grande proportion de jeunes peu ou pas diplômés.
- Une répartition territoriale des catégories professionnelles : plus de cadres au sud, plus d'ouvriers au nord.
- Un nombre de demandeurs d'emploi qui :
 - a diminué de 13,4 % entre 2000 et 2002,
 - atteint 14,8 % de la population active en juin 2003 (zone d'emploi Marseille-Aubagne), soit 5,3 points de plus que le niveau national,
 - place Marseille en 2^{ème} position parmi les 10 plus grandes villes de France.
- Plus d'attributaires du RMI à Marseille (10 %) que sur la France (2,9 %). Au sein des grandes villes, la cité phocéenne présente le taux de bénéficiaires le plus élevé.
- L'attribution, en 2002, de la CMU de base à près de 70 000 Marseillais et de la CMU complémentaire à près de 150 000 personnes, soit 18,4 % de la population contre 12,7 % dans le département et 7,4 % en France.
- Le taux de demandeurs d'emploi, celui d'allocataires du RMI et la part de bénéficiaires de la CMU sont plus élevés au centre et au nord de la ville.

La CMU de base est attribuée aux personnes résidant de façon stable en France mais ne bénéficiant à aucun titre du régime d'assurance maladie dans les conditions habituelles. La CMU complémentaire (loi du 27/07/99) prend en charge les dépenses que ne rembourse pas la sécurité sociale, en fonction d'un plafond de ressources. Les bénéficiaires du RMI en sont attributaires d'office de même que les jeunes de moins de 25 ans qui ne sont plus à la charge de leurs parents.

Vue d'ensemble

L'indice comparatif de mortalité est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone donnée au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux.

Un test de khi² au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

En 2000, l'espérance de vie en France est de 75,2 ans pour les hommes et 82,7 ans pour les femmes.

Comme en France, cinq causes expliquent la plus grande part des décès. Elles se répartissent ainsi sur Marseille :

- les maladies cardio-vasculaires : 31 %
 - les tumeurs : 27 %
 - les maladies de l'appareil respiratoire : 8 %
 - les traumatismes, les empoisonnements : 7 %
 - les maladies de l'appareil digestif : 5 %

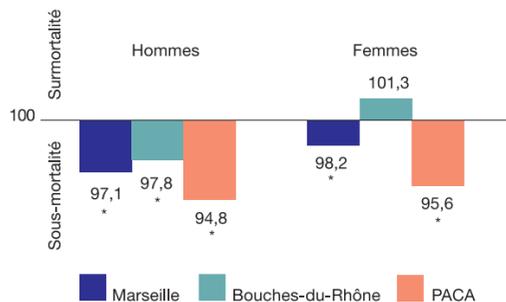
A Marseille, entre 1988-1990 et 1997-1999, on note une forte diminution de la mortalité à tous les âges :
 - 20 % pour les hommes et
 - 18 % pour les femmes.
 Cette diminution est très marquée chez les enfants de moins de 5 ans : - 56 % et les jeunes entre 15 et 24 ans : - 39 %.

Chez les 65 ans et plus, les décès par maladies de l'appareil circulatoire prédominent (34 % des décès), suivis des décès par tumeurs (24 %) et par maladies de l'appareil respiratoire (9 %).

La mortalité générale

Marseille présente une sous-mortalité significative de -2,3 % par rapport à la France (1997-1999). Néanmoins, la sous-mortalité générale est plus marquée que celle du département mais moindre que celle de la région. On retrouve cette répartition chez les hommes comme chez les femmes.

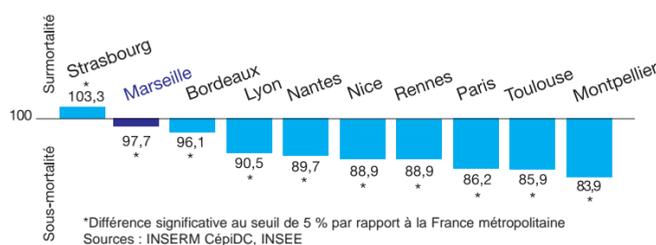
Indices comparatifs de mortalité générale en 1997-1999 (Base 100 = France métropolitaine)



*Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
 Sources : INSERM CépiDC, INSEE

- La situation est moins favorable que celle de 8 autres grandes villes.

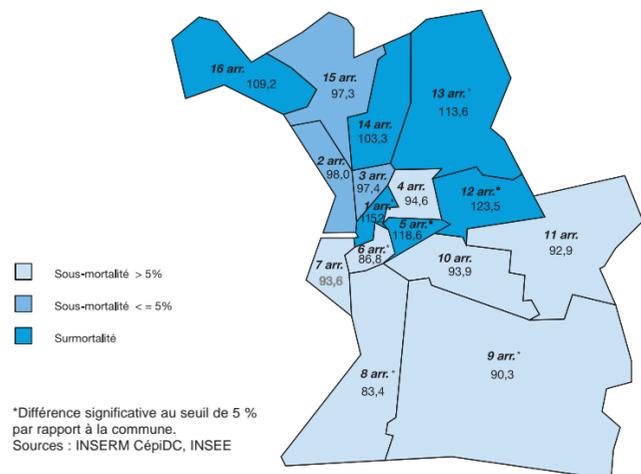
Indices comparatifs de mortalité générale, en 1997-1999, pour les grandes villes françaises, 2 sexes confondus (Base 100 = France métropolitaine)



*Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
 Sources : INSERM CépiDC, INSEE

- Il existe une différence importante entre les arrondissements : ceux du sud affichent une sous-mortalité significative par rapport à la moyenne de la ville.

Indices comparatifs de mortalité générale, en 1998-1999, par arrondissement, 2 sexes confondus (Base 100 = commune de Marseille)



■ Sous-mortalité > 5%
 ■ Sous-mortalité <= 5%
 ■ Surmortalité

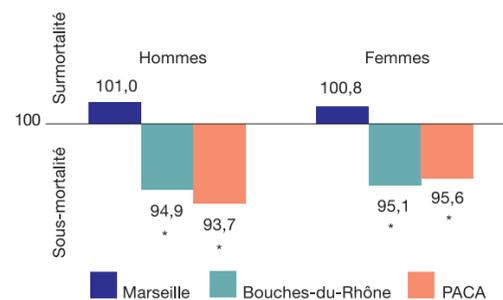
*Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la commune.
 Sources : INSERM CépiDC, INSEE

La mortalité prématurée

Sur la période 1997-1999, à Marseille, près d'un décès sur cinq est survenu avant 65 ans. Une forte différence existe cependant selon le sexe : plus d'1 décès sur 4 chez les hommes et environ 1 sur 8 chez les femmes.

- Il existe une surmortalité prématurée à Marseille par rapport au département et à la région.

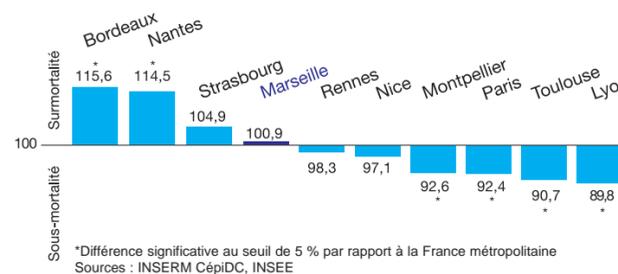
Indices comparatifs de mortalité avant 65 ans en 1997-1999 (Base 100 = France métropolitaine)



*Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
 Sources : INSERM CépiDC, INSEE

- Alors que Marseille est proche de la moyenne nationale, elle se situe en 4^{ème} position comparée aux 9 autres grandes villes de France.

Indices comparatifs de mortalité prématurée, en 1997-1999, pour les grandes villes françaises, 2 sexes confondus (Base 100 = France métropolitaine)



*Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
 Sources : INSERM CépiDC, INSEE

- Les quartiers sud présentent une sous-mortalité prématurée par rapport au reste de la ville.

La mortalité évitable

A Marseille, environ un décès prématuré sur deux pourrait être évité : 46,5 % chez les hommes et 42,6 % chez les femmes.

La lutte contre la mortalité évitable repose sur des actions différentes selon le sexe :

- Prévention des comportements à risques, principalement chez les hommes (tabagisme, alcoolisme...)
- Renforcement du dépistage et amélioration des soins pour les femmes, plus touchées par des cancers évitables par des actions de dépistage (cancers du sein et de l'utérus).

La mortalité prématurée comprend les décès survenant avant 65 ans.

Les causes de mortalité prématurée diffèrent de celles des décès survenant après 65 ans. Elles ont souvent un caractère évitable. Leur repérage permet d'évaluer de façon plus précise les besoins en matière de prévention.

Chez les 15-34 ans, les causes de mortalité prépondérantes sont les morts violentes (48 % des décès) et le Sida (10 %).
 Chez les 35-64 ans, la mortalité est dominée par les tumeurs (44 % des décès) et les maladies de l'appareil circulatoire (17 %).

Pathologies

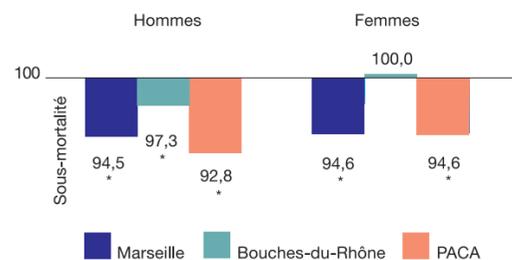
Les pathologies cardio-vasculaires provoquent un grand nombre de décès prématurés évitables. Elles associent plusieurs facteurs de risques : hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète, alimentation, mode de vie, tabagisme, que l'on peut réduire par des actions d'information auprès du grand public, le dépistage et une meilleure prise en charge médicale.

De 1997 à 1999, une moyenne de 2421 personnes sont décédées chaque année à Marseille des suites d'une maladie cardio-vasculaire : 1105 hommes et 1316 femmes. 3247 personnes sont admises annuellement en affections longue durée pour des maladies cardio-vasculaires.

Les maladies cardio-vasculaires

Bien que les maladies cardio-vasculaires soient, sur tout le territoire national, la première cause de décès, Marseille affiche, tout comme la région et quel que soit le sexe, une sous-mortalité significative par rapport à la France.

Indices comparatifs de mortalité par maladies cardio-vasculaires en 1997-1999 (Base 100 = France métropolitaine)



*Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

Au sein du groupe des affections cardio-vasculaires, la moitié des décès est due à deux types de pathologies :

- Accidents cardiaques (cardiopathies ischémiques) pour lesquels la sous-mortalité est particulièrement marquée chez les hommes comme chez les femmes à Marseille. Pour cette pathologie, seules 3 autres grandes villes françaises affichent une sous-mortalité plus importante.
- Maladies vasculaires cérébrales pour lesquelles la situation est moins favorable, notamment chez les hommes. Dans ce domaine, Marseille occupe une moins bonne place au sein des grandes villes (2^{ème} rang pour la mortalité).

Indices comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques et maladies vasculaires cérébrales, à Marseille, en 1997-1999 (Base 100 = France métropolitaine)

	Hommes	Femmes
Cardiopathies ischémiques	88,3*	84,7*
Maladies vasculaires cérébrales	104,7	93,8

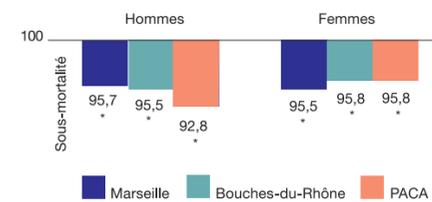
* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

Entre 1988-1990 et 1997-1999, à Marseille, la mortalité par accidents cardiaques a diminué de 30 % chez les hommes et de 34 % chez les femmes. Ces diminutions sont supérieures à celles qui sont observées au plan national pour la même période (respectivement 21 et 27 %).
Pour les maladies vasculaires cérébrales, la diminution est de 33 % chez les hommes et de 44 % chez les femmes, diminutions également supérieures à celles du niveau national (32 et 33 %).

Les cancers

La mortalité par cancer est significativement inférieure à la moyenne nationale, quel que soit le sexe.

Indices comparatifs de mortalité par tumeurs en 1997-1999 (Base100 = France métropolitaine)



*Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

Parmi les grandes villes françaises, 4 présentent une sous-mortalité plus marquée que Marseille.

Indices comparatifs de mortalité par cancers, en 1997-1999, pour les grandes villes françaises, 2 sexes confondus (Base 100 = France métropolitaine)



*Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

En ce qui concerne la répartition des décès par cancer sur Marseille, il apparaît que les arrondissements les plus touchés se situent au centre et au nord.

Entre 1988-1990 et 1997-1999, la mortalité par tumeur a diminué de façon plus importante à Marseille que pour l'ensemble de la France.

A partir de 45 ans, la mortalité par tumeur est deux fois plus importante chez l'homme que chez la femme. Pour la classe d'âge 45-64 ans, la part des tumeurs dans la mortalité générale est maximale : elle atteint 46 % chez l'homme et 51 % chez la femme et diminue ensuite.

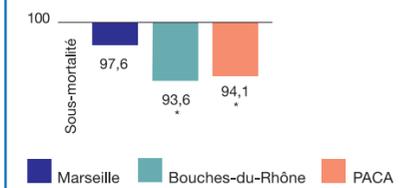
On note une sous-mortalité plus marquée à Marseille par rapport à la France, au département et à la région pour :

- les cancers du côlon et du rectum : -20 % chez les hommes, -13 % chez les femmes, par rapport à ce que l'on observe au plan national
- les cancers de l'utérus : -23 %
- les cancers de la prostate : -27 %.

Pour les cancers du sein, de l'utérus, du côlon-rectum et de la prostate, Marseille présente une situation favorable par rapport à l'ensemble des grandes villes françaises : la mortalité y est plus faible, notamment pour les tumeurs de l'utérus et de la prostate où elle affiche les meilleurs résultats.

Pour le cancer du sein, Marseille est proche du niveau national, contrairement au département et à la région où l'on constate une forte sous-mortalité.

Indices comparatifs de mortalité par cancer du sein chez les femmes en 1997-1999 (Base 100 = France métropolitaine)



*Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

Ceci est peut-être lié aux difficultés, lors des campagnes de dépistage, de sensibilisation des femmes en situation de précarité, plus nombreuses en milieu urbain. Cependant, il est à noter que la cité phocéenne se situe, pour cette pathologie, parmi les moins touchées des grandes villes de l'hexagone.

Le plan national de lutte contre le cancer mis en place par le gouvernement en mars 2003 s'articule autour de 5 grands axes : renforcer la prévention (tabac, alcool, risques professionnels et environnementaux), généraliser le dépistage (sein, côlon-rectum, col de l'utérus), favoriser la qualité des soins, améliorer les conditions de vie des malades et garantir leurs droits, coordonner la recherche.

Les cancers les plus fréquents chez l'homme sont ceux du poumon, de la prostate et du côlon-rectum ; chez la femme, ceux du sein, du côlon-rectum et du poumon.

Entre 1997 et 1999, à Marseille, alors que le nombre de personnes admises chaque année en affections longue durée pour cancer est de 3258, le nombre annuel moyen de décès par cancer est de 2092. Pour le cancer du sein, les chiffres sont respectivement de 741 et 160.

Pathologies

Différents travaux épidémiologiques menés depuis une dizaine d'années montrent que l'asthme est une cause de plus en plus importante de mortalité et de morbidité.

Les liens entre les affections respiratoires, et d'une part le tabagisme, et d'autre part les facteurs environnementaux, sont bien établis.

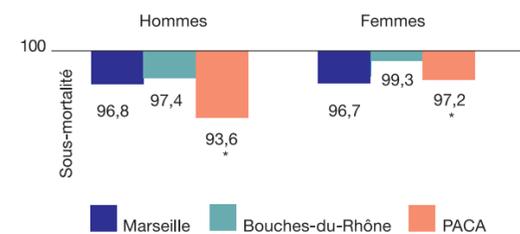
On a pu noter, entre les périodes 1988-1990 et 1997-1999, une nette augmentation de la mortalité, de façon plus marquée chez les femmes (+ 22 %) que chez les hommes (+ 7%), contrairement au niveau national où la mortalité est restée stable pour les femmes et a diminué pour les hommes.

A Marseille, entre 1997 et 1999, le nombre annuel moyen de décès par insuffisance respiratoire est de 648 et on note 302 admissions en affections longue durée pour cette même pathologie en moyenne annuelle 2001-2002.

Les maladies respiratoires

● La mortalité liée aux maladies respiratoires aiguës ou chroniques, autres que la tuberculose et les tumeurs (pneumonie, asthme, bronchite, grippe, etc.), est proche à Marseille de ce que l'on observe au niveau national.

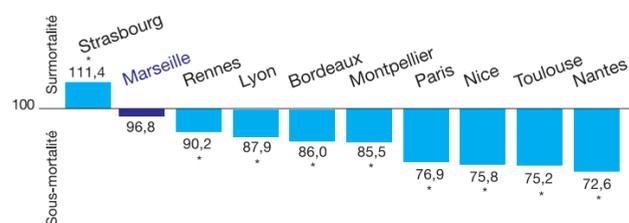
Indices comparatifs de mortalité par maladies respiratoires en 1997-1999 (Base 100 = France métropolitaine)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

● La situation de la cité phocéenne est moins favorable que celle de 8 autres grandes communes françaises.

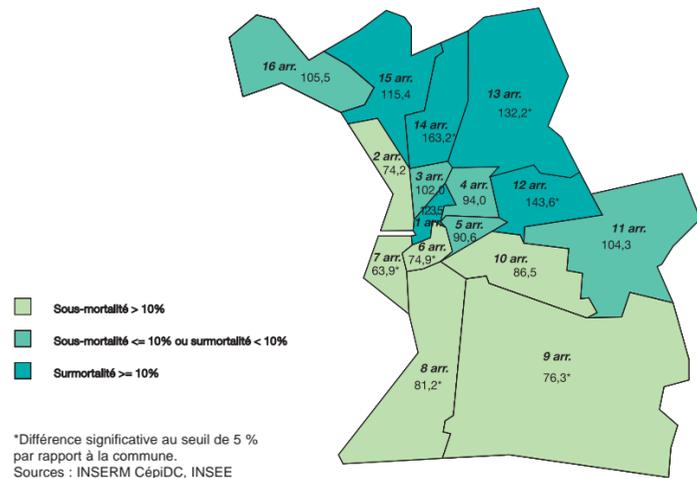
Indices comparatifs de mortalité par maladies respiratoires, en 1997-1999, pour les grandes villes françaises, 2 sexes confondus (Base 100 = France métropolitaine)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

● Les arrondissements les plus touchés sont situés dans la partie nord de la ville.

Indices comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, en 1998-1999, par arrondissement (Base 100 = Commune de Marseille)

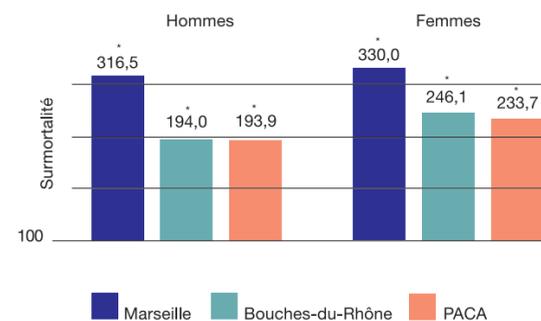


*Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la commune.
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

L'infection par VIH et Sida

● Il existe à Marseille une surmortalité significative par Sida par rapport à la France, chez les hommes comme chez les femmes, encore plus marquée que pour le département et pour la région.

Indices comparatifs de mortalité par Sida en 1997-1999 (Base 100 = France métropolitaine)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

Au sein des grandes villes, Marseille se situe en 3^{ème} position après Nice et Paris.

● Le nombre de décès par Sida à Marseille suit l'évolution nationale, régionale et départementale : augmentation régulière jusqu'en 1995, puis chute importante liée à l'introduction des trithérapies et stabilisation à partir de 1997. Une légère remontée est observée en 1999 dans la ville comme dans le département : ce phénomène, qui devra être confirmé par les statistiques des années suivantes, pourrait s'expliquer par un plus grand nombre de personnes atteintes et non prises en charges, volontairement ou non.

Evolution du nombre de décès par Sida entre 1990 et 1999*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Marseille	87	110	125	170	170	174	135	43	41	52
B-d-R	140	168	199	256	265	268	214	72	57	78
PACA	415	535	579	714	745	754	554	181	217	152
France métro.	2 785	3 551	4 140	4 549	4 860	4 733	3 490	1 287	1 013	978

* En 2003, les données de mortalité par Sida les plus récentes disponibles datent de 1999. L'InVS possède des données sur le nombre de cas de Sida décédés par an, mais ces informations ne sont pas exhaustives (seuls 56 % des décès par Sida survenus dans les Bouches-du-Rhône en 1999 ont été comptabilisés).

Source : INSERM CépiDC

Marseille appartient à la 2^{ème} région la plus touchée de France métropolitaine ; la contamination liée à l'usage de drogues par voie intraveineuse y est, depuis le début de l'épidémie, près de 2 fois supérieure à la moyenne nationale (respectivement 51 % et 27 %)*. Mais, alors que ce mode de contamination était le plus fréquent pour les nouveaux cas de Sida jusqu'en 1996, il a été dépassé, depuis lors, par le mode de contamination hétérosexuelle : 47 % des nouveaux cas en 2002 dans les Bouches-du-Rhône.

* Source : Institut de Veille Sanitaire (InVS)

On estime aujourd'hui que, dans le monde, 40 millions de personnes sont contaminées par le VIH, dont plus de 25 millions en Afrique et 600 000 en Europe occidentale.

En France, selon l'Institut de Veille Sanitaire, le nombre de personnes vivantes atteintes du Sida au 30 juin 2001 est estimé à 25 000. Le nombre total de décès depuis le début de l'épidémie se situe autour de 38 000.

En France, sur l'ensemble des cas cumulés, 44 % des malades ont été contaminés lors de rapports homosexuels, 23 % lors de l'usage de drogue par voie intraveineuse et plus de 20 % lors de rapports hétérosexuels.

Un nouveau système de surveillance, basé sur la déclaration obligatoire et anonyme des cas de Sida mais aussi sur celle des nouveaux tests positifs pour le VIH, est mis en place au niveau national depuis février 2003. Il devrait permettre de suivre la dynamique de l'épidémie. Cependant, ces données ne fourniront pas, pour des raisons de confidentialité, d'information sur la répartition géographique des cas à un niveau plus fin que le département.

Pathologies

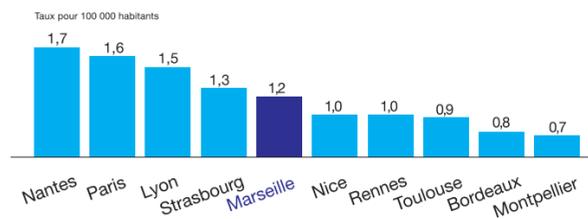
Comportements à risques

La diminution constante de l'incidence de la tuberculose constatée depuis 1980 a été ralentie dans les années 1990, notamment en raison du développement de l'épidémie de sida qui affaiblit les défenses immunitaires face à cette maladie.

La tuberculose

Alors que la mortalité à Marseille est proche de ce qui est observé au niveau de la France, la cité phocéenne occupe une position médiane parmi les grandes villes.

Taux de mortalité brut par tuberculose, en 1997-1999, pour les grandes villes françaises, 2 sexes confondus

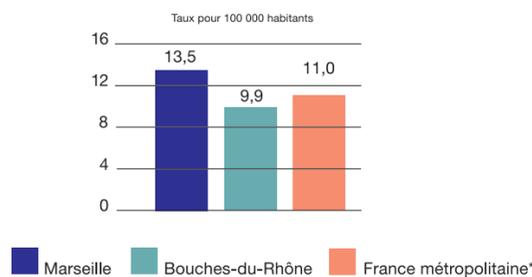


Sources : INSERM CépiDC, INSEE

Entre 1988-1990 et 1997-1999, la mortalité a connu une diminution moindre à Marseille que pour le territoire national.

L'incidence de la tuberculose à Marseille (13,5 pour 100 000 habitants) est plus importante que celle observée en France (11 pour 100 000 habitants) et dans le département (9,9 pour 100 000 habitants).

Incidence moyenne annuelle de la tuberculose en 1999-2001



* En 1999
Sources : DDASS, InVS, INSEE

Les quartiers les plus concernés se situent au nord et au centre, où l'on constate la plus forte incidence : 41 et 43 pour 100 000 habitants dans les 1^{er} et 2^{ème} arrondissements en 1999-2001, contre une moyenne de 13,5 pour 100 000 habitants sur la ville à la même période.

La vaccination par le BCG est, à ce jour, obligatoire. La couverture vaccinale à Marseille varie de 82,6 % à Bonneveine (8^{ème}) à 94,9 % aux Lauriers (13^{ème}). La couverture moyenne en France est de 84 %.

L'incidence constitue le nombre de nouveaux cas d'une maladie répertoriés sur une période donnée, (sur une année par exemple).

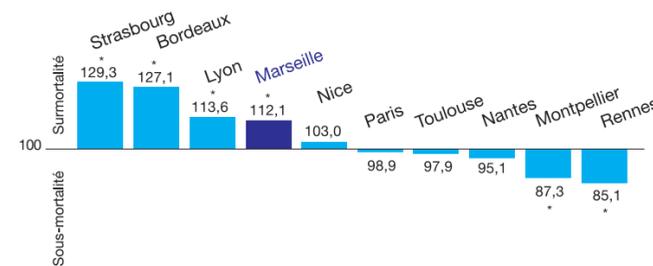
Sur la période 1999-2001, 109 cas de tuberculose ont été diagnostiqués annuellement à Marseille.

Le tabac

Marseille affiche une surmortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon de 13,7 % chez les hommes et de 4,5 % chez les femmes par rapport au niveau national. Pour les autres causes de décès liées au tabac (bronchites chroniques, cardiopathies ischémiques), il existe une sous-mortalité pour les deux sexes.

Parmi les grandes communes françaises, Marseille est la 4^{ème} ville la plus touchée par les bronchites chroniques et le cancer du poumon, mais elle connaît une situation plus favorable pour les cardiopathies ischémiques.

Indices comparatifs de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, en 1997-1999, pour les grandes villes françaises, 2 sexes confondus (Base 100 = France métropolitaine)

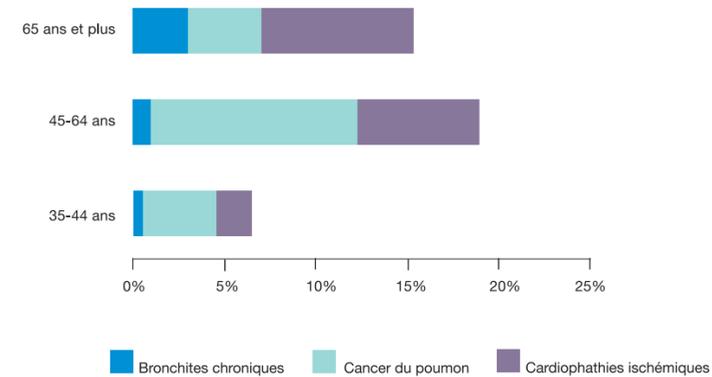


* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

Alors que les décès par cancer du poumon et bronchite chronique diminuent chez les hommes, ils progressent chez les femmes tout comme au niveau national, en raison probablement de l'augmentation du tabagisme féminin.

La part de décès liés au tabagisme atteint à Marseille 19,4 % dans la tranche d'âge 45-64 ans, soit une proportion proche du niveau national.

Part des décès liés au tabac dans la mortalité, toutes causes confondues, en fonction du groupe d'âge, à Marseille, en 1997-1999



Source : INSERM CépiDC

En France, le tabac est responsable de 12 % des décès dont la moitié survient avant 65 ans.

- Les risques liés au tabac sont multiples :
- accidents vasculaires cardiaques et cérébraux (notamment chez la femme quand l'usage de tabac est associé à la prise de contraceptifs oraux),
 - artérite des membres inférieurs,
 - cancer du poumon,
 - bronchite chronique,
 - cancer des voies aérodigestives, supérieures (surtout si associé à l'alcool).

Le tabagisme passif subi pendant la grossesse peut entraîner un poids réduit chez le nouveau-né et la survenue d'infections des voies respiratoires dans la 1^{ère} année de vie de l'enfant. Pour les personnes subissant le tabagisme passif, le risque de survenue de cancer du poumon et de maladies cardio-vasculaires augmente.

En 2000, parmi les 18-75 ans, 40 % des hommes et 31,7 % des femmes déclarent fumer ne serait-ce que de temps en temps. La tendance actuelle est la diminution de l'usage de tabac pour les hommes et l'augmentation pour les femmes.

Près d'un jeune sur deux est fumeur : l'expérimentation du tabac est courante chez les jeunes des 2 sexes de 17 à 19 ans (enquête ESCAPAD 2002), la première cigarette de la journée est très majoritairement fumée dès le matin avant l'école ou le travail : environ 10 % des jeunes fumeurs ont une forte dépendance au tabac.

Suite aux affections liées au tabac, 1196 décès annuels en moyenne sont comptabilisés à Marseille, entre 1997 et 1999.

Comportements à risques

Depuis le milieu des années soixante, la consommation d'alcool est en baisse continue en France.

Etant donné le développement lent des maladies chroniques dues à l'alcool, la situation actuelle est le reflet d'une exposition au risque s'étendant sur les 20 dernières années.

A côté des risques évoqués ci-contre, les autres dangers liés à la prise excessive d'alcool sont multiples :

- violences sur les proches (séviesses sur conjoint et enfants),
- suicides et homicides,
- risques pour le fœtus liés à l'alcoolisation des femmes enceintes.

Les pratiques d'alcoolisation changent, notamment chez les jeunes : bien que restant excessive, la consommation devient plus ponctuelle et elle est souvent associée à celle d'autres produits ("alcoool défoncé" de fin de semaine).

Implication de la consommation d'alcool dans les accidents de la circulation : en 2002, sur l'ensemble de la France

- 10 % des accidents corporels et 30 % des accidents mortels pour les véhicules légers.
- 26 % des accidents mortels impliquant les conducteurs de 2 roues.

A Marseille, le nombre annuel moyen de décès liés à l'alcool s'élevait à 243 entre 1997 et 1999.

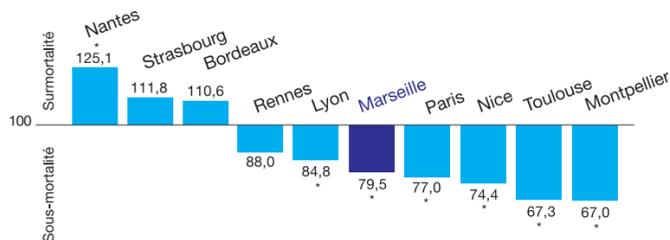
L'alcool

Marseille affiche une sous-mortalité pour les trois principales causes de décès liées à l'alcoolisme chez les hommes - cirrhose du foie, cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et psychose alcoolique/alcoolisme - par rapport à la France métropolitaine. Chez les femmes, une légère surmortalité est observée pour les cancers des VADS.

La situation est un peu moins favorable que celle du département pour ces pathologies.

● Parmi les 10 plus grandes villes françaises, la cité phocéenne occupe une place médiane pour les cancers des VADS.

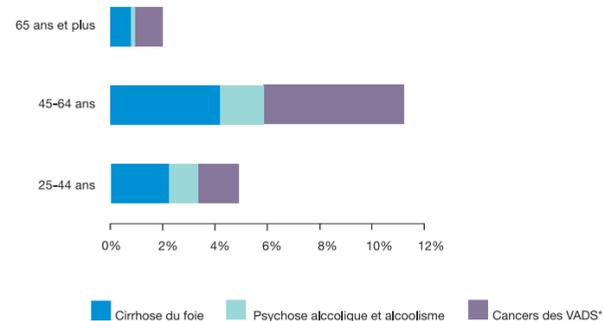
Indices comparatifs de mortalité par cancers des VADS, en 1997-1999, pour les grandes villes françaises, 2 sexes confondus (Base 100 = France métropolitaine)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

● La part de décès imputables à une consommation excessive d'alcool atteint 10,7 % chez les personnes de 45 à 64 ans. Cette part est inférieure à celles du département (11,7 %) et de la France (15,4 %).

Part des décès liés à l'alcool dans la mortalité, toutes causes confondues, en fonction du groupe d'âge, à Marseille, en 1997-1999



* Voies aéro-digestives supérieures (cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx)
Source : INSERM CépiDC

L'usage de drogues illicites Les toxicomanies

● En 1999, une enquête ORS-PACA estimait à près de 6000 le nombre d'usagers de drogues à problèmes dans l'agglomération marseillaise. Cette prévalence de plus de 10 toxicomanes pour 1000 habitants de 15 à 59 ans était cependant inférieure à celle de l'agglomération niçoise (15,3 pour 1000). A la même époque, près de 700 toxicomanes domiciliés dans les Bouches-du-Rhône étaient pris en charge dans les établissements de Marseille, la majorité dans des établissements spécialisés.

● La phase pilote de l'étude "Coquelicot", menée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) à Marseille en 2002, a confirmé l'évolution des tendances récentes chez les usagers de drogue : chute des consommations de produits illicites au profit des produits de substitution et des médicaments psychotropes et baisse importante des comportements d'injection.

Ainsi, les taux de vente de Stéribox (trousses de prévention contenant 2 seringues jetables, du matériel stérile et un préservatif), de Subutex® et de flacons de Méthadone (produits de substitution) suivent la même évolution que les taux nationaux et départementaux mais leur restent très supérieurs (environ 2 fois par rapport aux taux nationaux) .

● Par ailleurs, l'étude "Coquelicot" indique, chez les usagers de drogue, une prévalence de l'infection par le VIH de 22 % et celle par le virus de l'hépatite C (VHC) de 73 %.

● Ces données montrent, hormis le problème de la contamination par le VHC, un certain succès de la politique de réduction des risques depuis 1987 : mise à disposition de matériel d'injection stérile, programmes d'échange de seringues, traitements de substitution, etc. Par l'installation de huit automates récupérateurs-distributeurs de seringues stériles sur son territoire et par un soutien actif à cette politique, Marseille est aujourd'hui considérée comme ville-pilote en la matière.

La prévalence est la proportion de personnes touchées par une maladie au sein d'une population à un moment donné.

Phénomène de société, l'usage de drogues est passé de la marginalité et de l'exotisme à la consommation de masse dans l'ensemble des pays occidentaux.

En France, en 1999, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies estimait entre 150 000 et 180 000 le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne "à problèmes".

La politique française de lutte contre la toxicomanie, outre la répression du trafic et de l'usage des stupéfiants, propose, depuis plusieurs années, des alternatives thérapeutiques (soins gratuits et anonymes, sevrages, traitements de substitution...) ainsi que des mesures préventives pour enrayer l'impact dévastateur des infections par les virus du Sida et des hépatites.

Depuis 1994, le nombre de décès par surdose a fortement diminué en France (546 en 1994, 107 en 2001) alors qu'il avait presque triplé entre 1986 et 1994.

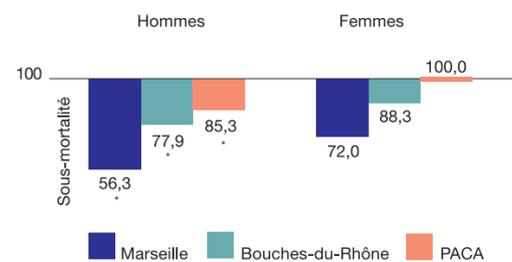
Comportements à risques



Les suicides

● A Marseille, la mortalité par suicide est inférieure à la moyenne nationale chez les hommes (- 44 %) et l'écart à la moyenne nationale est plus important que pour le département et la région. La situation pour les femmes est, en revanche, plus proche du niveau national.

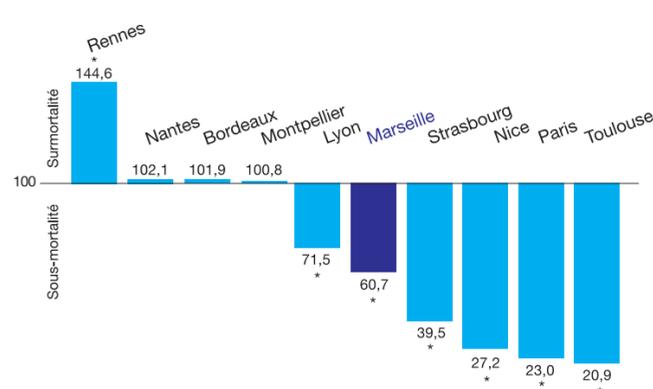
Indices comparatifs de mortalité par suicide en 1997-1999 (Base 100 = France métropolitaine)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

Parmi les 10 plus grandes communes, Marseille occupe une place médiane.

Indices comparatifs de mortalité par suicide, en 1997-1999, pour les grandes villes françaises, 2 sexes confondus (Base 100 = France métropolitaine)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

● Chez les hommes comme chez les femmes, entre 1988-1990 et 1997-1999, la mortalité par suicide a fortement diminué à Marseille et ce, de façon plus importante que sur le département, la région et la France.

● A Marseille, la proportion de décès par suicide parmi l'ensemble des décès est maximale entre 25 et 34 ans chez les hommes (12,4 %) comme chez les femmes (13,6 %).

● Le suicide est la 2^{ème} cause de mortalité chez les jeunes de 15-24 ans.

Acte isolé le plus souvent, le suicide, avec plus de 10 000 décès par an, est un problème de santé publique majeur : dans l'espace européen, la France occupe le 4^{ème} rang pour les hommes et le 5^{ème} pour les femmes pour le taux de mortalité par suicide.

En France, on estime au minimum à 150 000 le nombre annuel de tentatives de suicide, celles-ci n'étant pas systématiquement recensées.

Les caractéristiques des personnes qui décèdent par suicide diffèrent de celles qui effectuent une tentative : schématiquement, les premières sont souvent plus âgées et de sexe masculin, et les secondes jeunes et de sexe féminin.

A Marseille, le nombre annuel moyen de décès par suicide s'élève à 89 sur la période 1997-1999.

Les accidents de la circulation

● On observe, à Marseille, une sous-mortalité par accidents de la circulation pour les deux sexes.

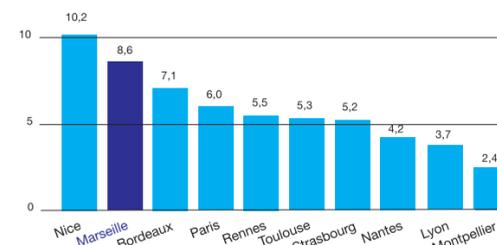
Mais cette appréhension plutôt positive de la situation est à nuancer :

- Selon la classe d'âge concernée, le taux de mortalité est 3 à 4 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
- Marseille occupe le 4^{ème} rang, parmi les 10 plus grandes villes de France, quant au nombre de décès suite à des accidents de la circulation.

● Sur la période 1999-2001, à Marseille, 37,7 % d'accidents mortels concernent des conducteurs de véhicules légers ; 41,8 % des blessés graves sont des usagers de deux-roues.

● Les accidents de circulation touchent particulièrement les jeunes de moins de 25 ans : sur ce point, Marseille occupe la 2^{ème} place après Nice.

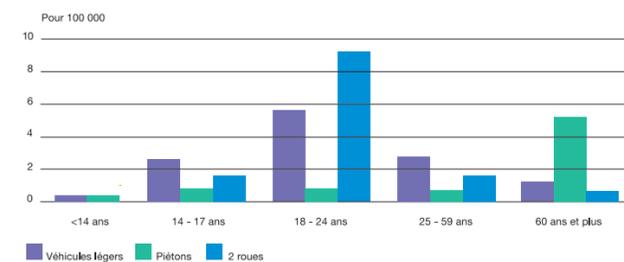
Nombre de tués et de blessés de moins de 25 ans par accident de la circulation, en 2001 pour 1000 habitants de moins de 25 ans, pour les grandes villes françaises.



Sources : Observatoire de la Sécurité Routière, INSEE

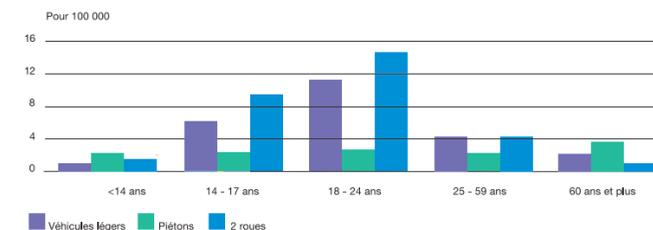
Chez les 14-24 ans, les accidents de deux-roues constituent la première cause de blessures graves ou de décès, liés aux accidents de la circulation.

Taux de mortalité par accident sur la voie publique, par catégorie d'usagers, à Marseille, en 1999-2001



Sources : DRE PACA, INSEE

Taux de blessés graves par accident sur la voie publique, par catégorie d'usagers, à Marseille, en 1999-2001



Sources : DRE PACA, INSEE

En 2003, la mortalité par accidents de la circulation au niveau national a connu une baisse importante et sans précédent : moins de 6000 morts (près de 8000 en 2002).

La sous-mortalité par accidents de la circulation est une caractéristique habituelle des populations urbaines. En effet, les accidents de la route sont plus fréquents en milieu urbain mais plus graves à la campagne, notamment sur les routes départementales.

Groupes de population



La mère et l'enfant

La maternité

● A Marseille, le taux de fécondité a augmenté entre 1998 et 2001 pour toutes les classes d'âge, sauf pour les femmes de 25 à 29 ans qui sont à l'origine de 30 % des naissances en 2001. Il est plus élevé dans la partie nord-ouest de la ville.

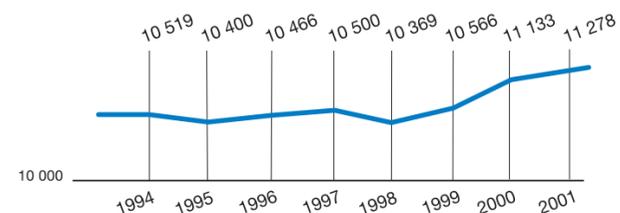
● De la même manière que pour l'ensemble du territoire national, la natalité est en augmentation depuis quelques années à Marseille.

Le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances issues de mères d'un âge donné au nombre de femmes de ce même âge.

Le taux de natalité exprime le nombre de naissances pendant un an au sein d'une population donnée.

Le taux de natalité en France est de 1,9 en 2001, dépassant la moyenne européenne (1,45 depuis 1993).

Evolution du nombre des naissances domiciliées à Marseille de 1994 à 2001



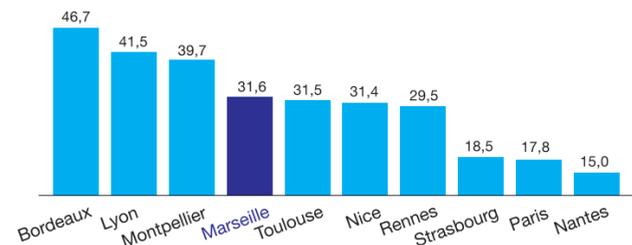
Naissance domiciliées : naissances comptabilisées au domicile de la mère. Les naissances domiciliées à Marseille comprennent tous les enfants dont la mère habite Marseille, que cette dernière y ait accouché ou non.
Sources : INSEE Etat Civil, Direction Etat Civil Central de la ville de Marseille

● La proportion des mères âgées de moins de 18 ans et celle des mères sans profession à Marseille sont légèrement plus élevées que les proportions départementales respectives.

● Le taux d'Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) pour 1000 femmes en âge de procréer à Marseille est supérieur à ceux du département et de la région, ce qui est dû à des taux plus élevés chez les femmes de plus de 25 ans.

Parmi les 10 plus grandes villes françaises, Marseille affiche le 4^{ème} taux le plus élevé d'IVG pour 1000 femmes en âge de procréer (31,6 pour 1000 contre 13,5 pour 1000 au plan national).

Taux d'IVG enregistrées pour 1000 femmes de 15 à 49 ans, en 2000, pour les grandes villes françaises



Sources : DREES SAE, INSEE

Les taux d'IVG les plus élevés sont concentrés dans les arrondissements du cœur de la ville.

Le taux d'IVG pour 100 conceptions a augmenté de 11,7 % entre 1997 et 2000, contrairement à la situation nationale qui semble stabilisée.

L'enfance

● A Marseille, le taux de prématurité et de naissances de petit poids est légèrement supérieur à celui du département.

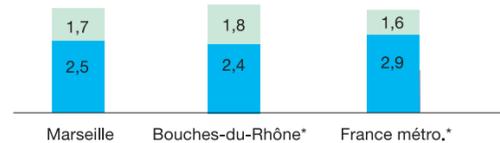
Pourcentage de naissances prématurées et de nouveaux-nés pesant moins de 2500 g, à Marseille, en 1998 et 2001

(en %)*	Marseille		Bouches-du-Rhône		France Métro.
	1998	2001	1998	2001	1995
Naissances < 37**	5,5	6,0	5,3	5,9	5,0
dont < 34	1,7	1,6	1,4	1,4	/
Nouveaux nés < 2 500 g	7,1	6,9	6,9	6,6	5,8
dont < 2 000 g	2,2	2,2	2,1	2,0	/

* Pour 100 certificats du 8^{ème} jour exploitables
** Semaines d'aménorrhée
Sources : Certificats du 8^{ème} jour - Conseil général - Direction de la PMI et de la santé, conseils généraux.

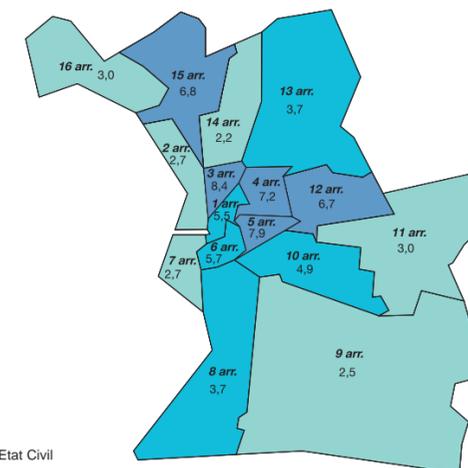
● La mortalité infantile est un peu moindre à Marseille (4,2 pour 1000 naissances vivantes) qu'en France (4,5 pour 1000).

Taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes, à Marseille, en 1998-1999



* Sur la période 1998-2000
Source : INSEE

● Parmi les grandes villes françaises, Marseille occupe une position médiane.
● Les zones situées dans le centre-est de la commune et le 15^{ème} arrondissement affichent les taux les plus élevés de mortalité infantile.



■ [2 - 3]
■ [3 - 6]
■ [6 - 9]

Sources : INSERM CépiDC, INSEE Etat Civil

La prématurité est définie par un terme inférieur à 37 semaines d'aménorrhée et la grande prématurité par un terme inférieur à 33 semaines.

Le taux de mortalité infantile est le quotient du nombre des décès d'enfants de moins d'1 an rapporté au nombre de naissances vivantes de l'année.

La mortalité néonatale comprend les décès survenus avant le 28^{ème} jour de vie. Elle est due principalement aux malformations congénitales, à la souffrance fœtale, à la prématurité.

La mortalité post-néonatale correspond aux décès d'enfants âgés de 28 jours à 1 an. La mort subite du nourrisson en est la principale cause.

A Marseille, pour les enfants de moins de 5 ans, on a pu observer une diminution de la mortalité, toutes causes confondues, entre 1988-1990 et 1997-1999 de -72 % contre -40 % au niveau national.

On note, par contre, sur la même période, un taux constant de mortalité par accident pour les 5-14 ans.

Groupes de population

Les jeunes

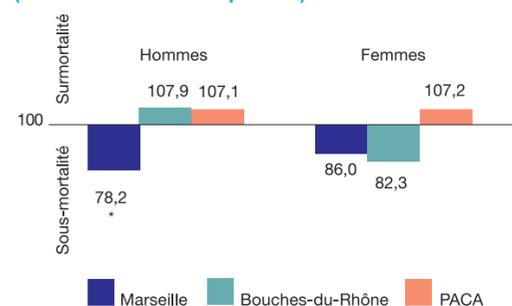
Si, en France, les jeunes de 12 à 25 ans sont majoritairement en bonne santé, la mortalité juvénile reste préoccupante car cette population est principalement concernée par les morts violentes : les accidents de la circulation et les suicides représentent les 2 principales causes de décès.

En France, l'âge moyen du premier rapport sexuel est 17,5 ans pour les garçons et 18,7 ans pour les filles.

Les comportements à risques en matière d'alimentation, de tabac, d'alcool, de drogue, de sexualité, exposent les jeunes à une dégradation de leur état de santé à plus ou moins longue échéance.

Pour les 15-24 ans, Marseille présente une forte sous-mortalité (- 20 %) par rapport à la France métropolitaine, ce qui n'est le cas ni dans le département ni dans la région.

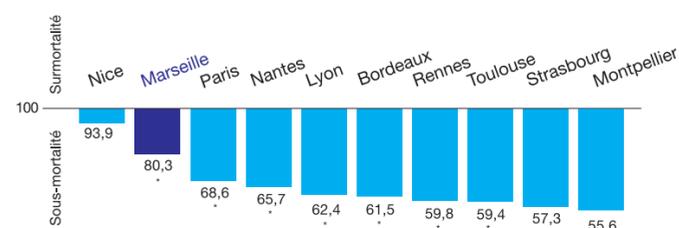
Indice comparatif de mortalité générale chez les 15-24 ans, en 1997-1999 (Base 100 = France métropolitaine)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

Ceci s'explique par une forte sous-mortalité par suicide chez les garçons, par rapport à la moyenne nationale, les filles se situant près de celle-ci. Il faut noter que, toutes causes confondues, le taux de mortalité est 2 fois plus élevé chez les garçons que chez les filles. Cette situation relativement favorable sur Marseille est nuancée par le fait que la cité phocéenne est la 2^{ème} ville la plus touchée parmi les 10 grandes villes françaises concernant la mortalité des 15-24 ans.

Indices comparatifs de mortalité générale des 15-24 ans, en 1997-1999, pour les grandes villes françaises, 2 sexes confondus (Base 100 = France métropolitaine)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

En France :
• 66 % des jeunes de 15 ans ont déjà fumé une cigarette et un tiers a connu un état d'ivresse.
• Il a été proposé à près de la moitié des jeunes de 16 à 29 ans des produits psychoactifs illicites, essentiellement du cannabis.

• Près de 90 % des 15-19 ans et 76 % des 20-25 ans déclarent avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel.
• En 2003, 11,1 % des garçons et 12,8 % des filles, âgés de 15 à 24 ans, présentent un excès de poids.

Les personnes âgées

La vie à domicile

● A Marseille, la proportion de personnes âgées vivant à domicile est plus importante que sur l'ensemble du territoire national.

Personnes âgées vivant à domicile	60 ans et +	75 ans et +
Marseille	96,2 %	93,8 %
France	95,4 %	90,1 %

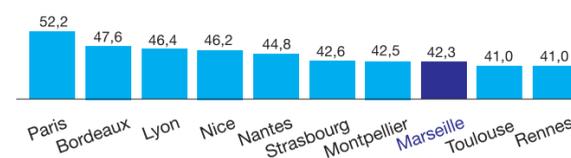
Source : INSEE RP99

À partir de 60 ans, on compte une proportion plus importante de personnes âgées, en majorité des femmes, vivant seules à domicile à Marseille que sur l'ensemble du territoire français.

Pour les 75 ans et plus, les proportions sont de 42,3 % à Marseille et de 38,2 % en France en 1999.

Parmi les 10 grandes villes françaises, Marseille présente une des proportions les plus faibles de personnes âgées vivant seules à domicile.

Part des personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules à domicile, en 1999, pour les grandes villes françaises



Source : INSEE

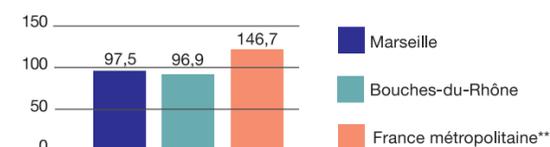
La part des personnes âgées vivant seules est particulièrement élevée dans les arrondissements du centre.

● En juin 2003, le taux d'équipement en soins infirmiers à domicile est inférieur à celui de la France : 12,4 contre 14,7 pour 1000 habitants de 75 ans et plus.

La vie en collectivité

● On constate que Marseille dispose d'un faible taux d'équipement en logements collectifs pour personnes âgées par rapport à la moyenne nationale et aux autres grandes villes françaises.

Nombre de places en hébergement collectif, pour 1000 habitants de 75 ans et plus, en juin 2003



* Maisons de retraites, logements foyers et services long séjour
** Au 1^{er} janvier 2001
Sources : DRASS, INSEE

● Cependant, les structures existantes sont mieux équipées en matière d'hébergement médicalisé permettant d'assurer des soins médicaux et paramédicaux (sections de cure médicale) : 64,9 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus contre 35,6 pour 1000 habitants de 75 ans en France.

En 1999, 21,3 % de la population française est âgée de 60 ans et plus, 23 % à Marseille. La vie à domicile reste très majoritaire pour l'ensemble des personnes âgées partout en France.

Logements collectifs pour personnes âgées

Les logements-foyers sont des logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif. Les maisons de retraite offrent un ensemble de prestations, du repas au logement, complétées par divers services spécifiques. Les structures médicalisées se composent des unités de soins de longue durée et des sections de cure médicale créées dans les établissements d'accueil.

Groupes de population

Environnement

Les personnes handicapées

A Marseille, par rapport au département et à la France, une proportion plus élevée de personnes handicapées perçoit les allocations spécifiques.

L'enfant

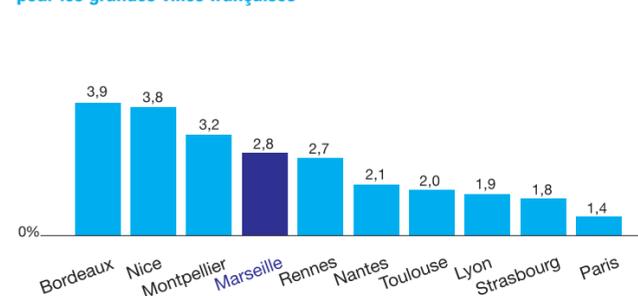
- En 2001, on dénombre à Marseille 1515 bénéficiaires de l'AES, soit près de 8 bénéficiaires pour 1000 personnes de moins de 20 ans, taux plus élevé qu'au niveau national (6,9) et en augmentation de 9 % depuis 1998.
- Pour dépister le plus tôt possible les déficiences chez l'enfant de 0 à 6 ans, Marseille dispose de 670 places dans les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP).
- Pour permettre l'intégration des enfants et des jeunes handicapés et soutenir leur entourage, 376 places sont offertes en Service d'Éducation Spéciale et de Soins à domicile (SESSAD).
- 578 places en établissements spécialisés sont attribuées aux enfants handicapés, dont 52 % pour les jeunes déficients intellectuels.
- Sur plus de 72 000 enfants scolarisés à Marseille en 2002-2003, 127 enfants handicapés sont en intégration scolaire, dont 73 % de façon individuelle.

L'adulte

- En 2001, 11 828 adultes handicapés ont bénéficié de l'AAH, soit 27,7 pour 1000 habitants de 20 à 59 ans. Ce nombre a augmenté de 11 % entre 1998 et 2001.

Parmi les grandes villes, Marseille présente le 4^{ème} taux d'allocataires de l'AAH le plus élevé.

Pourcentage d'allocataires de l'AAH parmi la population de 20-59 ans, en décembre 2001, pour les grandes villes françaises



Sources : CNAF, CCMSA, INSEE

- Marseille compte :
 - 335 places en foyers d'hébergement pour les travailleurs handicapés,
 - 325 places en foyers de vie pour handicapés inaptes au travail,
 - 234 places en maisons d'accueil spécialisées pour handicapés dépendants.

Globalement, le taux d'équipement reste plus faible à Marseille qu'en France, hormis pour les maisons d'accueil spécialisées.

En 2003, Marseille compte 1096 places d'établissements de travail protégé : les Centres d'Aide par le Travail (CAT) en offrent 1084.

Les arrondissements situés dans la partie nord affichent des taux supérieurs à la moyenne communale pour l'AES et l'AAH.

L'Allocation d'Éducation Spéciale (AES) est versée aux personnes ayant la charge d'un enfant de moins de 20 ans souffrant d'une incapacité permanente d'au moins 80 %, ou comprise entre 50 et 80 %, s'il bénéficie d'un placement en établissement spécialisé ou de soins spécialisés à domicile.

L'intégration individuelle permet à l'enfant d'être scolarisé dans une classe normale, avec un éventuel accompagnement éducatif individuel. L'intégration collective est réalisée dans des classes à effectif réduit avec un enseignant spécialisé.

L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) est versée aux personnes atteintes d'une incapacité d'au moins 80 % ou comprise entre 50 et 80 % lorsque le handicap empêche l'accès à l'emploi.

Les adultes handicapés peuvent intégrer des foyers de vie, s'ils sont autonomes, ou des maisons d'accueil spécialisées, en cas de dépendance, avec nécessité de surveillance médicale.

L'eau potable

Les eaux de consommation sont distribuées par la Société des Eaux de Marseille qui effectue un auto-contrôle permanent.

La Direction Santé Environnement de la Ville de Marseille effectue chaque année 2000 contrôles réglementaires. Ces contrôles sont pratiqués à 2 niveaux : sites de production et réseaux de distribution.

A Marseille, les eaux de consommation se révèlent conformes aux normes imposées par le décret 1220 du 19/12/2001 et sont, en particulier, d'une bonne qualité bactériologique, respectant de surcroît les teneurs en nitrate, en plomb et en pesticides. En 2000, pour les nitrates, la teneur moyenne des eaux distribuées était inférieure à 25mg par litre (teneur maximale admissible : 50 mg /l).

L'eau de baignade

La mer

En 2002, 76 % des prélèvements effectués ont été classés de bonne qualité. C'est un résultat positif, sachant que plus de 600 prélèvements sont réalisés par la Direction Santé Environnement tout au long de la saison balnéaire (du 15 mai au 15 septembre) sur 25 sites situés en zone urbaine, au sein d'une métropole de 800 000 habitants.

Les piscines

A raison d'une fois par mois, 140 sites sont contrôlés sur le territoire de la commune (piscines municipales, bassins des clubs de sport, piscines de copropriétés et d'hôtels...). La plupart se révèlent conformes (63 % de bonne qualité). Cette surveillance permet d'interdire toute baignade en cas de non conformité, obligeant le responsable du site à l'affichage du résultat dans l'attente du traitement approprié qui en permet la réouverture.

En France, les problèmes de santé liés à l'eau sont davantage en rapport avec son usage récréatif qu'avec la consommation d'eau polluée.

Les risques liés à l'ingestion d'eau peuvent être des contaminations accidentelles par des bactéries, des virus, des parasites ou des intoxications par des éléments toxiques d'origine chimique, le plus souvent absorbés à faible dose pendant une longue période.

Les critères de contrôle de l'eau sont de plus en plus sévères, les paramètres de plus en plus nombreux.

L'air

Depuis les années 1970, la pollution atmosphérique a connu une évolution radicale. Les mesures de contrôle et l'évolution des modes de production ont permis une réduction des émissions de polluants liées au chauffage et aux activités industrielles (dioxyde de soufre). Les émissions produites par les transports sont désormais au premier plan et les niveaux de polluants dans ce domaine (oxyde d'azote, ozone, particules fines) connaissent une évolution moins favorable.

La moyenne annuelle des émissions de SO₂ ne dépasse pas les normes. Marseille occupe la 6^{ème} position des villes les plus polluées, au même niveau que Paris mais derrière des sites où les industries pétrochimiques sont très présentes comme la région de l'Étang de Berre.

En 2002, les valeurs moyennes d'émission de NO₂ dépassent les valeurs limites dans la plupart des points de mesure, en raison du fort trafic automobile. Dans ce domaine, Marseille est au 5^{ème} rang des villes françaises, derrière Paris ou Lyon, et, au plan régional, la deuxième après la zone Cannes-Grasse-Antibes.

Les émissions de particules en suspension dépassent légèrement les normes annuelles mais le nombre de jours de dépassement toléré n'est pas atteint. Marseille est la 2^{ème} ville la plus touchée de la région, derrière la zone Cannes-Grasse-Antibes.

Pour l'ozone, les valeurs-seuils (180 micro-grammes par m³) sont souvent dépassées. Marseille se situe au 2^{ème} rang régional, derrière Aix-en-Provence, pour la pollution par l'ozone.

La région PACA révèle le plus grand nombre d'épisodes de pollution par ozone : 60 jours en été 2003, dont 22 en août et 15 consécutivement.

Impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003.

Une étude réalisée par l'InVS à partir des décès enregistrés par l'état-civil a montré que, du 1^{er} au 20 août 2003, une surmortalité de 25 % par rapport aux années précédentes a été observée à Marseille. Cet excès de mortalité apparaît plus modéré que dans d'autres villes françaises, comme Paris et Lyon, où des pics de surmortalité de 142 % et 80 %, respectivement, ont été constatés.

Les principaux polluants de l'air

- **Dioxyde de soufre (SO₂) :** gaz dont la concentration dans l'air est surtout liée au chauffage et à la combustion des carburants utiles à l'industrie.
- **Dioxyde d'azote (NO₂) :** gaz dont la concentration dans l'air est surtout liée à la combustion des carburants automobiles.
- **Particules en suspension :** poussières et molécules carbonées dont la concentration dans l'air est surtout liée aux émanations des transports routiers.
- **Ozone (O₃) :** gaz irritant résultant de la transformation des polluants liés à l'industrie et au trafic routier sous l'effet du soleil.

Nota : il existe d'autres produits toxiques présents dans l'air ambiant comme l'oxyde de carbone (CO).

Airmaraix est une association agréée par les pouvoirs publics pour la surveillance de la qualité de l'air. Près d'une quinzaine de stations de contrôle sur le territoire communal et ses environs permettent un suivi en temps réel de tout phénomène polluant. L'indice Atmo établit une échelle de 1 à 10 pour les épisodes de pollution. Les informations sont transmises à tous les professionnels de l'environnement par fax (500 par jour en cas d'alerte). Des messages sont diffusés sur les antennes locales de la télévision (France 3 et M6), dans les quotidiens et sur les panneaux d'affichage lumineux de la ville de Marseille.

Des recherches récentes sur l'exposition personnelle aux polluants ont souligné l'importance des émissions de polluants à l'intérieur des lieux de vie (combustion à foyer ouvert, cuisinières à gaz, matériaux de construction, produits chimiques à usage domestique, tabagisme, etc.) ou des locaux à usage professionnel.

Offres de soins

Les professionnels de la santé

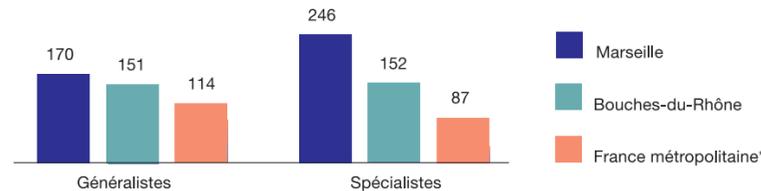
Il existe sur Marseille un maillage très serré de médecins de ville et d'autres professionnels de santé, des services sociaux et médico-sociaux très actifs, une offre hospitalière conséquente avec la présence de pôles spécialisés qui rayonnent sur l'ensemble de la région, des services d'urgence très sollicités.

Les médecins

● Ils se répartissent en 2005 généralistes (dont 1371 libéraux) et 3327 spécialistes (dont 1979 libéraux).

● En pratique libérale, pour les généralistes comme pour l'ensemble des spécialistes, la densité est nettement plus élevée que pour le département et la France.

Densité médicale libérale en juin 2003 (nombre de médecins pour 100 000 habitants)

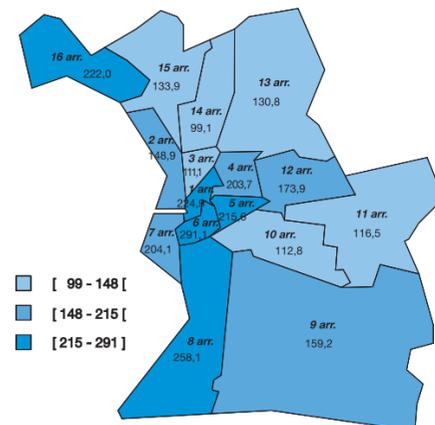


* Au 1^{er} Janvier 2002
Sources : DRASS, DREES, INSEE

● Au sein des plus grandes villes, Marseille offre la 4^{ème} densité la plus forte pour les généralistes libéraux.

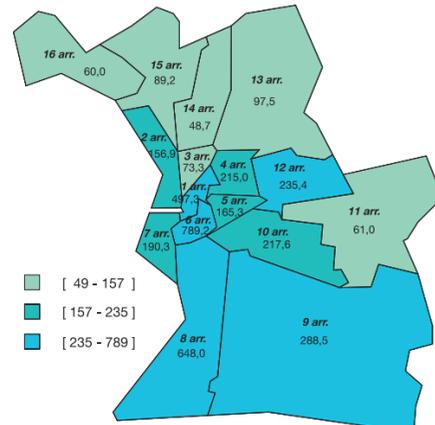
● Sur la ville, alors que la répartition géographique est marquée pour les spécialistes libéraux par une densité plus importante au sud, en ce qui concerne les généralistes libéraux, les densités les plus importantes concernent le centre ville et le littoral, territoires où sont observées les plus fortes densités de personnes âgées.

Densité de médecins généralistes libéraux, pour 100 000 habitants, par arrondissement, en juin 2003



Sources : DRASS, INSEE

Densité de spécialistes libéraux, pour 100 000 habitants, par arrondissement, en juin 2003



Sources : DRASS, INSEE

● Le nombre de consultations et de visites de médecins généralistes est plus élevé au nord, alors que, à l'inverse, ce sont les habitants des arrondissements du nord et du centre qui recourent le moins aux spécialistes.

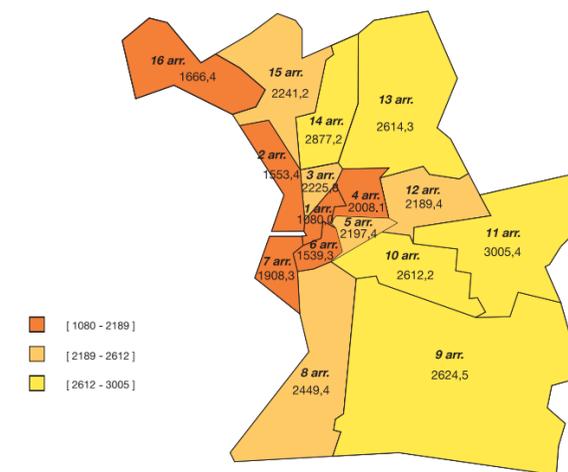
Les pharmaciens

● Ils sont au nombre de 576 sur l'ensemble de la ville.

● Avec 71,5 pharmaciens pour 100 000 habitants, la densité de pharmaciens est inférieure à celle du département et de la France.

● Il est à noter que la répartition territoriale des officines et des pharmaciens est caractérisée par un net gradient est-ouest, au profit des arrondissements du bord de mer, là où résident les plus fortes proportions de personnes âgées.

Nombre d'habitants par officine en 2003 par arrondissement



Sources : Syndicat des pharmaciens des Bouches-du-Rhône, INSEE

Les autres professionnels de la santé

- Marseille compte :
 - 858 chirurgiens-dentistes
 - 322 sages-femmes
 - 12 782 infirmiers
 - 1 349 masseurs-kinésithérapeutes
 - 399 orthophonistes

Pour l'ensemble de ces professionnels, les densités sont supérieures aux chiffres observés au plan national.

Entre 1990 et 2000, la croissance des effectifs a été particulièrement marquée pour les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et les sages-femmes.

Pour les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes, l'exercice libéral domine. C'est l'inverse pour les infirmiers et les sages-femmes dont la majorité sont salariés.

Offres de soins

Progrès techniques, alternatives à l'hospitalisation complète et contraintes économiques ont favorisé dans toute la France une diminution du nombre de lits : - 20 % en hospitalisation en soins de courte durée (médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique), - 5 % en soins de suite (rééducation, convalescence). En revanche, le nombre de lits de soins de longue durée a augmenté de 42 %.

La période récente s'est aussi signalée par le développement de services de radiologie et de biologie, l'augmentation des équipements en matériel lourd (scanners,...) et un développement de nouvelles pratiques en matière de prise en charge (hospitalisation partielle de jour et de nuit, traitements en cures ambulatoires, hospitalisation à domicile, anesthésie ou chirurgie ambulatoire).

La durée moyenne de l'hospitalisation de courte durée est passée de 7,5 à 5,6 jours entre 1988 et 1998.

Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), créées en 1996, ont pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de l'offre de soins, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de planifier les équipements en établissant le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

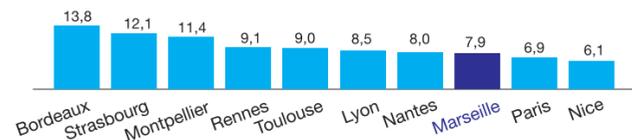
Les établissements hospitaliers

Les soins de courte durée

● En tant que métropole régionale, Marseille bénéficie d'un taux élevé d'équipement : 6,9 lits pour 1000 habitants en 2000 contre 5,2 pour le département et 4 pour l'ensemble du territoire national (cf. graphique en milieu de page).

● Cependant, la cité phocéenne ne se place qu'en 8^{ème} position parmi les 10 premières villes de France.

Taux d'équipement en hospitalisation complète de court séjour pour 1000 habitants, en 2000, pour les grandes villes françaises



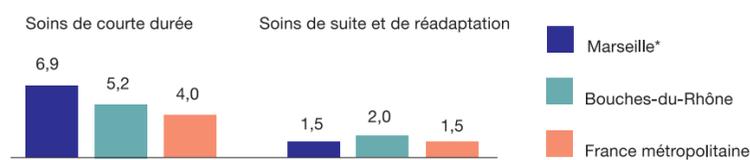
Sources : DREES SAE, INSEE

● Le nombre de lits et d'admissions est en diminution depuis 1997 (respectivement - 9 % et - 16 % entre 1997 et 2000). La forte diminution du nombre d'admissions, particulièrement marquée en médecine et en chirurgie, peut tout aussi bien refléter l'efficacité des soins ambulatoires qu'un manque de places dans les services de court séjour.

Les soins de suite et de réadaptation

● Marseille, avec 1,5 lit pour 1000 habitants, se situe dans la moyenne nationale mais en dessous du taux d'équipement départemental (2 lits pour 1000 habitants).

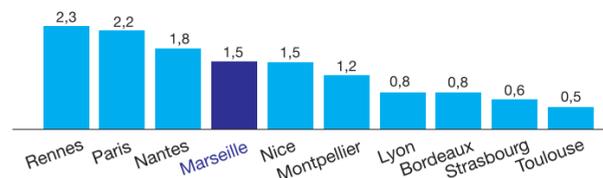
Nombre de lits d'hospitalisation complète pour 1000 habitants en 2000



*Taux calculé en utilisant la population du bassin d'attraction des établissements de Marseille (source DRASS)
Sources : DREES SAE, INSEE

Au sein des grandes villes, Marseille occupe une position médiane.

Taux d'équipement en hospitalisation complète de soins de suite et de réadaptation, pour 1000 habitants, en 2000, pour les grandes villes françaises



Sources : DREES SAE, INSEE

Les soins de longue durée

● Avec 0,4 lit pour 1000 habitants, Marseille a un faible potentiel, comparativement à la moyenne nationale (1,4 lit pour 1000 habitants).

TABLEAU RÉCAPITULATIF • LITS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE À MARSEILLE EN 2000

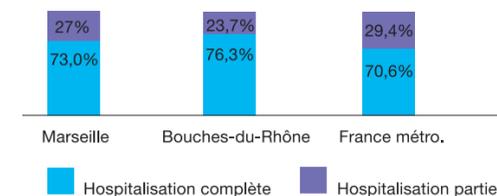
	NOMBRE DE LITS			Marseille*	France Métro.
	Secteur public	Secteur privé	Total		
Soins de courte durée	3035	3329	6364	6,9	4,0
Médecine	1683	1548	3231	3,5	2,0
Chirurgie	1171	1535	2706	2,9	1,7
Gynécologie-obstétrique	181	246	427	0,5	0,4
Soins de suite et de réadaptation	80	1290	1370	1,5	1,5
Rééducation fonctionnelle	0	263	263	0,3	0,4
Autres soins de suite	80	1027	1107	1,2	1,1
Soins de longue durée	230	141	371	0,4	1,4

*Taux calculé en utilisant la population du bassin d'attraction des établissements de Marseille (Source : DRASS)
Sources : DREES SAE, INSEE

Les soins psychiatriques

● La part des lits d'hospitalisation partielle en psychiatrie publique et privée (27 %) est légèrement inférieure à Marseille par rapport à l'ensemble du territoire français (29,4 %).

Répartition des lits et places en hospitalisation complète et partielle en psychiatrie publique et privée en 2000



Source : DREES SAE

● Le taux d'équipement est plus élevé qu'au niveau national pour la psychiatrie générale, mais est inférieur pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Nombre de lits et taux d'équipement en psychiatrie générale et infanto-juvénile (secteurs public et privé) à Marseille, en 2000

	NOMBRE DE LITS ET TAUX D'ÉQUIPEMENT EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE ET INFANTO-JUVÉNILLE (SECTEUR PUBLIC ET PRIVÉ) À MARSEILLE EN 2000		Total
	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto-juvénile	
Hospitalisation complète	1640	16	1656
Hospitalisation partielle	506	107	613
Total	2146	123	2269
Taux* Marseille**	2,33	0,69	
Taux* France Métropolitaine	1,31	0,87	

*Nombre de lits pour 1000 habitants
Pour la psychiatrie infanto-juvénile, les taux sont calculés sur la population de 0 à 16 ans inclus.
**Taux calculé en utilisant la population du bassin d'attraction des établissements de Marseille. (Source : DRASS)
Sources : DREES SAE, INSEE

A Marseille comme dans les autres agglomérations, le faible taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile est à comparer à l'augmentation des besoins de prise en charge des problèmes psycho-sociaux rencontrés actuellement chez les jeunes.

Depuis les années 60, la politique de santé mentale a profondément évolué en France et en Europe et les progrès enregistrés par la psychiatrie ont eu une influence incontestable en rendant possible le traitement ambulatoire ou en hospitalisation partielle (jour ou nuit) de nombreux patients jusqu'alors maintenus longtemps en hospitalisation.

En France, au cours de ces dernières années, la psychiatrie hospitalière a été marquée par une diminution du nombre de lits (129 500 en 1985 contre 97 000 en 1999) et un développement de l'hospitalisation partielle (11,7 % des lits en 1985 contre 27,7 % en 1999).

Offres de soins

Les urgences

Le SAMU

Dans le secteur public, la prise en charge des urgences est assurée par les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU), les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), les services d'accueil et de traitement des urgences des hôpitaux publics, les sapeurs ou marins pompiers, les centres antipoison, la police et la gendarmerie. Dans le secteur privé, il s'agit des médecins libéraux, des ambulanciers, des établissements privés de soins et des associations humanitaires.

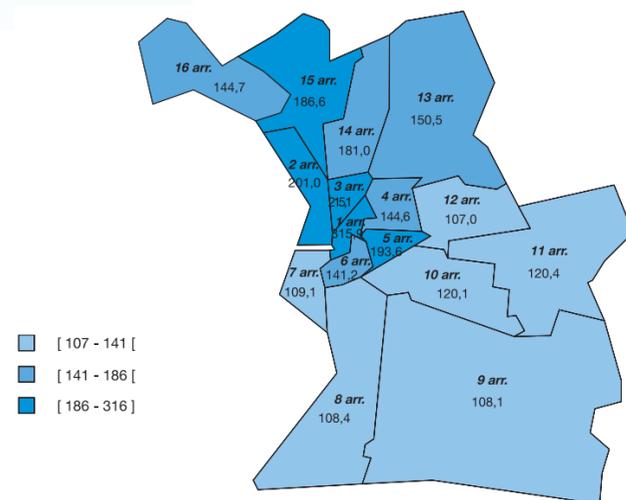
Pour améliorer l'accès de la population aux services d'urgence et la coordination entre les différents acteurs, les SAMU disposent d'un "Centre 15" chargé de réceptionner et de réguler les appels.

Lors de situations de catastrophe avec de nombreuses victimes, le Préfet de Région dispose du pouvoir de déclencher un Plan rouge qui mobilise l'ensemble des partenaires de l'urgence, auxquels se rajoute la Croix-Rouge française.

On observe actuellement la saturation de nombreux services d'urgence en lien avec leur utilisation par des personnes dont la prise en charge pourrait être assurée, en dehors des structures hospitalières, par les professionnels de santé de ville notamment. Des solutions alternatives à cet état de fait se développent actuellement (maisons médicales, ...).

- En 2002, le SAMU / Centre 15 de Marseille a traité 97 935 affaires, soit 122,8 pour 1000 habitants, taux légèrement inférieur à celui du département.
- Les taux d'affaires traitées sont plus élevés dans la partie nord et le centre de la ville. Les taux sont maximum dans les 1^{er} et 3^{ème} arrondissements.

Taux d'affaires traitées par le SAMU /Centre 15 pour 1000 habitants, en 2002, par arrondissement



Sources : SAMU 13/Centre 15, INSEE

Les services d'accueil et de traitement des urgences

- Le taux de passage et la proportion d'hospitalisation dans les services d'urgence du secteur privé sont supérieurs à ceux de la France alors que les taux relatifs au secteur public sont sensiblement comparables à ceux observés au plan national.

Nota : l'association SOS Médecins de Marseille a réalisé près de 68 000 visites en 2002.

Perspectives

Marseille est une métropole aux caractéristiques bien marquées tant au plan démographique que socio-économique ou sanitaire. Capitale régionale, elle concentre sur son territoire un ensemble de problématiques spécifiques pour lesquelles l'engagement de tous, acteurs et institutions, est nécessaire.

Dans ce contexte, les priorités qui émergent à l'analyse des résultats du Tableau de bord Santé de Marseille se résument ainsi :

- Résoudre les difficultés révélées en :
 - développant la prévention, fortement mise en avant par la nouvelle loi de santé publique,
 - facilitant la mise en commun des savoir-faire et des compétences à travers le développement de réseaux de proximité réunissant l'ensemble des acteurs œuvrant au quotidien dans le domaine de la santé.
- Répondre aux problématiques actuelles des populations les plus vulnérables :
 - faire bénéficier les personnes âgées d'un accompagnement de proximité,
 - améliorer la prise en charge des jeunes et des adolescents,
 - faciliter l'accès aux soins et à la prévention pour les plus démunis.
- Prendre en compte de manière volontariste et pallier les difficultés actuellement posées par la conjonction de situations nouvelles :
 - l'évolution des pratiques des professionnels de santé, médecins notamment, qui entraîne une difficulté croissante à assurer la permanence des soins,
 - le comportement d'une partie de la population qui préfère faire appel aux structures hospitalières plutôt qu'aux professionnels de proximité exerçant dans les quartiers.
- Mettre en place les conditions pour mieux répondre à la demande, chaque jour plus forte, émanant des patients et de leur famille de vivre mieux la maladie et la dépendance. Il s'agit de promouvoir le maintien à domicile pour les malades et les personnes âgées et d'appuyer les acteurs sociaux pour développer les alternatives à l'institutionnalisation.
- Participer à la préservation de l'environnement dans une perspective de santé publique pour vivre mieux ensemble.

De toute évidence, les thèmes qui méritent un engagement fort pour les années à venir afin de préserver, voire d'améliorer, la santé et la qualité de vie des Marseillais, sont d'une grande diversité. Une réponse efficace et adaptée au contexte ne pourra être donnée que si elle implique la mobilisation de l'ensemble des intervenants, professionnels de la santé, du social ou de l'éducation, qu'ils soient issus du secteur public ou privé, du monde institutionnel ou associatif. L'implication et la participation de la population devront aussi être systématiquement recherchées.

Les principales difficultés mises en évidence par le tableau de bord santé sont les suivantes :

- déficit en structures de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie infanto-juvénile, en établissements pour personnes âgées et pour adultes handicapés,
- pour les femmes, surmortalité par cancer du sein (par rapport au département et à la région) et augmentation de la mortalité par cancer du poumon,
- augmentation des maladies respiratoires, de l'asthme notamment,
- surmortalité due aux accidents de circulation sur la voie publique, notamment chez les jeunes,
- menace persistante du Sida et de l'hépatite C,
- recrudescence de la tuberculose,
- persistance des pratiques toxicomaniaques,
- taux élevé d'interruptions volontaires de grossesse,
- pollution atmosphérique importante.

Adresses utiles

DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES
SANITAIRES ET SOCIALES
23-25, RUE BORDE
13006 MARSEILLE
04 91 29 99 99
www.sante.gouv.fr

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES AFFAIRES
SANITAIRES ET SOCIALES
66A, RUE SAINT SEBASTIEN
13006 MARSEILLE
04 91 00 57 00
www.sante.gouv.fr

UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE PACA
93, LA CANEBIERE
13001 MARSEILLE
04 95 04 53 80
www.paca.assurance-maladie.fr

CAISSE PRIMAIRE CENTRALE
D'ASSURANCE MALADIE
56, RUE JOSEPH AIGUIER
13009 MARSEILLE
04 91 83 70 00
www.cpam-marseille.fr

CELLULE INTER-RÉGIONALE
D'ÉPIDÉMILOGIE
23-25, RUE BORDE
13006 MARSEILLE
04 91 29 93 87
www.invs.sante.fr

CENTRE RÉGIONAL D'ÉDUCATION
POUR LA SANTÉ
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR
178, COURS LIEUTAUD
13006 MARSEILLE
04 91 36 56 95
www.cres.paca.org

AGENCE RÉGIONALE
DE L'HOSPITALISATION PACA
141, AVENUE DU PRADO
13008 MARSEILLE
04 91 29 92 50
www.arh-paca.com

ASSISTANCE PUBLIQUE
HOPITAUX DE MARSEILLE
80, RUE BROCHIER
13005 MARSEILLE
04 91 38 20 17
www.ap-hm.fr

CONSEIL RÉGIONAL
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR
27, PLACE JULES GUESDES
13002 MARSEILLE
04 91 57 50 57
www.cr-paca.fr

CONSEIL GÉNÉRAL
DES BOUCHES-DU-RHÔNE
DIRECTION DES INTERVENTIONS SOCIALES,
SANITAIRES
52, AVENUE DE SAINT JUST
13013 MARSEILLE
04 91 21 26 02
www.cg13.fr

UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX
37-39, BD VINCENT DELPUECH
13006 MARSEILLE
04 96 20 60 80
www.urml-paca.org

INSPECTION D'ACADÉMIE
AIX-MARSEILLE
MÉDECINE SCOLAIRE
28 BD CHARLES NEDELEC
13001 MARSEILLE
04 91 99 67 20
www.ac-aix-marseille.fr

AIRMARAIX
67-69 AV DU PRADO
13286 MARSEILLE CEDEX 6
04 91 32 38 00
www.airmaraix.com

Ce document est la synthèse non exhaustive du Tableau de bord Santé
Marseille réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé, dont la version
intégrale peut être consultée :

- sur le site www.orspaca.org
- à la Direction Santé Environnement
Service Documentation
6, rue Briffaut-13005 MARSEILLE

VILLE DE MARSEILLE

Edition : Direction Santé Environnement - 6, Rue Briffaut - 13005 Marseille
Maquette : Sextant - 33 Avenue de Hambourg - 13008 Marseille
Photogravure : P.T.O - 166, Bd Plombières - 13014 Marseille
Impression : Azur Offset - 44 rue Sauveur Tobelem - 13007 Marseille
Tirage : 5 000 exemplaires
Date de dépôt légal : mai 2004
Crédit photos : Ville de Marseille