

Projet régional de santé 2023-2028

Programme régional pour
l'accès à la prévention et aux
soins des plus démunis
PRAPS

(PROJET)

Consultation

10 juillet 2023 - 10 octobre 2023

INTRODUCTION

Le Projet régional de santé (PRS) prend en compte la santé de l'ensemble des habitants de la région, y compris celle des publics en situation d'exclusion : il vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Ces enjeux sont repris dans le Cadre d'orientation stratégique (COS) et dans le Schéma régional de santé (SRS).

Le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) est intégré au Projet régional de santé (PRS) et constitue le seul programme obligatoire au sein du PRS. Il permet un éclairage spécifique sur la situation des personnes les plus en difficulté vis-à-vis de la santé. Il compile dans un même document les questions spécifiquement relatives à un accès plus équitable à la prévention, aux droits, aux soins et aux accompagnements médico-sociaux des publics les plus éloignés des dispositifs de droit commun.

Comme l'ensemble du PRS, il est par nature très transversal et intersectoriel. L'exigence de complémentarité et d'articulation des politiques publiques est encore plus grande car les ruptures de parcours impactent plus durement les publics en situation de précarité tout au long de leur vie. Ainsi, le PRAPS doit être porté par l'ensemble des directions de l'ARS et par l'ensemble des partenaires concernés, institutionnels, professionnels de santé, du secteur social, médico-social, associations, collectivités territoriales, usagers...

Son élaboration a fait l'objet de nombreuses concertations mais il est impératif que sa mise en œuvre et son suivi soient également très collaboratifs.

Les publics du PRAPS sont les personnes les plus précaires de notre société. Ce sont celles les plus éloignées du système de santé et de ce fait, présentent un état de santé plus dégradé que les personnes moins défavorisées :

Etat de santé de la population en France DREES septembre 2022

- les maladies chroniques surviennent plus fréquemment chez les personnes aux faibles revenus et conduisent à renforcer les inégalités d'espérance de vie observées entre les plus modestes et les plus aisés ;
- santé mentale, qualité de vie et handicap : les plus âgés et les plus modestes sont plus souvent négativement affectés ;
- parmi les patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC), un moindre accès aux unités neurovasculaires (UNV) pour les plus défavorisés ;
- un recours aux dépistages moins fréquent parmi les catégories socialement défavorisées ;
- de nombreux facteurs de risque pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant à la naissance sont surreprésentés dans les milieux les plus défavorisés ;
- troubles non corrigés de la vue chez les enfants et les jeunes.

L'accès aux soins en Paca demeure inégal d'un territoire à l'autre et, dans un contexte de baisse attendue de la démographie médicale, les inégalités d'accessibilité aux professionnels de santé s'accroissent. Elles risquent de pénaliser plus fortement les plus modestes.

Le contexte de crise financière, crise sanitaire, guerre aux frontières de l'Europe, inflation, crise énergétique, événements climatiques extrêmes, envolée des prix de l'alimentaire et incertitudes multiples accentuent encore le risque de voir des personnes basculer dans la précarité. Les premiers touchés sont les jeunes, les femmes seules avec enfant(s), les inactifs, les travailleurs pauvres et les immigrés. De plus, la crise migratoire avec des arrivées et des déplacés en provenance de Syrie, d'Afghanistan, d'Ukraine, d'Afrique notamment, entraîne une grande précarité des personnes dans l'attente d'une réponse de demande d'asile, ainsi qu'une paupérisation des déboutés du droit d'asile et des migrants sans titre de séjour.

QUELS ENJEUX A LONG TERME ?

- Amélioration des connaissances de l'état de santé des populations et visibilité de l'offre.
- Complémentarité et articulation des politiques publiques pour faciliter le décroisement et renforcer l'interconnaissance des acteurs.
- Accès aux droits et au système de santé pour tous.
- Prise en compte des personnes les plus vulnérables dans leur parcours de santé et de vie.
- Mobilisation des professionnels du premier recours pour le retour au droit commun.
- Formation des professionnels aux spécificités des populations.
- Evolution vers des méthodes et des actions qui permettent l'implication des personnes concernées et ainsi l'évolution des comportements favorables à la santé de ceux qui en ont le plus besoin.

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- L'offre en ville est organisée pour permettre à des personnes sans couverture maladie d'accéder à des soins de ville sans avance de frais.
- Les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques sont proposés au sein des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ou via des partenariats avec la ville et l'associatif.
- Les femmes en situation de précarité bénéficient d'un meilleur accompagnement gynécologique et obstétrique.
- La fonction d'interface de la médiation en santé est assurée entre les populations vulnérables et les professionnels de santé.
- L'accès aux soins est facilité par l'accès à l'interprétariat en santé.
- Les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux sont formés à la précarité, la santé mentale et aux addictions.

SOMMAIRE

A - OBJECTIFS STRATEGIQUES TRANSVERSAUX	5
1. Analyser les milieux de vie et les fragilités des publics du PRAPS	5
2. Proposer une gouvernance du PRAPS et une coordination dans les territoires	5
3. Permettre un accès aux soins de premier recours pour les plus vulnérables et éviter ainsi le recours à l'hôpital si l'état de santé ne le justifie pas	5
4. Investir dans l' « aller-vers » et le faire-avec pour lutter contre le non-recours, l'incompréhension, les ruptures, le renoncement aux soins	6
5. Généraliser l'offre d'interprétariat en santé y compris en ville	7
6. Consolider les PASS hospitalières et leur coordination régionale	8
 B - PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS DE POPULATIONS SPECIFIQUES QUI CUMULENT DES VULNERABILITES	 12
1. Les enfants, les mineur(e)s, les jeunes majeur(e)s	12
Les enfants en situation de précarité, les enfants sous protection de l'aide sociale à l'enfance	14
Les mineur(e)s et jeunes majeur(e)s en situation de précarité, d'errance, sous protection ou non accompagnés, les mineur(e)s et jeunes majeur(e)s en situation de migration	14
2. Les femmes en situation de précarité	17
3. Les personnes migrantes	20
4. Les personnes sous-main de justice	24
Concernant les adultes	26
Concernant les mineur(e)s et jeunes majeur(e)s confié(e)s à la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ..	28
5. Les personnes en situation de prostitution / travailleuses et travailleurs du sexe	30
6. Les personnes sans abri et celles accueillies en structures d'hébergement	32
7. Les gens du voyage / communautés en mode de vie itinérant	34
8. Les travailleuses et travailleurs en situation de précarité, dont les travailleuses et travailleurs saisonniers, les travailleuses et travailleurs agricoles	37
 C - ATELIERS	 40
 D - PARTICIPANTS ET CONTRIBUTEURS EXPERTS EXTERNES	 40
 E - CONTRIBUTIONS ECRITES EXPERTS EXTERNES	 41
 F - PARTICIPANTS ET CONTRIBUTEURS INTERNES	 42
 G - REDACTEUR	 42

A - OBJECTIFS STRATEGIQUES TRANSVERSAUX

1. Analyser les milieux de vie et les fragilités des publics du PRAPS

- Mieux connaître et dénombrer les publics, et leurs besoins.
- Créer un observatoire en Paca en s'appuyant sur les recensements existants et en les complétant.
- Territorialiser l'observation en privilégiant la plus fine échelle géographique possible.

2. Proposer une gouvernance du PRAPS et une coordination dans les territoires

- Améliorer l'interconnaissance des acteurs tout comme la cohérence d'ensemble de l'offre disponible → lisibilité et communication.
- Proposer une concertation régionale des acteurs pour que le PRAPS soit un outil prenant en compte les problématiques de santé dans leur diversité territoriale, les actions mises en œuvre, leur suivi et leur évaluation.
- Proposer une coordination opérationnelle départementale à structurer :
 - entre délégations départementales des agences régionales de santé (DDARS) et directions départementales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS) -secteur hébergement, accueil de jour → bilatérales régulières à réactiver
 - entre DDARS et Préfectures secteur asile, intégration : concertation départementale, comitologie, échanges des informations réciproques
 - entre acteurs territoriaux : associations, contrats locaux de santé (CLS), conseils locaux de santé mentale (CLSM), structures d'exercice coordonné, structures médico-sociales, PASS, centre hospitalier (CH), Conseils départementaux,
 - Conseil territorial de santé (CTS) annuel consacré au PRAPS / commission prévention.

3. Permettre un accès aux soins de premier recours pour les plus vulnérables et éviter ainsi le recours à l'hôpital si l'état de santé ne le justifie pas

- Développer une offre en ville type « PASS de ville » : organisation permettant à des personnes sans couverture maladie d'accéder à des soins de ville et de bénéficier d'un accompagnement pour l'ouverture de leurs droits ou la réactivation et réouverture de leurs droits, sans avance de frais. La modalité d'organisation de type « PASS de ville » répond donc à deux objectifs : l'accès aux droits et l'accès aux soins de premier recours (médecin généraliste, infirmiers, pharmaciens et laboratoires). Les « PASS de ville » peuvent s'appuyer sur différentes modalités d'organisation : structure ad hoc ou modalité d'intervention au sein de structures déjà existantes (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé). Elles peuvent être portées par des associations. Elles font l'objet d'une labellisation de l'ARS.

→ Labelliser dans les territoires des PASS dites de ville

Indicateurs : nombre de PASS dites de ville labellisées

- Renforcer la sensibilisation des professionnels de santé aux spécificités de ces publics dans une logique d'interconnaissance des acteurs et des dispositifs.
- Soutenir les professionnels de santé du premier recours pour permettre de lever les freins, préjugés et/ou les craintes vis-à-vis de publics cumulant des difficultés > les informer > les former > développer des outils spécifiques (documentation « facile à lire et à comprendre » (FALC), traductions, webinaires, échanges de pratiques avec des professionnels aguerris...).
- Coordonner sur le territoire en proximité afin d'améliorer la fluidité des parcours des patients.

4. Investir dans « l'aller-vers » et le faire-avec pour lutter contre le non-recours, l'incompréhension, les ruptures, le renoncement aux soins

- Poursuivre le développement de la médiation en santé en interface entre les populations vulnérables et les professionnels de santé

La médiation en santé vise à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes qui en sont éloignées. Elle s'adresse à la fois aux personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, présentant un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité : isolement géographique, familial ou social, pratiques à risques, environnement juridique et sanitaire défavorable, précarité, méconnaissance du système de santé en France, difficultés liées à la barrière de la langue française ou du numérique /migrants, demandeurs d'asile, personnes en situation de précarité, d'isolement, mineurs isolés, les situations de crainte ou de méconnaissance du système de soins, illettrisme, handicap sensoriel (les sourds et malentendants) et les acteurs du système de santé qui interviennent dans le parcours de soins de ces populations.

Elle vise à favoriser l'autonomie des personnes dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités. (*Référentiel Haute Autorité de Santé 2017*).

Plusieurs actions existent en centre fixe (hôpitaux, centres et maisons de santé, structures d'exercice coordonné, etc.), et/ou des actions d'« aller-vers » ainsi que de ramener-vers le système de soins et de prévention :

- En PASS : Les 2 plus importantes PASS de la région (Assistance publique des hôpitaux de Marseille – l'AP-HM – et le Centre hospitalier universitaire – CHU – de Nice) ont complété leurs équipes pluridisciplinaires de médiateurs en santé à partir de 2021. Les postes de médiateurs sont transversaux aux PASS Adultes, PASS Mères-Enfants et PASS Mobiles. Il serait nécessaire de sanctuariser ces postes et de développer des postes de médiateurs en santé dans d'autres PASS et notamment dans les PASS avec une file active importante, du fait d'un accueil de public important dans le cadre de flux migratoires ou d'interculturalités, soit du fait d'une implantation dans un territoire avec une grande précarité.

Territoires prioritaires

PASS de Toulon-La Seyne
 PASS de Briançon
 PASS de Gap
 PASS d'Avignon

- En structures associatives sociales d'accueil de personnes très vulnérables où les personnes accueillies restent ou sont amenées à fréquenter régulièrement ces structures. Principalement concentrée sur le territoire des Bouches-du-Rhône, la médiation en santé doit pouvoir se développer sur les autres départements et notamment ceux qui en sont totalement dépourvus en priorité.

Territoires prioritaires : Département du Var
Département des Alpes-de-Haute-Provence
Département des Hautes-Alpes

Indicateurs : nombre d'ETP de médiateurs en PASS

- Pérenniser et développer les actions mobiles « santé social » sur les lieux de vie et sur les territoires : PASS Mobiles, équipes mobiles précarité santé, équipes mobiles psychiatrie précarité, consultations avancées...

Territoires prioritaires Département des Bouches du Rhône
Département du Var (Equipe Mobile Précarité Provence Verte)
Département des Hautes-Alpes
Département de Vaucluse (Equipe mobile départementale)

Indicateurs : nombre d'Equipe Mobile Précarité Santé
nombre de PASS mobiles

- Garantir un pilotage coordonné de « l'aller-vers » dans les territoires
➔ Médiation en santé et activités mobiles : animation du réseau des comités départementaux et régional d'éducation pour la santé (CRES et CODES).

5. Généraliser l'offre d'interprétariat en santé y compris en ville

L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé désigne la fonction d'interface, assurée entre des patients/usagers et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction. Il garantit, d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical - *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques Haute Autorité de Santé (octobre 2017)*.

La non-maîtrise de la langue constitue d'autant plus un handicap et une perte de chance, en l'absence de la mesure correctrice que constitue l'intervention d'un interprète, qu'elle se conjugue très fréquemment avec une situation de précarité qui majore les difficultés de santé. A ce titre, apporter une réponse aux difficultés linguistiques contribue à la lutte contre la précarité, participe à la réduction des inégalités de santé, et constitue légitimement un moyen d'intervention devant faciliter l'accès aux soins des populations les plus démunies.

La question de l'interprétariat est une problématique récurrente en PACA.

À l'occasion de l'élaboration du référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques, le Collège de la Haute Autorité de Santé souligne l'importance d'un ancrage de l'interprétariat professionnel dans les territoires au sein desquels des barrières linguistiques dans l'accès à la prévention et aux soins sont observées, aussi bien en établissements de santé qu'en médecine de ville.

- Mettre en place une fonction de coordination de l'interprétariat en milieu hospitalier : sensibiliser et former les professionnels de santé au bon usage de l'interprétariat, organiser le recours y compris avec les volontaires internes aux établissements.
- Rappeler aux établissements de santé l'obligation de l'accès à l'interprétariat en santé.
- Faire connaître en interne les modalités d'accès et renouveler l'information dans le temps.
- Réaliser un état des lieux
- Recenser les accès à l'interprétariat (questionnaire de recensement des abonnements et des accès à l'interprétariat, notamment « Inter Service Migrants » ISM).
- Analyser la couverture, les besoins, les manques.
- Rechercher une / des modalités de recours simplifiées, facilitant les relations de soins.
- Faire connaître les possibilités d'interprétariat.
- Structurer et fluidifier l'offre existante et à déployer : réflexion sur une offre territoriale, régionale.
- Sensibiliser les professionnels : formation croisée avec des professionnels utilisateurs afin de lever les freins et banaliser le recours

6. Consolider les PASS hospitalières et leur coordination régionale

L'article L. 6111-1-1 du code de la santé publique précise que « les établissements de santé doivent garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ». Au sein des établissements de santé, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), créées en 1998, jouent un rôle fondamental dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Les PASS, services hospitaliers spécialisés dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de précarité, sont identifiées et reconnues sur leur territoire comme des acteurs pivots, garants de l'accès aux soins de ce public vulnérable et sujet au renoncement aux soins. Elles sont à l'interface de l'hôpital, de la médecine de ville et des dispositifs sociaux et médico-sociaux. Depuis plusieurs années, en lien avec le service social hospitalier, leur rôle central dans l'ouverture des droits à l'assurance maladie ainsi que leur expertise dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de précarité ont été confortés et reconnus par l'ensemble des acteurs de la lutte contre la précarité.

Les publics cibles des PASS sont des personnes en situation de précarité, qui ont besoin de soins et qui ne peuvent y accéder pour diverses raisons :

- en raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude ;
- parce qu'ils sont dans l'impossibilité d'honorer les frais du reste à charge ;
- pour d'autres raisons : forte désocialisation, difficultés à s'orienter dans le système de santé (personnes allophones, personnes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques, personnes marginalisées et devant être accompagnées dans leur parcours de soins par la PASS, le temps nécessaire à un relais pérenne par un autre dispositif de droit commun.

Les PASS hospitalières ont fait l'objet d'un cahier des charges actualisé par l'instruction de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du 12 avril 2022 afin de mieux prendre en compte les nouveaux défis auxquels elles font face, notamment le développement de nouvelles formes de précarité, la prise en charge des personnes migrantes ou la mise en œuvre de l'activité mobile de certaines PASS, dont le développement a été favorisé sur les territoires dans l'objectif « d'aller-vers » les publics les plus éloignés du système de santé.

La mission de coordination régionale des PASS est une mission inscrite dans l'instruction nationale du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des PASS. Les coordonnateurs régionaux, en lien avec la DGOS et les référents PRAPS-PASS-précarité des ARS, ont pour mission :

- d'animer le réseau des PASS ;
- d'accompagner et de soutenir les équipes PASS à la mise en œuvre des recommandations du cahier des charges, des objectifs et du suivi des PASS (suivi des recommandations, conseils et expertise, suivi budgétaire et financier et accompagnement des équipes en lien avec l'ARS), et des projets inscrits dans l'organisation territoriale de santé auxquels les PASS concourent ou contribuent.

Au niveau national, les coordonnateurs régionaux des PASS assurent, en lien avec leurs confrères des autres régions, une articulation étroite avec la DGOS dans le but de permettre une harmonisation dans la mise en œuvre des recommandations et une homogénéisation des pratiques.

L'équipe de coordination régionale des PASS-Paca émane d'un projet conjoint AP-HM et CHU de Nice retenu et validé par la DGOS en 2008. Elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire (temps médicaux et temps social).

En Paca :

29 établissements de santé disposent d'une PASS généraliste adultes :

- 3 PASS Adultes dans les Alpes-de-Haute-Provence : CH Digne, CH Manosque, CH Sisteron
- 2 PASS Adultes dans les Hautes-Alpes : CH CHICAS Gap, PASS Briançon
- 5 PASS dans les Alpes-Maritimes : CHU Nice, CH Menton, CH Antibes, CH Grasse, CH Cannes
- 9 PASS dans les Bouches-du-Rhône : CHU AP-HM (3 sites Nord, Conception et Timone), CH Aix-Pertuis, CH Arles, CH Aubagne, CH La Ciotat, CH Martigues, CH Salon
- 7 PASS dans le Var : CHI Toulon La Seyne, CH Hyères, CHI Fréjus-Saint-Raphaël, CH de La Dracénie, CHI Brignoles Le Luc, CH Saint-Tropez,
- 6 PASS Adultes dans le Vaucluse : CH Cavaillon, CH Avignon, CH Carpentras, CH Orange, CH Valréas, CH Apt

4 établissements de santé disposent d'une PASS Mères-Enfants :

- 1 PASS dans les Alpes-Maritimes : CH Lenval Nice
- 1 PASS dans les Bouches-du-Rhône : CHU AP-HM Marseille
- 1 PASS dans le Var : CHITS Site Sainte-Musse Toulon
- 1 PASS dans le Vaucluse : CH Avignon

4 établissements de santé déclarent disposer d'une PASS dentaire :

- 1 PASS dans les Alpes-Maritimes : CHU Nice
- 3 PASS dans les Bouches du Rhône : CHI AP-HM Marseille, CH Arles, CH Martigues

4 établissement de santé disposent d'une PASS Mobile ou d'une Equipe Mobile Précarité Santé rattachée à un CH :

- 1 PASS mobile dans les Alpes-de-Haute-Provence : PASS conjointe Digne Manosque
- 1 PASS mobile dans les Hautes-Alpes : PASS CHICAS Gap
- 1 PASS dans les Bouches-du-Rhône : PASS mobile AP-HM Marseille
- 1 EMPS dans les Alpes-Maritimes : EMPS CHU Nice

- 1 PASS mobile gynécologique : CHITS Site Sainte Musse Toulon
- 4 établissements de santé disposent d'une PASS Psychiatrique :
- 2 PASS dans les Bouches du Rhône : CH Edouard Toulouse, CH Aix-Montperrin
 - 1 PASS dans le Var : CHI Toulon La Seyne (2 sites : Georges Sand à La Seyne et Sainte-Musse à Toulon)
 - 1 PASS dans les Hautes-Alpes : CH Buech Durance Laragne Gap
- Rendre lisible ce dispositif régional sur le territoire pour qu'il constitue un réel appui auprès des acteurs de 1ère ligne et participe à l'équité de traitement des usagers sur le territoire

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Contractualisation avec l'ARS : objectifs, missions, financements
- Communication
- Refonte de la page dédiée sur site internet ARS

- Poursuivre la structuration des PASS comme acteur d'un réel accès aux soins et facilitant l'accès au droit commun, en lien avec le réseau professionnel de chaque territoire, qu'il soit urbain ou rural

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Désigner au sein des GHT un « référent précarité » transversal permettant un soutien institutionnel et la mise en place d'un parcours santé précarité
- Accompagner les PASS à la mise en conformité du nouveau cahier des charges
- Mettre en adéquation concrète les moyens alloués à la prise en charge de la précarité
- Poursuivre le développement des actions hors-les-murs des PASS
- Structurer une offre de soins spécialisés et travailler sur une offre en soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques, au sein des PASS ou en partenariat avec la ville et l'associatif
- Permettre aux professionnels des PASS de disposer d'un « dossier patient » permettant une coordination efficace entre les partenaires et assurer le remplissage des données statistiques annuelles PIRAMIG (question du SI commun (à l'image du TU dans les SAU de la région) ou du DPI / enjeux pour le suivi patient et les bilans d'activité).

- Indicateurs : nombre de PASS avec offres de soins spécialisés :
- * soins dentaires
 - * soins ophtalmologiques
 - * soins gynécologiques

- Mieux articuler les PASS et les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Veiller à l'interconnaissance et à l'existence d'un travail partenarial entre PASS et EMPP sur chaque territoire concerné
 - Mettre en place des passerelles entre la coordination régionale des PASS et le Réseau régional psychiatrie précarité pour consolider une fonction-ressource régionale en matière de santé mentale et précarité (en lien avec les autres acteurs)
-
- Accompagner les transformations nécessaires des consultations enfants environnement (CEE) en PASS Mères-Enfants
 - Favoriser les liens entre les structures pilotées par la DREETS, les DDARS, les Conseils départementaux (CD), les contrats locaux de santé
 - Faciliter le traitement des situations complexes en précarité avec les acteurs concernés (dispositifs d'appui à la coordination (DAC), CH, DDEETS, DDARS, CD, Caisse primaire d'assurance maladie -CPAM...) par territoires et par bassins de soins
 - Mettre en application la procédure type ARS/OMEDIT (observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques) d'accès aux produits de santé des patients sans droit en situation de précarité.

B - PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS DE POPULATIONS SPECIFIQUES QUI CUMULENT DES VULNERABILITES

1. Les enfants, les mineur(e)s, les jeunes majeur(e)s

Personnes concernées :

Enfants en situation de précarité, enfants sous protection de l'Aide Sociale à l'Enfance, mineur(e)s en situation de migration, jeunes en errance...

Il est précisé que les mineur(e)s et jeunes majeur(e)s confiés à la Protection Judiciaire de la Jeunesse sont aussi abordé(e)s dans le paragraphe 4. Personnes sous-main de justice.

À la suite du 6e examen de la France par l'ONU, les experts du Comité des droits de l'enfant ont rendu le 2 juin 2023 leurs observations finales, afin d'améliorer l'application de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) sur le territoire national. Tout en saluant les progrès réalisés depuis le dernier examen de la France en 2016, le Comité met en lumière la nécessité pour la France d'avancer urgemment et efficacement pour mieux protéger les enfants les plus exclus.

Dans un contexte de forte inflation, plus de 2,8 millions d'enfants vivent dans la pauvreté en France et le nombre d'enfants en situation de pauvreté continue d'augmenter et doit être véritablement priorisé, afin d'éviter de les priver de leurs droits les plus fondamentaux. Le Comité recommande de mettre en place un soutien approprié pour que les enfants nés dans les familles défavorisées bénéficient d'un environnement propice et sécurisé, à la fois physiquement et émotionnellement. Le Comité s'inquiète également, une nouvelle fois, des violations de droits subies par les mineurs non-accompagnés. De même, la rétention de tous les enfants, violation maintes fois condamnée, doit être définitivement interdite. L'enfermement des enfants du fait de la situation migratoire de leur(s) parent(s) est une violation des droits de l'enfant. Il rappelle que l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale et comprise pour toutes les décisions relatives aux enfants demandeurs d'asile ou migrants.

L'enfance constitue une période cruciale dans la construction des inégalités sociales en général et de santé en particulier. Les inégalités sociales de santé apparaissent avant même la naissance, avec des différences de suivi prénatal et de comportements à risque pour l'enfant à naître. Dès la petite enfance, des inégalités de santé se développent, que les habitudes de vie, les facteurs culturels et économiques ou l'exposition environnementale contribuent à creuser au cours de l'enfance et de l'adolescence.

En matière de santé, les enfants et adolescents pris en charge au titre de la protection de l'enfance, de 0 à 21 ans, sont particulièrement vulnérables et présentent des besoins spécifiques. Ils cumulent bien souvent des déterminants de santé défavorables, avec une surreprésentation de jeunes en situation de handicap (environ 1/3 d'entre eux ont une notification maison départementale des personnes handicapées – MDPH – dans la Région) et de jeunes souffrant de troubles mentaux (3 fois plus que les autres jeunes).

Près de 36 000 mineur(e)s et jeunes majeur(e)s sont concernés par une mesure de protection de l'enfance (aide sociale à l'enfance – ASE – + protection judiciaire de la jeunesse – PJJ) dans la région Paca.

Les études disponibles montrent des carences importantes dans la prise en compte de leurs besoins en santé par rapport à la population générale : manque d'informations sur les antécédents personnels et familiaux, bilan de santé réalisé pour seulement un tiers de ces enfants à l'admission à l'ASE ou à la PJJ, facteurs de risques liés à la prématurité ou à un retard de croissance néonatal, parcours souvent marqué par des pathologies associées, des traumatismes et hospitalisations, fréquence d'insuffisances pondérales ou de surpoids, besoins de prise en charge en santé mentale.

L'accès à la prévention et aux soins de ces enfants est souvent difficile, alors que les maltraitances subies pendant l'enfance (violences physiques, sexuelles, psychologiques, conjugales, négligences lourdes) peuvent avoir des conséquences sur la santé tout au long de la vie : traumatismes physiques, altération du développement cérébral par un stress prolongé grave, troubles du développement staturopondéral, troubles du développement sensoriel et cognitif, ainsi que des troubles du développement psychoaffectif et social.

L'impact peut être majeur sur les compétences psychosociales, la santé mentale (états de stress post traumatiques, syndromes dépressifs, tentatives de suicide), comportementale (addictions, mises en danger, comportements sexuels à risque, hétéro agressivité), la santé sexuelle et génésique (grossesses non désirées), la maladie chronique (obésité, troubles cardiovasculaires, AVC, cancer).

Les travaux dans le domaine, depuis plusieurs années, montrent qu'il est nécessaire de développer la prévention précoce, la continuité des parcours (éviter les ruptures dans le parcours entre prévention, soin et médico-social), et les coopérations entre les champs du travail social, de la justice, du médico-social et de la santé.

On peut par ailleurs estimer entre 2 000 à 2 500 jeunes, mineur(e)s ou jeunes majeur(e)s non accompagné(e)s¹, concernés en PACA (absence de chiffre officiel des jeunes déboutés, mais les acteurs de terrain évaluent à 50% de jeunes admis en minorité et 50% de déboutés. Sur ces 50% de déboutés, au moins 25% d'entre eux seront finalement reconnus mineurs à l'issue d'une procédure de plusieurs mois).

Nombre de mineur(e)s non accompagné(e)s confié(e)s par décision judiciaire en 2022 en PACA :

Département	Nombre de jeunes confiés par décision judiciaire en 2022	Clé de répartition
Bouches du Rhône	434	2,93%
Alpes-Maritimes	253	1,69%
Var	247	1,69%
Vaucluse	124	0,85%
Hauts-Alpes	32	0,21%
Alpes-de-Haute-Provence	38	0,26%
TOTAL PACA	1 128	7,63 %
TOTAL FRANCE METROPOLITAINE	14 782	100%

¹ Enfant de moins de 18 ans, de nationalité étrangère, présent sur le territoire français, sans être accompagné d'un adulte (titulaire de l'autorité parentale ou représentant légal)

Les enfants en situation de précarité, les enfants sous protection de l'aide sociale à l'enfance

Objectif opérationnel transversal : Intervenir précocement au cours de la petite enfance et améliorer le repérage et l'évaluation des situations particulières

En termes de prévention :

- Poursuivre et amplifier le déploiement de programmes de soutien à la parentalité et d'interventions précoces, de soutien aux familles en situation difficile, notamment les familles monoparentales, les familles isolées ou familles vivant dans des situations précaires, par des formations appropriées des travailleurs sociaux et des professionnels concernés.
- Intégrer davantage les publics relevant de la protection de l'enfance aux dispositifs de droit commun dans le champ du soutien à la parentalité
>schémas départementaux des services aux familles
>stratégie de lutte contre la pauvreté

En terme de soins :

- Poursuivre le déploiement des Unités d'Accueil Pédiatrique Enfants en Danger (UAPED).
- Poursuivre le déploiement des Unités de soins psychiques Mère-enfant : observation, soutien, repérage.
- Poursuivre la stratégie régionale pour outiller les équipes médico-psychosociales et les acteurs de la lutte contre les violences intrafamiliales : enjeux éthiques, développement d'outils d'objectivation de type « grilles de compétences parentales », échanges de pratiques pluri professionnelles.
- Développer une stratégie régionale pour porter une vigilance particulière sur les enfants protégés dans le cadre des Pôles de repérage des troubles neuro-développementaux (0-7 ans).

En termes d'accompagnement :

- Garantir une prise en charge prioritaire des familles avec enfants à la rue quelle que soit leur situation administrative.
- Participer en tant que de besoin aux cellules dédiées départementales à la gestion des situations et orientations prioritaires en liens avec les délégations départementales des ARS, les services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO- dispositif de veille sociale pour l'accueil et l'orientation de personnes en difficulté ayant des besoins d'hébergement d'urgence ou de logement adapté), les acteurs de veille sociale, rectorats et directions académiques, professionnels des secteurs éducatifs et de l'enfance, ainsi que les collectivités, susceptibles d'identifier les situations d'enfants à la rue.

Les mineur(e)s et jeunes majeur(e)s en situation de précarité, d'errance, sous protection ou non accompagnés, les mineur(e)s et jeunes majeur(e)s en situation de migration

Points majeurs de rupture

- Absence de repérage des états de détresse psychologique et inadéquation de la réponse médicale aux besoins spécifiques au cours de la phase d'accueil et d'évaluation.

- Absence d'orientation médicale en dépit d'éléments inquiétants sur la santé, repérée au cours de l'entretien d'évaluation.
- Absence de soin à la suite de dépistage d'une maladie infectieuse au cours de l'accueil provisoire d'urgence et absence de dépistage d'un syndrome post-traumatique sévère.
- Rupture de parcours, interruption des mesures de protection et d'accompagnement, alors que les jeunes ne sont pas encore en capacité de subvenir à leurs besoins et que les dispositifs de solidarité nationale ne peuvent pas être mobilisés, notamment dans l'hébergement avec des remises à la rue.
- Isolement des jeunes en sortie de dispositif de protection de l'aide sociale à l'enfance.

Objectif stratégique transversal : Eviter les ruptures de parcours des mineur(e)s et jeunes majeur(e)s

En termes de prévention :

- Repérer et mobiliser les structures de proximité intervenant auprès des jeunes en fragilité sociale (maisons des adolescents, points accueil écoute jeunes, missions locales, centres sociaux, prévention spécialisée, écoles de la 2ème chance, groupe de l'Office français de l'immigration et de l'intégration OFFI, structures d'insertion et de remise à niveaux).
- Améliorer le repérage des situations à risque et renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé auprès des jeunes.
- Développer une stratégie régionale de promotion de la santé et dès la période de la mise à l'abri pour les jeunes concernés, sous format de modules d'ateliers santé.
- Engager, notamment avec le soutien du Fonds de lutte contre les addictions, les associations de protection de l'enfance dans des projets globaux de prévention des conduites addictives des enfants et des familles qu'elles accompagnent.

En termes de soins :

- Contribuer à coordonner le parcours en complémentarité avec les Conseils départementaux et les acteurs concernés.
- Sécuriser le cadre juridique des interventions des professionnels de santé pour les mineurs
→ note aux établissements de santé et offreurs de soins.
- Flécher un parcours santé mineurs non accompagnés en collaboration avec les établissements de dépistages et de soins concernés, qui répond également aux besoins spécifiques de certains jeunes (jeunes filles, psycho traumatismes, addictions, santé sexuelle).

En termes d'accompagnement :

- Aucune remise à la rue des mineur(e)s et jeunes majeur(e)s
→ Accès à un hébergement d'urgence a minima.
- Veiller à la problématique de domiciliation selon les territoires et identifier dans chaque territoire les structures de domiciliation et les communiquer.
- Identifier et communiquer sur les relais susceptibles de pallier les carences d'ouvertures de droits, notamment pour les jeunes avec un refus de prise en charge par l'aide sociale à l'enfance (au motif qu'ils ont été identifiés majeurs suite à l'évaluation de leur âge), dans la mesure où ils bénéficient de l'aide médicale état (AME) sans application de la condition de 3 mois de présence ininterrompue en situation irrégulière sur le territoire français.

- Renforcer quantitativement et qualitativement l'échange interinstitutionnel de pratiques, les stages en immersion et les formations croisées entre acteurs du social, du médico-social et de la santé.
- Développer une stratégie régionale pour généraliser, autour des commissions cas complexes, des « conventions de prise en charge » de type « Projet Commun de Prise en Charge », afin de dépasser les seules « analyses de situations complexes » pour formaliser des décisions de prise en charge.

2. Les femmes en situation de précarité

Les femmes constituent aujourd'hui la majorité des personnes en situation de précarité en France. En effet, elles représentent 53% des personnes en situation de précarité, 57% des bénéficiaires du revenu social d'activité (RSA), 70% des travailleuses et travailleurs pauvres (fragilité et instabilité de l'insertion, bas salaires, contrats de travail à temps partiel subis), 85% des cheffes de familles monoparentales et une famille monoparentale sur 3 vit sous le seuil de pauvreté.

En situation de précarité, les femmes connaissent une santé dégradée et un moindre accès aux soins. Elles sont moins suivies en gynécologie et utilisent moins souvent un moyen de contraception que la moyenne.

Un suivi gynécologique moindre et une plus faible prise de contraception expliquent en partie la prévalence des grossesses non prévues et non désirées, notamment pour les femmes en grande précarité. Les grossesses sont peu suivies et présentent plus souvent des risques.

Elles participent moins aux dépistages des cancers et y survivent moins souvent. Elles ont également un moindre dépistage des maladies cérébro-cardiovasculaires et une prise en charge plus tardive (55 % des accidents cardiaques sont fatals pour les femmes et 43 % pour les hommes).

Elles sont plus exposées aux risques liés aux conditions de vie (tabac, alcool, obésité, risques psychosociaux au travail, mauvaise alimentation, logement dégradé, absence de loisirs et de pratiques sportives, rapport déprécié à son corps et à l'estime de soi, difficulté à se projeter).

Dans leur quotidien, les femmes en situation de précarité ont une charge mentale élevée, cumul des insécurités qui pèsent sur elles. Elles sont plus exposées aux troubles psychologiques.

La précarité expose également à des violences spécifiques.

Les obstacles liés à la précarité et au sexe se conjuguent donc et peuvent s'aggraver pour les femmes en situation de précarité qu'elles soient migrantes, femmes en situation de handicap ou pour les femmes résidant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les territoires ruraux.

Les risques de précarité apparaissent plus nombreux pour les femmes que pour les hommes et ils affectent plus durablement leur parcours. Ils se répercutent aussi sur leurs enfants avec le danger de les inscrire dans un processus de transmission et de reproduction d'un état précaire. L'insécurité économique et sociale dans laquelle grandissent ces enfants peut perturber gravement leur éducation et leur santé.

En termes de prévention : accompagner les femmes en situation de précarité à prendre en compte leur santé

- Permettre aux femmes de mieux connaître et mieux utiliser les moyens de contraception adaptés à leur situation

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Former et sensibiliser les structures accueillant des femmes en âge de procréer en situation de précarité, à la nécessité de disposer d'une contraception adaptée
- Disposer de programmes d'éducation pour la santé sexuelle intégrant les répercussions sociales et économiques des grossesses

- Améliorer les dépistages des cancers

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Accentuer la prévention ciblée auprès des femmes en situation de précarité pour les dépistages du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer de l'utérus : CRCDC, CPAM, structures d'exercice coordonné, Centres de Planification et d'Education Familiale, associations, CRES, CODES
- Lever les freins aux dépistages par des sensibilisations et de l'information simple, facile à lire et à comprendre

- Soutenir les femmes en situation de détresse psychologique

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Renforcer la formation des professionnels de santé, du social et du médico-social au repérage des vulnérabilités et à la santé mentale
- Proposer systématiquement aux femmes repérées un entretien avec un psychologue
- Soutenir des actions de revalorisation, d'estime de soi, capacité à prendre soin de soi et de compétences psychosociales

- Accompagner les femmes à la parentalité

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Soutenir des actions de prévention et de soutien à la parentalité
- Poursuivre le déploiement du Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité

- Prévenir la consommation d'alcool et de tabac

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Intégrer dans les programmes d'éducation à la sexualité, les risques alcool et tabac, y compris durant la grossesse
- Aborder systématiquement la question des addictions lors des consultations ou entretiens avec des professionnels de santé
- Amplifier la sensibilisation et la mobilisation des professionnels de santé de premier recours sur le repérage et la prise en charge des addictions.

- Communiquer, informer et sensibiliser les mères en situation de précarité sur l'allaitement maternel

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Sensibiliser à la possibilité d'allaitement maternel dès l'entrée en maternité
- Valoriser l'offre d'ateliers d'allaitement au sein des maternités et dans les centres de PMI
- Veiller à la sensibilisation des professionnels sociaux et médico-sociaux quant à l'allaitement maternel durant leur formation initiale et continue
- Mieux informer les structures d'hébergement

- Renforcer la prévention et le repérage des vulnérabilités pendant la grossesse

Actions prioritaires à poursuivre ou à mettre en œuvre

- Améliorer l'information et la sensibilisation des femmes, des couples et des professionnels de santé à l'entretien prénatal précoce
- Renforcer l'accès à l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) et l'entretien post natal précoce (EPNP) pour les femmes socialement défavorisées
- Harmoniser les pratiques de repérage des vulnérabilités et de l'orientation et/ou de l'accompagnement
- Aborder systématiquement les addictions lors de l'entretien prénatal précoce

En termes de soins : mieux repérer et accompagner les femmes en situation de précarité

- Généraliser les staffs médico-psycho-sociaux dans les maternités de PACA
- Formaliser les liens entre les Conseils départementaux, les maternités et les autres services de l'hôpital.
- Mieux repérer et accompagner les vulnérabilités médico-psycho-sociales.
- Renforcer le repérage des femmes sortant de maternité sans hébergement sécurisé afin de mieux accompagner leur sortie.
- Renforcer les liens entre les PASS Adultes, PASS Mères-Enfants et les maternités.

En termes d'accompagnement : renforcer l'accompagnement pour éviter les ruptures de parcours

- Intensifier le suivi lors du retour à domicile et des premières semaines après l'accouchement : PMI et libéraux.
- Soutenir les interventions de prévention structurées précoces.
- Soutenir le déploiement des « Maisons des femmes » dans chaque département.

3. Les personnes migrantes

Personnes concernées :

Personnes primo-arrivantes en attente d'un titre de séjour, personnes primo-arrivantes avec titres de séjour, personnes primo-arrivantes sans titre de séjour, personnes migrantes installées

Au 1^{er} janvier 2021, l'INSEE estime à 5,2 millions d'étrangers résidant en France. Ils représentent 7,7% de la population française. Sur ces 5,2 millions, 4,5 millions sont immigrés, c'est-à-dire nés à l'étranger. Les autres sont nés en France, très majoritairement mineurs, et pourront devenir français à leur majorité. Les trois pays d'origine les plus importants sont l'Algérie, le Maroc puis le Portugal.

La région PACA est historiquement un territoire de migration et d'immigration. En 2006, près de 471.000 personnes immigrées, dont 51 % de femmes, vivent dans la région, ce qui représente près de 10 % de la population régionale. Si le nombre de personnes immigrées a augmenté entre 1975 et 2006, leur part dans la population régionale a diminué de 2,5 points. La population immigrée est composée de deux grands groupes : en 2006 :

- 38 % de la population immigrée était issue de l'Union européenne des 15, suite aux premières vagues d'immigration dans les années 20 puis 50.
- 38 % du Maghreb, avec une immigration plus récente.

Dans la région, la part des personnes âgées de plus de 60 ans est plus importante chez les personnes immigrées. Cela est notamment vrai pour les hommes : 31 % des hommes immigrés sont âgés de plus de 60 ans contre 21 % des hommes non immigrés. Avec des revenus médians plus faibles et des conditions de logement souvent dégradées, les inégalités entre les personnes immigrées et le reste de la population sont importantes.

L'accueil et l'intégration des populations immigrées représentent des enjeux importants pour le développement économique et social durable de la région Paca.

Depuis le milieu des années 2010, la politique publique d'accueil et d'intégration se centre sur l'accompagnement des personnes originaires de pays hors de l'Union européenne, nouvellement arrivées et amenées à séjourner durablement en France, désignées comme les « primo-arrivants ».

En 2021 au niveau national, 42 % des primo-demandeuses et primo-demandeurs d'asile proviennent du continent africain, 32 % de l'Asie, 22 % de l'Europe, et 4 % des Amériques. La reprise de la demande d'asile observée en 2021 concerne tous les continents d'origine mais l'Europe et l'Asie connaissent des augmentations particulièrement fortes (46,5 % et 34 % respectivement).

En 2022 au niveau national, 156 103 demandes ont été formulées en guichets uniques de demandes d'asile (Guda). Cela représente une hausse de 28,6% par rapport à 2021 et un retour au niveau constaté avant la crise sanitaire. L'Afghanistan, le Bangladesh, la Turquie et la Géorgie sont les premiers pays de provenance des premières demandes d'asile.

56 179 décisions accordant un statut de protection (réfugié ou protection subsidiaire, hors mineurs accompagnants) ont été rendues en 2022, soit une hausse de 3,3% par rapport à 2021.

Le cas particulier des Ukrainiens

Depuis le début de la guerre en Ukraine en février 2022, les Ukrainiens qui souhaitent rester en France peuvent bénéficier d'une autorisation provisoire de séjour (APS) en tant que bénéficiaires de la protection temporaire. Sur l'année 2022, 65 833 Ukrainiens en ont bénéficié au niveau national.

Le Dispositif national d'accueil (DNA) est constitué de l'ensemble des structures d'hébergement dédié aux demandeurs d'asile et aux réfugiés, financées à ce titre par le ministère de l'Intérieur.

Pendant la durée de traitement de leur demande d'asile, les demandeurs ont en effet droit à être hébergés dans un dispositif adapté à leur situation, et à défaut, dans un autre dispositif d'hébergement d'urgence de type hôtelier. En l'absence de solution d'hébergement, ils bénéficient d'une majoration de l'allocation pour demandeurs d'asile (ADA).

Les structures d'hébergement du DNA sont : les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) destinés principalement aux demandeurs d'asile en procédure normale, les centres d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA) destinés en priorité aux demandeurs d'asile en procédure accélérée et aux personnes en procédure Dublin, les Centres d'accueil et d'examen des situations administratives (CAES), spécifiques pour la mise à l'abri des migrants et à leur orientation vers une prise en charge adaptée à leur situation. À ces capacités dédiées aux demandeurs d'asile s'ajoutent des places spécifiques pour les réfugiés et protégés subsidiaires vulnérables dans les Centres provisoires d'hébergement (CPH).

1

Répartition des capacités d'accueil du Dispositif National d'Accueil entre les régions en 2021

Régions	CAES	HUDA	CADA	CPH	Ensemble
Auvergne-Rhône-Alpes	5%	12,1%	13,3%	11,8%	12,2%
Bourgogne-Franche-Comté	2,1%	4,8%	7%	4,3%	5,5%
Bretagne	4,3%	3,4%	5,2%	5,1%	4,3%
Centre-Val de Loire	2,9%	3,1%	5,2%	3,6%	4%
Grand-Est	12,1%	16%	12%	6,7%	13,4%
Hauts-de-France	14,9%	5,9%	6,2%	4,9%	6,4%
Ile-de-France	26,9%	24,5%	12,4%	34,7%	20,4%
Normandie	5,5%	4,8%	5,5%	4,3%	5,1%
Nouvelle-Aquitaine	7,8%	6,8%	10,4%	7,7%	8,4%
Occitanie	6,7%	6,2%	9,8%	6%	7,7%
Pays de la Loire	6,2%	5,7%	6,1%	5,8%	5,9%
Paca	5,5%	6,8%	7%	5,1%	6,7%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

En PACA, 7 000 personnes sont ainsi accueillies chaque année dans la région dans le cadre du dispositif national d'accueil et bénéficient d'un contrat d'intégration républicaine.

L'actualité internationale entraîne des flux migratoires importants vers l'Europe et vers la France, avec une progression constatée des demandes d'asile (+31% entre 2021 et 2022) et des titres de séjour délivrés pour motifs humanitaires. La demande d'asile est majoritairement masculine 69% (homme seul, isolé, peu ou pas de connaissance du français, en provenance de zones de guerre avec des parcours migratoires très longs et éprouvants) et féminine pour 31%.

¹ Procédure Dublin : la demande d'asile est examinée par un seul pays européen. Pour savoir quel pays est concerné, plusieurs critères sont appliqués.

Les publics migrants connaissent des difficultés assez similaires à celles rencontrées par les publics en situation de précarité (administratives, de mobilité, de repérage et orientation dans les services de droit commun), auxquelles s'ajoutent des spécificités, liées à la langue et à la complexité du droit des étrangers. Ils connaissent de multiples difficultés administratives, des retards dans l'ouverture des droits et le versement de diverses prestations liés à la complexité de la politique d'intégration et du système de santé.

Les publics migrants sont isolés, avec peu ou pas de connaissance de la langue française, en provenance de zones de guerre avec des parcours migratoires très longs, éprouvant et violents et présentant des vulnérabilités particulières. La progression régulière des migrations génère par ailleurs des besoins importants de prise en charge en santé.

Objectif stratégique : organiser le parcours de santé des primo-arrivants

- Formaliser les procédures d'organisation lors des arrivées
- par voie maritime > procédures d'arrivée massive de migrants, appliquées par le département veille et sécurité sanitaire (VSS) de l'ARS, volet Santé (procédure ad-hoc) ;
- par voie terrestre > exemple du sas de desserrement d'Ile-de-France.

La mise en place de sas d'accueil temporaires régionaux pour y orienter les personnes prises en charge lors des opérations de mise à l'abri conduites en Ile-de-France, doit permettre à la fois d'examiner systématiquement la situation administrative et la fluidité des parcours d'hébergement, en lien avec l'examen des demandes d'asile ou des demandes d'admission exceptionnelle au séjour.

Le dispositif repose sur une orientation pour une courte durée de trois semaines dans un centre d'accueil et d'évaluation des situations (CAES) dédié à cette fonction d'orientation de personnes mises à l'abri.

En Paca, le sas de desserrement d'Ile-de-France d'accueil temporaire est situé à Marseille et permet d'accueillir 50 personnes (43 places pour personnes isolées et 2 places pour familles) toutes les trois semaines. Cette orientation relève des services de l'État avec l'appui en fonction des cas, de l'OFII ou du SIAO. Les personnes prises en charge dans le sas et qui ne relèvent pas de la protection internationale, n'ont pas introduit de demande d'asile, n'ont pas manifesté le souhait de voir leur situation, au regard du séjour, examinée, ni celui de bénéficier d'un appui à un retour volontaire dans leur pays d'origine ne pourront pas être accueillies dans le sas au-delà de la durée de trois semaines. Leur situation devra faire l'objet d'une analyse par le SIAO, dans le cadre d'une demande formulée auprès du 115 pour une prise en charge dans l'hébergement.

Objectif stratégique : organiser la réponse sur les prises en charge des personnes migrantes avec les acteurs et ressources des territoires

- Proposer pour chaque département une organisation formalisée et validée par les acteurs, du bilan de santé des primo-arrivants dans les 3 mois de leur arrivée.

L'OFFI réalise les premiers bilans de santé pour les départements des Bouches-du-Rhône et des Alpes-Maritimes. Il convient donc de compléter, en fonction des besoins repérés, pour les personnes non prises en charge par l'OFFII (soit qu'elles ne se soient pas présentées, soit qu'elles ne remplissent pas les critères de l'OFFII).

Pour les départements du Var, de Vaucluse, des Hautes-Alpes et des Alpes-de-Haute Provence, l'OFFI n'intervient pas sur le volet santé.

En termes de prévention :

- Renforcer les stratégies de dépistage et de prévention de l'infection à VIH et autres infections sexuellement transmissibles (IST), des hépatites B et C et de la tuberculose, et de vaccinations (CEGIDD - Centre Gratuit d'information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, CLAT- Centre de lutte antituberculeux, centres de vaccination)

En termes de soins :

- Organiser le dépistage des psycho traumatismes liés au parcours migratoire et la prise en charge coordonnée

En termes d'accompagnement :

- Formaliser un document écrit / ou espace numérique permettant la traçabilité des éléments globaux de prises en charge des primo-arrivants (carnet de santé).

4. Les personnes sous-main de justice

Personnes concernées :

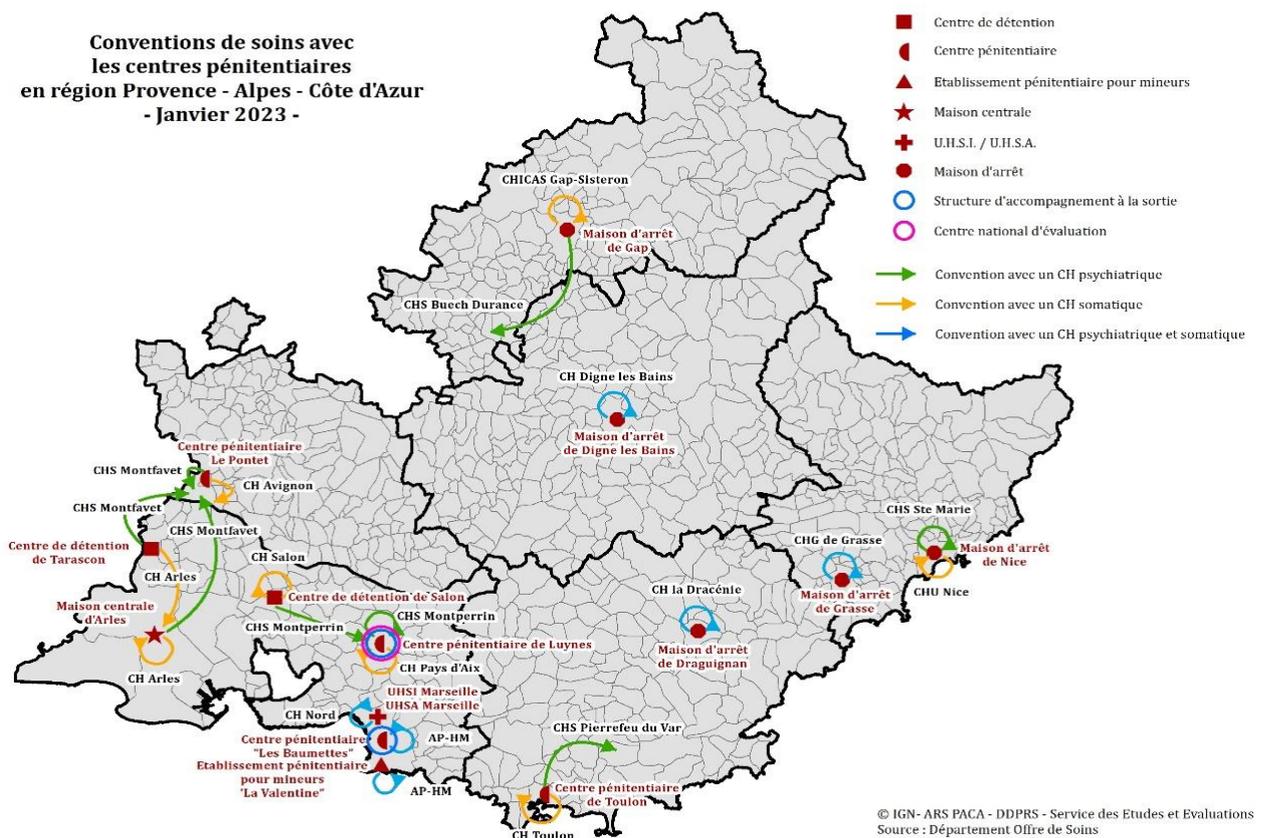
Les personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire, qu'elles soient détenues, en aménagement de peine ou suivies au titre d'une mesure de milieu ouvert.

L'ensemble des mineur(e)s et jeunes majeur(e)s confié(e)s la Protection judiciaire de la jeunesse, qu'ils soient détenus, suivis en mesures de placements, en mesure judiciaire d'investigation éducative ou en milieu ouvert.

Malgré l'absence de données récentes en PACA, l'état de santé des personnes sous-main de justice est marqué par une surreprésentation des pathologies psychiatriques, des addictions, infectieuses, ainsi qu'un taux de suicide élevé et une **prévalence des traumatismes subis dans l'enfance**.

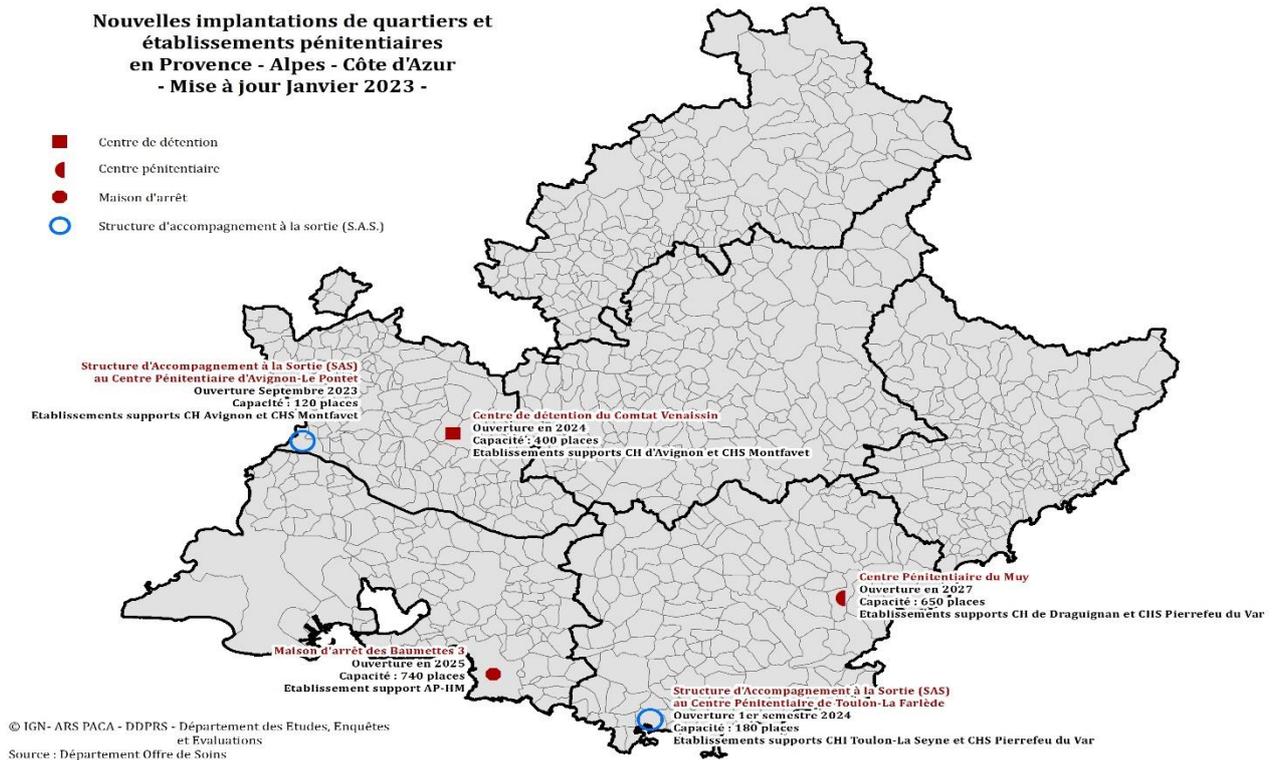
La région PACA compte 13 établissements pénitentiaires dont 5 accueillant des mineurs, ainsi que 2 unités de recours pour l'inter région pénitentiaire PACA-Corse : une Unité Hospitalière Sécurisée (UHSI) et une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA).

Au 1^{er} janvier 2023, 7 766 personnes étaient incarcérées pour 6 310 places opérationnelles, avec 16 310 entrées et 15 984 sorties en 2022.



De nouvelles implantations sont également prévues :

- structure d'accompagnement à la Sortie du CP d'Avignon le Pontet de 120 places en septembre 2023,
- structure d'accompagnement à la Sortie du CP de Toulon La Farlède de 180 places au premier semestre 2024 ;
- centre de détention dans le Comtat Venaissin (84) de 400 places en 2025 ;
- centre pénitentiaire des Baumettes 3 de 740 places en 2025 ;
- centre pénitentiaire du Muy (83) de 650 places en 2027.



Assurer un même niveau de soins pour les personnes détenues qu'en population générale est un défi majeur dans un contexte de surpopulation carcérale, de tensions de recrutements de personnels et des nouvelles structures à ouvrir.

La feuille de route interministérielle « Santé des personnes sous-main de justice » 2023-2028 est en cours de rédaction.

Son déploiement en Paca fera l'objet d'une feuille de route régionale spécifique sur l'offre de soins gradués en milieu pénitentiaire qui reprendra notamment les objectifs suivants : l'amélioration de l'accès aux soins, la poursuite de l'amélioration des repérages et des dépistages, l'organisation de la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention, une meilleure prise en compte des besoins en matière de santé des personnes détenues, le développement de la promotion de la santé tout au long du parcours des personnes détenues, la coopération des acteurs.

Concernant les adultes

Renforcer les actions de prévention du suicide

- A destination des acteurs intervenant auprès de cette population
 - Poursuivre les dynamiques en cours visant à adapter au milieu carcéral les actions de la stratégie nationale de prévention du suicide.
 - Pérenniser les formations en prévention du suicide à l'attention du personnel pénitentiaire et déployer les modules « Evaluation-orientation » et « Intervention de crise » pour les professionnels de santé intervenant en milieu carcéral.
 - Inciter les personnels pénitentiaires à suivre une offre de formation en secourisme en santé mentale.
 - Développer l'accompagnement individualisé par le personnel pénitentiaire des personnes présentant un risque majeur de passage à l'acte suicidaire en lien avec les acteurs sanitaires.
- A destination des personnes écrouées
 - Poursuivre et généraliser les groupes de paroles « Choc carcéral primo-arrivants »

Dans les structures existantes :

Territoires prioritaires

Département des Bouches-du-Rhône
 Département de Vaucluse
 Département des Hautes-Alpes
 Département des Alpes-de-Haute-Provence

Pour les structures à ouvrir :

- centre de détention dans le Comtat Venaissin (84) de 400 places ;
- centre pénitentiaire des Baumettes 3 de 740 places en 2025 ;
- centre pénitentiaire du Muy (83) de 650 places en 2027.

- Poursuivre et permettre un suivi individuel ou groupal sur la souffrance psychique >Groupes de paroles personnes incarcérées fragiles

Dans les structures existantes :

Territoires prioritaires

Département des Bouches-du-Rhône
 Département de Vaucluse
 Département des Hautes-Alpes
 Département des Alpes-de-Haute-Provence

Pour les structures à ouvrir :

- centre de détention dans le Comtat Venaissin (84) de 400 places ;
- centre pénitentiaire des Baumettes 3 de 740 places en 2025 ;
- centre pénitentiaire du Muy (83) de 650 places en 2027 ;
- structure d'accompagnement à la sortie du CP d'Avignon le Pontet de 120 places en septembre 2023 ;
- structure d'accompagnement à la sortie du CP de Toulon La Farlède de 180 places fin 2023.

Développer une stratégie régionale de promotion de la santé en milieu pénitentiaire incluant des approches thématiques (conduites addictives, santé sexuelle, hygiène de vie, santé mentale)

Peu d'actions sont actuellement développées, de qualité très inégale, peu structurantes et inégalement réparties dans les territoires.

- Développer des modules d'actions d'éducation à la santé auprès des personnes écrouées en fonction des besoins repérés dans les établissements

Territoires prioritaires

Département des Bouches du Rhône
 Département de Vaucluse
 Département des Hautes Alpes
 Département des Alpes de Haute-Provence

En termes de soins : améliorer le parcours de soins

- Améliorer la prise en charge de la santé mentale des détenus
- Développer une offre de soin spécialisé, notamment en dentaire
- Développer des équipes mobiles dans les USMP en postpénal
- Améliorer la prise en charge des conduites addictives en détention

Enjeu crucial qui mobilise les acteurs associatifs et hospitaliers avec un rôle primordial des unités sanitaires notamment pour la coordination des interventions (ELSA – Equipe de liaison et de soins en addictologie, CAARUD – Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues, CSAPA – Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, etc.)

En termes d'accompagnement

- Améliorer l'accès aux droits et éviter les ruptures

L'accès aux droits, préalable indispensable, relève en principe de l'administration pénitentiaire. L'ARS PACA a pourtant déployé des temps d'assistants sociaux dans chacune des USMP de la région. Ce temps dédié est prédisposé pour gérer les situations complexes en lien étroit avec les professionnels de santé pour proposer le meilleur parcours de soins et de prise en charge à la sortie. Mais ce dispositif est efficace lorsqu'il est accompagné de la présence de l'assistant social du SPIP, pour gérer l'ouverture des droits sociaux et la préparation à la sortie des personnes détenues.

> Favoriser les liens et la complémentarité des missions des assistants sociaux des unités sanitaires et des SPIP

> Encourager la délivrance des cartes vitales en détention

> Eviter les ruptures de droits à la sortie de détention

- Développer et privilégier les stages et formations croisées à destination des professionnels sanitaires et pénitentiaires, dans un objectif d'acculturation de ces acteurs aux rôles et contraintes de chacun
- Encourager la participation des équipes USMP et de l'administration pénitentiaire à des réunions communes, temps de partage et d'échanges de pratiques, permettant de fluidifier et d'améliorer les relations interprofessionnelles

En termes d'évolutions des pratiques

RH

- > Faire connaître la prime d'exercice territorial (PET) lorsque c'est plus favorable au personnel
- > Développer les postes d'Infirmier(e)s en pratiques avancées (IPA) en milieu pénitentiaire
- > Améliorer l'attractivité des métiers des unités sanitaires en milieu pénitentiaire, dans le but notamment d'ouvrir la troisième unité de l'UHSA.

Numérique

- > Poursuivre le déploiement de la télémédecine : consultations spécialisées (CS) anesthésie, CS psy à déployer pour d'autres spécialités compte tenu des tensions et des pénuries, CS cardiologie (ce qui permet 20% d'extraction du centre pénitentiaire en moins).

Coopération

- > Développer des coopérations avec le secteur privé (cliniques ou praticiens libéraux) et les exercices mixtes.

Concernant les mineur(e)s et jeunes majeur(e)s confié(e)s à la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

En PACA, 12.310 jeunes ont été confiés à la PJJ en 2022 :

- dont 5.947 jeunes suivis en milieu ouvert (en secteur public et en secteur associatif habilité)
- dont 5.412 jeunes suivis en mesure judiciaire d'investigation éducative (en secteur public et en secteur associatif habilité)
- dont 599 jeunes suivis en mesures de placement (en secteur public et en secteur associatif habilité)
- dont 353 jeunes en détention répartis dans les 5 établissements de la région PACA d'une capacité totale de 146 places :

Nombre de jeunes confiés à la PJJ en 2022	Total par département
Alpes-de-Haute-Provence	256
Hauts-Alpes	241
Alpes-Maritimes	2.087
Bouches-du-Rhône	5.967
Var	2.418
Vaucluse	1.341

Les mineur(e)s concerné(e)s ont entre 13 et 18 ans. Les jeunes majeur(e)s concerné(e)s sont celles et ceux qui ont débuté une mesure alors qu'elles ou ils étaient mineur(e)s et qui peuvent acquérir la majorité en cours de mesure.

Le suicide constitue, en population générale, la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15-24 ans après les accidents de la route et représente 16 % des décès de cette tranche d'âge.

Les jeunes suivis par la PJJ, du fait de leurs vulnérabilités (situations familiales et sociales fragiles, exposition précoce aux violences, fréquence élevée des conduites à risques et des troubles psychiques, parcours émaillé de ruptures,) sont particulièrement exposés au risque suicidaire.

Fréquemment, ils n'ont pas suivi un parcours de soin équivalent à celui des jeunes de leur âge. Ils n'ont pas acquis l'autonomie nécessaire à la gestion de leur parcours de santé.

Les constats des difficultés quant à la prise en charge d'une population de jeunes présentant une forte vulnérabilité sociale en santé, soulignent l'interdépendance des professionnels du soin et de l'éducation dans l'accompagnement de ces adolescents.

Les particularités du public constitué par les mineurs en détention imposent également une articulation soutenue entre les services PJJ, les dispositifs de prévention et de soins et les professionnels de l'administration pénitentiaire. A fortiori dans le contexte du nouveau code de justice pénale des mineurs qui réduit les durées de détention, et multiplie des détentions de moins d'un mois.

Cette prise en charge, pendant le temps de la détention, s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé, incluant la prévention, les soins et les accompagnements nécessaires dans un processus global d'accès à la santé.

La circulaire interministérielle du 13 mai 2008 rappelle l'objectif de faire du jeune l'acteur de sa santé et de le responsabiliser en ce sens. Trois principes guident cette prise en charge : l'incapacité du mineur à exercer seul ses droits et obligations liée à son état de minorité, le devoir de protection et d'éducation et l'intérêt supérieur de l'enfant. Ils doivent guider les professionnels de santé qui prendront en charge le mineur mais aussi les professionnels de la PJJ, chargés du suivi éducatif, et ceux de l'administration pénitentiaire.

En termes de prévention : accentuer le déploiement de la promotion de la santé afin d'agir sur les facteurs de protection des jeunes

- Renforcer les actions de prévention du suicide.
- Favoriser les actions d'éducation à la santé dans des approches thématiques (addictions, vie affective et sexuelle, hygiène de vie, sommeil, nutrition, sport santé).
- Développer une stratégie de développement des compétences psychosociales.

En termes de soins : améliorer la prise en charge en santé mentale

- Veiller à l'harmonisation de l'accès aux soins en détention sur l'ensemble des lieux de détention mineurs de la région (psychiatrie, addictologie), incluant une réflexion sur les capacités de recrutement et les adaptations à introduire (exemple: infirmier de pratique avancée en l'absence de pédopsychiatre, volonté du côté PJJ de généraliser l'intervention de psychologue PJJ).
- Sécuriser la distribution et prise des médicaments pour éviter les tentatives de suicide rendues possibles par le stockage de comprimés.
- Favoriser la continuité des parcours de soin en sortie de détention afin d'éviter les ruptures de soin préjudiciables aux parcours des mineurs.

En termes d'accompagnement

- Protocoliser les articulations des différents professionnels intervenant auprès des jeunes (dedans, et lien dedans-dehors) : USMP, PJJ, Education Nationale, Administration pénitentiaire.
- Identifier les instances de coordination et les process (plannings d'activité partagés par exemple).
- Soutenir l'accès aux droits des mineurs en détention.

5. Les personnes en situation de prostitution / travailleuses et travailleurs du sexe

30 000 à 50 000 personnes sont victimes de la prostitution en France dont 10 000 mineur(e)s.

En Paca, il n'y a pas d'étude récente globale sur la prostitution. Les retours des associations communautaires et des partenaires en contact avec ces populations font le constat d'une prostitution qui tend à se développer, mouvante, exercée à la rue (« outdoor ») et un constat généralisé d'un développement très important de la prostitution vers internet (« indoor »).

Les lieux d'exercice de la prostitution sont principalement repérés et concentrés sur Marseille, Aix-en-Provence, l'étang de Berre, l'est des Bouches-du-Rhône, Avignon et son pourtour, Toulon, Cannes et Nice.

Les personnes en situation de prostitution en Paca sont âgées de moins de 18 ans à plus de 65 ans avec une majorité entre 25 et 40 ans, majoritairement des femmes (80%), avec un constat général de plus en plus de femmes avec enfant(s), des personnes transgenres transidentitaires (10%) et des hommes (10%).

80 à 90% de ces personnes sont migrantes, d'origines géographiques différentes :

- avec une forte progression sur les dernières années de jeunes femmes originaires d'Afrique subsaharienne et notamment du Nigéria, victimes de réseaux de traite des êtres humains,
- du Maghreb (Algérie et Maroc)
- d'Amérique du Sud (Pérou et Brésil).

Toutes et tous cumulent de grandes difficultés dans l'accès ou au maintien dans le droit, dans la domiciliation, dans l'accès à la santé globale et aux soins.

Objectif stratégique : simplifier et fluidifier le parcours santé des personnes en situation de prostitution, travailleuses du sexe en privilégiant des lieux avec une offre globale en santé (prévention, soins et accompagnement)

En termes de prévention

- Favoriser les interventions hors-les-murs d'« aller-vers » pour « ramener-vers » les offres existantes, et diversifier les lieux d'actions et points de contacts des publics permettant une accroche, une mise en confiance.
- Accentuer les actions hors les murs des CEGIDD.
- Mettre à disposition gratuitement des matériels de qualité et adapté « produits d'appel » pour donner l'envie de revenir.
- Développer les maraudes indoor « santé » sur les réseaux sociaux.
- Poursuivre et développer l'envoi d'autotests à domicile pour la prostitution indoor.

En termes de soins

- Développer un / des protocoles de délégation de tâches pour les acteurs qui font de « l'aller-vers » pour la région Paca : vaccination contre le virus de l'hépatite B, infections à papillomavirus humain (HPV), test rapide d'orientation diagnostique (TROD) avec vaccination derrière ou faire du rattrapage vaccinal pour ces populations.
- Favoriser l'interconnaissance des acteurs pour la prise en compte de la précarité et notamment les structures d'exercice coordonné, les centres de santé, les DAC.

- Prévoir pour les CEGIDD une enveloppe financière suffisante permettant de faire les bilans pour les personnes VIH sans droit, en fonction de l'augmentation de la file active des personnes sans droit / mise sous traitement de Prophylaxie Préexposition (Prep) – stratégie de prévention du VIH qui consiste à prendre un médicament antirétroviral de manière continue ou discontinue pour éviter d'être contaminé-e par le VIH.
- Mener une réflexion sur l'accès, pour le secteur associatif et/ou conseils départementaux, à des médicaments à tarifs inférieurs pour la mise à disposition pour les personnes sans droit.

En termes d'accompagnement

- Faciliter l'accès aux droits : points relais et RDV CPAM > identifier des points relais / coopération CPAM notamment pour les personnes sans droit et les communiquer.
- Développer la médiation en santé, l'accompagnement communautaire : connaissance du système de santé, accès aux droits ...

En termes d'évolutions des pratiques

RH

- Démographie médicale : médecins investis dans la prise en charge des travailleurs du sexe (TDS) en âge de départs à la retraite > Nécessité de trouver des relais > IPA > structures d'exercice coordonné
- Formation à destination des structures d'exercice coordonné (prise en charge des personnes en situation de prostitution TDS et connaissance du réseau)

Numérique

- Espace santé pour les personnes avec droits : systématiser l'ouverture de mon espace santé pour pouvoir envoyer les résultats biologiques et/ou des ordonnances dans leur espace santé.
- Espace numérique à trouver pour les personnes sans droit : permettant de garder les événements, les éléments biologiques et thérapeutiques à disposition
- Travailler sur le développement d'un outil numérique pour la prostitution indoor > blog questions / réponses ... multiplicité des réseaux sociaux et de communication (Snapchat, Instagram) difficultés à capter ces personnes

Prospective : évolution possible du traitement médicamenteux Prep

Une évolution dans le traitement est à envisager, par la Prep en injectable. Son efficacité est supérieure aux traitements actuels, particulièrement chez les femmes.

L'intérêt de l'injection par rapport à la prise en continue de la Prep actuelle réglerait le problème de la stigmatisation et des freins à la prise du traitement

➔ Mise à disposition de la Prep injectable chez les femmes et particulièrement chez les TDS, impliquant une organisation différente de ce qui est fait actuellement (injection toutes les 8 semaines).

6. Les personnes sans abri et celles accueillies en structures d'hébergement

Le nombre de personnes sans domicile en France est estimé à 330 000 en 2022 par la Fondation Abbé Pierre, dans son dernier rapport publié en février 2023.

Ce chiffre ne cesse d'augmenter avec 130% de plus en 10 ans. Il englobe les quelque 200 000 personnes en hébergement d'urgence, 110 000 migrants en centre d'accueil ou en hébergement pour demandeurs d'asile, ainsi qu'environ 27 000 personnes sans abri, dormant dans la rue, le métro, sous une tente ou dans une voiture.

Plus globalement, le "halo" du mal-logement, qui regroupe les situations de fragilité comme la précarité énergétique ou les impayés de loyer, concerne 2,1 millions de personnes.

En PACA, il n'existe aucune donnée consolidée. On constate par contre, une saturation des dispositifs et une recrudescence des femmes et des enfants, des jeunes, des mineurs non accompagnés, des sortis d'aide sociale à l'enfance, des personnes âgées notamment, en situation de rue.

En termes de prévention : prévenir les ruptures résidentielles des personnes sortant d'institution ou victimes de violences

Une part importante des personnes sans domicile aujourd'hui a connu, au cours de sa vie, un ou plusieurs passages en institutions, que ce soit l'aide sociale à l'enfance, la prison ou une hospitalisation de longue durée.

Ce constat met en lumière le risque majeur de précarisation au terme de la prise en charge par ces dispositifs et le déficit de prévention des ruptures. Il est donc nécessaire de mieux anticiper les difficultés d'accès et de privilégier le maintien dans le logement lorsque cela est possible.

Pour prévenir l'entrée dans la grande exclusion, une attention particulière doit être portée aux jeunes pris en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance, de la protection judiciaire de la jeunesse, aux sortants de détention et aux personnes victimes de violence.

- Recentrer l'hébergement d'urgence sur sa fonction de réponse immédiate et inconditionnelle aux situations de détresse.

En termes de soins : contribuer à renforcer l'action en santé des acteurs du logement, dont les bailleurs sociaux en lien avec les Directions départementales de l'emploi, du Travail et des solidarités (DDETS)

- Proposer des solutions adaptées à la situation et au besoin de chaque personne en concertation avec l'ensemble des acteurs, associations, bailleurs, services de l'Etat dont SIAO.
- Poursuivre la création de places d'appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits d'accueil médicalisé (LAM), lits halte soins sante (LHSS) sur les territoires insuffisamment couverts.

Indicateurs : Nombre d'ACT
Nombre de LAM
Nombre de LHSS

- Poursuivre le déploiement de l'appui aux structures de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion via des dispositifs en Santé-Précarité sur les territoires non pourvus ou insuffisamment couverts : les lits halte soins santé mobiles (LHSS Mobiles), Équipes mobiles santé précarité (EMSP) et Équipes spécialisées en soins infirmiers précarité (ESSIP).

Indicateurs Nombre d'EMPS
 Nombre de LHSS mobiles
 Nombre d'ESSIP

- Poursuivre le déploiement et les expérimentations du « Un chez soi d'abord »

Le programme vise à répondre à la situation des personnes sans-abri les plus vulnérables qui présentent des troubles psychiques sévères, des addictions et échappent aux dispositifs d'accompagnement classique.

La prise en charge propose un accès dans un logement ordinaire directement depuis la rue, moyennant un accompagnement soutenu et pluridisciplinaire au domicile.

Ceci se traduit par une stabilité dans le logement tout au long des deux ans de suivi, une amélioration de la qualité de vie et de l'état de santé des personnes accompagnées avec dans le même temps une réduction significative des recours aux soins et aux structures dédiées aux personnes sans-abri.

Trois dispositifs en PACA : Marseille 200 places, Nice 100 places, Toulon Provence Méditerranée 55 places

Deux expérimentations : Gap et Carpentras.

- Rechercher des solutions innovantes en misant sur l'expérimentation et en diversifiant les réponses (ACT hors les murs, consultations avancées d'addictologie en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), équipes mobiles en addictologie, expérimentation microstructures, dispositifs en santé mentale)

Ces dispositifs sont destinés à :

- Venir en appui aux structures du secteur Accueil, Hébergement et Insertion (AHI) confrontées à des situations de personnes éloignées du système de santé ;
- Initier ou permettre la poursuite d'un accompagnement dans le secteur AHI ou dans tout autre lieu de vie de ces personnes (y compris l'habitat informel ou la rue) ;
- Éviter les ruptures de prise en charge ou en limiter les conséquences, et faciliter la continuité des parcours de soins ;
- Renforcer l'équité en santé en favorisant le retour vers les dispositifs de droit commun ;
- Développer le recours à la prévention et aux soins ;
- Réduire le renoncement aux soins ;
- Renforcer l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ;
- Améliorer l'articulation des secteurs du sanitaire, le social et le médico-social afin d'apporter une réponse globale aux personnes accompagnées.

En termes d'accompagnement : contribuer à renforcer les actions de soutien

- Poursuivre le déploiement du soutien psychologique et psychosocial des personnes en grande précarité accueillies en structures d'hébergement ou en accueil de jour et coordonner le déploiement en complémentarité avec l'existant.
- Suivre le déploiement des formations en santé mentale des travailleurs sociaux du champ de la précarité, menées par l'Orspere-Samdarra¹ en Paca ; en réponse aux besoins des territoires et avec les référents territoriaux (DDETS/DDARS).

¹ Orspere-Samdarra est un observatoire national sur la santé mentale et les vulnérabilités sociales (ressources, recherches, éditions Rhizome).

7. Les gens du voyage / communautés en mode de vie itinérant

Selon des éléments colligés en 2017 par Santé publique France, les gens du voyage constituent une catégorie administrative retenue par le législateur pour désigner cette partie de la population caractérisée par son mode de vie spécifique : l'habitat traditionnel en résidence mobile. Il est constaté un manque de données nationales, pas de système de surveillance sanitaire, ponctuel ou répété, qui permettrait d'avoir des données sur l'état de santé et ses déterminants dans cette population. Les données épidémiologiques disponibles sont très parcellaires.

Le terme "gens du voyage" regroupe une multiplicité de populations, qu'elles soient d'origine rom (Manouches, Gitans, Tsiganes ou Roms d'Europe de l'est) ou non rom (Yenniches). Aujourd'hui, les 300 000 personnes que regroupe cette population en France sont à 1/3 sédentaires, 1/3 semi-sédentaires, et 1/3 nomades. Les gens du voyage sont issus de plusieurs groupes, possèdent très majoritairement la nationalité française, et ont un mode de vie à l'origine fondé sur la mobilité.

Les Roms migrants représentent environ 15 000 personnes et sont sédentarisés depuis plusieurs générations dans leur pays d'origine (Roumanie et Bulgarie), qu'ils ont fui à cause des discriminations dont ils sont victimes et pour des raisons économiques. Ils recourent parfois à un habitat mobile en France à défaut d'autre solution. Les gens du voyage et les Roms migrants sont victimes de nombreux préjugés et discriminations liées à leur origine.

Les gens du voyage ont un état de santé moins bon qu'en population générale du fait de conditions de vie plus précaires auxquelles viennent s'ajouter et se combiner des expositions environnementales, des mauvaises conditions d'habitat, des risques liés aux pratiques professionnelles et aux conditions de travail (intoxication aux métaux lourds, accidents de travail...), un recours aux soins plus tardif, des maladies chroniques plus fréquentes, un faible impact de la prévention (vaccination, dépistage, santé bucco-dentaire), des représentations négatives réciproques entre les Voyageurs et certains professionnels de santé.

L'obligation d'accueil des gens du voyage est inscrite dans la loi du 31 mai 1990 relative à la mise en œuvre du droit au logement. Son article 28 prévoit l'établissement dans chaque département d'un schéma d'accueil des gens du voyage, qui s'impose aux communes de plus de 5 000 habitants. La loi reconnaît ainsi explicitement le mode de vie itinérant et l'obligation d'offrir aux gens du voyage des conditions de stationnement dignes et adaptées.

Par ailleurs, « l'ancrage territorial » des gens du voyage, qui était déjà perceptible, s'est renforcé ces dernières années. Les services départementaux font état d'une occupation quasi permanente de nombre d'aires d'accueil, voire d'aires de grand passage, certaines faisant même l'objet d'une appropriation totale par des groupes familiaux.

D'une manière générale, les études menées localement montrent un rapport de plus en plus étroit entre les gens du voyage et leur territoire : ainsi, dans les Bouches-du-Rhône, les enfants du voyage sont nés dans le département dans une proportion double de celle de leurs parents. Les raisons avancées pour expliquer cette évolution vers une mobilité faible ou inexistante sont, outre le besoin de scolarisation des enfants, la précarité financière, la fragilité juridique de leur installation et l'absence de garantie de retrouver une place sur leur terrain d'élection.

La loi « Besson » a institué un schéma d'accueil des gens du voyage, qui impose une obligation communale de création de places de stationnement réservées. Depuis 2010, le nombre de places créées dans des aires d'accueil a continué à progresser : à la fin de 2015, 26 873 places étaient disponibles, soit 25 % de plus qu'en 2010.

Toutefois, au-delà ce constat global satisfaisant, des disparités importantes demeurent : le taux de réalisation est particulièrement faible en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les principaux obstacles techniques qui freinent la réalisation des aires d'accueil sont la difficulté de mobiliser des réserves foncières dans les zones de logement tendues, ainsi que la difficulté, particulièrement dans des zones sous tension urbanistique, à faire accepter ce type d'équipement par la population.

À défaut d'analyse globale disponible, la réalité des situations de précarité au sein des populations de gens du voyage qui, ne se déplaçant plus que marginalement, sont qualifiées de « sédentaires », peut être mesurée à partir d'enquêtes locales. Convergentes dans leurs constats, elles établissent un lien étroit entre « l'ancrage territorial » et la précarité du logement. Cet ancrage peut se manifester par la fixation sur des aires d'accueil ou par l'accès à des terrains privés non constructibles, dépourvus de tout assainissement, et où les alimentations en fluides (eau, électricité) sont difficiles ou inexistantes.

Le Ministre de l'Intérieur a relancé en janvier 2022, les schémas départementaux d'accueil et d'habitat des gens du voyage devant permettre de répondre aux réalités et aux besoins locaux en matière de construction, mises aux normes techniques et sanitaires de ces installations, le développement des dispositifs d'habitat adapté répondant aux besoins d'ancrage des communautés.

Réalisation des schémas départementaux en PACA

Niveau de réalisation des prescriptions des schémas par département au 15 septembre 2021

Département	Taux de réalisation		
	Aires permanentes d'accueil (places)	Terrains familiaux locatifs	Aires de grands passages
Alpes-de-Haute-Provence	22,4%	Pas de prescriptions au schéma	Pas de prescriptions
Hautes-Alpes	80%	100% en nombre de terrains	100%
Alpes-Maritimes	14,1%	Pas de prescriptions au schéma	Données manquantes
Bouches-du-Rhône	37,2%	Données manquantes	25%
Var	82%	Pas de prescriptions au schéma	66,7%
Vaucluse	80,6%	Pas de prescriptions au schéma	0%

En termes de prévention

- Lever les freins aux vaccinations et aux dépistages par des sensibilisations et de l'information simple, facile à lire et à comprendre.
- Favoriser et amplifier les interventions hors-les-murs d'« aller-vers » pour accompagner et « ramener-vers » les offres existantes dans les territoires.
- Permettre aux femmes de mieux connaître et mieux utiliser les moyens de contraception adaptés à leur situation.

En termes de soins

- Faciliter et simplifier l'accès aux soins : identifier et communiquer l'offre disponible sur le territoire de vie des communautés.

En termes d'accompagnement

- Poursuivre et renforcer les actions de médiation en santé et santé communautaire facilitant les relations entre les communautés et les professionnels de santé des territoires.
- Favoriser les interventions d'informations et de sensibilisation auprès de communautés sur le système de santé, l'accès aux droits et aux soins.
- Participer aux schémas départementaux en veillant à la prise en compte du volet santé des communautés.
- Faciliter et simplifier l'accès aux droits : identifier des points relais en lien avec les schémas départementaux d'accueil et d'habitat et les communiquer.

8. Les travailleuses et travailleurs en situation de précarité, dont les travailleuses et travailleurs saisonniers, les travailleuses et travailleurs agricoles

2 millions de personnes qui travaillent sont pauvres en France, soit 8% des travailleuses et travailleurs. L'intensité de la pauvreté est proche de 20% : c'est-à-dire que la moitié des pauvres ont des revenus qui sont en réalité 20% plus bas que le seuil de pauvreté.

Concrètement, la moitié des personnes pauvres a un niveau de vie inférieur à 885 euros par mois.

La pauvreté impacte plus particulièrement les femmes qui représentent les 2/3 des travailleurs pauvres.

Seules 20% des personnes pauvres sortent durablement de la pauvreté. Malgré l'existence d'un salaire minimum en France, le travail ne protège pas de la pauvreté.

La pauvreté se stabilise à un niveau élevé. Elle avait légèrement diminué au début des années 2000, avant de remonter pour atteindre 1,1 million de personnes en 2011. Le recul du chômage a bénéficié à toutes les catégories de métiers, y compris les moins qualifiés. Mais cette amélioration de l'emploi s'est faite au prix d'une flexibilisation du droit du travail et d'une précarisation des emplois.

En Paca en 2019, 9 % des travailleurs sont pauvres soit 172 000 personnes, contre 8% en France métropolitaine : davantage de non-salariés ou de salariés en parcours instable, plus de temps partiel subi, les artisans ou commerçants surreprésentés, les personnes seules à la tête d'une famille monoparentale ou d'une famille nombreuse sont plus souvent concernées.

En 2017, hors intérimaires, la région Paca a recours à 16 900 emplois saisonniers en équivalent temps plein (ETP), soit 1,5% de l'ensemble des emplois ETP de cette zone étudiée pour des activités liées au tourisme, restauration, hébergement, à l'agriculture, sécurité, entretien, culture et divertissement, soit 231 000 personnes.

Un saisonnier sur deux n'a aucune autre activité salariée durant l'année. 50% des contrats saisonniers sont dans le secteur de la restauration et de l'hébergement. Le poids de l'emploi salarié saisonnier varie sensiblement selon les territoires : un recours plus élevé dans les zones d'emploi de Sainte-Maxime et Briançon (90 ETP pour 1000 sont des saisonniers) par exemple.

La variation au jour le jour de l'emploi saisonnier reflète principalement l'évolution des activités liées au tourisme. La saisonnalité régionale est par conséquent très concentrée sur la période estivale.

En raison de l'attrait des stations alpines de sport d'hiver, certains secteurs connaissent dans l'année deux pics de saisonnalité. Le pic estival est toutefois bien plus élevé. Pour le secteur de l'agriculture, son pic de saisonnalité est décalé à mi-septembre, période de récolte, vendanges et travaux en cave.

En 2020, près de 21 200 chefs et co-exploitants sont à la tête des exploitations agricoles de Provence-Alpes-Côte d'Azur. Plus de la moitié des exploitations de la région, soit 9 200, sont dirigées par au moins un exploitant de 55 ans ou plus (*l'emploi agricole en 2021 DREETS Paca*).

	Alpes de Haute Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
Emploi total en ETP	3 580	2 665	1 735	10 050	7 065	10 885	35 980
Evolution sur un an	-2,1	-1,7	+3,3	+3,8	+2,4	-2,9	+0,4
Répartition par activité %							
Viticulture	3,9	0,9	2,9	13,2	60,4	49,8	31,2
Maraîchage	5,7	3,0	24,1	34,7	5,7	13,6	16,9
Elevages	38,6	52,8	28,4	9,6	8,6	4,8	14,9
Grandes cultures	26,0	12,4	17,7	20,2	12,9	7,4	14,8
Cultures fruitières	20,2	19,9	7,8	18,0	3,9	16,1	14,5
Horticulture	1,7	3,6	17,4	3,0	6,9	6,7	5,5
Autres	3,9	7,3	1,7	1,3	1,6	1,6	2,2
Répartition par type d'emploi %							
Chef d'exploitation	62,0	71,5	54,8	33,0	43,5	37,2	43,1
Salariés permanents ETP (en CDI ou CDD de + de 3 mois)	10,6	6,8	32,3	33,5	39,0	25,1	27,7
Salariés non permanents ETP (occasionnels, saisonniers ou CDD de - de 3 mois)	23,3	17,4	6,6	31,2	14,3	36,0	26,4
Conjoints	4,1	4,3	6,3	2,2	3,2	1,7	2,8

Le renoncement aux soins est une préoccupation forte des acteurs de santé. Cette préoccupation est d'autant plus importante lorsque ce renoncement concerne des personnes considérées comme étant des travailleuses et travailleurs en situation de précarité.

Ces personnes présentent des vulnérabilités pour leur santé en ayant un emploi précaire, une rémunération proche du minimum, un rythme de vie intensif, un logement peu confortable voire précaire, des problèmes de transport, une mauvaise couverture maladie et un mauvais suivi médical, des consommations fréquentes de produits psychoactifs, des prises de risque sexuel.

On retrouve une consommation plus élevée d'alcool, de tabac et de substances psychoactives chez les travailleurs saisonniers par rapport à la population générale.

La crise COVID a par ailleurs révélé à quel point les travailleurs saisonniers et notamment les saisonniers agricoles avaient des conditions de vie très mauvaises en termes d'hygiène, de salubrité...) et peu accessibles.

Plus largement, tout un corpus de recherche scientifique récent a mis en lumière l'importance des conduites addictives en milieu professionnel et la façon dont les parcours professionnels et la qualité de vie au travail étaient impactés par l'usage de substances psychoactives, lui-même étant favorisé par de mauvaises conditions de travail.

Les travailleuses et travailleurs agricoles font face à une accumulation de difficultés : charge de travail, revenus faibles et instables, isolement, obligations familiales, poids de l'héritage, lourdeurs administratives, surendettement, crises climatiques... Il en résulte une charge mentale importante pouvant entraîner des passages à l'acte et un risque suicidaire élevé.

Les études récentes menées (Santé Publique France et Mutuelle sociale agricole-MSA) concluent à une surmortalité par suicide des exploitants agricoles par rapport à la population générale.

Le faible nombre d'études relatives au suicide en agriculture et le décalage conséquent entre l'année d'observation et la date de publication de l'analyse résultent d'un manque de données récentes sur le phénomène.

Ces analyses témoignent toutefois de l'urgente nécessité d'élaborer une politique publique efficace et volontaire à destination des agriculteurs en difficultés et démontrent la nécessité de renforcer les actions de prévention et de détection pour proposer le soutien le plus adapté.

En termes de prévention

- Favoriser l'interconnaissance des acteurs pour la prise en compte de la santé sur les bassins d'emplois et notamment les structures d'exercice coordonné, les centres de santé, les DAC, la médecine du travail, les employeurs.
- Poursuivre et renforcer les actions d'informations, de sensibilisation et proposition de consultations des professionnels de santé des territoires sur les bassins d'emplois et auprès des populations qui ont en ont le plus besoin.
- Favoriser et amplifier les interventions hors-les-murs d'« aller-vers » pour accompagner et « ramener-vers » les offres existantes dans les territoires et notamment avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et la médecine du travail.
- Poursuivre les dynamiques en cours de la stratégie nationale de prévention du suicide.
- Participer aux Comités départementaux dédiés à la question du mal-être des agriculteurs dans chaque département.
- Développer une stratégie régionale de promotion de la santé au travail incluant des approches thématiques (conduites addictives, santé sexuelle, hygiène de vie, sommeil, santé mentale).

En terme de soins

- Favoriser l'accès à la téléconsultation et à la télé expertise dès que possible, et notamment dans les territoires où l'offre est insuffisante, inexistante ou trop éloignée.
- Amplifier la sensibilisation et la mobilisation des professionnels de santé du premier recours sur le repérage et la prise en charge des addictions, ainsi que sur la santé mentale et le risque suicidaire.

En termes d'accompagnement

- Faciliter et simplifier l'accès aux droits : > identifier des points relais dans les territoires des bassins d'emplois et les communiquer.

C - ATELIERS

Groupe général PRS Chapitre 2 Comment réduire les inégalités de santé ? : 7 février 2023

Groupe PRAPS personnes sous-main de justice : 24 janvier et 28 février 2023

Groupe PRAPS personnes prostituées/ travailleurs du sexe : 12 avril 2023

Groupe PRAPS mineurs non accompagnés réunion collectif 13 : 10 mars 2023

Groupe PRAPS délégations départementales : 19 avril 2023

D - PARTICIPANTS ET CONTRIBUTEURS EXPERTS EXTERNES

Thierry ADVICE, chargé de mission Préfecture de région, SGAR, Immigration et cohésion sociale

Sophie ARMAND, Chargée de mission Santé Publique à la Direction des Missions Educatives Direction Interrégionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse SE

Isabelle AUBANEL, médecin responsable CEGIDD 06 Conseil départemental 06

Patrick BARRACANO, Référent Santé-Suicide-Mineur Direction interrégionale des services pénitentiaires SE

Karine BOUROT, directrice centre cardiovasculaire d'Aigüères, Salon de Provence

Léopold CARBONNEL, Directeur régional adjoint, Responsable du pôle inclusion et solidarités DREETS

Hélène CARON, déléguée régionale aux droits des femmes PACA

Carole CHEVALIER, Cheffe du Département des Politiques d'Insertion, de Probation, et de Prévention de la Récidive Direction interrégionale des services pénitentiaires SE

Guillaume DEBRIE, coordinateur régional PACA Médecins du Monde

Benjamin DEMAGNY, coordinateur COMEDE PACA

Diletta DONNARUMMA, Chargée de Mission, Fédération des Acteurs du Social

Victor DUPERRET, coordinateur Association AIDES – Vaucluse

Sylvie DUTERTRE, directrice Association IMAJE SANTE

Yolande ESKENAZI, Commissaire à la lutte contre la pauvreté

Catherine FAUQUEUR, IDE et coordinatrice de la MSP Les Oliviers (06)

Cyril FARNARIER, Coordinateur du Projet ASSAb, Hôpital Européen

Stéphane FELIUS, directeur de l'Unité d'Hébergement d'Urgence (UHU) La Madrague Marseille

Nathalie GAURIN, Association Petits frères des pauvres

Agnès GILLINO, coordinatrice générale des actions Médecins du Monde (06)

Claire HIRTH, médiatrice en santé Association ALC « Les Lucioles » - Alpes-Maritimes

Marie JACOB, psychologue COMEDE PACA

Euphrasie KALOLWA, responsable Mission France, Médecin sans Frontières

Erika KURZAWA, médecin CEGIDD CH Martigues, présidente COREVIH PACA Ouest Corse

Sarah LABLOTIERE, responsable AIDES PACA, coordinatrice Marseille et du Spot Longchamp

Rémi LAPORTE, pédiatre AP-HM, coordonnateur régional des PASS PACA

Christine LORENTE CEGIDD 84 CH Avignon

Elodie MANKOWSKI, IDEL et administratrice de l'URPS IDE PACA

Marie MELLINAS, maître de conférences Marseille Universités, rattachée au Vaucluse, implantation des IPA

Géraldine MEYER, directrice URIOPSS PACA Corse

Jean-Régis PLOTON, directeur Association AUTRES REGARDS et vice-président du COREVIH PACA Ouest Corse.

Mélanie PORTE, adjointe de direction au Comité d'Education pour la Santé (CODES 83)
Pascal PUGLIESE, Président du COREVIH PACA Est
Muriel SCHWARTZ, coordinatrice régionale des PASS PACA
Pierre-Marie TARDIEUX, médecin responsable Urgences CHU Nice, coordinateur régional des PASS PACA
Julie VALBOUSQUET, coordinatrice du COREVIH PACA Est - CHU Nice
CH Henri Guérin à Pierrefeu du Var : M. Jean Marc BARGIER, directeur
CH de Toulon : Dr Charline MEDJANI (CHITS)
CH Montperrin : M. Pascal RIO, directeur
CODES 83 : Mylène BAUDRY
UHSA : Dr Pascale GIRAVALLI (AP-HM)
UHSA, USMP, SMPR : Dr Catherine PAULET (AP-HM)
USMP d'Aix-Luynes : Dr Sophie LANIS
USMP d'Avignon, Arles et Tarascon : Dr Christine-Dominique BATAILLARD (CH MONTVAFET)
USMP d'Avignon, Arles et Tarascon : Mme Nadine DUBOULOZ (CH MONTVAFET)
USMP Baumettes, EPM, UHSI : Pr Christophe BARTOLI (AP-HM)
USMP de Digne : Dr Justine LIOTHIER (CHBD)
USMP de Draguignan : Sandrine GUIRAUD (CH DRAGUIGNAND)
USMP de Grasse : Dr Véronique NAHMIAS et Laetitia MENARD (CH GRASSE)
USMP de Grasse : Dr Véronique NAHMIAS, Mme Gisèle AKE (CH GRASSE)
USMP Nice et SMPR : Dr Vittorio LONIGRO et Sylvie TRUCCHI (CH SAINTE MARIE)
USMP (SPAD) de Luynes et Salon : Dr Julien LUC (CH MONTPERRIN)
USMP (SPAD) de Luynes et Salon : Dr Julien LUC et Dr Nathalie BURNET (CH MONTPERRIN)
USMP de Nice : Dr Charlotte ROMETTI (CH NICE)
USMP de Nice : Dr Charlotte ROMETTI (CH NICE)
USMP de Nice et SMPR : Mme Sylvie TRUCCHI, Dr Vittorio LONIGRO (CH SAINTE MARIE)
USMP de Nice : Dr Charlotte ROMETTI (CHU NICE)
USMP de Toulon La Farlède : Dr Lounès BETTAYEB (CH PIERREFEU)
USMP de Toulon La Farlède : Dr Lounès BETTAYEB (CH PIERREFEU)
Unité sanitaire des Baumettes + UHSI : Catherine PAULET (AP-HM)
SMPR des Baumettes : Dr Amel MASSEBOEUF (AP-HM)
SMPR CASPA : Dr Amel MASSEBOEUF (AP-HM)

E - CONTRIBUTIONS ECRITES EXPERTS EXTERNES

Collectif MNA
Coordination régionale des PASS PACA
DIRPJJ
DREETS
Fédération des Acteurs de la Solidarité
Médecins du Monde
SGAR

F - PARTICIPANTS ET CONTRIBUTEURS INTERNES

Alice BOREL, DDARS 06

Julie BIGA, Référente Psychiatrie et soins en détention – DOS ARS Paca

Joan CARBUCCIA, responsable des missions prévention, santé mentale, précarité DDARS 04

Karine DENORME, infirmière - PPS/VSS DDARS 05

Florence GRIMALDI, animatrice territoriale DDARS 13

Camille MALIVERNEY, cadre référent ONDAM médico-social, DDARS 06

Nadia MENDJELI, conseiller médical, DDARS 05

Nathalie MOLAS-GALLI, responsable prévention DDARS 13

Nathalie MURU, chargée de programmes de santé DDARS 06

Isabelle RENVOIZE, directrice adjointe - DDARS 04

Geneviève SCHICKELE, animatrice territoriale DDARS 13

Caroline VAN DE VONDELE, chargée de mission soins en détention et psychiatrie – DOS ARS Paca

Nadège VERLAQUE, responsable prévention DDARS 83

Isabelle VIREM, responsable prévention DDARS 06

G - REDACTEUR

Nathalie NARGIEU-NEDIOUJEFF, pilote régional PRAPS-PASS, ARS Paca