

PROGRAMME REGIONAL D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS

Composante du projet régional de santé Paca
2012 / 2016



Préambule

L'état de santé de la population dans notre région est globalement plutôt satisfaisant ; cependant, il existe de forts contrastes d'état de santé entre populations (selon leur statut social) et entre territoires.

La réduction des inégalités de santé est un enjeu majeur et un objectif essentiel du Plan Stratégique Régional de Santé et de ces trois schémas.

C'est aux populations les plus démunies que s'adresse le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, il a pour objectif de favoriser une approche globale et coordonnée des problèmes de santé pour lutter contre ces inégalités de santé. Il vise à favoriser pour ces populations, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins. Comme pour tout citoyen, le respect des droits et des devoirs sera recherché.

L'enjeu du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, a nécessité, pour son élaboration, une large concertation régionale des intervenants auprès de ces publics (institutions, organismes, associations, professionnels de santé, usagers...). Les groupes de travail se sont réunis pour établir ensemble un état des lieux et, du fait des compétences, des expériences, et des engagements de ses membres, proposer des plans d'action. Je remercie l'ensemble de ces participants pour leurs contributions essentielles.

Le PRAPS apporte des réponses concrètes en allant au plus près de la personne, et de son parcours de vie, en prenant en compte une approche territoriale et de proximité.

La réussite du PRAPS relève pour l'ensemble des intervenants d'une volonté commune d'agir et de se coordonner.

SOMMAIRE

1.	Le programme régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).....	6
1.1	Cadre législatif et réglementaire	6
1.2	Antériorité du PRAPS en région PACA	7
1.2.1	Mise en œuvre du PRAPS troisième génération	7
1.2.2	Actions financées dans le cadre du Programme 19 «PRAPS» du GRSP PACA et de l'ARS :.....	8
1.2.3	L'enquête régionale sur l'organisation des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)	8
1.2.4	Évaluation des structures proposant un premier accueil médicalisé aux personnes en grande exclusion.....	9
1.2.4.1	<i>Points positifs et opportunités</i>	<i>9</i>
1.2.4.2	<i>Difficultés, barrières rencontrés et marges de progrès</i>	<i>9</i>
2.	Quel Positionnement pour le PRAPS 2012-2016 ?.....	10
3.	Contexte socio économique.....	11
3.1	Démographie : une croissance deux fois plus rapide qu'en moyenne nationale.....	11
3.2	Tissu économique : hausse du chômage	11
3.3	Minima sociaux : un nombre d'allocataires reparti à la hausse	12
3.3.1	Le Revenu de Solidarité Active (RSA) : comparable à l'évolution nationale mais avec des disparités départementales	13
3.3.2	Bénéficiaires de l'ASS.....	13
3.3.3	Les allocataires du minimum vieillesse en hausse	13
3.4	Les dispositifs d'hébergements et de réinsertion sociale	14
3.5	Regard sur la pauvreté.....	14
3.5.1	Des territoires socialement très vulnérables	15
3.5.2	Des populations particulièrement vulnérables	16
3.5.2.1	<i>Les personnes sous main de justice.....</i>	<i>16</i>
3.5.2.2	<i>Les populations immigrées</i>	<i>18</i>
3.5.2.3	<i>Les familles monoparentales</i>	<i>19</i>
3.5.2.4	<i>Les saisonniers.....</i>	<i>19</i>
3.5.2.5	<i>Les sans domicile fixe.....</i>	<i>20</i>
3.5.2.6	<i>Les personnes en situation de prostitution.....</i>	<i>21</i>
3.5.2.7	<i>Les personnes en situation irrégulière</i>	<i>22</i>
4.	Inégalités sociales de santé	23
4.1.	Les déterminants extrinsèques.....	23
4.1.1	Habitat et santé.....	23
4.1.2	Qualité de l'air et santé	23
4.1.2.1	<i>Effets des principaux polluants sur la santé.....</i>	<i>24</i>
4.1.2.2	<i>Coût sociétal</i>	<i>24</i>

4.2	La mortalité prématurée.....	24
4.2.1	Des territoires majoritairement très ruraux et situés en montagne.....	25
4.2.2	Des territoires qui cumulent vulnérabilité sociale et mortalité prématurée supérieures au taux régional.....	26
4.3	La surmorbidity.....	28
5.	Éléments relatifs au droit et à l'accès à la santé.....	30
5.1.	Principales données en région PACA.....	30
5.1.1	La CMU / CMU-C.....	30
5.1.2	L'AME.....	31
5.2	Les obstacles au droit et à l'accès à la santé.....	32
5.2.1	Accessibilité financière (accès théorique).....	32
5.2.2	Les difficultés d'ordre administratif.....	33
5.2.3	Les difficultés tenant au système de soins.....	35
5.2.3.1.	<i>Problèmes d'accès géographique.....</i>	<i>35</i>
5.2.3.2.	<i>Difficultés liées aux attitudes et comportements de certains professionnels.....</i>	<i>35</i>
5.2.4	Les difficultés tenant aux facteurs intrinsèques des publics.....	38
5.3	Les dispositifs favorisant l'accès à la santé.....	38
5.3.1	Une innovation majeure : le SROS ambulatoire.....	38
5.3.2	Les dispositifs d'accès aux soins.....	38
5.3.2.1.	<i>Les PASS.....</i>	<i>38</i>
5.3.2.2.	<i>Les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP).....</i>	<i>39</i>
5.3.3	Les dispositifs d'accompagnement médico-social des personnes en situation de précarité.....	39
5.3.3.1.	<i>Les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA).....</i>	<i>39</i>
5.3.3.2.	<i>Les lits halte soins santé (LHSS).....</i>	<i>40</i>
6.	Objectifs du PRAPS 2011-2016.....	41
« Améliorer la connaissance »	.....	42
Plan d'action 1	.....	42
« Mettre en place un travail intersectoriel et partenarial »	.....	44
Plan d'action 2	.....	44
« Former et sensibiliser les professionnels »	.....	46
Plan d'action 3	.....	46
« Favoriser l'accessibilité »	.....	48
Plan d'action 4 -1 « Favoriser l'accessibilité à l'information »	.....	48
Plan d'action 4 - 2 « Favoriser l'accessibilité à l'effectivité des droits et à l'offre de soins »	.....	50
« Agir avec et pour les populations démunies »	.....	54
Plan d'action 5	.....	54

7.	Pilotage, suivi et évaluation du PRAPS.....	57
7.1	Pilotage du PRAPS.....	57
7.2	Suivi du programme.....	57
7.3	L'évaluation du programme.....	58
ANNEXES	.....	59

1. Le programme régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

Avec une espérance de vie parmi les plus élevées d'Europe, la France est un des pays du monde dont la population connaît la meilleure santé qui soit. Toutefois, elle demeure un pays où les inégalités de santé sont fortes : de nombreux travaux constatent la persistance de disparités sociales significatives en matière de santé dans notre pays, à un niveau plus important que dans la plupart des autres pays européens. Elles peuvent être analysées à travers des données de mortalité, morbidité et de santé perçue.

Le rapport 2009-2010 de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale indique que si les statistiques publiques appréhendent difficilement la grande exclusion (les « publics invisibles »), « les associations perçoivent une tendance à l'aggravation des situations de grande exclusion qui pourrait être accentuée par la crise économique. 1 » Le premier baromètre de la cohésion sociale réalisé en septembre dernier à l'initiative de la direction générale de la cohésion sociale met en évidence la perception par nos concitoyens d'une société de plus en plus inégalitaire « les plus favorisés sont de plus en plus favorisés et les défavorisés sont de plus en plus défavorisés » pour 88% des personnes interrogées.

1.1 Cadre législatif et réglementaire

Les Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) ont été rendus obligatoires par l'Article 71 de la Loi d'orientation de lutte contre les exclusions du 28 juillet 1998 qui précise notamment que chaque PRAPS comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en œuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les situations locales particulières et les expériences existantes. Il précise les conditions dans lesquelles les services de l'État, en particulier les services de santé scolaire et universitaire, les collectivités territoriales, grâce notamment aux services de protection maternelle et infantile, les organismes de sécurité sociale, les agences régionales de l'hospitalisation, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations, les professions de santé, les établissements et institutions sanitaires et sociales concourent à la mise en œuvre de ces actions."

Cette fonction a été rappelée par le Plan national de lutte contre la précarité et l'exclusion adopté le 19 mars 2003 qui prévoyait en particulier cinq mesures visant à améliorer l'accès aux soins des personnes en difficulté sociale. Deux de ces mesures visaient le PRAPS, en confirmant la mise en œuvre d'une nouvelle programmation régionale et en l'orientant par ailleurs vers le développement d'une démarche territorialisée plus marquée en s'appuyant sur les ateliers Santé Ville.

Un principe de réduction des inégalités figure dans la Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui a fait des PRAPS un des programmes des PRSP.

Les PRAPS ont été confirmés par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. La loi HPST instaure une nouvelle architecture de l'organisation régionale du système de santé, elle introduit le projet régional de santé (PRS), dont les différentes composantes définissent les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Le PRAPS est un des programmes obligatoires qui constituent la troisième composante du projet régional de santé ; ce programme vise, aux termes de la loi, les personnes « les plus démunies ».

¹ Bilan de dix ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise, p. 94

Le décret du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé (PRS), précise que compte tenu de la thématique propre au PRAPS, ce programme doit être conçu en application du PSRS et des trois schémas (prévention, du soin, de l'accompagnement médico-social). Il ne doit pas être compris comme la déclinaison du seul schéma régional de prévention, puisqu'il s'attache notamment au parcours de soins des personnes démunies.

Un des objectifs de la COG État — CNAMTS signée pour la période 2010-2013, est de garantir l'accès aux droits des assurés et de réduire les inégalités de santé.

Quelques définitions relatives à la pauvreté, à la précarité et à l'exclusion sont rappelées en annexe 1.

1.2 Antériorité du PRAPS en région PACA

Trois générations de PRAPS ont été mises en œuvre en région PACA depuis 2001. Le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des personnes les plus démunies 2008-2010 constituait la troisième génération du PRAPS en PACA. Il avait été développé dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique dont il constituait, aux termes de l'Art. L. 1411-11 du Code de Santé Publique, un des programmes.

1.2.1 Mise en œuvre du PRAPS troisième génération

L'année 2008 a vu la mise en œuvre du PRAPS III, en réponse à la circulaire du 07 décembre 2007 visant à poursuivre les PRAPS dans le cadre des PRSP.

Le PRAPS III a été élaboré en s'appuyant très largement sur l'évaluation externe conduite préalablement de fin 2006 à mai 2007. Les acteurs régionaux et départementaux, consultés dans le cadre de cette évaluation, soulignaient la pertinence des objectifs du PRAPS précédent, mais souhaitaient une formulation plus précise et une déclinaison plus locale sur les territoires de proximité à partir des besoins locaux, seule façon selon eux d'associer tous les acteurs concernés et d'évaluer les effets des actions menées. Les Ateliers Santé Ville (ASV) ainsi que les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) constituaient à cet égard un point d'appui essentiel à la déclinaison du programme.

Le PRAPS III mettait en relief la problématique des refus de soins, une concentration marquée des publics les plus précaires dans certains territoires de santé. De même, les acquis des programmes précédents rendaient plus impérieuse la formalisation de réseaux de santé-précarité visant à assurer en particulier la continuité des soins. Les publics les plus démunis étaient très concentrés dans certains territoires de santé.

Un travail d'analyse des inégalités sociales de santé avait été effectué pour préciser les objectifs du PRAPS III, inégalités sociales de santé définies comme un continuum allant des catégories les plus modestes aux plus favorisées sans véritable seuil. Ceci posait la question du rôle que devait jouer le PRAPS dans le cadre du PRSP. En effet, le cadre offert par le PRSP donnait la possibilité, en finançant des actions à même d'agir sur plusieurs déterminants de santé, de coordonner et de mettre en œuvre, au moins pour certains publics, une politique de réduction des inégalités de santé qui n'était pas accessible aux PRAPS précédents.

Les trois objectifs du PRAPS III :

Objectif I : Favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité

Objectif II : Améliorer l'accès à la prise en charge de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques pour les publics en errance ou pris en charge dans les structures d'hébergement et d'accueil d'urgence

Objectif III : Contribuer à la réduction des inégalités de santé :

- en renforçant l'autonomie des familles démunies et en les rendant actrices de leur santé ;
- en développant des programmes de promotion de la santé et des actions d'éducation pour la santé en direction des enfants, des jeunes et des familles dans les quartiers et territoires.

1.2.2 Actions financées dans le cadre du Programme 19 «PRAPS» du GRSP PACA et de l'ARS :

Départements	Années			
	2007	2008	2009	2010
04	80 176 €	64 915 €	69 430 €	100 768 €
05	36 000 €	38 785 €	32 800 €	91 168 €
06	239 250 €	274 184 €	271 701 €	297 965 €
13	439 393 €	534 806 €	516 174 €	411 334 €
83	284 333 €	290 350 €	296 597 €	402 250 €
84	131 768 €	144 200 €	125 940 €	116 300 €
TOTAL	1 210 920 €	1 347 240 €	1 312 642 €	1 419 785 €

C'est l'objectif 6-1 du programme « Assurer une réelle continuité des soins et favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité » qui a fait l'objet du plus grand nombre d'actions, il correspond à l'essence même du PRAPS avec notamment un objectif opérationnel qui concerne spécifiquement l'accompagnement des personnes dans leurs démarches d'accès aux droits et aux soins (visite médicale, prise de rendez-vous ..). Il représente à lui seul 50% des financements en 2009.

1.2.3 L'enquête régionale sur l'organisation des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Cette enquête avait été définie dans le cadre des objectifs du PRAPS 2008/2010, elle correspondait à une des recommandations de l'évaluation du PRAPS II. Une enquête auprès des 34 PASS de la région, a été réalisée avec un taux de réponses de 94 %. Cette enquête s'inscrivait également dans les recommandations éditées par la DHOS en mai 2008 : « Organiser une PASS », avec l'objectif réalisé d'organiser une journée régionale des PASS permettant une restitution des résultats/préconisations, ainsi que la validation d'outils régionaux de recueil annuel de données d'activité.

1.2.4 Évaluation des structures proposant un premier accueil médicalisé aux personnes en grande exclusion

Dix structures ont fait l'objet d'une évaluation sur place (les deux Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du monde de Nice et de Marseille, les trois antennes de soins médicalisées de la Croix Rouge de Nice, Antibes, Cannes, les trois Promos soins de Draguignan, Toulon, Fréjus-St Raphaël, l'Antenne de premier accueil médicalisée du CCAS de Nice et l'Accueil santé de Manosque..

Les structures ont été choisies pour le rôle essentiel et central qu'elles jouent dans la mise en œuvre de la politique d'accès aux soins et aux droits des personnes démunies sur la région PACA.

Cette évaluation avait notamment pour objectif de mener une analyse comparée du fonctionnement, de l'activité, du coût des différentes structures ainsi que de leur rôle en matière d'intégration dans le droit commun des populations accueillies.

1.2.4.1 Points positifs et opportunités

- Le caractère inconditionnel de l'accueil et la forte réactivité des structures accueillantes ;
- L'éthique et respect de la personne au centre des pratiques de ces structures ;
- La qualification des personnels chargés de l'accueil des usagers ;
- La qualité des informations délivrées, de l'accompagnement aux usagers et de leur suivi ;
- La prise en compte prioritaire de l'objectif d'autonomie du public en matière d'accès aux droits ;
- L'inscription très opérationnelle des structures dans leur environnement local ;
- L'existence de nombreux partenariats impliquant divers acteurs (institutions, associations, réseaux, etc.) ;
- L'acquisition progressive par les partenaires des actions d'une meilleure connaissance des publics les plus marginalisés et des problèmes qu'ils rencontrent, ce qui permet un accueil plus favorable, voire adapté, dans certaines structures peu adaptées au départ, et ce grâce à la capitalisation des bonnes pratiques entre certaines structures ;
- La qualité et l'accessibilité des espaces d'accueil et des moyens matériels dédiés.

1.2.4.2 Difficultés, barrières rencontrés et marges de progrès

- Le manque d'offre d'activité dans le champ de la souffrance psychique et des troubles mentaux ;
- La faible pérennité des équipes dans certains cas (bénévolat notamment) ;
- L'évaluation des activités à développer et à généraliser ;
- Le manque de formalisation des règles de fonctionnement, de l'information apportée aux usagers, des procédures de suivi, etc ;
- L'existence de contraintes et barrières spécifiques (langue, volatilité de la fréquentation des publics, etc.) ;
- Les difficultés voire l'impossibilité de générer des actions collectives ou communautaires ;
- L'absence de projet de service formalisé dans la moitié des structures évaluées ;
- La prévention des risques professionnels à développer et à mieux prendre en compte l'ensemble de ces observations ont permis de formuler un certain nombre de préconisations quant à l'évolution du programme dans son ensemble ainsi que des actions prises une à une ;
- L'intérêt d'une formalisation des procédures ;
- La mutualisation des méthodes et outils ainsi que le partage des bonnes pratiques ;
- L'opportunité d'une campagne régionale de mobilisation ;
- La meilleure exploitation des ressources disponibles (notamment du bénévolat) ;
- Une meilleure évaluation et prévention des risques professionnels ;
- L'amélioration et la normalisation des outils informatisés de recueil et de traitement des données ;
- La nécessité de se doter d'outils d'évaluation appropriés.

2. Quel Positionnement pour le PRAPS 2012-2016 ?

Dans la nouvelle architecture organisée par la loi HPST, le projet régional de santé comprend le plan stratégique régional de santé, les trois schémas sectoriels de prévention, soins, médico-social et quatre programmes obligatoires, dont le PRAPS.

Chaque programme a pour objectif de décliner de manière décloisonnée les modalités d'application des schémas.

Le thème de la réduction des inégalités de santé est en PACA l'objectif premier assigné dans le PSRS et dans sa déclinaison opérationnelle propre à chaque schéma.

Cette préoccupation traverse bien l'ensemble des schémas.

La question des ISS est un enjeu central de santé publique ; alors que notre pays connaît une situation sanitaire globalement favorable, elles renvoient aux différences d'état de santé observées entre les différents groupes sociaux et qui suivent la hiérarchie sociale. Les ISS concernent tout l'ensemble de la population, selon un gradient social et pas seulement les populations démunies.

L'état de santé d'une personne se caractérise par une interaction complexe entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques qui agissent tout au long de l'existence : revenu, éducation, conditions de travail, cadre de vie environnement, accès au système de soins...

Ces ISS interfèrent également avec de fortes disparités territoriales.

Ces déterminants sociaux et économiques relèvent d'autres politiques que la seule politique de santé et appellent une mobilisation de tous les acteurs et décideurs publics.

Il est donc nécessaire :

- de mener des politiques de prévention, de promotion de la santé et d'accès aux soins qui bénéficient à l'ensemble de la population et des territoires et dont font partie les populations en difficultés afin de réduire les gradients d'inégalités ;
- de travailler plus spécifiquement pour les populations les plus vulnérables avec un double objectif :
 - leur permettre d'accéder aux dispositifs de droit commun, en articulant l'intervention de l'ARS, des organismes d'Assurance Maladie, de la DRJSCS, des collectivités territoriales et locales, des associations, des établissements publics, des professionnels de santé...
 - mettre en place des actions spécifiques parce que ces populations sont confrontées à des difficultés spécifiques (difficultés financières, isolement social voire désocialisation, renoncement aux soins, manque d'information ...) avec la mise en place d'actions particulières et ciblées, sur des populations, et des territoires.

Dans le cadre global d'une action menée par l'ensemble des schémas visant à réduire les inégalités sociales de santé, l'action du PRAPS se concentrera sur les publics situés au plus bas de l'échelle sociale « les plus démunis ». Ce sont les personnes sans chez soi, les jeunes en errance, les résidents âgés en foyer de travailleurs migrants ou résidences sociales, les migrants, les étrangers en situation irrégulière, les travailleurs pauvres, les saisonniers, les gens du voyage, les personnes en situation de prostitution, les femmes isolées et les familles monoparentales à faible revenu avec un reste à charge élevé pour les soins, les personnes placées sous main de justice, ainsi que les anciens détenus en démarche de réinsertion,... qui accumulent des difficultés financières, des difficultés de repérage des parcours de santé, d'accès aux droits et aux soins .

Les personnes « fragiles » du fait de leur handicap ou de leur âge (mais qui n'ont pas de difficultés financières ou de difficultés d'accès aux parcours de santé) ne constituent pas a priori un public « démunis » au sens du PRAPS.

3. Contexte socio économique

3.1 Démographie : une croissance deux fois plus rapide qu'en moyenne nationale

Données INSEE 2008 ²

Au 1er janvier 2008, la population de la région PACA était de 4 882 900 habitants. La région PACA est la 3e région la plus peuplée de France, avec une évolution de 0,9 % par an entre 1999 et 2008.

Dans tous les départements de la région, la croissance annuelle est supérieure à celle de France métropolitaine (+ 0,7 % par an entre 1999 et 2008). C'est dans les Alpes-de-Haute-Provence qu'elle est la plus forte (+ 1,4 %) Les Bouches-du-Rhône, le Vaucluse et les Alpes-Maritimes affichent les taux d'évolution les moins élevés de la région (+ 0,8 % par an). Compte tenu de son poids démographique, les Bouches-du-Rhône accueillent néanmoins un nouvel habitant de Paca sur trois.

C'est une région géographiquement contrastée : elle juxtapose des reliefs alpins à des plaines et des littoraux urbains. Douze villes de plus de 50 000 habitants forment un continuum urbain dense, du littoral méditerranéen à la vallée du Rhône. Ce littoral rassemble 70 % de la population régionale sur une frange côtière de 25 km de large. Plus de 80 % des habitants vivent dans des pôles urbains (60 % au niveau national).

Les villes de Marseille, Toulon et Nice ont joué un rôle de catalyseur et sont devenues au fil des années de véritables métropoles. La population occupe désormais de plus en plus le territoire régional autour de ses métropoles mettant en évidence une périurbanisation de plus en plus marquée.

Parmi les dix unités urbaines les plus importantes en France, trois se situent dans la région : Marseille - Aix-en-Provence (1 430 000 habitants), Nice (950 000 habitants) et Toulon (550 000 habitants).

Alors qu'au niveau national, les populations de l'espace rural et de l'espace urbain progressent parallèlement (+ 0,7 % par an entre 1999 et 2008), Paca se distingue par une croissance record de son espace rural (+ 1,5 % par an). C'est dans le Var que cette évolution est la plus importante, l'espace rural de ce département étant le plus dynamique de France avec une progression de 2,4 % par an.

3.2 Tissu économique : hausse du chômage

Données INSEE 2008.

La région compte un peu plus de 2 millions d'actifs, dont près de 1,9 en emploi. Le taux d'activité des 15-64 ans est faible (- 68,8 %, contre 71,6 % au niveau national), en raison principalement du plus faible taux d'activité féminine. Au cours des prochaines années, la région sera particulièrement touchée par les cessations d'activité liées au vieillissement des générations du baby-boom. D'ici 2020, les départs de fin d'activité concerneront environ 600 000 personnes, soit le tiers des actifs d'aujourd'hui.

Le tissu économique régional est très majoritairement composé d'établissements de moins de 10 salariés (94 % contre 92,6 % au niveau national). Les activités tertiaires, créatrices d'emploi, y sont surreprésentées (plus de 83 % de l'emploi salarié en 2008). L'industrie est bien positionnée : Le taux

² Données de l'INSEE site internet : www.insee.fr/fr/regions

de création d'entreprises est supérieur à la moyenne nationale, mais cet écart tend à se réduire. Entre janvier 1999 et janvier 2008, l'emploi a augmenté de 19,4 % dans la région, contre seulement 10,9 % en France, mais le taux de chômage reste cependant durablement plus élevé dans la région. En 2008, la crise économique a cependant fortement impacté l'économie régionale comme l'économie nationale : les créations d'emploi salarié se sont interrompues dès le 2^e trimestre et le chômage a brutalement augmenté en fin d'année. La dégradation a été forte dans l'industrie mais aussi dans la construction où l'emploi salarié a reculé après cinq années de hausse.

A fin décembre 2009, le taux de chômage régional s'établit à 11,2% de la population active (9,6 pour la France), contre 9,3% un an plus tôt (7,8 en France), avec une hausse de + 1,8 point en 2009, légèrement inférieure à celle de la France métropolitaine (+1,9). La région Paca demeure l'une des régions les plus touchées par le chômage, même si elle recule au quatrième rang, derrière les régions Nord-Pas-de-Calais, Languedoc Roussillon et Picardie.

Le travail ne protège pas toujours de la pauvreté. En effet, les travailleurs pauvres et leur famille représentent près de la moitié des personnes pauvres de la région. Par ailleurs, un quart des salariés de Provence-Alpes-Côte d'Azur touche un salaire inférieur à 830 euros par mois (seuil de bas salaire) contre un salarié sur cinq en France métropolitaine. Généralement associé à une activité à temps partiel ou à une durée d'emploi réduite sur l'année, le risque d'être à bas salaire s'avère très élevé chez les jeunes et les salariés en contrat à durée déterminée.

3.3 Minima sociaux : un nombre d'allocataires reparti à la hausse

La pauvreté est une caractéristique prégnante de la région PACA, qui partage avec l'Île de France le fait de concentrer la plus forte proportion de ménages pauvres (ORS PACA), mais au sein d'une région qui reste très inégalitaire.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, le taux de personnes vivant dans un foyer à bas revenu atteint 19,1% de la population âgée de moins de 65 ans. En effet, au 31 décembre 2009, 753000 personnes vivaient dans un foyer ayant un revenu disponible par unité de consommation inférieur à 942 euros par mois. (Source DROS)

Dans le même temps, avec un PIB d'un peu moins de 29000 euros par habitant, Paca se retrouve en troisième position des régions les plus riches de France.

La région figure également parmi les régions les plus touchées par la pauvreté des enfants et des jeunes. En décembre 2009, 290 000 enfants de moins de 18 ans sont concernés sur le million d'enfants que compte la région. Le taux de pauvreté infantile³ en PACA (28,5%) est supérieur au taux métropolitain (22%) (DROS PACA). Les départements des Bouches-du-Rhône et de Vaucluse restent les plus touchés par la pauvreté infantile.

En 2010, la région PACA compte 745 426 allocataires ce qui représente 1 846 781 personnes couvertes. Pour 190 627 allocataires, le revenu est constitué à plus de 50% de prestations sociales et 119 066 ont un revenu constitué à 100 % de prestations sociales.

294 889 sont des allocataires isolés, et 142 111 sont des familles monoparentales.

60 838 allocataires perçoivent l'allocation d'adulte handicapé.

³ Le taux de pauvreté infantile ou taux d'enfants vivant dans des familles à bas revenus rapporte l'ensemble des enfants de 0 à 17 ans (à charge au sens de la législation familiale) connus des CAF, vivant dans un foyer allocataire à bas revenus à l'ensemble des enfants (du même âge) au dernier recensement de la population (Source DROS PACA).

3.3.1 Le Revenu de Solidarité Active (RSA) : comparable à l'évolution nationale mais avec des disparités départementales

Source : DROS – CAF PACA

En région PACA, au 31 décembre 2010, 172 600 allocataires perçoivent le Revenu de Solidarité Active versé par les Caisses d'Allocations Familiales (CAF), 21 948 personnes bénéficient d'un RSA majoré⁴. Avec les ayants droit (conjointes et enfants), ce sont près de 360 000 personnes qui bénéficient de cette prestation, soit 9 % de la population régionale.

L'évolution régionale 6,4% est comparable à l'évolution nationale, (+ 6 %) entre décembre 2009 et décembre 2010. Les bénéficiaires du RSA activité seul affichent une progression de 11 %, tendance légèrement supérieure à celle observée au niveau national (10 %). On observe des disparités départementales, ainsi dans les Bouches-du-Rhône, l'évolution du nombre de bénéficiaires du RSA comprise entre 1 % et 1,9 % selon les trimestres depuis décembre 2009 est relativement constante. Dans les autres départements, on observe de fortes fluctuations saisonnières notamment dans le Vaucluse (4,7 %) et dans les Alpes-Maritimes (1,6 %).

Les allocataires du RSA socle constituent une majorité de personnes seules.

3.3.2 Bénéficiaires de l'ASS

Au 31.12.10, en région PACA, le nombre de personnes bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) est de 27 267. La répartition départementale est la suivante :

Allocation de Solidarité Spécifique (ASS)	Nombre de bénéficiaires au 31.12.2009	Part des allocataires pour la population des 15-64 ans en 2009	Nombre de bénéficiaires au 31.12.2010
04 ALPES DE HAUTE PROVENCE	790	0,8	898
05 HAUTES ALPES	600	0,7	548
06 ALPES MARITIMES	4 845	0,7	4 958
13 BOUCHES DU RHONE	11 210	0,9	11 840
83 VAR	4 965	0,8	5 100
84 VAUCLUSE	3 440	1,0	3 923
Total PACA	25 850		27 267

Source : DRESS

En 2009, pour la France entière, la part des allocataires au sein de la population des 15 à 64 ans est de 0,8 %.

3.3.3 Les allocataires du minimum vieillesse en hausse

Source : DROS.

Le nombre d'allocataires du minimum vieillesse est de 69 000 personnes en Paca en 2009 (+ 2,3 % par rapport à 2008), ce qui représente 5,5% de l'ensemble des personnes de 60 ans et plus (contre 3,6 % à l'échelle nationale). Il s'agit majoritairement d'hommes (6,3% d'hommes de plus de 60 ans contre 4,9% de femmes.), avec une solitude nettement marquée dans les départements ruraux.

⁴ RSA majoré : les personnes en situation d'isolement avec enfant(s) à charge ou à naître ont une majoration de leur prestation RSA.

3.4 Les dispositifs d'hébergements et de réinsertion sociale

Lits, places installés au 1.01.2010 par catégorie d'établissement - Taux d'équipement

Source : DRJSCS - FINESS

Catégorie d'établissement	PACA	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse
Établissements pour adultes et familles en difficulté							
Centre hébergement réinsertion sociale, CHRS	3 463	66	41	581	2 049	481	245
Centre accueil demandeur d'asile, CADA	1 148	0	50	346	642	60	50
Autre centre d'accueil	317	0	0	137	130	0	50
Centre provisoire d'hébergement	56	0	0	16	40	0	0
Maisons relais	49	0	0	49	0	0	0
Résidences Sociales	4 161	0	161	4 000	0	0	0

Les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT)

Données au 1 janvier 2011

	Nb étab.	Capacités Autorisées	Dt dédiées sortant de prison
Alpes de Haute Provence	0	0	0
Hautes Alpes	0	0	0
Alpes-Maritimes	3	59	5
Bouches-du-Rhône	4	79	0
Var	3	38	0
Vaucluse	1	15	0
PACA	11	191	5
France Métropolitaine			

Source : SROSM

3.5 Regard sur la pauvreté

Source : DROS

L'analyse faite par les associations, au-delà de la pauvreté monétaire, permettent d'appréhender la pauvreté vécue par les personnes qui la subissent : proportion croissante de personnes âgées qui présentent des problèmes d'accès aux soins de premier plan, des situations de vie de plus en plus complexes et marquées par l'isolement, des revenus qui ne permettent plus de vivre, une augmentation de la précarité professionnelle....

3.5.1 Des territoires socialement très vulnérables

Dans le cadre du schéma régional de prévention, l'exploitation de neuf indicateurs, (quatre portant sur le niveau de ressources et cinq sur des situations de forte vulnérabilité sociale)⁵ a permis d'identifier des territoires socialement très vulnérables.

A l'échelle des territoires de proximité (ancien découpage du PRSP), et sur la base de ces neuf indicateurs, Marseille, tous les territoires du Vaucluse, Arles, Toulon-Hyères, Martigues et Nice apparaissent comme dix territoires socialement très vulnérables.⁶

A l'échelle des cantons regroupés⁷ sur la base du taux de bénéficiaires de la CMUC (régime général) et du taux de personnes sans diplôme, les 35 cantons les plus mal classés pour ces deux critères sont reportés dans le tableau ci-après :

Territoires de proximité	Cantons regroupés
Marseille	Marseille, Marignane
Arles	Arles, Châteaurenard, Orgon, Saintes-Maries-de-la-Mer, Tarascon
Avignon	Avignon, Bédarrides
Apt	Apt
Carpentras	Carpentras, Beaumes-de-Venise, Sault
Cavaillon	Cavaillon
Orange-Valréas	Orange, Bollène, Valréas
Toulon-Hyères	Toulon, La Seyne-sur-Mer
Martigues	Martigues, Istres, Port-Saint-Louis-du-Rhône
Nice	Nice
Territoires de santé	Cantons regroupés avec entre parenthèses le territoire de proximité correspondant
Alpes de Haute-Provence	Manosque, Riez (Manosque), Les Mées (Digne)
Hautes-Alpes	Rosans (Sisteron)
Alpes-Maritimes	Tende, Breil-sur-Roya (Menton)
Bouches du Rhône	Vitrolles (Aix en Provence), Salon de Provence (Salon), Aubagne (Aubagne - La Ciotat)
Var	Le Luc (Draguignan), Brignoles (Brignoles), Fréjus (Fréjus-St-Raphaël)

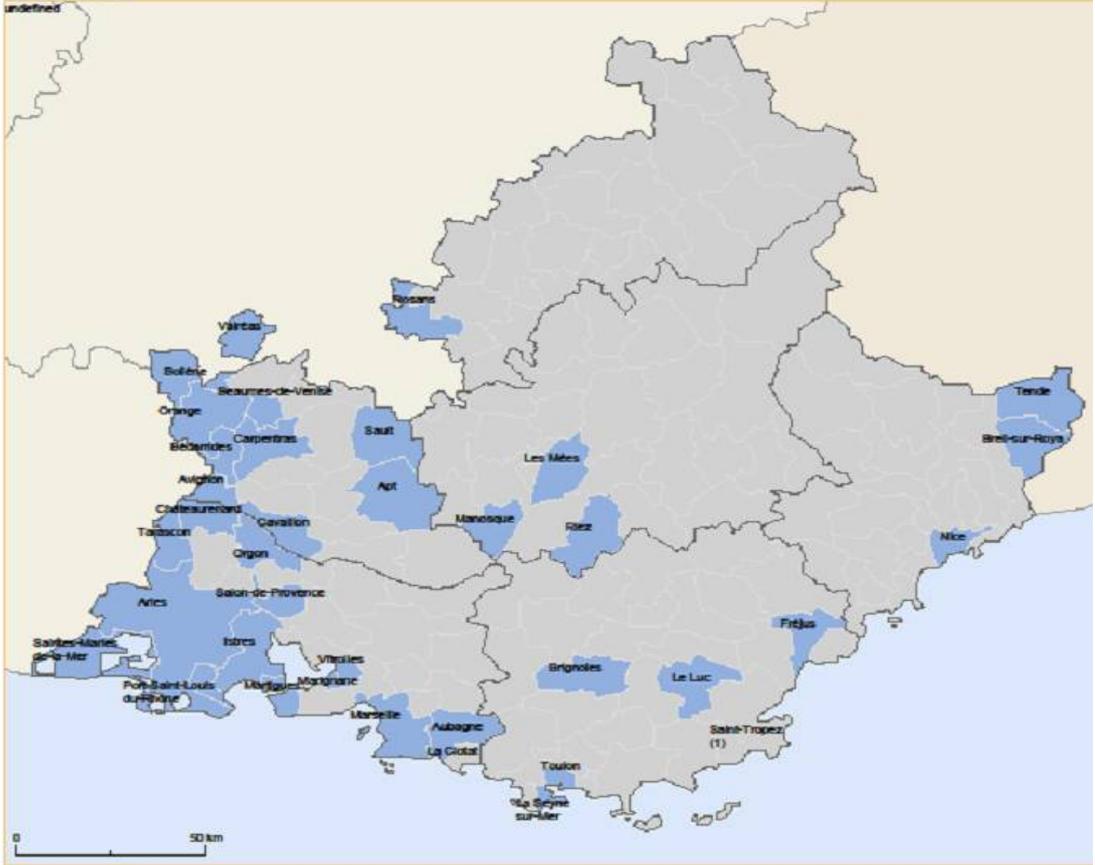
Cette analyse complémentaire permet de préciser la première approche effectuée au niveau des territoires de proximité ; elle permet aussi d'identifier quelques cantons n'appartenant pas à cette liste notamment dans les départements alpins. Ainsi, aux cantons appartenant aux territoires de proximité déjà mentionnés, s'ajoutent une dizaine de cantons appartenant pour la plupart aux arrière-pays (cf. carte ci-après)

⁵ % de bénéficiaires de la CMUC (régime général) en 2010, revenu fiscal médian (par Unité de consommation) en 2007, rapport interdécile des revenus (D9/D1) en 2007, nombre de personnes couvertes au 31/12/2007 par des allocations (CAF) à bas revenus pour 100 habitants de moins de 65 ans, proportion de familles monoparentale en 2007, part des personnes sans diplôme en 2007, part de la population de nationalité étrangère en 2007, demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM) cat 1 < 25 ANS au 31/12/2009, DEFM cat 1 >50 ans au 31/12/2009.

⁶ Compte tenu de la ventilation territoriale des données disponibles pendant l'élaboration du schéma, les résultats proposés reposent sur un cumul des rangs. Si les résultats obtenus de cette manière sont cohérents, cette approche comporte des limites méthodologiques.

⁷ Dans les agglomérations urbaines, chaque canton comprend en général une partie de la commune principale et une ou plusieurs communes périphériques.

SIRS&PACA



35 cantons regroupés les plus mal classés pour le taux de bénéficiaires de la CMUC (Part des assurés de moins de 65 ans bénéficiaires de la CMUC (rég. gén.) en 2010) et le taux de personnes sans diplôme en 2007

3.5.2 Des populations particulièrement vulnérables

Dans tous les départements de PACA, la pauvreté est plus forte qu'au niveau national. En 2006, 15,5 % des habitants de Provence-Alpes-Côte d'Azur vivent sous le seuil de pauvreté, contre 13,2 % au niveau national. Différentes formes de pauvreté coexistent dans la région, qu'il s'agisse d'une pauvreté touchant davantage les jeunes et les familles monoparentales (près d'un enfant de moins de six ans sur quatre appartient à un ménage pauvre, contre un sur cinq en moyenne en France métropolitaine) ou d'une pauvreté ciblant les personnes âgées

3.5.2.1 Les personnes sous main de justice

Le terme « personnes placées sous main de justice (PPSMJ) » désigne les personnes faisant l'objet d'une mesure restrictive ou privative de liberté par décision de justice en milieu ouvert ou fermé (établissement pénitentiaire) : les personnes incarcérées, les semi-libres, les bénéficiaires de permissions de sortie et de placements extérieurs avec surveillance de l'administration pénitentiaire. La moyenne journalière en PACA est de 7 632 détenus.

Les mineurs : la région PACA compte trois structures susceptibles d'accueillir des détenus mineurs (hors cas des jeunes filles qui sont incarcérées dans les quartiers femmes de Marseille et Nice), il s'agit de l'EPM, le QM de Grasse et le QM d'Avignon-Le-Pontet, présentant une capacité de 111 places. On note depuis début 2011, une nette augmentation des écrous de mineurs qui obligent à des transferts sur d'autres régions

Les jeunes filles mineures : Le centre pénitentiaire pour femmes de Marseille accueille des jeunes filles mineures. Dans le cadre de la rénovation du CP, un quartier pour mineures de 10 places est prévu au sein du CPF à l'horizon 2015

Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 4,3% de la population carcérale des établissements de la région au 1^{er} janvier 2011, contre 3,8 % au 1^{er} janvier 2002, soit une très légère hausse.

Les étrangers représentent 18 % de la population carcérale, en baisse continue depuis 2000, date à laquelle les étrangers constituaient 25 % de la population incarcérée.

Les personnes dépendantes : 22 cellules, sur l'ensemble des établissements de la région permettent l'accueil de personnes à mobilité réduite.

En région PACA, le nombre de suicides variait de 11 à 13 entre 2007 et 2009.

Le plan de prévention du suicide est décliné dans l'ensemble des établissements en partenariat avec les personnels de santé avec un axe fort autour de la formation des personnels, le repérage des personnes présentant des risques de passage à l'acte suicidaire et la mise en œuvre d'un plan individuel de protection, l'objectif étant de renforcer l'adhésion aux mesures de protection et l'estime de soi.

État de santé de la population des détenus

La région PACA est une importante région pénitentiaire, et donc concernée au premier chef par les problématiques, liant situation sanitaire et incarcération. L'éloignement fréquent des détenus du système de santé de droit commun avant leur incarcération, lié aux situations de marginalité, de précarité, fait que l'adoption des comportements favorables à une bonne santé est plutôt rare chez ces personnes.

La prévalence de certaines affections ou addictions en milieu carcéral est supérieure à la population générale.

Les personnes placées sous main de justice connaissent un cumul des facteurs de risques (marginalité ou précarité et faible accès aux soins déjà cités, mais aussi troubles mentaux, addiction, violence) induisant des problèmes sanitaires particuliers en prison, notamment troubles psychologiques et psychiatriques, problèmes d'addictions, près d'un tiers des entrants en prison sont toxicomanes, pathologies bucco-dentaires, pathologies infectieuses.

L'emprisonnement pour les usagers de drogues accroît souvent leur vulnérabilité, mais l'entrée en milieu carcéral ne se traduit plus que marginalement par un arrêt des traitements lorsqu'ils ont été initiés à l'extérieur.

Le CRIPS PACA, dans le cadre du tableau de bord de suivi du programme 14 du PRSP, indique que «la prévalence du VIH et du VHC en milieu carcéral est 3 à 5 fois supérieure à celle de la population générale, faisant de la prison un haut lieu de risque pour la propagation du SIDA comme des hépatites virales.

Il existe un risque de séroconversion durant l'incarcération lorsque l'accès aux matériels de réduction des risques est inexistant ou insuffisant et que l'usage de drogue existe malgré l'interdiction, ou que l'échange de matériel (rasoirs par exemple) a cours entre détenus. L'ensemble des établissements de PACA distribuent régulièrement de l'eau de javel, à des périodicités variables ; elle est le plus souvent cantinable également. Le tiers environ des établissements de PACA indique que la pratique du piercing ou du tatouage a cours en détention¹, mais dans la plupart des établissements, il existe une information des personnes détenues relative aux risques de contamination au VIH et au VHC à partir de ces pratiques.

La sexualité en prison reste largement taboue qu'il s'agisse des relations entre détenus ou au moment des parloirs. En matière d'accès aux préservatifs, il existe une disparité entre établissements de la région PACA : la plupart mettent des préservatifs à disposition des détenus à l'UCSA (ce qui en limite l'accès aux heures d'ouverture du service médical), une minorité indique en «distribuer régulièrement», à des périodicités variables (soit à l'entrée et en détention, soit à l'entrée et à la sortie, soit à la demande, soit à l'UCSA ...

3.5.2.2 Les populations immigrées

Source Dros

La population immigrée est constituée de l'ensemble des personnes nées à l'étranger et qui étaient à leur naissance de nationalité étrangère. En 2006, ce sont 471 222 personnes immigrées dont 51% de femmes qui vivent dans la région, ce qui représente près de 10% de la population régionale, avec une évolution à la baisse de 2,5 points entre 1975 et 2006. Les départements des Bouches-du-Rhône, du Vaucluse et des Alpes maritimes affichent des taux plus élevés que les autres départements de la région et supérieurs à la moyenne nationale.

La répartition par âge est différente de l'ensemble de la population régionale :

- les moins de 20 ans représentent 7% des immigrés (contre 20 % pour l'ensemble de la population)
- la population immigrée en PACA est plus âgée que dans le reste de la France.

Les hommes immigrés occupent plus d'un emploi sur six dans l'agriculture (65 % depuis 1999) et la construction. Les femmes immigrées travaillent surtout dans le secteur de la santé et de l'action sociale (aide à la personne).

Les personnes immigrées en PACA sont essentiellement originaires des pays du bassin méditerranéen (Algérie, Maroc et Tunisie d'une part, Italie et Espagne d'autre part). Selon les départements, l'origine des populations immigrées diffère.

La population immigrée est plus touchée par le chômage que l'ensemble de la population. A l'échelle nationale ainsi que dans tous les départements de la région PACA, le taux de chômage est supérieur à celui des personnes non immigrées. Au niveau régional, l'écart est de 5,6 points chez les hommes et 5,5 points chez les femmes.

Avec des revenus plus faibles et des conditions de logement souvent dégradées, les inégalités entre les personnes immigrées et le reste de la population sont importantes.

Dans la région, la part des personnes âgées de plus de 60 ans est plus importante chez les personnes immigrées. Cela est particulièrement vrai pour les hommes : 31 % des hommes immigrés sont âgés de plus de 60 ans contre 21 % des hommes non immigrés. Cette tendance se constate aussi au niveau national, mais dans des moindres proportions.

Deux immigrés retraités sur trois sont originaires d'Europe.

Si le vieillissement de la population française est posé de manière générale comme un problème de société, celui des hommes et des femmes immigrées n'a été abordé que très récemment. En effet, ce public n'était pas considéré comme devant résider définitivement sur le territoire français mais « inscrit dans un mouvement pendulaire entre la France et le pays d'origine » (Rapport IGAS 2002). De ce fait, les politiques publiques ne l'ont pas intégré comme une donnée avec une déclinaison d'actions à mettre en œuvre.

Les personnes concernées (hommes et femmes) ont souvent connu des conditions de travail pénibles dans des métiers difficiles. De plus, elles n'ont connu pour la plupart que des situations de précarité : métiers peu qualifiés, carrières erratiques, secteurs d'activités caractérisés par une pension au travail non déclarée et subie.

Aujourd'hui, la société française est confrontée à la réalité de ce vieillissement spécifique qui nécessite une réflexion afin de proposer des axes d'amélioration.

La vieillesse et le passage à la retraite sont souvent un révélateur de difficultés d'accès aux droits. Les carrières professionnelles marquées par la précarité, l'analphabétisme, et le manque de compréhension des dispositifs institutionnels et administratifs (retraite, santé, transports, allocations sociales) sont les principaux facteurs explicatifs de ces difficultés.

Ces populations sont caractérisées par une santé précaire, elles souffrent majoritairement de problèmes locomoteurs, de pathologies chroniques telles que le diabète, d'hypertension, de troubles psychiques, d'isolement, d'une alimentation mal équilibrée, de tabagisme et accusent un vieillissement prématuré lié à la dureté des conditions de travail et de pénibilité du travail exercé.

Le système de santé est peu adapté à ces populations, qui sont souvent dans une démarche de soins curatifs, morcelés et discontinus, tardifs et souvent dans l'urgence, faisant appel à des médecins spécialisés.

La question de la prise en charge est également un problème majeur : l'accès à une complémentaire santé est faible. La prise en charge financière de la famille restée au pays grève de manière importante leur niveau de vie.

Les immigrés âgés sont peu présents dans les établissements pour personnes âgées, et restent hébergés dans leur lieu de vie habituel : le foyer, l'hôtel ; le meublé. Cela pour des raisons économiques, de mode de vie et d'inadaptation de ces structures à la spécificité de ces populations.

Les difficultés spécifiques des femmes migrantes sont les mêmes que pour les autres femmes (mobilité, garde d'enfants...), mais sont souvent renforcées par leur isolement (pour les personnes nouvellement arrivées) et leur maîtrise insuffisante de la langue française. Cela complique leur accès aux droits, aux mesures mises en place, à l'accompagnement spécifique, globalement à une insertion dans de bonnes conditions.

Neuf migrantes sur dix déclarent bénéficier de remboursement pour leurs soins, mais 20% de celles venues pour rejoindre un conjoint immigré ont déclaré ne pas pouvoir accéder à la sécurité sociale. Quinze mois après leur arrivée, 5% déclarent avoir dû renoncer à certains soins pour des raisons financières ou par manque de temps. Certaines sont alors contraintes de se tourner vers les services d'urgences. Une moins bonne maîtrise de la langue française va de pair avec une plus mauvaise perception de son état de santé, traduisant peut être par-là un sentiment d'isolement et de moindre emprise sur son environnement. De plus certaines femmes immigrées sont victimes de violences spécifiques comme les mariages forcés, les répudiations ou les mutilations sexuelles. Dans la réalité, ces persécutions propres aux femmes ne sont pas reconnues, elles sont considérées comme relevant de la sphère privée et ne permettent pas aux femmes qui fuient leur pays d'accéder au statut de réfugié, conformément à la convention de Genève.

De nombreux étrangers âgés, issus des premières vagues de l'immigration, demeurent également isolés, sans espoir de retour vers le pays d'origine. Leurs veuves se retrouvent sans attaches, dans des conditions matérielles difficiles. La part des femmes âgées augmente considérablement dans notre pays et plus particulièrement en région PACA : les 77 101 femmes immigrées âgées de 60 ans et plus représentent 1,73 % de la population régionale, soit 18% de la population immigrée.

3.5.2.3 *Les familles monoparentales*

Source : DROS

Dans la région Paca, une famille sur deux est monoparentale parmi les foyers à bas revenus contrairement aux familles à hauts revenus où la structure familiale principale est représentée par les couples. Les caractéristiques des familles monoparentales notamment en Paca (féminines dans 95% des cas, peu diplômées, souvent confrontées au chômage ou à une forte précarité professionnelle) peuvent, pour partie, expliquer leur surreprésentation parmi les foyers à bas revenus.

3.5.2.4 *Les saisonniers*

Les travailleurs saisonniers sont une population d'actifs souvent jeunes, mal connue du fait des difficultés à identifier clairement ce mode d'activité (un Contrat à Durée Déterminée du point de vue de l'emploi), ainsi que du fait de sa mobilité (même si certains saisonniers reviennent d'année en année).

Les emplois concernés sont liés à l'agriculture (viticulture, arboriculture, maraîchage, horticulture), au tourisme (activités sportives, hébergement, restauration et autres services à la personne) et ses emplois induits (transport et commerce par exemple). En PACA les postes de « saisonniers d'été » liés à la fréquentation touristiques sont de 153 000 en 2006. Un saisonnier d'été sur quatre travaille dans la restauration. Le Var est le premier employeur de saisonniers d'été. Les saisonniers d'été représentent 23% de l'emploi salarié lié au tourisme, les salaires sont plus bas. .

Plus de 7 000 saisonniers d'hiver de la montagne en Provence-Alpes-Côte d'Azur (octobre 2007) : 5 études existantes ciblées sur la santé des saisonniers, qu'elles soient anciennes ou récentes (deux études entre 2003 et 2007), montrent toutes une hétérogénéité de cette population des saisonniers de stations de ski, selon leur métier, leur employeur, leur ancienneté, leur origine locale ou non et leur réseau social, leur niveau de formation, leur trajectoire professionnelle. Une étude plus ciblée sur la vie familiale des saisonniers a montré les obstacles auxquels se heurte la vie de famille dans ce «non-lieu» que constitue une station de ski en saison. La logique économique du tourisme industriel s'accompagne d'une précarisation des saisonniers : leur identité est incertaine (entre habitants et touristes), et ils ont du mal à trouver leur espace vital dans des relations marquées par l'éphémère et l'artificiel.

De nombreux saisonniers présentent des vulnérabilités pour leur santé : un emploi précaire (voire non déclaré), une rémunération proche du minimum (alors que la vie est chère durant la haute saison touristique), un rythme intensif (beaucoup d'heures de travail, peu d'heures de sommeil), un logement peu confortable (exigu, partagé, difficultés pour cuisiner) voire précaire (camionnette) du fait de la pénurie de logements accessibles, des problèmes de transport quand le logement est éloigné, des repas irréguliers, l'isolement social (voire la stigmatisation), des consommations fréquentes de produits psychoactifs (légaux et/ou illicites) et des prises de risque sexuel (facilitées par le contexte festif), une mauvaise couverture du risque maladie et un mauvais suivi médical (y compris en médecine du travail). Ces difficultés se renforcent les unes les autres. Les problèmes de santé les plus déclarés sont la fatigue/ le surmenage, les troubles de l'humeur (anxiété, dépression), les infections et les problèmes rhumatologiques.

3.5.2.5 *Les sans domicile fixe*

La santé des personnes en situation précaire en PACA peut également être appréhendée à partir de quelques études régionales. Ainsi, une étude récente⁸ portant sur les personnes fréquentant des dispositifs tels que les CHRS, CADA, Résidences sociales, Accueils de jour, Appartements de coordination thérapeutique, Maisons-relais... permet d'avoir un éclairage sur leurs problématiques de santé les plus fréquemment repérées par les professionnels de ces structures. 87% de l'échantillon (constitué par les structures ayant répondu à l'enquête) est confronté aux addictions, 86% à des souffrances psychologiques, 82% à des troubles psychiques. Sont également relevés des problèmes dentaires (70%), d'hygiène (60%), des maladies graves (cancers, VIH, VHC : 46%) et des problèmes d'alimentation (43%). Cette étude vient compléter les informations portant sur les inégalités sociales de santé par une approche "précarité-santé"⁹ très complémentaire puisqu'elle porte sur des groupes de population fréquentant certaines structures. Les éléments fournis par les DDASS à partir des bilans d'actions 2006 et de réflexions locales confirment ces constats : forte prégnance de la souffrance psychique (signalé par tous les départements) ou de pathologies mentales (04 et 13), des conduites addictives ou de consommation de substances psycho-actives (04, 06 et 13), des problèmes d'alimentation et d'hygiène (13 et 06 pour certains publics). Les coordonnateurs ASV des Bouches du Rhône signalent en outre des problèmes spécifiques à certains territoires qui font écho aux informations relevées sur la mortalité : pathologies liées à l'amiante (La Ciotat), pathologies respiratoires (Martigues) maladies professionnelles liées à l'amiante et à l'industrie chimique.

⁸ DUVERGER M. Étude régionale sur les besoins de santé des usagers et les réponses apportées par les associations relevant du champ des schémas départementaux de l'Accueil - Hébergement - Insertion. URIOPSS PACA - DRASS PACA. 2007. 130 p.

⁹ "Inégalités sociales de santé et "précarité-santé" : deux problématiques distinctes ?" in CAMBOIS E. op. cit. p. 104

Dans le cadre du Contrat Local de Santé (axe accès aux soins) signé entre la Ville de Marseille et l'ARS une étude¹⁰ a été initiée visant à identifier et renforcer les processus de coordination autour de l'accès aux soins et à leur continuité des personnes sans abri.

Cette mission, s'est déroulée entre juin/juillet 2010 et mars 2011.

Partant de constats liés à l'insuffisance chronique de soins pour la population SDF et de la complexité des trajectoires, l'étude est intervenue dans un contexte local et national favorables, avec des orientations fortes, et autant d'enjeux, autour de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'étude a concerné le public suivant :

- les personnes dormant dans la rue à un moment donné,
- les personnes sans-abri bénéficiaires des lieux d'hébergement suivants :
- CHR, CHU, conventionnés ALT, Lits Halte Soins Santé (LHSS).

L'objectivation quantitative s'avère difficile mais le constat d'une augmentation de cette population est partagé. Par ailleurs, différents acteurs s'accordent à observer une croissance du nombre de jeunes d'une part, de personnes âgées d'autre part. D'autre part, et contrairement aux idées plutôt répandues, les études récentes menées auprès des personnes sans abri montrent que la santé et les soins ne sont pas relégués au dernier plan de leurs préoccupations et de leurs besoins.

Parmi les problèmes de santé repérés lors de l'étude, la notion de polyopathologies prévaut, avec des maillages étroits dans les déterminants qui les génèrent.

Les données sur la mortalité (causes) sont mal connues, le phénomène des violences (subies – agies) -sur des terrains particulièrement fragilisés est à explorer de même que le lien avec le cumul des retards aux soins.

Les pathologies les plus souvent citées par les études nationales comme par les bases de données locales qui ont pu être rapprochées (Médecins du Monde, LHSS et Sleep'in) sont les suivantes :

- les problèmes d'ordre psychologique et psychiatrique avec, sans doute, des prévalences encore sous-estimées aujourd'hui et recouvrant des réalités différentes ;
- les pathologies respiratoires sont au deuxième rang ;
- les dermatoses souvent surinfectées et qui reflètent les contraintes de vie dans la rue ;
- les pathologies ostéoarticulaires montrent une lourde part de traumatismes (25% des pathologies recensées par les LHSS) ;
- les maladies de l'appareil digestif sont de l'ordre de 13% dans les données nationales de MdM ; on sait par ailleurs que l'état dentaire est particulièrement mauvais chez les personnes en situation de précarité de façon générale.

Sont également citées avec des fréquences variables selon les sources : les maladies métaboliques (parmi lesquelles le diabète), les maltraitances, les pathologies cardiovasculaires, les troubles neurologiques.

Par ailleurs, des pathologies et comportements mal cernés et parfois contradictoires nécessiteraient un meilleur repérage, que permettrait une étude de cohorte : c'est le cas de la tuberculose, des problèmes gynécologiques, de la prévalence autour des addictions. Enfin, d'importantes zones d'ombre mériteraient d'être étudiées : VIH, hépatites, les carences nutritionnelles, les cancers, les violences subies, l'état des vaccinations...

3.5.2.6 Les personnes en situation de prostitution

La région PACA est caractérisée par la présence sur son territoire, non pas d'une forme de prostitution, mais de différentes formes de prostitution, avec différents moyens d'exercice de cette activité. La démographie, la géographie et les modalités d'exercice de la prostitution ont profondément évolué. Cette évolution s'explique en partie par l'arrivée progressive de personnes migrantes de différentes origines, le développement de la prostitution masculine et transgenre, l'usage des nouvelles technologies comme vecteur de rencontre. Il y a la prostitution de rue qui en est la forme la plus visible, et la prostitution qualifiée de plus « discrète » par le rapport de la mission parlementaire la prostitution « Indoor ».

¹⁰ « Accompagnement à l'élaboration de réponses aux problèmes d'accès aux soins et de continuité des soins pour les sans-abri à Marseille » juillet 2011 Observatoire Social de Lyon ARS PACA/Ville de Marseille

Deux départements concentrent la majeure partie de l'activité prostitutionnelle, les Alpes Maritimes et les Bouches du Rhône, avec deux grands pôles urbains que sont principalement Marseille et Nice. Il est très difficile de pouvoir donner des chiffres exacts à l'échelle de la région.

Les associations s'occupant principalement des personnes en situation de prostitution ont rencontré en 2010 :

- sur Nice entre 600 et 700 personnes dont 1/3 de nouvelles personnes chaque année.
- sur Marseille et alentours, plus de 600 personnes, dont plus de 123 personnes nouvelles. 63% de personnes sont d'origine étrangère.

Il s'agit là essentiellement des personnes travaillant dans la rue.

En fonction des personnes, de leur origine, de leur parcours migratoire ou simplement de vie, elles toutes en commun le fait prostitutionnel, mais aussi des particularités et des problématiques qui leurs sont propres.

Le Conseil National du Sida, dans son avis adopté le 16 septembre 2010, sur « VIH et commerce du sexe, garantir l'accès universel à la prévention et aux soins », souligne la vulnérabilité des personnes prostituées. La dégradation des conditions d'exercice de la prostitution renforce la vulnérabilité sanitaire et sociale des personnes prostituées, l'affaiblissement des liens de solidarité, ont contribué à accroître l'isolement des personnes et à favoriser leur exposition à diverses formes de vulnérabilité et de violence (relâchement des pratiques de prévention, demande accrue de rapports non protégés, violences subies de la part des clients, difficultés à faire valoir leurs droits au séjour et aux prestations sociales, accès limité à l'information et aux soins).

Leurs conditions de vie sont souvent très précaires, notamment en terme de logement, un environnement social dégradé et hostile, implique une mauvaise estime de soi, qui incite les personnes à ne pas prendre soin d'elles.

3.5.2.7 *Les personnes en situation irrégulière*

Les données sur l'état de santé et l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME sont rares et de qualité limitée. Il y a des difficultés spécifiques à collecter des données à caractère sanitaire ou scientifique. On ne dispose pas encore de véritable étude exhaustive épidémiologique concernant les bénéficiaires de l'AME. Seuls des indices indirects permettent de s'approcher de l'état de santé des personnes relevant du régime de l'AME¹¹.

¹¹ Rapport d'information au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de l'aide médicale de l'état par MM. Claude Goasguen et Christophe Sirugue (résumé en page 29 du présent document)

4. Inégalités sociales de santé

4.1. Les déterminants extrinsèques

4.1.1 Habitat et santé

Quand l'habitat est dégradé, qu'il s'agisse de la vétusté ou d'autres facteurs de dégradation, il peut présenter un réel danger pour la santé de ses occupants. Les facteurs de risques liés au logement sont le plus souvent : la présence de peintures dégradées au plomb qui peuvent être à l'origine de cas de saturnisme chez les enfants, l'humidité, le manque d'aération d'un logement qui sont des facteurs d'apparition/d'aggravation d'asthme et d'allergies, un dysfonctionnement des appareils de chauffage qui peut être à l'origine d'intoxications au monoxyde de carbone (environ 300/an en région PACA).

État du parc de logements et de l'accessibilité aux logements :

D'après l'enquête de l'INSEE¹², La proportion de résidences principales considérées comme étant de « mauvaise qualité » en région Paca est supérieure à la moyenne nationale (8% contre 5%). De même, la sur occupation des logements est plus fréquente en PACA (12% des ménages) qu'au niveau national (9 %).

La région Paca se distingue des autres régions par des dépenses totales de logement relativement élevées en moyenne alors que le revenu moyen des ménages est plus faible. Le taux d'effort brut - rapport des loyers et charges aux revenus - des ménages de Paca est donc élevé : 15,3% contre 13,4 % en France métropolitaine.

La lutte contre l'habitat indigne, dont une partie est considérée comme insalubre, exposant à un risque d'intoxication au plomb, menaçant ruine, hôtels meublés dangereux, et habitat précaire, a été lancée comme plan d'action pluriannuel, à la suite de l'adoption du programme communautaire de lutte pour "l'inclusion" au sommet européen de Nice en décembre 2000.

La région PACA est l'une des régions de France particulièrement concernée par la lutte contre l'habitat indigne du fait de l'importance de son parc de logements anciens et de la précarité de sa population. Elle fait partie des cinq régions, Ile de France comprise, qui arrivent en tête relativement au nombre de logements frappés par un arrêté d'insalubrité (carte en annexe 2).

Pour ce qui est de la lutte contre le saturnisme, la région PACA faisait en 2008 partie des quatre régions ayant le plus de transmission des constats d'exposition au plomb positifs (carte en annexe 2)¹³.

4.1.2 Qualité de l'air et santé

Deux associations agréées pour la surveillance de la qualité de l'air (AASQA) couvrent la région PACA : Airfobep avec les grandes zones industrielles des communes de l'Ouest des Bouches-du-Rhône et Atmopaca pour le reste de la région.

L'information réglementaire diffusée par les préfetures est ciblée par rapport à chaque type de polluant, en fonction du niveau de concentration observé :

- seuil d'information et de recommandation : c'est le niveau au-delà duquel une exposition de courte durée présente un risque pour la santé humaine, dans les groupes particulièrement sensibles de la population. Il peut s'agir des personnes asthmatiques, des jeunes enfants, des personnes âgées, des personnes insuffisantes respiratoires...
- seuil d'alerte : Il s'agit du niveau au-delà duquel une exposition de courte durée présente un risque pour la santé humaine de toute la population, en particulier les personnes sensibles. A partir de ce seuil, les États membres de la communauté européenne prennent immédiatement des mesures.

¹² Le logement en Provence-Alpes-Côte d'Azur - Insee - Décembre 2008

¹³ Enquête annuelle sur les actions départementales engagées pour lutter contre l'habitat indigne 2008- 2009 - DGS

Les grands types de polluants dits « traceurs » :

- O₃ : Ozone, gaz produit par réaction photochimique à partir des polluants dits primaires (NO_x, COV, CO)
- NO_x : Oxydes d'azote produits essentiellement par le trafic routier
- SO₂ : Dioxyde de soufre produit essentiellement par l'industrie
- PM₁₀ : (« Particle Mater ») Poussières de diamètre inférieur ou égal à 10µm

En PACA, les émissions de particules sont plus les importantes autour de l'étang de Berre dans les Bouches-du-Rhône (en raison de l'activité industrielle) et le long des axes majeurs de circulation de la région.

4.1.2.1 Effets des principaux polluants sur la santé

L'impact sanitaire de la pollution est aujourd'hui bien établi et documenté. L'importance de ces effets varie selon la taille des polluants, leur composition chimique, la dose inhalée mais aussi la durée d'exposition et les individus eux-mêmes. Ces polluants touchent essentiellement les voies respiratoires supérieures (pharynx, larynx, trachée) ou inférieures (bronches, bronchioles, alvéoles pulmonaires). Au-delà d'une hyper-réactivité bronchique ou d'infections pulmonaires (NO₂), certains peuvent également affecter les yeux (O₃), la peau (SO₂), le sang (CO), le système nerveux (métaux lourds) voire être à l'origine de cancer (benzène, benzo(a)pyrène). Pour tous les polluants, les effets sont amplifiés par le tabagisme. L'exposition à long terme à la pollution favorise la survenue chronique de problèmes de santé, génère une surmortalité et une baisse de l'espérance de vie.

En France plus de 3.5 millions de personnes sont asthmatiques et 50 000 sont atteintes d'une insuffisance respiratoire grave. 30% de la population présente une allergie respiratoire, et sont, en fait, plus sensibles aux effets de la pollution de l'air.

Les particules sont particulièrement dangereuses pour la santé, du fait de leur composition chimique (elles véhiculent de nombreux gaz) et de leur taille. Plus elles sont fines, plus elles pénètrent profondément dans l'appareil respiratoire jusqu'à atteindre les alvéoles pulmonaires et plus les lésions liées aux composants chimiques adsorbés sur ces particules sont graves.

Les évaluations de l'impact sanitaire (EIS) de la pollution atmosphérique au niveau des grandes agglomérations la région PACA réalisées entre 2000 et 2006 par la Cire Sud ont mis en évidence le rôle prépondérant de l'exposition quotidienne à la pollution de fond par rapport à celui des pics de pollution¹⁴.

4.1.2.2 Coût sociétal

La pollution atmosphérique engendre des coûts directs sur la santé de la population française, évalués à plusieurs milliards d'euros par an.

4.2 La mortalité prématurée

Les données ci-dessous sont issues du Schéma Régional de Prévention.

La mortalité prématurée (décès toutes causes avant 65 ans) est un puissant marqueur d'inégalités sociales de santé et de genre qui permet de repérer des territoires prioritaires. En région PACA, les trois principales causes de mortalité prématurée sont les cancers (41% des décès prématurés, en hausse régulière), les traumatismes (17%) et les maladies cardio-vasculaires (13%).

¹⁴ Pascal L, Franke F., Lasalle J.L., Sillam F., Genevé C., Malfait P. « Evaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine dans six agglomérations de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2004-2006 » - 2011 – InVS
Source Atmo PACA : bilan d'activité de la qualité de l'air 2010
Source Airfobep : bilan annuel 2010

Globalement, en termes de mortalité générale et prématurée, notre région apparaît favorisée par rapport à la métropole.

Le taux comparatif de mortalité prématurée (pour 100 000) de 2001 à 2007 était de 208 pour la région PACA et 215,4 pour la France métropolitaine (Source SIRSé PACA).

Entre les périodes 1991-1997 et 2001-2007, le taux de mortalité prématuré a baissé d'environ 19%, en PACA comme en France métropolitaine.

Entre 2001 et 2007, en moyenne, environ 8200 personnes sont décédées chaque année avant 65 ans dont 67% sont des hommes. Un tiers de ces décès est lié à des causes de décès évitables¹⁵ par la réduction des comportements à risques (ORS PACA).

Pour la période 2000-2004, une analyse par genre, au niveau des territoires de proximité, montre que le territoire de Marseille est le seul de notre région à présenter une surmortalité prématurée significative pour les hommes par rapport à la France (+ 4%). Le territoire de Draguignan présente une surmortalité évitable significative pour les hommes par rapport à la France (+ 12%).

Les territoires de Martigues, Cavailon, Embrun, Arles et Briançon présentent une proportion plus forte de décès prématurés chez les hommes.

Sur cette même période, aucun territoire ne présente une surmortalité significative pour les femmes par rapport à la France. Les territoires de Cannes-Grasse et Nice sont caractérisés par une proportion plus marquée de décès prématurés chez les femmes.

Au niveau des cantons regroupés, deux grandes catégories de territoires ont été mises en évidence :

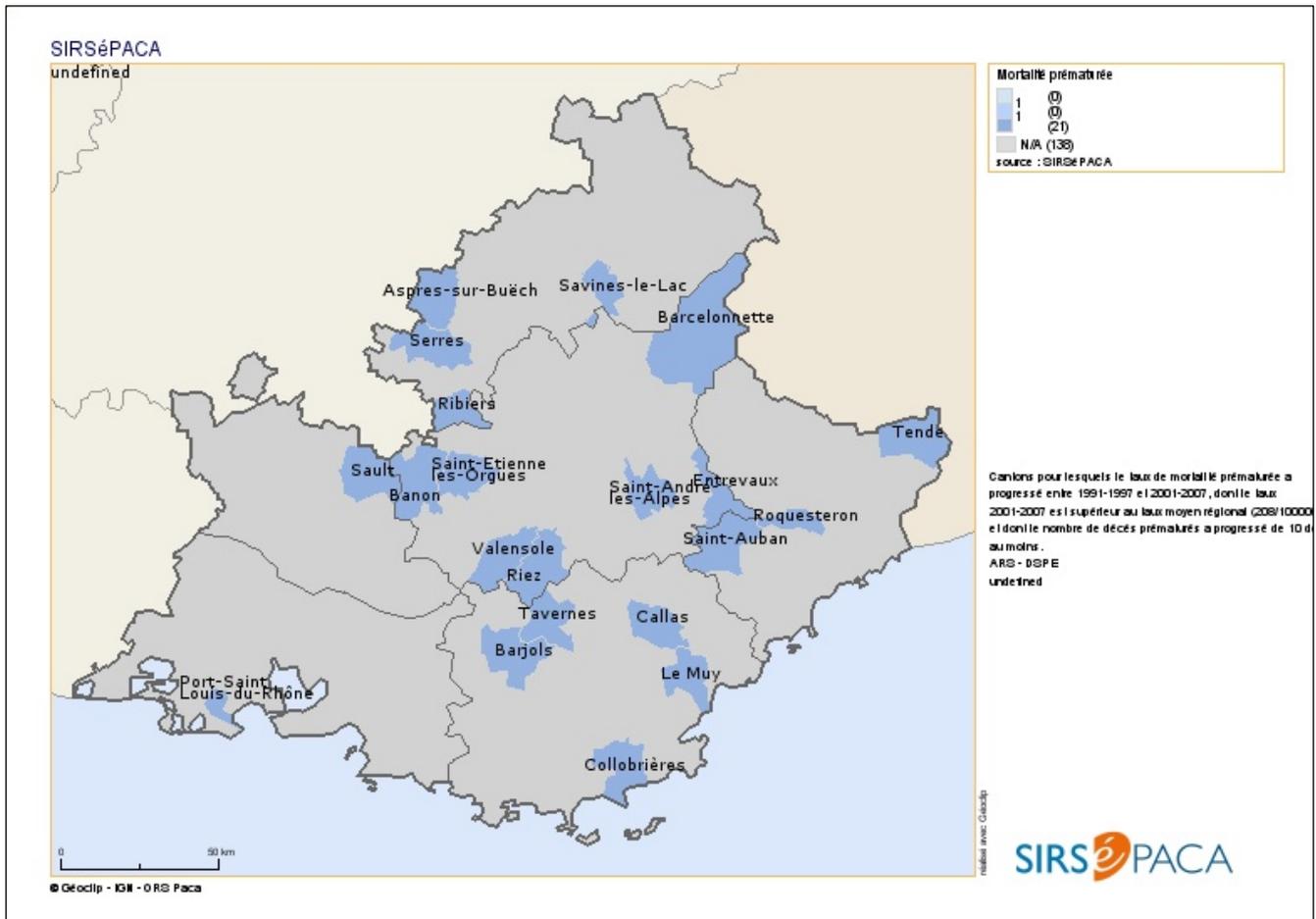
4.2.1 Des territoires majoritairement très ruraux et situés en montagne

Dans ces cantons, le taux comparatif de mortalité prématurée a progressé entre 2001-2007 (alors qu'il diminuait de 19% en France et en PACA).

Cette localisation met en évidence des inégalités territoriales de santé qui correspondent pour quelques cantons à des espaces de santé de proximité fragiles ou à risques, au sens du SROS ambulatoire. Par ailleurs, il est noté que quatre de ces cantons (Tende, Port-Saint-Louis-du-Rhône, Sault et Riez) font partie des cantons à forte vulnérabilité sociale.

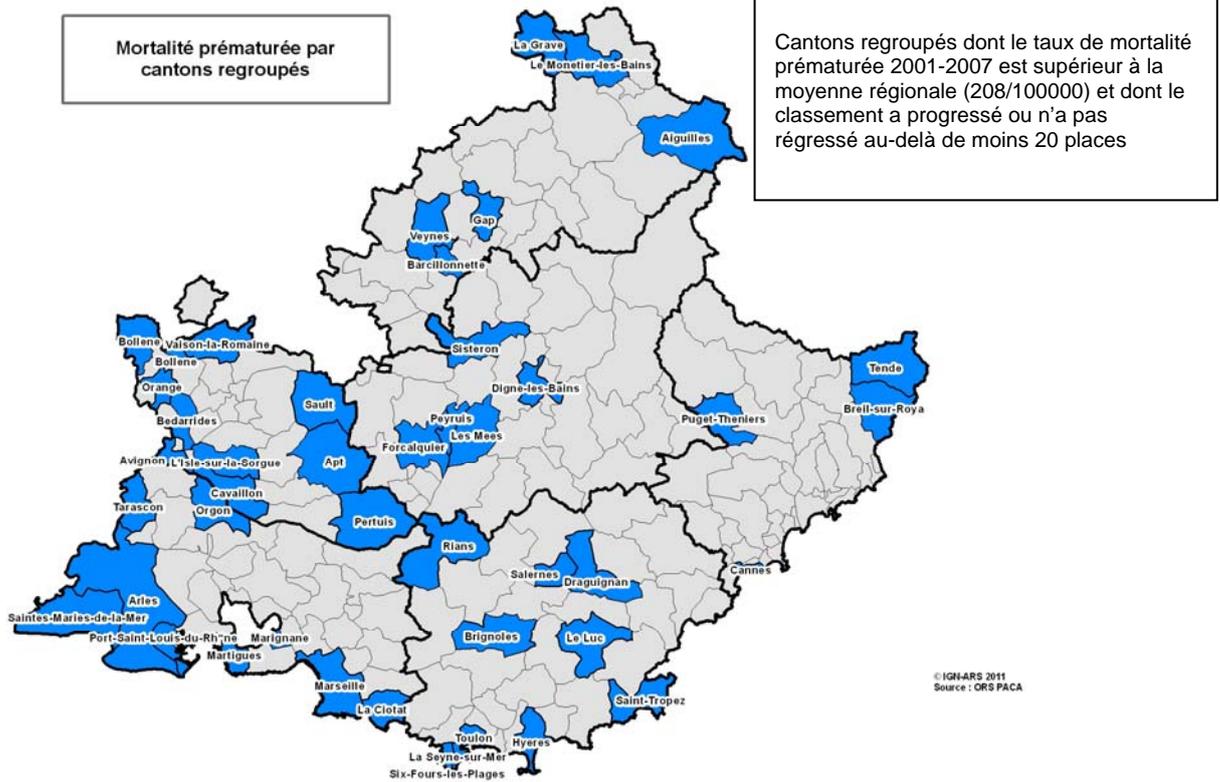
Cantons pour lesquels le taux de mortalité prématurée a progressé entre 1991-1997 et 2001-2007, dont le taux 2001-2007 est supérieur au taux moyen régional (208/100000) et dont le nombre de décès prématurés a progressé de 10 décès au moins.

¹⁵ La mortalité évitable est une sous-partie de la mortalité prématurée correspondant à un ensemble de causes de décès liés à des pratiques à risques (consommations d'alcool ou de tabac, accidents de la route, sida, suicides).

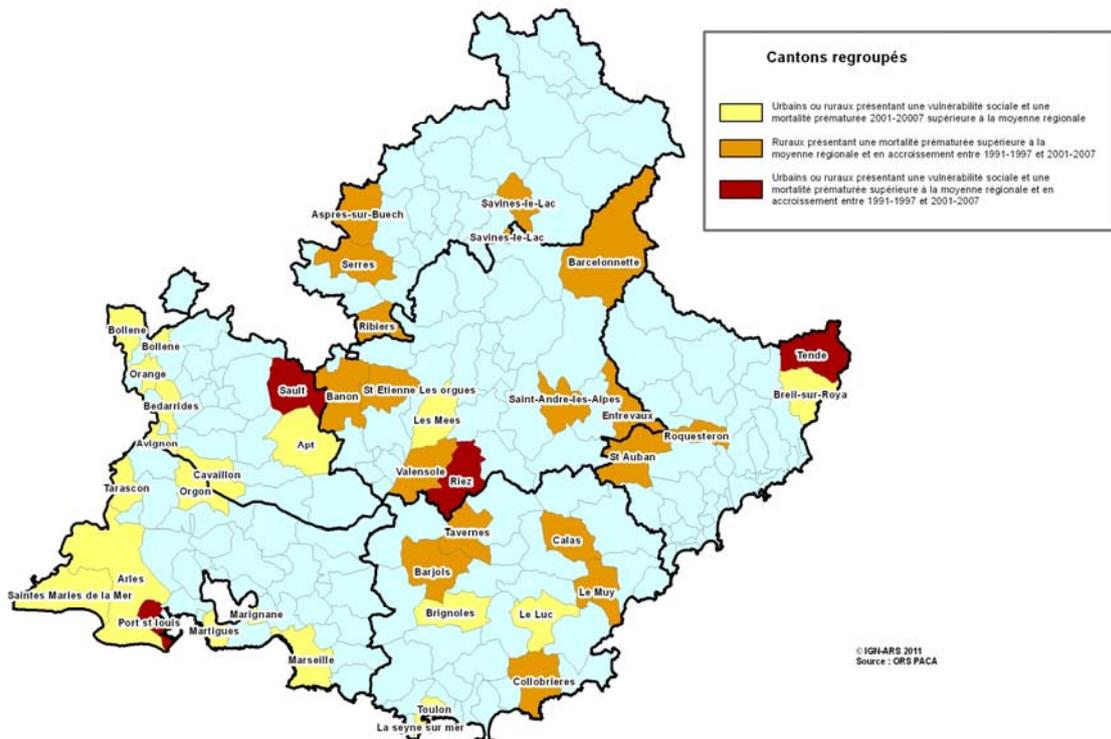


4.2.2 Des territoires qui cumulent vulnérabilité sociale et mortalité prématurée supérieures au taux régional.

En examinant les cantons dont le classement avait peu varié entre les deux périodes d'analyse, et dont le taux comparatif de mortalité prématurée est supérieur au taux moyen régional pour 2001-2007, il est révélé un nombre élevé de cantons en forte vulnérabilité sociale.



La carte ci-après synthétise ces éléments :



Il faut souligner, à nouveau, que les spécificités des quartiers des grandes villes de la région (ex. Nice), beaucoup plus hétérogènes que des cantons ruraux, ne peuvent être prises en compte ici. Par ailleurs, pour ces derniers, les évolutions de la mortalité prématurée peuvent correspondre à de faibles effectifs de décès et être le fait par exemple d'accidents de la circulation dont l'impact sur ces effectifs de décès prématurés, peut être élevé à l'échelle de la population de ces territoires.

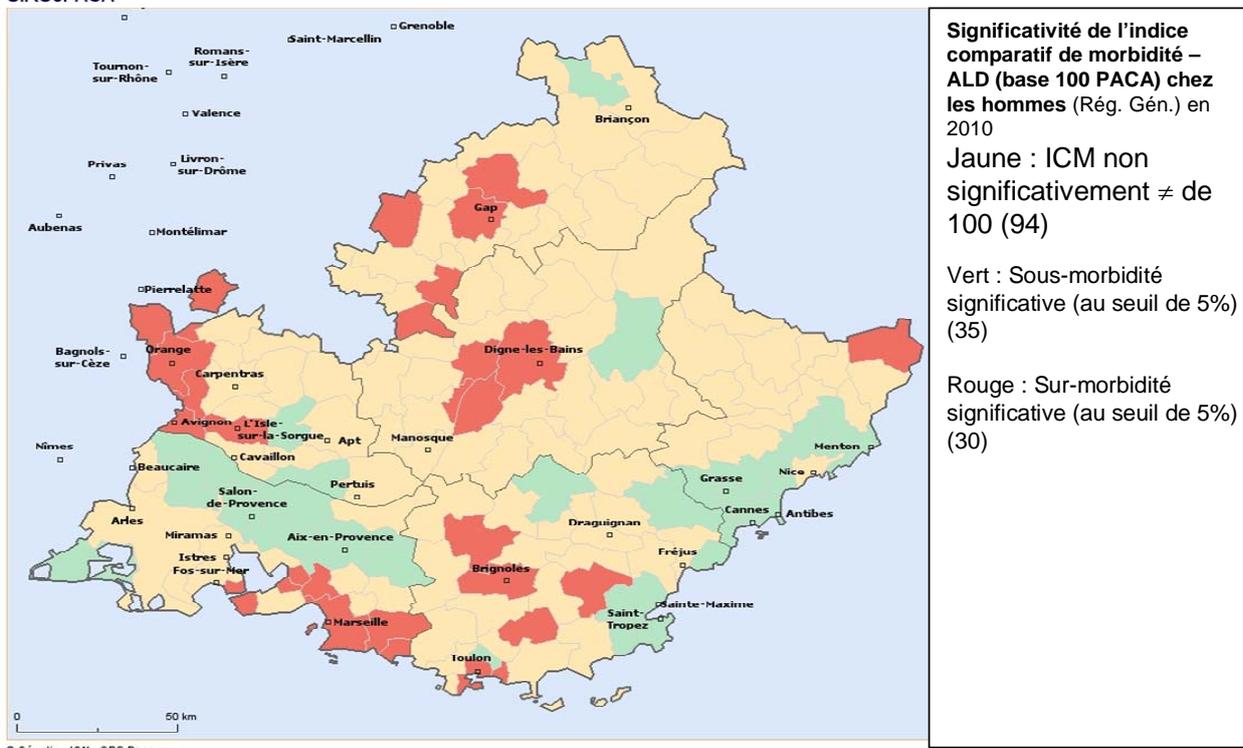
Une récurrence préoccupante pour certains territoires, en particulier Port-Saint-Louis du Rhône, Tende et La Seyne sur Mer

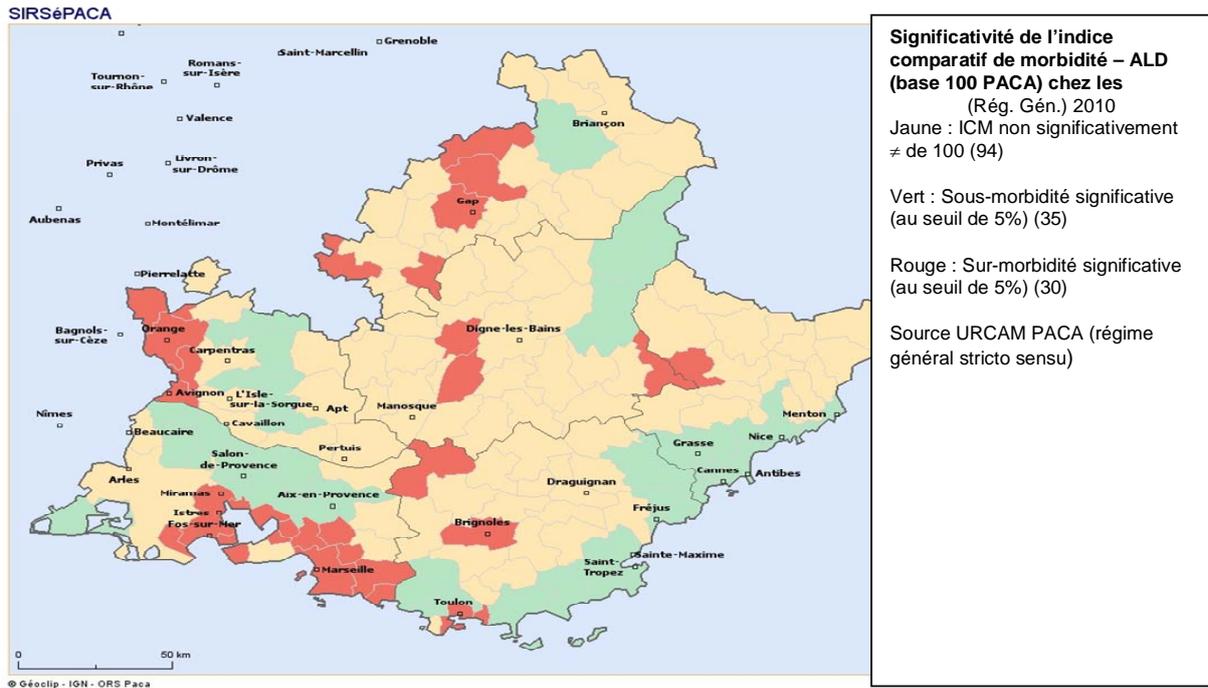
Ces trois cantons regroupés présentent une surmortalité significative (au seuil de 5%), à la fois pour plusieurs des trois principales causes de mortalité prématurée : les cancers, les traumatismes et les maladies cardio-vasculaires ou pour certains déterminants majeurs de ces maladies : l'alcool ou le tabac (cancer du poumon).

4.3 La surmorbidity

Certains territoires de la région connaissent une surmorbidity significative pour l'ensemble des ALD avec une vulnérabilité sociale marquée pour beaucoup d'entre eux.

SIRSéPACA





Pour les hommes, Tende, Toulon-La-Seyne-sur-Mer, Marseille, Martigues, Aubagne, Brignoles, Barjols, Le Luc, Les Mées, Aspres sur Buech et Ribiers sont des territoires précédemment repérés. Pour les femmes, on retrouve un grand nombre de ces territoires : Toulon-La-Seyne-sur-Mer, Marseille, pourtour de l'étang de Berre, limite ouest du Vaucluse, Brignoles, Les Mées, Rosans...

On observe une récurrence préoccupante pour certains territoires, en particulier Port-Saint-Louis du Rhône, Tende et La Seyne sur Mer

Ces trois cantons regroupés présentent une surmortalité significative (au seuil de 5%), à la fois pour plusieurs des trois principales causes de mortalité prématurée : les cancers, les traumatismes et les maladies cardio-vasculaires ou pour certains déterminants majeurs de ces maladies : l'alcool ou le tabac (cancer du poumon).

5. Éléments relatifs au droit et à l'accès à la santé

L'assurance maladie, complétée par des dispositifs particuliers pour les personnes les plus en difficulté – CMU, CMU-C, Aide à la Complémentaire Santé, Aide Médicale d'Etat – est de nature à permettre un accès généralisé et universel à la santé dans notre pays.

Pour autant, le dispositif juridique et financier mis en place ne règle pas totalement le problème des inégalités de santé.

5.1. Principales données en région PACA

5.1.1 La CMU / CMU-C

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est une prise en charge des dépenses de couverture complémentaire assurée par les caisses d'assurance maladie ou par des organismes complémentaires, sous conditions de résidence régulière en France et de ressources, qui doivent être inférieures à 634,25 € par mois en moyenne pour une personne seule en France métropolitaine.

Prenant la forme d'une protection complémentaire gratuite, elle permet à l'assuré une prise en charge des soins à 100 % sans avance de frais, y compris pour le forfait journalier hospitalier. Les bénéficiaires sont exonérés du forfait de 1€ et des franchises.

La région PACA fait partie des cinq régions avec l'Île de France, le Nord Pas de Calais, Rhône-Alpes et Languedoc Roussillon qui concentrent 46,9 % des effectifs CMU-C.

Au 31.12.10, en région PACA, le nombre de personnes bénéficiaires de la CMU-C est de 359 549, soit 7,2 % de la population. La répartition départementale est la suivante :

	Nombre de bénéficiaires	Pourcentage de la population
04 ALPES DE HAUTE PROVENCE	7 744	4,8 %
05 HAUTES ALPES	4 179	3 %
06 ALPES MARITIMES	48 801	4,4 %
13 BOUCHES DU RHONE	195 269	9,8 %
83 VAR	61 233	6 %
84 VAUCLUSE	42 323	7,7 %

Source : CNAMTS, MSA, RSI

Pour la métropole, le taux de bénéficiaires est de 5,7 %.

Dans son avis du 5 juillet 2011 sur l'accès aux soins des plus démunis¹⁶, le Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), considère que deux enjeux doivent être améliorés en ce qui concerne la CMU :

- l'importance du non recours à la CMU-C, évalué à 20 %, principalement en raison du déficit d'information ;
- les refus de soins de certains professionnels de santé.

¹⁶ Avis du CNLE, Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non recours aux soins des plus démunis », 5 juillet 2011, p.2

Au vu des informations recueillies auprès des usagers et des associations, il apparaît que les délais d'obtention de la CMUC varient selon les CPAM, et peuvent parfois être supérieurs à 3 mois ou plus.

5.1.2 L'AME

Rapport d'information au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de l'aide médicale de l'état par MM. Claude Goasguen et Christophe Sirugue.

Le dispositif a été créé en 1999. L'aide médicale d'État est financée par l'État, c'est une prestation sociale permettant, sous certaines conditions, l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. Ses bénéficiaires ne sont pas des assurés sociaux.

La gestion opérationnelle de l'AME est déléguée à l'assurance maladie, cette politique est pilotée par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), du ministère des affaires sociales.

La loi, fixe, outre le paiement d'un droit de timbre, trois conditions d'accès au dispositif : la justification de son identité, l'exigence d'une condition de durée de résidence ininterrompue de trois mois sur le sol français, la perception de ressources n'excédant pas un plafond (les ressources d'une personne seule ne doivent pas dépasser 634 euros par mois).

Conformément à la loi n° 2010-1657 de finances pour 2011 du 29 décembre 2010, le demandeur, une fois ses droits à l'AME confirmés, doit, depuis le 1er mars 2011, préalablement s'acquitter du paiement d'un droit de timbre annuel pour lui-même et chaque ayant droit majeur pour lequel le bénéficiaire de l'AME est demandé. Ce montant est de 30 euros.

Le niveau de prestation assuré à un bénéficiaire de l'AME est identique à celui dont bénéficie un ressortissant à la CMU-C, à l'exception de la prise en charge des soins dentaires et des dispositifs médicaux (prothèses et orthèses).

Le dépôt de la demande fait commencer la phase d'instruction. Si les conditions d'admission sont remplies, l'organisme de sécurité sociale envoie dans le délai légal des deux mois un courrier notifiant l'acceptation du dossier, qui l'avertit de venir chercher le titre d'admission à la caisse dans un délai de deux mois.

En PACA, au 30 juin 2011, il y a 11 099 personnes bénéficiaires de l'AME, qui se répartissent comme suit :

	Bénéficiaires affiliés à l'AME au 30/06/2011			
	Assurés	Ayants droit	dont : ayants droit mineurs	Ensemble
04 ALPES DE HAUTE PROVENCE	51	15	10	66
05 HAUTES ALPES	22	9	6	31
06 ALPES MARITIMES	2 368	748	505	3 116
13 BOUCHES DU RHONE	5 052	1 330	983	6 382
83 VAR	615	112	81	727
84 VAUCLUSE	650	127	99	777
PACA	8 758	2 341	1 684	11 099
FRANCE METROPOLITAINE	133 815	41 699	28 208	175 514
FRANCE ENTIERE	143 094	49 487	35 499	192 581

Source : CPAM

5.1.3 L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

L'aide à la complémentaire santé, initialement dénommée crédit d'impôt, consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. L'ACS a été mise en place en 2005 pour réduire les effets de seuil liés à la CMU-C. Cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 26 %. Le montant de l'aide complémentaire santé est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due. Il varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer couvert par le contrat. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année.

La demande d'aide complémentaire santé est à faire auprès de la caisse d'assurance maladie. En cas d'accord, celle-ci remet une attestation de droit à l'aide complémentaire santé. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une société d'assurances, ou une institution de prévoyance, la personne, bénéficie de la réduction sur le contrat santé individuel qu'elle a choisi de souscrire. Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

L'ACS est un dispositif insuffisamment connu, de la population pouvant y prétendre. Les personnes n'en font pas la demande et n'ont souvent pas de complémentaire santé.

Le fonds CMU estime à une personne sur quatre la proportion de personnes ayant fait valoir ses droits à l'ACS. Ce dispositif n'atteint pas sa cible : le défaut d'information sur l'existence, le fonctionnement du dispositif et les démarches à entreprendre d'une part, l'insuffisance du montant de l'aide d'autre part. Une expérimentation sociale menée à la CPAM de Lille auprès de personnes potentiellement éligibles a démontré toute l'importance d'une information, et d'un accompagnement personnalisé complet sur le dispositif.

5.2 Les obstacles au droit et à l'accès à la santé

Les freins à l'accès aux soins, dans la littérature spécialisée, recensent plusieurs niveaux d'inégalités :

- l'accès théorique aux soins : c'est la possibilité de se faire soigner et de bénéficier d'une couverture sociale ;
- l'accès primaire aux soins : c'est l'entrée dans le système de soins et l'utilisation en temps utile de ses services de manière à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé.
- l'accès secondaire concerne l'accès à des soins spécialisés, le recours à des examens complémentaires, les filières de soins empruntées...

Les difficultés d'accès aux soins sont multifactorielles :

5.2.1 Accessibilité financière (accès théorique)

Le principal obstacle pour un accès généralisé est financier, du fait de la difficulté des personnes aux revenus les plus faibles à accéder à une protection complémentaire facultative.

Même si 94 % de la population bénéficie d'une couverture santé complémentaire, il reste encore quatre millions de personnes sans protection complémentaire.

Selon l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES de 2010 qui interroge tous les deux ans 8 000 sujets (ainsi que les personnes présentes dans les ménages, soit au total 22 000 participants figurant dans les registres des trois principales caisses d'assurance maladie), 16,5 % de la population de 18 à 64 ans a déclaré renoncer à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires concerne 10,7 % de la population, ce qui en fait est le type de soins le plus touché, devant les lunettes (4 %).

Par ailleurs, plus l'état de santé est mauvais et plus le risque de renoncer aux soins augmente : un gradient très important de renoncement aux soins selon le niveau de vie est observé. Les personnes appartenant au quintile le plus pauvre ont plus de trois fois plus de risques de devoir renoncer à des soins que celles du quintile le plus aisé.

Les personnes bénéficiant de la CMU-C renoncent beaucoup moins souvent à des soins que les personnes ayant une complémentaire privée. Ce qui tend à confirmer l'impact du dispositif sur le système de santé. Le fait de bénéficier ou non d'une complémentaire santé est un facteur important de renoncement aux soins. Les sujets qui ont été obligés de renoncer à bénéficier d'une complémentaire santé sont ceux qui ont le plus de risques de renoncer à des soins. Toujours selon l'enquête ESPS, le premier motif de non recours à une complémentaire santé évoqué par les enquêtés est financier : 46 % souhaitent en bénéficier, mais ne le peuvent pas pour des raisons financières.

5.2.2 Les difficultés d'ordre administratif

Les difficultés d'ordre administratif peuvent compliquer et aggraver l'accès aux soins, déjà rendu difficile par des motifs financiers pour les populations précaires. Sont cités par les associations la difficulté de la domiciliation, la complexité des démarches, des tracasseries administratives conduisant à des ruptures de droits, des logiques de guichet, le non respect du principe de non discrimination...

FOCUS SUR QUELQUES EXEMPLES OU QUELQUES POPULATIONS

Le problème de la domiciliation

La loi de modernisation sociale du 5 mars 2007 et ses décrets d'application a redéfini les modalités relatives à la domiciliation des personnes sans domicile stable. Les structures pouvant être électeurs de domicile sont inchangées. Toutefois, elles sont tenues de respecter un certain nombre de procédures nouvelles sous la responsabilité de l'Etat. Quant aux personnes bénéficiaires du dispositif, leurs droits et obligations sont clairement précisés par les nouveaux textes.

Certains CCAS n'intègrent pas la problématique de la domiciliation dans leurs missions, d'autres font part du nombre de plus en plus important de dossiers à traiter concernant la domiciliation avec les mêmes moyens.

Par ailleurs, ce sont toujours les mêmes associations qui sont sollicitées et leur répartition inégale sur l'ensemble des territoires justifierait que de nouveaux partenaires associatifs soient identifiés et agréés pour assurer cette mission.

L'A.M.E

Compte tenu de leur statut, ces personnes éprouvent en effet de l'appréhension à visiter une administration ou une structure s'y apparentant. Les caisses et les associations soulignent également l'acuité des problèmes linguistiques. Il existe un fort besoin d'interprétariat.

L'appréciation de la condition de « personne en situation irrégulière » est également complexe. En effet, comme le soulignent les associations, les demandeurs, et particulièrement les demandeurs du droit d'asile, peuvent souvent alterner, en quelques mois, des périodes de régularité et d'irrégularité, au gré des demandes de régularisation, de l'issue des éventuels recours et des problèmes matériels liés aux difficultés de domiciliation (retour des plis en « non distribuables »). Le statut des étrangers en situation irrégulière serait à cet égard, « dynamique » et conduirait à des alternances de statuts.

Malgré les textes législatifs et réglementaires applicables et les instructions du réseau, il peut arriver que des CPAM aient une application particulière du dispositif. Selon les associations de la région, il existe des disparités, entre les différentes CPAM et au sein même d'une CPAM (procédure, nature et nombre de documents demandés, justificatifs supplémentaires...). Cela conduit pour certains à l'abandon de la démarche. Cette situation est susceptible d'entraîner des retards d'accès aux soins ou des hospitalisations coûteuses. Elle peut en outre présenter des risques en termes de santé publique.

Le document « Observatoire de l'accès aux soins de la mission France Médecins du Monde, Rapport 2009 », publié en octobre 2010 (dixième rapport), retrace ainsi certaines difficultés d'accès au dispositif de l'AME. Selon ce rapport, les obstacles allégués par les personnes en situation irrégulière pouvant théoriquement s'ouvrir des droits au titre de l'AME sont « les obstacles administratifs », « les difficultés à s'orienter dans le dispositif sanitaire et social », les obstacles linguistiques et la difficulté à prouver la durée de résidence.

Une analyse qualitative a récemment distingué plusieurs types de processus discriminatoire¹⁷.

Des discriminations directes procédant :

- soit par délégitimation : ceci concerne les bénéficiaires de l'AME perçus comme des "assistés" dont les soins "coûtent chers aux cotisants" et qui auraient des pratiques administratives abusives ;
- soit par différenciation : les personnes sont orientées vers une offre de services ou de soins dérogatoires au droit commun, parfois dans une perspective de discrimination positive.

Enfin, des discriminations indirectes, fruits en particulier d'un croisement entre origine étrangère et précarité. L'exemple donné est celui du tiers payant pour lequel l'AME cristallise les réticences de certains professionnels libéraux de santé. Cette réticence à l'égard d'une disposition administrative affecte indirectement les personnes étrangères, pour lesquelles ces professionnels n'avaient pas a priori d'attitude discriminatoire.

Les personnes âgées migrantes

Le passage à la retraite est un moment de rupture des droits. Les conditions particulières de résidence et de territorialité auxquelles sont soumises les personnes âgées migrantes donnent de surcroît lieu à des pratiques hétérogènes, qui manquent de lisibilité de la part des administrations et des organismes de protection sociale avec la mise en place de contrôles qui ciblent les étrangers et d'après les associations des demandes quasi kafkaïennes de pièces justificatives (mais jamais écrites) qui aboutissent à des ruptures de droits parfois très graves.

Personnes sous main de justice

Des difficultés sont relevées dans la mise à jour des droits sociaux au moment de l'incarcération et de leur suivi dans le temps ainsi qu'au moment de la préparation à la sortie. Dans les Bouches du Rhône, l'immatriculation à la sécurité sociale des personnes détenues est systématique grâce à un bon partenariat avec la CPAM et grâce à une centralisation de cette fonction au sein de la CPCAM 13. Ce qui n'est pas le cas dans tous les autres départements.

Les gens du voyage

Ils ne connaissent pas lorsqu'ils arrivent sur les terrains, les coordonnées des CPAM, ni des structures. Le futur schéma départemental d'accueil des gens du voyage, prévoit d'inscrire concernant la santé, le fait qu'ils doivent pouvoir disposer, sur les terrains, des informations nécessaires telles que les coordonnées : des médecins généralistes ou spécialistes de la commune, des services de secours, des établissements de santé les plus proches, de la caisse primaire d'assurance maladie de rattachement de la commune, des services du conseil général (protection maternelle et infantile), de la mairie, des associations concernées par les gens du voyage.

¹⁷ CARDE E. *Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins*. Santé Publique 2007, Volume 19, n°2, pp.99- 109

5.2.3 Les difficultés tenant au système de soins

Elles sont de plusieurs ordres :

5.2.3.1. *Problèmes d'accès géographique*

Les difficultés habituellement connues sont liées à l'inégale densité géographique de l'offre, au réseau de transport, l'éloignement étant un facteur limitant l'accès à des soins spécialisés pour les habitants des quartiers classés en politique de la ville ou ceux des zones rurales.

Cette question est à relativiser pour la région PACA pour l'accès à l'offre de soins de premier recours. La densité médicale - généralistes et spécialistes - est la plus élevée de France : respectivement 374 et 170 pour 308,8 et 143. Par ailleurs, 73 % des cantons de la région (étude FNORS) sont caractérisés par des temps d'accès aux professionnels de santé libéraux inférieurs à la moyenne nationale. Cette situation globalement favorable ne doit pas occulter des disparités infrarégionales voire infra départementales. En région PACA, les difficultés d'accès aux soins géographiques concernent essentiellement les zones rurales, ou périurbaines.

5.2.3.2 *Difficultés liées aux attitudes et comportements de certains professionnels*

Accès primaire aux soins

Les refus de soins

Alors que la loi est protectrice, la réalité démontre des freins importants. Les travaux sur les bénéficiaires de la CMU-C (fonds CMU) donnent un éclairage sur les modalités et freins de recours aux soins, des populations en difficultés sociales. 15 % des personnes interrogées déclarent avoir fait l'objet de la part des professionnels de santé d'un refus de les revoir ou de les recevoir du fait d'être bénéficiaires de la CMU. Les professionnels de santé le plus souvent cités sont les médecins spécialisés (7 % des personnes interrogées), les dentistes (6 %), et pour une moindre part les médecins généralistes (2 %).

Un dispositif testing a été mis en œuvre en décembre 2008 - janvier 2009 à Paris pour évaluer la nature et l'amplitude des discriminations dont font l'objet les bénéficiaires de la CMU dans l'accès aux soins. Près d'un tiers des dentistes (31,6 %), un cinquième des omnipraticiens (19,4 %) et 38,5 % des gynécologues refusent les patients parce qu'ils sont bénéficiaires de la CMU.

En PACA, une enquête de Médecins du Monde menée en 2007 auprès des médecins marseillais avait fait ressortir un refus de recevoir des bénéficiaires de la CMU chez 7,5 % des généralistes et 38 % des gynécologues (respectivement 21 % et 62 % pour les bénéficiaires de l'AME).

Le poids croissant des dépassements d'honoraires et du secteur 2

Trente ans après la création du secteur 2, malgré les tentatives des pouvoirs publics de restreindre la liberté tarifaire des médecins, les dépassements d'honoraires ont progressé de façon spectaculaire. Si les généralistes s'installent actuellement presque exclusivement en secteur 1, ce n'est pas le cas des spécialistes. Cette situation nuit à la couverture des soins et est susceptible de creuser les inégalités dans l'accès aux soins car il n'y a pas de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (seuls 40 % des assurés sont remboursés en tout ou partie en cas de dépassements d'honoraires par leur mutuelle).

La loi relative à la CMU interdit que les dépassements d'honoraires soient appliqués aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. Toutefois, du rapport IGAS 2007, il ressort que 1,6 % des consultations facturées à des bénéficiaires de la CMU complémentaire avaient donné lieu à un dépassement d'honoraires¹⁸.

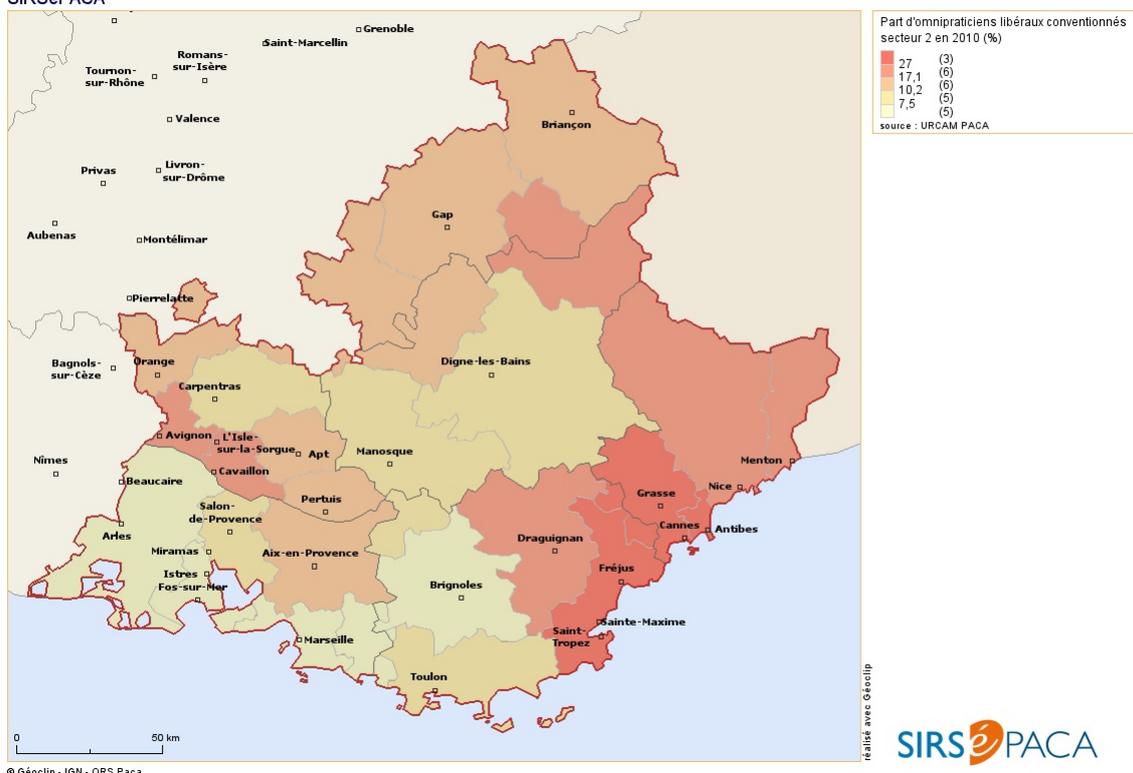
¹⁸ Vanessa Bellamy (DREES) et Anne-Laure Samson (LEDa-Legos, Université Paris Dauphine), « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins »

La pratique des dépassements d'honoraires est de nature à accentuer l'inégale répartition des médecins sur le territoire dans la mesure où elle permet leur installation dans des territoires très fortement dotés en médecins puisque leurs tarifs plus élevés compensent la moindre activité résultant d'une forte densité médicale.

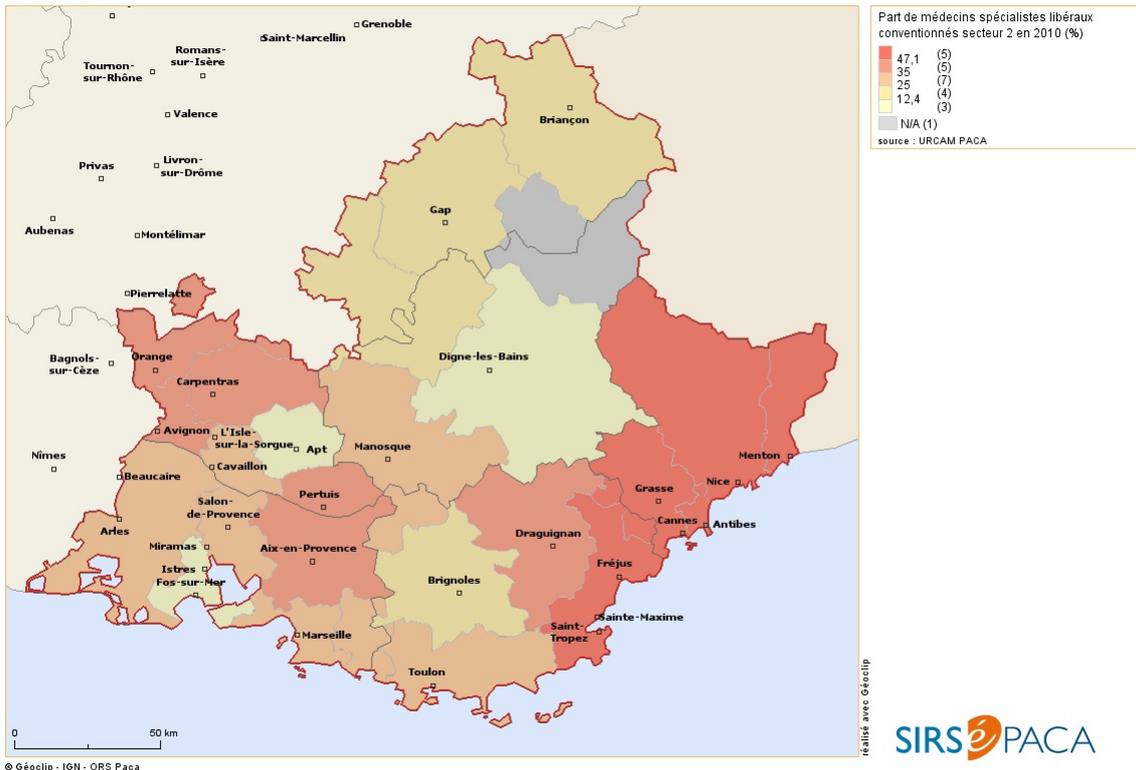
Pour certains spécialistes (chirurgiens libéraux, ORL, ophtalmologues, gynécologues) et dans certains territoires, l'existence de dépassements d'honoraires conséquents peut engendrer des difficultés d'accès aux soins par d'importants restes à charge pour les assurés, avec une grande variabilité des dépassements au sein des spécialistes. Les dépassements les plus fréquents et les plus élevés concernent les départements riches et urbains...

Les cartes ci-après donnent un aperçu synthétique de la situation en région PACA.

SIRS&PACA



SIRS@PACA



La proportion de médecins exerçant en secteur 2 est variable d'un département à l'autre et plus marquée dans certains territoires de proximité. Le département des Alpes-Maritimes et le Var Est sont les plus concernés. Le Vaucluse connaît un taux important de médecins spécialistes conventionnés en secteur 2. Le département des Alpes-de-Haute-Provence est le moins touché.

Quelques exemples suivent à titre indicatif :

- la part d'omnipraticiens libéraux conventionnés en secteur 2 en 2010 va de 36,19 % à Fréjus – Saint-Raphaël, 30,7 % à Antibes, 23,28 % à Draguignan, 23,08 % à Embrun, en passant par 18,08 % à Cavailon, 18,06 % à Avignon, pour atteindre 9,43 % à Digne, 8,47 % à Manosque, 7,22 % à Marseille, 6,35 % à Arles ;
- toutes spécialités confondues, la part de médecins spécialistes libéraux conventionnés en secteur 2 en 2010 s'étale de 56,10 % à Cannes-Grasse, 53,27 % à Nice, 53,02 % à Fréjus-Saint-Raphaël, 42,57 % à Draguignan, 40,79 % à Avignon, 39,78 % à Orange-Valréas, 33,24 % à Toulon-Hyères, 32,11 % à Marseille, 27,94 % à Manosque, 21,05 % à Briançon, 12,9 % à Gap, 11,76 % à Digne.

Accès secondaires aux soins

Les inégalités d'accès aux soins secondaires se produisent après la « phase de contact » avec le système de soins, de l'identification du besoin jusqu'à la délivrance du soin.

Elles peuvent se construire « par omission ». Des études embryonnaires témoignent en effet de la gestion différentielle de problèmes de santé par le corps médical ou les professionnels de santé en fonction de la situation sociale ou de la proximité socioculturelle avec le patient.

Il peut en résulter la non-prise en compte de la situation sociale des patients dans la prescription des traitements ou dans la définition des protocoles de soins ou de prévention, au risque d'aggraver les inégalités sociales de santé.

5.2.4 Les difficultés tenant aux facteurs intrinsèques des publics

Les barrières à l'accès aux soins sont également individuelles même si elles sont, selon la littérature spécialisée, socialement stratifiées : méconnaissance des droits ou incapacité à les faire valoir, difficultés d'aller vers les institutions par méfiance, honte, incompréhension des circuits, barrières linguistiques, culture différente (tabous, peur, approche différente de la santé), mauvaise estime de soi. Le niveau d'éducation, le rapport au corps et à la maladie, la préférence pour le présent, les expériences passées avec le système de soins, influencent le recours aux soins.

Les enseignements tirés de l'enquête de l'URIOPSS, cités par le précédent PRAPS, sont particulièrement précieux : parmi les situations fréquemment rencontrées par les structures enquêtées, le déni est fréquemment cité (63 %), de même que le refus d'entrer en démarche de soins (57 %). Les besoins d'orientation (83 %), de prise de rendez-vous (87 %) et d'accompagnement au rendez-vous médicaux (73 %) sont massifs. Ils sont liés en particulier à un sentiment d'angoisse pour effectuer les démarches de santé (79 %). Ils constituent des obstacles forts au suivi médical de même que les difficultés de déplacement (49 %), la barrière de la langue (53 %) et les difficultés culturelles (47 %). Cela peut se concrétiser par un non respect des horaires de rendez-vous et les changements récurrents de structure (32 %).

5.3 Les dispositifs favorisant l'accès à la santé

Les publics précaires n'ont pas recours au système de soins selon les mêmes modalités que l'ensemble de la population. Le recours au système de soins est plus tardif. Par ailleurs, les publics les plus précarisés s'adressent souvent préférentiellement aux urgences. Éviter d'avoir à faire l'avance des frais est essentiel. De même, il est nécessaire d'encourager la mise en place de dispositifs visant à leur garantir un meilleur accès aux soins et un meilleur accompagnement dans le champ somatique et pour les soins psychiatriques.

5.3.1 Une innovation majeure : le SROS ambulatoire

Instaurée par la loi HPST, le volet ambulatoire du SROS est un outil qui analyse les atouts mais aussi les freins et les faiblesses de l'offre ambulatoire sur les territoires, détermine des priorités d'accès en matière de structuration de l'offre de soins de premier recours, et assure la promotion de modes d'exercices coordonnés ou regroupés.

Des diagnostics ont été effectués par département, identifiant des espaces de proximité fragiles et à risques. Les 282 quartiers prioritaires politique de la ville ont été également classés zones à risques.

5.3.2 Les dispositifs d'accès aux soins

5.3.2.1. Les PASS

Les permanences d'accès aux soins (PASS) sont un des dispositifs essentiels pour améliorer l'accès aux droits et aux soins des personnes démunies.

Quarante PASS sont ouvertes dans les centres hospitaliers de la région dont :

- 3 PASS auprès des établissements de psychiatrie, une à Marseille (hôpital psychiatrique d'Edouard Toulouse), une à Aix en Provence (Hôpital psychiatrique de Montperrin) et une au centre Intercommunal Toulon-la Seyne ;
- 1 PASS régionale de référence, appuyée sur les deux pôles du CHU de Nice et à l'Hôpital de la Conception à Marseille ;
- 1 PASS en zone rurale (Puget-Théniers/Entrevaux).

Les deux CHU disposent également chacun d'une consultation dentaire spécifique PASS.

Dix PASS sont dotées d'un temps médical. Quatre sont dotées de temps médical, d'infirmière, d'assistante sociale et administratif. Douze sont uniquement dotées d'un temps d'assistante sociale, dont quatre à l'APHM (Marseille)

La région comporte dix **premiers accueils médicalisés** dont cinq dans les Alpes Maritimes. Ces structures jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre de la politique d'accès aux soins et aux droits des personnes démunies. Il s'agit par exemple des centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde.

5.3.2.2. *Les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)*

Six équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) complètent le dispositif de politique d'accès aux soins des populations les plus précarisées. Elles sont situées à Cannes (avec une aire d'intervention concernant également Grasse), Toulon, Marseille (2), Aix en Provence (avec une aire d'intervention concernant également Salon de Provence), Martigues.

Sont dépourvus de ces différents dispositifs :

- Des cantons regroupés urbains identifiés vulnérables et en mortalité prématurée supérieure à la moyenne régionale (Le Luc, Bollène et Tarascon) ou en accroissement (Port St Louis du Rhône)
- Des cantons regroupés ruraux identifiés vulnérables et en mortalité prématurée supérieure à la moyenne régionale (Les Mées, Breil sur Roya, Saintes Maries de la mer, Orgon), ou en accroissement (Riez, Tende et Sault)

Le territoire de proximité d'Arles ne dispose que d'une PASS alors qu'il est un des territoires ayant les indicateurs socio-économiques les plus défavorables de la région. De même, il est à noter que Nice et Avignon sont dépourvues d'EMPP, alors qu'elles ont un nombre conséquent de personnes très précarisées.

27 point accueil écoute jeunes PAEJ sont répartis de manière hétérogène sur la région. Alors que les textes préconisaient des implantations dans "les quartiers d'habitat social milieu périurbain ou semi-rural, aux fins de contacter les jeunes isolés ou restés hors champ des dispositifs de droit commun", les structures sont concentrées dans les zones urbaines côtières, de Menton à Cannes, à Toulon et à La Seyne et sont réparties dans l'ensemble du département des Bouches du Rhône.

L'évaluation menée par la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale en 2011 souligne que le département des Bouches du Rhône est approximativement couvert, alors que l'est côtier et l'arrière pays du Var sont totalement dépourvus.

De même, le département du Vaucluse n'en a que deux (Carpentras et Valréas), alors qu'il est le deuxième département de la région avec la plus forte proportion de jeunes de 10 à 25 ans (+ de 18%), derrière les Bouches du Rhône (+19%)

5.3.3 **Les dispositifs d'accompagnement médico-social des personnes en situation de précarité**

5.3.3.1. *Les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA)*

La loi du 18 janvier 1994 a confié au service public hospitalier la prise en charge des personnes détenues, qui étaient assurée auparavant par l'administration pénitentiaire.

Il y a une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) dans chacun des douze établissements pénitentiaires de la région. Au-delà de l'implantation, il serait indispensable d'analyser les activités menées par chacune de ces unités. En particulier, il est à souligner que l'activité de soins dentaires est à développer dans les établissements de l'ouest des Bouches du Rhône.

5.3.3.2. Les lits halte soins santé (LHSS)

Selon les dispositions de l'article D.312-176-1 du code de l'action sociale et des familles, « les structures dénommées "lits halte soins santé", mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, assurent, sans interruption, des prestations de soins, d'hébergement temporaire et d'accompagnement social. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée. Les bénéficiaires de ces prestations sont des personnes sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire et un accompagnement social. » En l'absence de domicile, les lits halte soins santé permettent à ces personnes de «garder la chambre», de recevoir les soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile si elles en disposaient.

	Capacités Autorisées
Alpes de Haute Provence	4
Hautes Alpes	0
Alpes-Maritimes	40
Bouches-du-Rhône	55
Var	9
Vaucluse	7
PACA	191
France Métropolitaine	

Source SROSM

6. Objectifs du PRAPS 2011-2016

A l'issu de la concertation régionale organisée au cours des mois de septembre à octobre 2011, pour l'élaboration du PRAPS, cinq objectifs ont été retenus :

- **Fiche Action n° 1 : Améliorer la connaissance**
- **Fiche Action n° 2 : Mettre en place un travail intersectoriel et partenarial**
- **Fiche Action n° 3 : Former et sensibiliser les professionnels**
- **Fiche Action n° 4 : Favoriser l'accessibilité**
- **Fiche Action n° 5 : Agir avec et pour les populations démunies**



PRAPS FICHE ACTION n°1

« Améliorer la connaissance »

Plan d'action 1

1.1. Définir un indicateur de défavorisation

A partir d'indicateurs disponibles en routine, (domaine sanitaire, social, environnemental, socio économique) il est absolument nécessaire, en mobilisant l'ensemble des partenaires concernés, de construire un indicateur synthétique de défavorisation, à une échelle des arrondissements, voire des quartiers des plus grandes villes de la région. Cet indicateur permettra de mieux rendre compte des inégalités sociales de santé et de mieux mesurer et afficher la fragilité de certains territoires.

Pilotage ARS/DRJSCS

1.2. Améliorer la connaissance des comportements et besoins des populations démunies

✓ Documenter le parcours de soins des personnes en situation précaire et atteintes de maladie chronique, en prenant le diabète de type II comme maladie traceuse (développé dans le programme maladies chroniques).

Pilotage ARS Plan d'action maladies chroniques

✓ Mettre en place des protocoles de repérage des populations précaires dans les établissements de santé, plus particulièrement dans les services d'urgences en lien avec les PASS.

Pilotage ARS/Etablissements de santé

✓ Exploiter les résultats de l'expérimentation Saint-Mauront Belle de Mai (enfants en situation de précarité).

Pilotage ARS/Préfet délégué pour l'égalité des chances des Bouches-du-Rhône

✓ En lien avec la DRJSCS, mieux connaître le nombre de personnes sans domicile (domiciliation, SDF et sans domicile stable) et leurs caractéristiques afin d'évaluer les besoins et les réponses à apporter. Réaliser une cartographie des maraudes pour en analyser l'organisation territoriale.

Pilotage ARS/DRJSCS

1.3. Harmoniser le recueil des données de dispositifs

✓ Harmoniser le recueil des données visant des publics en situation précaire ou de vulnérabilité (PASS, UCSA, LHSS) en assurant l'exploitation à des fins d'analyse des besoins et de veille.

Pilotage ARS/Etablissements de santé et médico-sociaux

1.4. Créer un outil de recensement des situations d'exclusion des soins

Pour faciliter la visibilité du refus de soins, élaborer avec l'assurance maladie, une fiche de liaison sur le refus de soins et destinée, aux associations et associations d'usagers, aux collectivités, aux différentes institutions concernées (DDCS, CG, ..) en vue de faciliter et d'harmoniser les remontées aux organismes de protection sociale.

Pilotage ARS/Organismes de protection sociale/URPS/Ordres professionnels

Indicateurs de suivi

- Réalisation de l'indicateur de défavorisation
- Elaboration de protocoles de repérage type
- Nombre de personnes sans domicile fixe par département



PRAPS FICHE ACTION n°2

« Mettre en place un travail intersectoriel et partenarial »

Plan d'action 2

2.1. Développer des actions intersectorielles pour lutter contre les ISS

- ✓ Elaborer des politiques communes, avec les institutions dont les missions sont à même de contribuer à agir sur les déterminants ou les conséquences des inégalités sociales de santé (DRJSCS, Conseil Régional, Education Nationale, Conseils Généraux, DIRECCTE, DREAL, Collectivités, assurance maladie, URPS, associations d'usagers...).

Pilotage ARS

- ✓ Coordonner les actions en s'appuyant en particulier sur les instances de coordination des politiques publiques, des commissions de la CRSA.

Pilotage ARS et partenaires

- ✓ Développer des processus de contractualisation visant à animer ensemble des plans d'action (tels que la convention DRJSCS/ARS) et mettre en œuvre la convention DRJSCS/ARS.

Pilotage ARS et partenaires

2.2. Soutenir et développer une dynamique territoriale participative des acteurs

- ✓ Promouvoir dans les territoires prioritaires du PRAPS non éligibles à la création d'un ASV (ex. territoire rural) une dynamique participative aux fins d'établir une politique d'accès à la prévention et à la santé, en associant la population, les élus, l'ensemble des institutions concernées, les associations et les professionnels de santé.

Pilotage ARS/collectivités territoriales

- ✓ Soutenir l'activité des ateliers Santé Ville (ASV) ou des démarches similaires, dans les territoires prioritaires. Définir des programmes territoriaux de santé qui pourront aboutir, pour certains, à des Contrats Locaux de Santé (CLS). Cette approche devra s'inscrire dans la durée, être coordonnée par les institutions partenaires et s'appuyer sur une animation territoriale. Elle visera des territoires ou des quartiers très vulnérables et devra être à même de prendre en compte la question du logement (et plus largement du cadre de vie). Elle serait déclinée pour chacun des partenaires au niveau de mise en œuvre, qui est le sien.

Pilotage ARS /Préfet

- ✓ Soutenir l'ingénierie locale permettant de partager collectivement les difficultés rencontrées, de définir les contenus de formation, de favoriser la production d'outils communs, de faciliter l'interface entre les usagers et les professionnels, de centraliser le recueil des données.

Pilotage ARS

2.3. Renforcer la collaboration entre les intervenants en milieu pénitentiaire

- ✓ Renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions, l'évaluation conjointe des actions de prévention

Pilotage ARS/Services Pénitentiaires/Justice

Indicateurs de suivi

- Nombre de démarches participatives initiées
- Nombre de CLS mis en œuvre
- Nombre de plan d'actions communs aux différentes institutions



PRAPS FICHE ACTION n°3

« Former et sensibiliser les professionnels »

Plan d'action 3

3.1 Assurer la formation des agents d'accueil dans les établissements de santé

- ✓ Former les agents d'accueil des PASS, des services d'urgence, des maternités et des maisons de santé pluri professionnelles à la prise en charge des patients et des personnes en situation de précarité et à la lutte contre les discriminations. Diffuser les protocoles correspondants (CMUC, AME, ACS..)
- ✓ Inscrire cette formation dans le plan de formation des établissements (projet d'établissement), ainsi que dans leur CPOM

Pilotage ARS/Etablissements de santé

3.2. Favoriser l'accès à des formations interdisciplinaires

3.2.1 Sensibiliser les professionnels de santé

(y compris les UCSA) à l'approche de la précarité. Développer un partenariat avec les URPS et l'Assurance maladie

Pilotage ARS/URPS/Assurance maladie

3.2.2 Favoriser les formations/sensibilisations pluridisciplinaires

- ✓ Un des objectifs du PRIPI piloté par la DRJSCS est de mettre en œuvre des sessions de formation (connaissance sociale du public, spécificités techniques propres aux opérateurs) à destination des personnels des institutions (CAF, MSA, caisses de retraite, bailleurs sociaux) et des associations directement en contact avec les migrants âgés (hommes et femmes)
- ✓ Favoriser les formations du social et de la justice à l'approche de la précarité

Pilotage DRJSCS/ARS

3.2.3 Développer les compétences des professionnels

Développer les compétences des intervenants auprès des populations démunies, aux différents dispositifs d'accès aux droits et aux soins, à l'aide au repérage et à l'orientation vers les dispositifs existants (addictions, souffrance psychique..) et former les intervenants de la rue avec la participation des EMPP et l'implication des pairs.

Pilotage ARS

Poursuivre le développement des actions de formations au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires à destination des personnels de santé et sociaux dans les services publics, y compris des services pénitentiaires.

Pilotage ARS

3.3. Insérer dans les programmes de formation initiale des professionnels des éléments sur la connaissance des problématiques des publics précaires

3.3.1. Intervenir auprès des Facultés, des IFSI, des écoles d'aide soignant

Facultés de médecine, pharmacie et odontologie de la région et des écoles d'infirmiers, et d'aide soignant, pour l'insertion d'un module précarité et soins dans le cursus des études médicales et paramédicales.

Pilotage ARS/Conseil Régional/Universités

3.3.2. Intervenir au cours de la formation des travailleurs sociaux

pour renforcer le module précarité, informer de l'ensemble des dispositifs et droits sociaux existants.

Pilotage DRJSCS

Indicateurs de suivi

- Nombre et type de formations organisées
- Nombre et catégorie professionnelle des participants formés
- Inscription de la formation des agents d'accueil dans le plan de formation des établissements de santé
- Inscription d'un module de précarité dans la formation initiale des professions sanitaires et sociales



PRAPS FICHE ACTION n°4

« Favoriser l'accessibilité »

Plan d'action 4 -1 « Favoriser l'accessibilité à l'information »

Promouvoir la diffusion des annuaires du sanitaire et du social

4.1.1. Sur l'accès aux droits

- ✓ Rendre accessible l'information sur l'accès aux droits, en fonction des publics, auxquels ils peuvent s'adresser : communiquer de manière adaptée auprès des différents publics (traductions, pictogrammes, informations collectives ou individuelles...), et plus particulièrement pour les bénéficiaires potentiels de l'ACS ;
- ✓ Actualiser et diffuser la charte sur les droits et devoirs des bénéficiaires de la CMUC (dans la continuité d'un travail entrepris dans le cadre du PRAPS III) ;
- ✓ Informer les bénéficiaires sur leurs droits à l'ACS, AME, et CMUC sur leurs lieux de vie ou de consultation ; inciter à déclarer un médecin traitant ;
- ✓ Créer une e-newsletter à l'adresse des travailleurs sociaux et des associations travaillant avec ces publics. Les informer des différents dispositifs et droits existants en la mettant à jour régulièrement ;
- ✓ Élargir la mise en place d'une boîte mél dédiée à la précarité au sein des CPAM et autres organismes de sécurité sociale ;
- ✓ Favoriser l'implication des Groupes d'Entraide Mutuelle, dans le processus de réflexion et de décision.

Pilotage ARS/Organismes de protection sociale

4.1.2. Sur l'accès à la prévention

- ✓ Favoriser l'accès aux outils de prévention y compris en milieu pénitentiaire (Actions de mise à disposition des outils) ;
- ✓ Réactiver l'information autour du traitement post-exposition (traitement d'urgence), y compris de l'information concrète (mesure 3 du Plan VIH Hépatites).

Pilotage ARS/Services Pénitentiaires

4.1.3. Sur l'accès aux soins

- ✓ Améliorer la visibilité des PASS (Signalétique dans les établissements de santé) ;
- ✓ Communiquer sur les missions des PASS en interne et en externe ;
- ✓ Promouvoir la diffusion d'un document de signalement de refus de soins et de dépassements d'honoraires aux travailleurs sociaux ;
- ✓ Développer l'information sur le système conventionnel (secteurs 1 et 2) pour permettre aux assurés de mieux s'orienter dans le système de soins.

Pilotage ARS/Etablissements de santé/Assurance Maladie/Mutuelles

Indicateurs de suivi

- La création d'une boîte mël précarité et d'une newsletter
- Nombre et type d'actions d'information sur les territoires cibles
- En année n, création de la fiche type CMU-C, ACS, AME
- En année n+1, enquête de connaissance et d'utilisation de la fiche



PRAPS FICHE ACTION n°4

« Favoriser l'accessibilité »

Plan d'action 4 - 2 « Favoriser l'accessibilité à l'effectivité des droits et à l'offre de soins »

Parmi les difficultés d'accès aux soins et à la prévention, figurent l'inégale densité géographique de l'offre de soins – hospitalière et ambulatoire -, et des transports inadaptés pour compenser l'éloignement.

4.2.1. Favoriser l'accessibilité physique

- ✓ Favoriser la négociation avec les collectivités locales et territoriales, les communautés d'agglomération, les institutions et les transporteurs pour faciliter l'accès aux transports (ex. mise en place d'un système pour éviter de faire l'avance de frais de déplacement pour les personnes se rendant à un centre de dépistage ou un centre d'examen de santé).

✓

Pilotage ARS/Collectivités
territoriales/Assurance Maladie

4.2.2. Rendre effectif l'accès aux droits

- ✓ Optimiser le fonctionnement des PASS dans leurs missions d'accès aux droits par l'accompagnement des personnes dans leurs démarches administratives.

Pilotage ARS/Etablissements de santé

- ✓ Veiller à faciliter les domiciliations des personnes sans abri, lever les dysfonctionnements résiduels, améliorer la répartition territoriale

Pilotage ARS/DDCS

- ✓ Faciliter l'ouverture des droits et l'aide aux démarches administratives par un partenariat renforcé avec les organismes de protection sociale :

- Désigner un référent précarité au sein des organismes de protection sociale
- Encourager la création d'un forum précarité au sein des caisses
- Élaborer et diffuser une fiche type CMU-C, ACS, AME pour les dossiers d'affiliation
- Améliorer le traitement des situations d'urgence pour éviter les ruptures de droit
- Suivre l'expérimentation de la mise en place de délivrance en structure d'accueil de la notification d'attribution de la CMU-C d'urgence développée par la CPAM 13 et en étudier sa généralisation.

Pilotage ARS/Organismes de protection sociale

- ✓ Élaborer une convention cadre entre les établissements pénitentiaires et les CPAM de rattachement afin d'améliorer l'effectivité des droits des personnes détenues (désignation de référents assurance maladie) (Action 15.1 du Plan National 2010-2014)

- ✓ Prévenir le risque de rupture de droit à la sortie de prison en rendant possible le maintien d'affiliation à la caisse de rattachement de l'établissement pénitentiaire pendant un an (Action 14.2 du Plan National stratégique des personnes placées sous main de justice 2010-2014)

- ✓ Clarifier les modalités d'accès aux soins de ville (couverture de base et couverture complémentaire) des personnes en aménagement de peine (Action 14.1 du Plan National 2010-2014).

*Pilotage Services pénitentiaires/Assurance
Maladie*

4.2.3. Veiller à l'accessibilité réelle et à la continuité des soins

4.2.3.1. Améliorer le fonctionnement des PASS

- Veiller à la mise en œuvre des Recommandations de l'évaluation régionale des PASS de 2009 en réalisant une évaluation sur site des PASS de la région
- Réactiver la PASS régionale qui doit assurer la coordination et être force de proposition auprès de l'ensemble des PASS de la région
- Réactiver les Comités de pilotage des PASS
- Renforcer et développer des PASS psychiatriques et les consultations dentaires
- Adapter les modalités d'accueil aux spécificités des publics pris en charge
- Renforcer le rôle d'interface des PASS notamment dans les liens ville hôpital

Pilotage ARS/Etablissements de santé

4.2.3.2. Améliorer la prise en charge ambulatoire et hospitalière dans le cadre du parcours de soins

- ✓ Promouvoir une organisation des soins de proximité plus accessible, notamment dans les territoires ruraux et les quartiers concernés par la politique de la ville (accessibilité socio culturelle). Les ateliers santé ville devront être mobilisés sur le champ de l'amélioration de l'accès aux soins, les modes d'exercice coordonné, tels que les maisons pluri-professionnelles de santé et les centres de santé, devront être encouragés à prendre en charge la précarité (développé dans le SROS ambulatoire).
- ✓ Inscrire la politique de lutte contre la précarité dans le projet d'établissement des établissements de santé : les établissements veilleront en particulier à définir des protocoles d'accueil et de prise en charge et de continuité des soins, en sortie d'hospitalisation pour les malades en situation sociale difficile (personnes sans domicile, bénéficiaires de la CMU-C).
- ✓ Améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins (Application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 MILDT) - Actions déjà engagées dans le cadre du schéma d'addictologie transversal (juillet 2010), maintenir et poursuivre la transversalité avec le SROS et le SROMS
- ✓ Favoriser l'accès aux soins psychiatriques et favoriser la continuité des soins en priorité, pour les personnes « sans chez soi », et les demandeurs d'asile (victimes de stress post traumatiques)
- ✓ Redonner au Centre Médico-Psychologique (CMPP) sa vocation de structure pivot, point d'entrée du soin psychiatrique. Renforcer le lien avec les professionnels de santé libéraux. Veiller à ce que les équipes mobiles interviennent au plus près du patient, dans son milieu de vie (domicile, rue, CHRS....) ce qui permet d'éviter l'hospitalisation (lien avec le SROS Psychiatrie)
- ✓ Mobiliser les réseaux de santé pour la prise en charge des personnes démunies
- ✓ Veiller à ce que les personnes démunies soient intégrées dans les programmes d'éducation thérapeutique sur des pathologies et des territoires définis comme prioritaires dans la région.

Pilotage ARS

- ✓ Veiller à la mise en place au sein des établissements pénitentiaires d'une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie des personnes détenues.
- ✓ Développer des interfaces entre le milieu carcéral et les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP).
- ✓ Soutenir les personnes détenues atteintes de maladies chroniques dont les personnes atteintes d'hépatites virales et du VIH/Sida : repérage précoce lors de la visite entrant, amélioration de

l'observance, mise en œuvre de l'éducation thérapeutique, continuité des soins à la sortie, adaptation des programmes à cette population, formation des soignants. (Action 5.8 Plan VIH /SIDA/IST)

✓ S'assurer qu'un examen bucco-dentaire adapté est réalisé à l'entrée en détention et apporter toute mesure correctrice (Action 5.7 du Plan stratégique).

*Pilotage Services Pénitentiaires
/Etablissements de santé*

✓ Créer des dispositifs d'accès aux soins bucco-dentaires des précaires

Pilotage ARS

✓ Créer un accompagnement social et des actions d'accès aux soins permettant d'agir sur les déterminants de santé des personnes retraitées les plus fragiles (réunions d'information pour les nouveaux bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) sur les droits et l'accès aux soins, parcours attentionné pour les retraités fragiles en situation de précarité - aide au retour après hospitalisation).

Pilotage CARSAT

4.2.3.3. Améliorer la prise en charge médico-sociale dans le cadre du parcours de soins

✓ Renforcer les liens des accueils de jour avec les Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) à venir.

✓ Prévoir les modalités de sortie des LHSS ou LAM vers les hébergements adaptés.

✓ Envisager l'intervention des Centres de Soins et d'Accompagnement de Prévention en Addictologie (CSAPA) dans les lieux de vie des personnes démunies (CHRS, ou autre ...) dans le cadre des consultations de proximité.

Pilotage ARS

4.2.3.4. Favoriser le travail en réseau santé précarité

✓ Soutenir et développer la création de réseaux santé-précarité en priorité pour les personnes sans chez-soi. Ils devront veiller en particulier à éviter les ruptures de soins notamment au décours d'une hospitalisation (soins somatiques ou psychiatriques), l'objectif étant d'éviter que les personnes malades en situation précaire se retrouvent à la rue.

Pilotage ARS

✓ Soutenir des initiatives visant à renforcer le lien santé social

Pilotage ARS/DDCS

4.2.3.5. Lutter contre les refus de soins

✓ Favoriser le signalement des situations de dépassement d'honoraires et de refus de soins par les associations de proximité des personnes les plus précaires (réglementation relative aux refus de soins Art. 54 de la Loi HPST).

✓ Veiller au suivi des signalements en collaboration avec l'assurance maladie, les Ordres professionnels, les URPS ;

✓ Travailler avec les mutuelles et les URPS pour la mise en place du tiers payant de la part complémentaire.

Pilotage ARS

Indicateurs de suivi

- Désignation d'un référent précarité
- Signature d'une convention cadre Assurance Maladie
- Augmentation du taux de renoncement
- Nombre de réseaux santé précarité des personnes sans chez soi



PRAPS FICHE ACTION n°5

« Agir avec et pour les populations démunies »

Plan d'action 5

5.1. Soutenir et favoriser les actions d'accompagnement des publics en précarité

5.1.1. Promouvoir l'accompagnement en santé, levier majeur pour l'insertion, permettant en co-construction avec l'utilisateur, de faire émerger ses besoins de santé et d'améliorer cette dernière

5.1.2. Soutenir les actions de médiation en santé publique (ex. médiation culturelle)

- ✓ Mise en place de mesures d'accompagnement individualisé et de médiation (dans un projet global d'accompagnement), accompagner les personnes dans l'accès aux soins par les travailleurs sociaux, les associations travaillant avec les publics démunis, des médiateurs en santé, des travailleurs pairs....
- ✓ Travailler la problématique de l'interprétariat dont le coût reste élevé pour les associations. Assurer aux structures la possibilité d'un recours simple à des interprètes professionnels dans le respect de la confidentialité.

Pilotage ARS/DRJSCS

5.2. Favoriser des démarches de santé communautaire

- ✓ Développer des actions de santé communautaire,
 - Permettre l'expression des problèmes de santé individuels ou collectifs (personnes relais issues de la communauté, lieux d'expression...).
 - Promouvoir les programmes de dépistage de certaines pathologies en tenant compte du mode de vie des populations et en prenant en compte les problèmes de santé spécifiques.

Pilotage ARS

5.3. Agir au plus près des publics

- ✓ Maintien d'actions de prévention au plus près des publics en utilisant les structures et services existants.
- ✓ Aller au devant des populations les plus éloignées en s'assurant d'une répartition équilibrée sur les territoires des EMPP et en entendant leur mission au volet somatique
- ✓ Agir dans les lieux d'accueil des populations cibles (PASS, CSAPA, CAARUD, CHRS, LHSS, Foyers de travailleurs migrants, centres de santé, squats, rue, associations...).
- ✓ Inscrire dans les centres de premier accueil pour les étrangers précaires, la problématique santé VIH/SIDA/IST/migrants dans les actions de prévention conduites (Action M4 plan national VIH/SIDA/IST).

Pilotage ARS

5.4. Développer les compétences psychosociales des publics concernés

- ✓ Actions visant à développer les compétences psychosociales des personnes en priorité hébergées en CHRS ou en accueil de jour : développer des actions visant à redonner confiance (estime de soi, compétences psychosociales) aux personnes les plus démunies.

Pilotage ARS

5.5. Développer des actions de prévention et d'éducation à la santé

- ✓ Renforcer les actions d'information et de sensibilisation des familles et des enfants occupant des logements insalubres.
- ✓ Développer des actions de proximité en matière d'alimentation et d'activité physique en utilisant les référentiels du PNNS (amélioration de la qualité nutritionnelle de l'aide alimentaire, sessions régionales de formation pour les salariés et les bénévoles de l'aide alimentaire, ateliers cuisine, développement de jardins familiaux collectifs....)
- ✓ Renforcer les actions de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal. Favoriser le dépistage du VIH des IST et des l'hépatites virales B et C, et de la tuberculose.
 - Accompagner les détenus au dépistage du VIH, des hépatites et des IST et la vaccination hépatite B à l'entrée et pendant la détention
 - Mettre en œuvre le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention
- ✓ Développer des actions d'aide à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes (Prise en charge des médicaments de sevrage du tabac à hauteur de 150 € par la CNAMTS).
- ✓ Mettre en place des actions de prévention combinée ciblée en direction des populations ayant des comportements à risque : migrants, personnes qui se prostituent, détenus, personnes sans chez soi..
- ✓ Renforcer l'appropriation des stratégies de prévention pour les femmes migrantes.
- ✓ Améliorer auprès des personnes détenues la prévention des risques liés à la sexualité et réunir les conditions du maintien d'une vie affective et sexuelle (Action 5.7 du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 – Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice)
- ✓ Renforcer la collaboration entre les intervenants en milieu pénitentiaire afin d'améliorer l'efficacité des interventions, évaluation conjointe des actions de prévention.

Pilotage ARS

5.6. Développer des actions de réduction des risques chez les usagers de produits psycho actifs

- ✓ Evaluer l'application des recommandations de la politique de réduction des risques (RDR) infectieux en milieu carcéral, la région PACA a fait partie de l'enquête PREVACAR (état des lieux des mesures de RDR en prison et recommandations pour leur mise en œuvre).
- ✓ Renforcer et développer les actions de réduction des risques chez les usagers de produits psycho actifs.

Pilotage ARS

Indicateurs de suivi

- Réduire la consommation de tabac de 5% par an pendant 5 ans en facilitant l'accès au sevrage tabagique pour les plus précaires
- Réduire de 30% en 5 ans le pourcentage des 18-75 ans en situation d'insécurité alimentaire quantitative.
- Nombre et type de mesures d'accompagnement mises en place
- Nombre et types d'actions communautaires développées
- Nombre et types d'actions de prévention mises en œuvre en milieu carcéral

7. Pilotage, suivi et évaluation du PRAPS

7.1 Pilotage du PRAPS

Une équipe projet restreinte a été désignée pour l'élaboration et le suivi du PRAPS .

Le PRAPS étant porteur d'enjeux de transversalité au sein comme auprès des partenaires de l'ARS, son élaboration s'est appuyée sur une large concertation régionale organisée au cours des mois de septembre à octobre 2011.

Cette concertation visait à associer des représentants :

- des trois secteurs couverts par le programme, au sein comme en dehors de l'ARS : prévention, soin, médico-social ;
- des organismes, institutions, administrations, associations participant à la politique de santé : services de l'Etat (DDCS, DRJSCS, DIRECCTE, Rectorats, DRAAF, DREAL, DIRPJJ, Services pénitentiaires, Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité ...), CRSA, collectivités territoriales (conseil régional, conseils généraux, PMI, communes), CCAS, Ateliers Santé Ville, Missions locales, Organismes de sécurité sociale (CARSAT, CPAM, MSA, RSI), Mutuelles, EMPP, PASS, associations des secteurs sanitaires et sociaux, centres de ressources, professionnels sanitaires et sociaux...
- des usagers.

Un comité de pilotage en vue de la rédaction du PRAPS a été constitué avec ces différents représentants. Trois groupes techniques ont été mis en place : accès aux droits, accès aux soins, accès à la prévention et accompagnement médico-social (leur composition figure en annexe 3). Ils avaient pour mission de définir les difficultés pour les personnes les plus démunies, d'accéder aux dispositifs et structures dans la région et de fixer les objectifs du PRAPS.

L'ARS pilotera la mise en œuvre du PRAPS, il s'agira :

- d'assurer la déclinaison du programme conformément aux objectifs énoncés et d'accompagner sa mise en œuvre sur les territoires,
- d'être l'interface et l'articulation avec les autres plans d'actions, programmes de santé, et dispositifs locaux,
- d'assurer la coordination institutionnelle,
- de mobiliser les compétences et les moyens financiers (appels d'offres notamment) ;
- d'organiser le suivi et l'évaluation du programme

7.2 Suivi du programme

Pour le suivi du PRAPS, l'ARS s'appuiera sur le comité de pilotage et les groupes de travail constitués lors de l'élaboration du programme.

Les instances de concertation et de coordination seront également associées : CRSA, commissions de coordination des politiques publiques.(prévention et médico-sociale)

7.3 L'évaluation du programme

L'évaluation du programme en lui-même est une opération de connaissances plus complexe, qui nécessitera d'appréhender à la fois les résultats du programme, mais aussi les processus de réalisation qui ont conduit ou non à l'atteinte des résultats.

L'objet de l'évaluation pourra ainsi tout à la fois porter sur la pertinence des objectifs initiaux au regard des diagnostics, son pilotage, sa capacité à mobiliser les partenaires, sa visibilité, son articulation et la cohérence avec d'autres programmes et dispositifs, les éventuels effets leviers des financements.

L'évaluation devra aussi porter sur un échantillon d'actions développées sur les territoires pour repérer les bonnes pratiques et la prise en compte des ISS dans la méthodologie de construction du projet.

Il est nécessaire par ailleurs que l'exercice d'évaluation soit distinct de l'exercice de maîtrise d'ouvrage. Il est proposé qu'un comité d'évaluation indépendant, constitué de l'ensemble des parties prenantes (élus, décideurs, acteurs de terrain, experts, usagers) du programme soit constitué par exemple à mi-parcours du programme. Il aura la charge de déterminer le champ des questions évaluatives et de porter une appréciation générale sur la valeur du programme et ses effets.

En fonction des moyens alloués au programme, une évaluation externe du PRAPS pourra être envisagée, afin de procéder à certains réajustements des objectifs.

ANNEXES

Annexe 1 : Quelques définitions

Pauvreté

Selon l'Union Européenne, sont considérées comme pauvres "les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'Etat membre où elles vivent"¹⁹. Selon l'ONPES²⁰, cette définition fait apparaître trois éléments importants :

- la définition de la pauvreté est conventionnelle : c'est un acte politique et au moins implicitement normatif qui consiste à identifier au sein d'une population totale formée d'un continuum d'individus une population pauvre sur la base de certains critères ;
- la pauvreté est un phénomène relatif car définie en fonction de « modes de vie minimaux acceptables » variables selon le lieu et le moment ;
- la pauvreté est un phénomène multidimensionnel ne se réduisant pas à l'absence ou à l'insuffisance d'argent. L'ensemble des conditions de vie d'un ménage incluant d'autres dimensions (logement, santé, éducation...) doivent être considérées. Les populations pauvres cumulent des difficultés dans plusieurs de ces domaines.

L'ONPES précise qu'en France trois types d'indicateurs permettant de mesurer la pauvreté sont retenus :

- des indicateurs de pauvreté monétaires : en France, le seuil de pauvreté habituellement utilisé est fixé à 50% du niveau de vie (ou revenu équivalent) médian²¹
- des indicateurs de pauvreté en conditions de vie
- des indicateurs de pauvreté mesurée par les minima sociaux.

Précarité

"La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.

Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible."²²

Elle s'exprime par des situations financières, sociales ou matérielles difficiles. "...les personnes concernées sont plus souvent que la population générale issues de milieux défavorisés et déracinées de leur région ou de leur pays d'origine, ont peu d'instruction et de qualification, vivent de faibles revenus du travail (professions peu qualifiées, contrats précaires), d'allocations ou d'aides ; elles ont en commun des histoires de vie faites d'événements traumatisants dès l'enfance (décès de proches, ruptures, violence...), de pertes d'emploi voire de logement, de problèmes d'isolement ou d'intégration."²³

¹⁹ Conseil des Ministres européen du 19 décembre 1984

²⁰ Rapport 2005-2006 de l'Observatoire Nationale de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) p.16

²¹ Eurostat privilégie le seuil de 60 % du niveau de vie médian

²² J.WRESINSKI. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*.

Paris, Journal Officiel, 1987, p 14. (Avis et Rapports du C.E.S, n°6, 28 fév. 1987).

²³ CAMBOIS E. Les personnes en situation difficile et leur santé. ONPES Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004 ; La Documentation Française ; Paris 2004. p.101-126

Exclusion

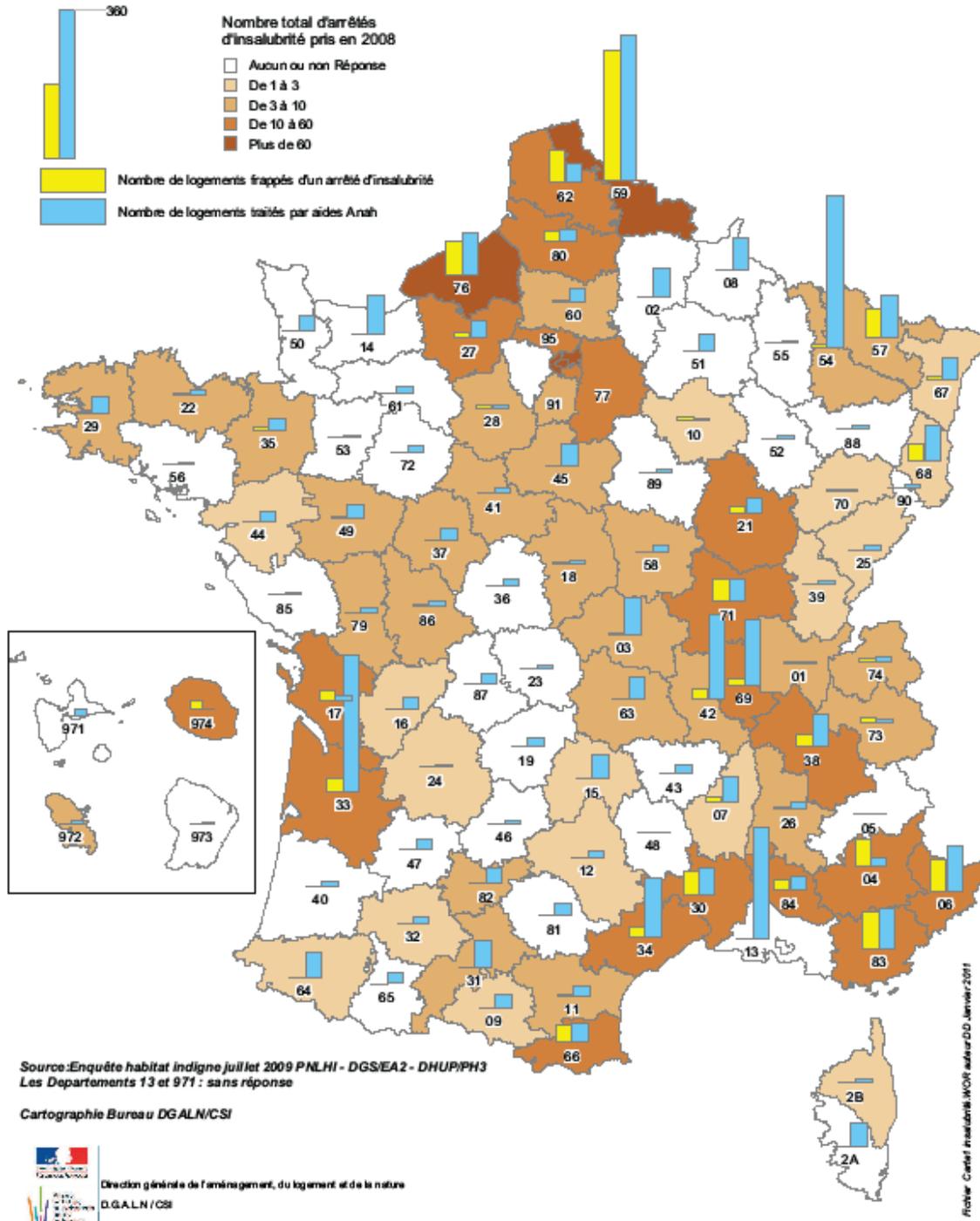
La conception de l'exclusion comme processus ou mode de vie doit être préférée à l'exclusion comme état ou entité (Rapport Pr Parquet Souffrance psychique et exclusion sociale - septembre 2003)

Pour définir la notion de « plus démunis ». Deux points importants :

notion d'exclusion longtemps définie comme la situation des personnes qui n'étaient pas ou plus inscrites dans le cadre de ceux qui étaient inclus, participant à la vie sociale. Les exclus sont des personnes « du dehors ». Cela contribue à donner aux exclus une image de passivité et à construire des politiques d'assistance plutôt que d'aide et de réhabilitation. Le Pr Parquet invite dans son rapport à réintroduire les personnes comme sujets de l'exclusion.

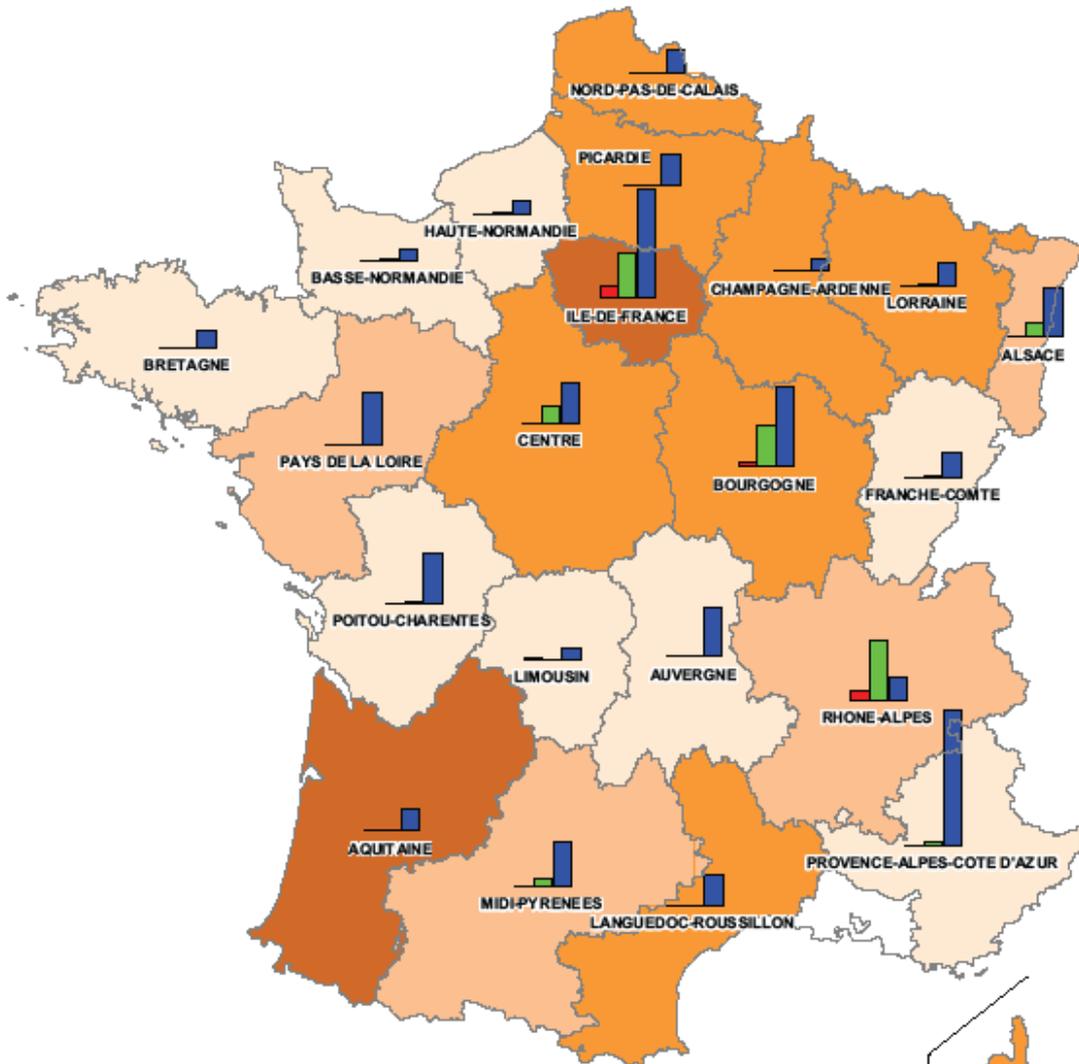
Annexe 2

Logements frappés par un arrêté d'insalubrité Logement indignes traités Hors Ile-de-France (activité LHI année 2008)



Annexe 2

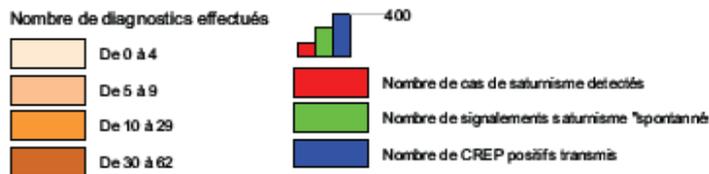
Lutte contre le saturnisme infantile en 2008



Source : Enquête habitat indigne juillet 2009 PNLHI - DGS/EA2 - DHUP/PH3

Cartographie Bureau DGALN/CSI

971 et 13 non réponse à l'enquête



Direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature
D.G.A.L.N./C.S.I.

Annexe 3

Equipe projet restreinte pour l'élaboration du PRAPS :

Les trois pilotes du PRAPS Marie Cécile Marcellesi – Jasmine Moretti - Zahia Bédrani et Olivier Pontal

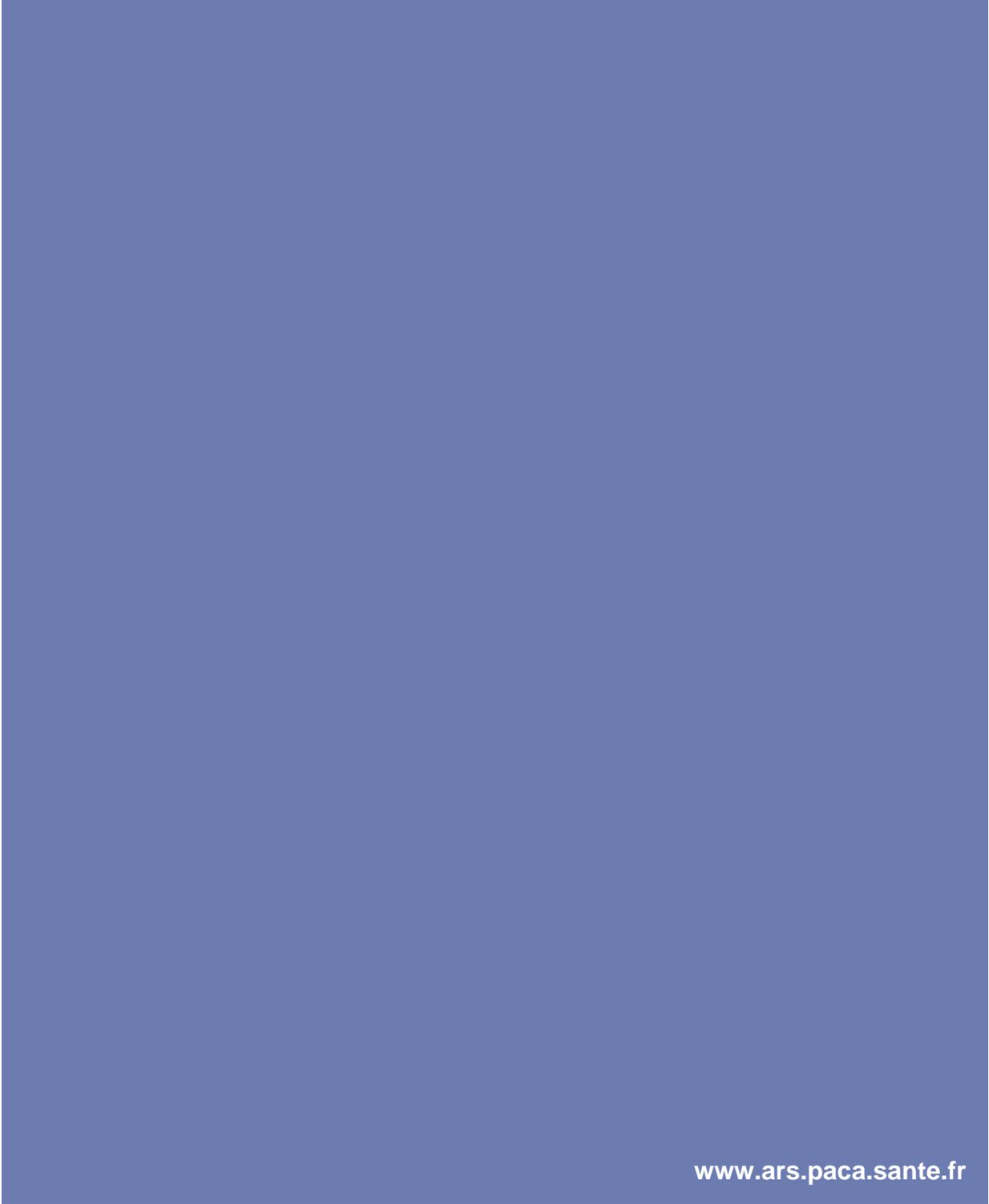
Composition des groupes de travail

Groupe de travail <i>Accès aux droits</i>	Groupe de travail <i>Accès aux soins / Prise en charge médicale et sociale</i>	Groupe de travail <i>Prévention / Promotion de la santé et Accompagnement médico-social</i>
Raphaële VERDIER (ASV Marseille centre)	Didier FEBVREL (Ville de Marseille)	Didier FEBVREL (Ville de Marseille)
José GARCIA (Promo Soins)	Nathalie MOLAS-GALI (ARS DT 13)	Nathalie MOLAS-GALI (ARS DT 13)
Line BERARD (DRJSC)	Line BERARD (DRJSC)	Sylvie GONDRE (ARS DT 05)
Catherine MILLION (CG 05)	Agnès GILLINO ; Patrick BARCAROLI (Médecins du Monde de Nice)	Nathalie TAY (CPCAM 13)
Cendrine LABAUME ; Céline BARRIER (Médecins du Monde Marseille)	Cendrine LABAUME ; Céline BARRIER (Médecins du Monde Marseille)	Sarah VERNIER (CRES PACA)
Geoffrey COUSIN (AIDES Marseille)	Laurence DERONT (ASV Valbonne)	Geoffrey COUSIN (AIDES Marseille)
Jean-Christophe MATTEÏ (AIDES RAM)	Jean-Christophe MATTEÏ (AIDES RAM)	Claire MASDURAND (ASV Vallauris)
Audrey BARILE (Direction Services Pénitentiaires)	Jean-Régis PLOTON (Autres Regards)	Jean-Régis PLOTON (Autres Regards)
Marjorie MAILLAND (COREVIH PACA Corse)	Docteur Florence HENRY (CG 05)	Géraldine MEYER (URIOPSS)
Laurence DERONT (ASV Valbonne)	Isabelle PESCHET (ARS PACA)	Christel-Aurore MACHADO (CG 05)
Michèle ZOLLER (SGAR ; DRDFE)	Michèle ZOLLER (SGAR ; DRDFE)	Michèle ZOLLER (SGAR ; DRDFE)
Clotilde ODEYE (FNARS)	José GARCIA (Promo Soins)	Cyril AMIC (Mutualité Française PACA)
Christiane GIRAUD (URPS)	Docteur Joëlle MARTINAUX (Ville de Nice)	Laurence PERNICE (UCSA Toulon La Farlède)
Caroline ZANNONE-MARTY, Bruno PANABIERES (CPCAM 13)	Docteur Pierre Pascal VANDINI, docteur Vincent GIRARD (EMPP)	Isabelle GINESTE (Mission locale Jeunes Avignon)
Anne-Marie GAILHAGUET (DT 84)	Isabelle LEDERNEZ (Réseau Santé Précarité ; ASV Antibes)	Brigitte FASSANARO (DDCS 13)
Anna ZAQUIN (DDCS 13)	Brigitte FASSANARO (DDCS 13)	Emmanuel GUICHARD (Association régionale des Missions locales)
L. MARTINET ; G. PRETELLI (CCAS de Marseille)	Julia MASSON (OSIRIS)	Anne Dominique Piney (Justice)
S. BEKEIRA, Virginie VENTRE (AMPIL)	Cécile DE BIDERAN ; Elisabeth FOUET (DDCS du Var)	Cécile DE BIDERAN ; Elisabeth FOUET (DDCS du Var)
Cécile DE BIDERAN ; Elisabeth FOUET (DDCS du Var)	JC MATTEI (AIDES)	Claire DURAND (ASV Fréjus)
Brigitte FASSANARO (DDCS 13)	Noelle VAN DEN BOSCH (ARS DT 13)	Marjorie MAILLAND (COREVIH PACA Corse)
Myriam GARRASSIN (Mutuelles de France)		Sara GOY (DDCS 13)
Noelle VAN DEN BOSCH (ARS DT 13)		Noelle VAN DEN BOSCH (ARS DT 13)
		Mohamed MOUDINE (CG 05) ; Daniele BESSON (CG 05)

GLOSSAIRE

ACS	:	Aide Complémentaire Santé
ACT	:	Appartement de Coordination Thérapeutique
ACSE	:	Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances
AME	:	Aide Médicale de l'Etat
ARS	:	Agence Régionale de Santé
ASV	:	Atelier Santé Ville
CAARUD	:	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues
CAF	:	Caisse d'Allocations Familiales
CASF	:	Code de l'Action Sociale et des Familles
CASO	:	Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation
CCPP	:	Commission de Coordination des Politiques Publiques
CHRS	:	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIADT	:	Comité Interministériel d'Aménagement et de Développement du Territoire
CIV	:	Comité Interministériel des Villes
CLS	:	Contrat Local de Santé
CMU	:	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	:	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS	:	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNLE	:	Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale
CNS	:	Conférence Nationale de Santé
COG	:	Convention d'Objectifs et de Gestion
CPAM	:	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRSA	:	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSAPA	:	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	:	Code de la Santé Publique
CSP	:	Catégorie SocioProfessionnelle
CT	:	Collectivité Territoriale
CT	:	Conférence de Territoire
CUCS	:	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DDASS	:	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DIHAL	:	Délégation Interministérielle pour l'Hébergement et l'Accès au Logement des personnes sans-abri ou mal logées
DIRECCTE	:	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DREAL	:	Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DRJSCS	:	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

EMPP	:	Équipe Mobile Psychiatrie Précarité
FTM	:	Foyer de Travailleurs Migrants
HPST	:	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IGAS	:	Inspection Générale des Affaires Sociales
IRDES	:	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
ISS	:	Inégalités Sociales de Santé
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
LAM	:	Lit d'Accueil Médicalisé
LHSS	:	Lit Halte Soins Santé
MSA	:	Mutualité Sociale Agricole
MSP	:	Maison de Santé Pluri professionnelle
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONPES	:	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
PASS	:	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PDAHI	:	Plan Départemental Accueil Hébergement Insertion
PDALPD	:	Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
PMI	:	Protection Maternelle et Infantile
PRAPS	:	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRIAC	:	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRIP	:	Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées
PRS	:	Projet Régional de Santé
PRSP	:	Plan Régional de Santé Publique
PSRS	:	Plan Stratégique Régional de Santé
RS	:	Résidence Sociale
RSI	:	Régime Social des Indépendants
SAMU	:	Service d'Aide Médicale Urgente
SAVS	:	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SROMS	:	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS	:	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SRP	:	Schéma Régional de Prévention
URIOPSS	:	Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux
URPS	:	Union Régionale des Professions de Santé
VIH	:	Virus d'Immunodéficience Humaine
ZUS	:	Zone Urbaine Sensible



www.ars.paca.sante.fr

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
132, boulevard de Paris - 13003 Marseille
Adresse postale : CS 50039 - 13331 Marseille cedex 03
Standard : 04 13 55 80 10

