



Provence-Alpes-Côte d'Azur

**Programme régional
pour l'accès à la prévention
et aux soins des plus démunis
2018, 2023,**





1-	INTRODUCTION	3
	ENJEUX À 10 ANS.....	3
	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS À 5 ANS.....	3
2-	DONNÉES GÉNÉRALES	4
	2.1 CONTEXTE.....	4
	2.2 QUELQUES DONNÉES SUR LA PAUVRETÉ EN RÉGION PACA.....	4
	2.3 UN INDICE POUR REPÉRER LES TERRITOIRES LES PLUS VULNÉRABLES : L'IDS.....	5
	2.4 DONNÉES SOCIOÉCONOMIQUES.....	6
	2.5 DES TERRITOIRES SOCIALEMENT TRÈS VULNÉRABLES.....	6
3-	LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ	7
	3.1 HABITAT ET SANTÉ.....	7
	3.2 QUALITÉ DE L'AIR ET SANTÉ.....	8
4-	POPULATIONS CIBLES, PERSONNES CONCERNÉES	10
	4.1 LES FAMILLES ET LES ENFANTS LES PLUS DÉMUNIS.....	10
	4.2 LES POPULATIONS IMMIGRÉES.....	11
	4.3 LES PERSONNES SANS CHEZ-SOI.....	14
	4.4 LES PERSONNES EN SITUATION DE PROSTITUTION.....	17
	4.5 LES POPULATIONS SOUS MAIN DE JUSTICE.....	18
	4.6 LES TRAVAILLEURS SAISONNIERS.....	20
	4.7 LES PERSONNES SANS DROITS.....	21
5-	LES DISPOSITIFS FAVORISANT L'ACCÈS AUX SOINS	23
	5.1 LA COUVERTURE MALADIE.....	23
	5.2 L'ACCÈS AUX SOINS ORDINAIRES/UNIVERSELS.....	26
	5.3 LES DISPOSITIFS DE SOINS SPÉCIFIQUES.....	27
6-	LES DISPOSITIFS FAVORISANT L'ACCÈS AU LOGEMENT	35
7-	OÙ EN EST-ON? BILAN DU PRAPS 2012-2017 ET DIFFICULTÉS PERSISTANTES	36
	7.1 LES PERSONNES CONCERNÉES PAR LE PRAPS.....	36
	7.2 PARTICULARITÉS RÉGIONALES ET/OU TERRITORIALES.....	36
	7.4 PLANS NATIONAUX.....	38
8-	OÙ VA-T-ON ? PRAPS V (2018-2023)	47
	8.1 ENJEUX A 10 ANS.....	47
	8.2 OBJECTIFS OPÉRATIONNELS À 5 ANS.....	47
	8.3 FOCUS SUR CERTAINS PUBLICS, DISPOSITIFS ET THÉMATIQUES.....	53
	8.3.1 LES PERSONNES RÉFUGIÉES ET DEMANDEURS D'ASILE.....	53
	8.3.2 LES PERSONNES DÉTENUES.....	54
9-	ANNEXES	59
	ANNEXE 1 : BILAN DE L'APPEL A PROJETS PRAPS 2015.....	59
	ANNEXE 2 : SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ.....	64
	ANNEXE 3 : SUICIDE EN PRISON.....	73
	ANNEXE 4 : BILAN ET ANALYSE DU FONCTIONNEMENT DES PASS.....	75
	ANNEXE 5 : ACCÈS AUX PRODUITS DE SANTE DES PERSONNES PRECAIRES (OMEDIT).....	82
	ANNEXE 6 : NOUVEAUX MÉTIERS.....	83
	ANNEXE 7 : LISTE DES PARTICIPANTS AUX TRAVAUX DU PRAPS.....	85
	ANNEXE 8 : QUELQUES DÉFINITIONS.....	87

1- INTRODUCTION

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 réaffirme la place du programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS), en l'érigeant en seul programme obligatoire du projet régional de santé (PRS) au côté du schéma régional de santé (SRS) et le soumet à la concertation institutionnelle dans le même cadre.

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

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

Le PRAPS nécessite, pour son élaboration, une large concertation régionale des intervenants auprès de ces publics :

- les services de l'État : DDCS, DRJSCS, DIRECCTE, Rectorats, DRAAF, DREAL, DIRPJJ, Services pénitentiaires, Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité ...;
- les collectivités territoriales (Conseil régional, Conseils départementaux, PMI, communes) ;
- et leurs services : CCAS, Ateliers Santé Ville, Missions locales ;
- les organismes de sécurité sociale : Carsat, Cpam, MSA, RSI, Mutuelles ;
- et plus largement les acteurs et usagers : EMPP, PASS, associations des secteurs sanitaires et sociaux, centres de ressources, professionnels sanitaires et sociaux, personnes issues de la précarité...

ENJEUX À 10 ANS

- Avoir une politique de lutte contre les inégalités sociales coordonnée et évaluée.
- Favoriser l'émergence de nouvelles organisations et de nouveaux métiers.
- Adapter certains progrès technologiques pertinents afin de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.
- Faciliter la résolution d'un ou deux grands problèmes d'inégalités sociales de santé *via* des programmes expérimentaux et des politiques volontaristes transversales efficaces.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS À 5 ANS

- Travailler sur des déterminants sociaux de santé prioritaire : logement, inclusion sociale et travail.
- Améliorer l'efficacité et l'efficience de l'accès aux soins des plus démunis.
- Redonner du pouvoir d'agir aux personnes les plus démunies.
- Appliquer les bonnes pratiques,
- Accompagner les nouveaux métiers et les nouvelles organisations.
- Assurer l'efficience des actions de prévention et de promotion de la santé.
- Évaluation, recherche, transfert de savoir et innovation.

Une bonne gouvernance doit reposer sur un équilibre : l'ARS doit assurer le rôle d'impulsion de l'élaboration et de la mise en œuvre du PRAPS, tout en recherchant l'adhésion et l'implication de ses partenaires. La démarche doit favoriser la participation de chaque partie prenante. Dès lors, le PRAPS s'avère en co-construction permanente par l'interaction entre tous les partenaires.

Le programme a été élaboré à partir des travaux de l'instance de concertation régionale qui se sont déroulés entre octobre 2016 et juin 2017. Nous avons pu établir ensemble un état des lieux et proposer des plans d'action, nourris des compétences, des expériences, et des engagements de ses membres. Des priorités se sont dégagées et ont permis de constituer des ateliers thématiques : la coordination aussi bien institutionnelle qu'entre les acteurs, la médiation, les migrants, l'aller vers les personnes les plus invisibles, la formation, les besoins primaires.

2- DONNÉES GÉNÉRALES

2.1 CONTEXTE

Au 1^{er} janvier 2014, la population de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) est estimée à 4 964 859 habitants, soit une augmentation de 100 800 personnes depuis 2007. Le nombre d'habitants croît au rythme régulier de 0,3 % par an, soit en moyenne 14 000 habitants supplémentaires chaque année entre 2007 et 2014. Ce rythme est légèrement inférieur à celui de la France métropolitaine (+ 0,5 % par an).

Paca est une région fortement urbanisée : près de neuf habitants sur dix résident dans une de ses 13 grandes aires urbaines et à elles seules, les cinq plus importantes (Marseille - Aix-en-Provence, Nice, Toulon et Avignon) en représentent 78 %. Les communes de Provence-Alpes-Côte d'Azur sont en moyenne très peuplées, étendues et peu nombreuses.

Cependant, il existe de grandes inégalités d'accès aux soins au sein du territoire régional. Certaines populations sont en effet très éloignées des équipements et services : 82 000 personnes sont à plus d'une heure «aller-retour» de ceux de la catégorie supérieure. Les populations éloignées se situent principalement en territoire de montagne. De plus, 12 % de la population rurale est située à plus de 30 minutes «aller-retour» des équipements intermédiaires.

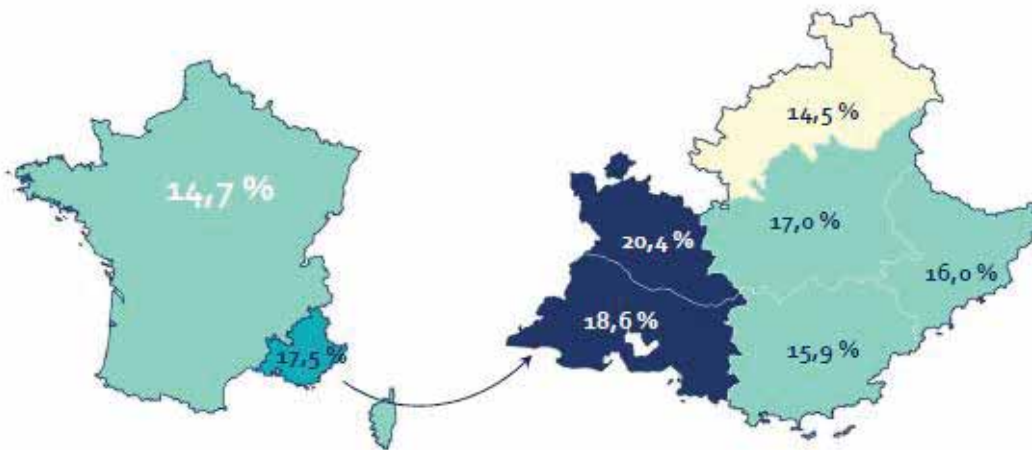
2.2 QUELQUES DONNÉES SUR LA PAUVRETÉ EN RÉGION PACA

En 2014, 17,5 % des habitants de Provence-Alpes-Côte d'Azur, soit environ 870 000 personnes, vivent sous le seuil de pauvreté, c'est-à-dire avec moins de 1008 euros par mois et par unité de consommation¹. Cela représente un habitant sur six. C'est nettement supérieur au niveau national, où le taux de pauvreté s'établit à 14,7 %. Provence-Alpes-Côte d'Azur est la 3^e région la plus touchée par la pauvreté, après les Hauts-de-France et la Corse. Comme partout en métropole, la pauvreté s'accroît avec la concentration urbaine. Dans les 10 grandes aires urbaines de la région comprenant une couronne, la pauvreté est plus élevée dans le pôle urbain que dans la couronne et plus élevée dans la ville centre que dans les pôles urbains. Le 3^{ème} arrondissement de Marseille est le plus pauvre de France métropolitaine (51,3% des habitants vivent sous le seuil de pauvreté) et cinq arrondissements (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 14^{ème} et 15^{ème}) figurent parmi les communes ou arrondissements municipaux les plus pauvres de France métropolitaine.

TABLEAU > LA PAUVRETÉ EST INTENSE DANS LES BOUCHES-DU-RHÔNE
Taux de pauvreté et intensité de la pauvreté dans les départements de la région Paca en 2012

Départements	Taux de pauvreté en %	Niveau de vie médian des personnes pauvres		Intensité de la pauvreté
		En euros/mois	En euros/an	
Alpes-de-Haute-Provence	16,4	782	9380	21,0
Hautes-Alpes	14,1	793	9552	19,8
Alpes-Maritimes	15,2	763	9155	22,9
Bouches-du-Rhône	18,1	759	9103	23,3
Var	15,3	768	9216	22,4
Vaucluse	19,8	767	9204	22,5
Région Paca	16,9	764	9165	22,8
France métropolitaine	14,3	782	9378	21,0

¹ Source INSEE : RP 2014 Exploitation DROS 2017



Source : Insee, Filosofi et RP 2014 – Traitement Dros

Taux de pauvreté en France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2014

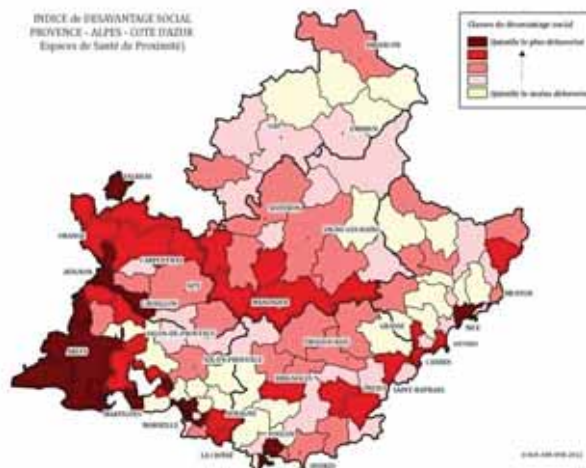
2.3 UN INDICE POUR REPÉRER LES TERRITOIRES LES PLUS VULNÉRABLES : L'IDS

L'ARS a défini un indice de désavantage social (IDS) composé des indicateurs suivants :

- le niveau de revenu médian ;
- le taux de chômage ;
- la part de non diplômés chez les 15 ans et plus ;
- la proportion de logements en location ;
- la part de familles monoparentales.

L'exploitation de ces indicateurs regroupés en 5 classes, de la plus favorisée (IDS 1) à la plus défavorisée (IDS 5), a permis d'identifier des territoires socialement très vulnérables.

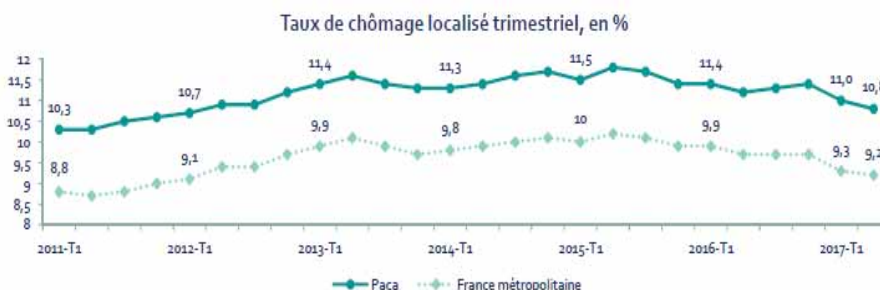
La carte ci-dessous révèle que les territoires les plus défavorisés sont situés dans le Vaucluse, à Marseille et dans le Nord-Ouest du département des Bouches-du-Rhône.



2.4 DONNÉES SOCIOÉCONOMIQUES

En région Paca, au deuxième trimestre 2017, 10,8% de la population active est au chômage. 42,6% des demandeurs d'emploi (catégories A, B, C) sont inscrits depuis plus d'un an (contre 43,9% en France métropolitaine).

Après une légère hausse en 2016, le taux de chômage en région Paca a diminué début 2017.



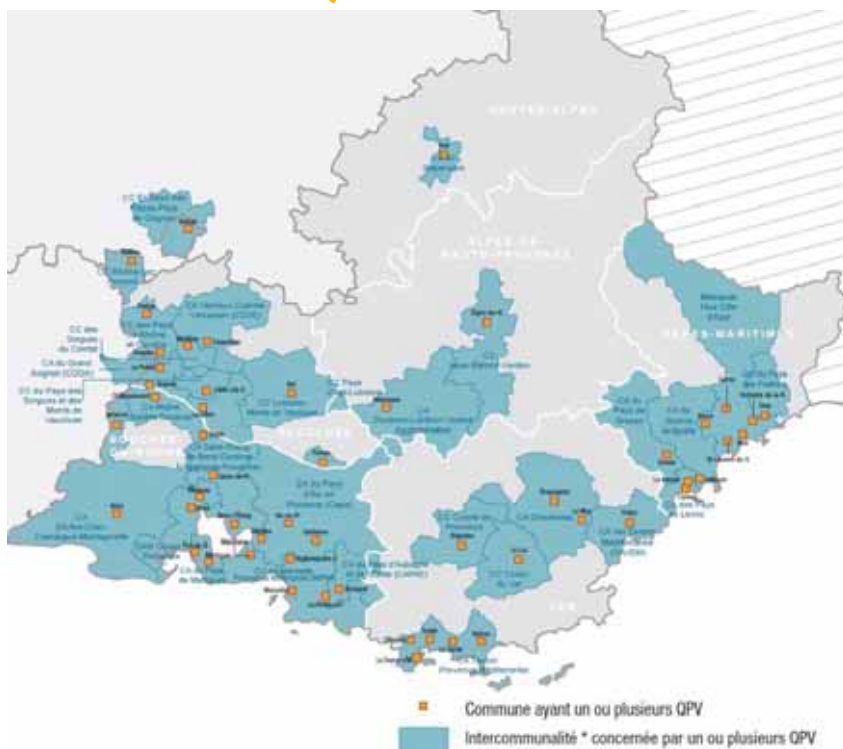
Source INSEE, taux de chômage localisé, Pôle Emploi, DARES, traitement DROS

2.5 DES TERRITOIRES SOCIALEMENT TRÈS VULNÉRABLES²

Avec la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine de 2014, l'État a mis en œuvre une simplification des dispositifs anciens et redéfini les périmètres d'intervention de la géographie prioritaire de la politique de la ville pour concentrer les moyens vers les territoires les plus en difficulté : les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). Ces nouveaux périmètres ont été identifiés selon un critère unique à savoir le revenu par habitant et validés par les élus locaux.

5,5 millions d'habitants de France métropolitaine vivent dans les 1 500 quartiers les plus pauvres, ciblés par la géographie prioritaire.

La région Paca compte 128 quartiers prioritaires de la politique de la ville soit 9.9% des quartiers prioritaires de la politique de la ville de la France métropolitaine. 511 191 habitants résident dans ces quartiers, soit 10,3% de la population régionale. En d'autres termes, un quartier de la politique de la ville sur dix est situé en région Paca. Marseille concentre à elle seule la moitié de leurs habitants. Les quartiers labellisés en politique de la ville de la région sont parmi les plus pauvres de France métropolitaine. Seulement la moitié des ménages y bénéficie d'un logement social, la plus faible part de toutes les régions françaises. L'insertion professionnelle des résidents de ces quartiers est particulièrement difficile, notamment pour les femmes. Les étrangers, les jeunes et les familles monoparentales y sont surreprésentés.



* Révisée au 1^{er} janvier 2015. Les communes sans intercommunalité sont affectées d'un contrat de ville en 2015

² Source : CGET : <http://www.cgnet.gouv.fr/>

3- LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ

3.1 HABITAT ET SANTÉ

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

État du parc de logements et de l'accessibilité aux logements³

D'après l'enquête de l'INSEE⁴, la proportion de résidences principales considérées comme étant de «mauvaise qualité» en région Paca est supérieure à la moyenne nationale (8% contre 5%). De même, la sur-occupation des logements est plus fréquente en Paca (12% des ménages) qu'au niveau national (9%).

La région Paca se distingue des autres régions par des dépenses totales de logement relativement élevées en moyenne alors que le revenu moyen des ménages est plus faible. Le taux d'effort brut - rapport des loyers et charges aux revenus - des ménages de Paca est donc élevé : 15,3% contre 13,4% en France métropolitaine. La lutte contre l'habitat indigne, dont une partie est considérée comme insalubre, exposant à un risque d'intoxication au plomb, menaçant ruine, hôtels meublés dangereux, et habitat précaire, a été lancée comme plan d'action pluriannuel, à la suite de l'adoption du programme communautaire de lutte pour "l'inclusion" au sommet européen de Nice en décembre 2000.

La région Paca est l'une des régions de France particulièrement concernée par la lutte contre l'habitat indigne du fait de l'importance de son parc de logements anciens et de la précarité de sa population. En Paca, on estime à 135 000 environ le nombre de logements constituant le parc des logements potentiellement indignes en 2011/2012 : ce nombre représente 33% du parc des logements potentiellement indignes de la France métropolitaine.

La ville de Marseille, à elle seule, représente 17% du parc national. Les villes de Paca dotées d'un SCHS abritent quant à elles 52% du parc des logements potentiellement indignes de la région. Ces chiffres peuvent être affinés à partir des données FILOCOM (Fichier des LOGements à l'échelle COMMunale) les plus récentes : 15 500 logements constituent très certainement la réalité de l'indignité la plus "dure", l'insalubrité, retrouvée dans les logements et immeubles délabrés, dont les qualités constructives et les équipements sont tels que les caractères élémentaires d'habitabilité ne sont pas respectés.

On peut estimer aussi à plus de 9 000 le nombre de logements lourdement sur-occupés et à près de 14 000 le nombre de ceux construits avant 1949 et occupés par des familles ayant des enfants en bas âges : ces 23 000 logements sont de qualité constructive moyenne à médiocre, avec le plus souvent l'absence d'équipements sanitaires intérieurs. Les plus anciens peuvent être ciblés comme étant sujets au risque d'exposer les enfants qu'ils abritent au plomb (saturnisme infantile par réseaux d'eau et peintures). On estime à près de 40 000 (logements insalubres + logements de qualité médiocre et/ou sur-occupés construits avant 1949), le nombre de logements en Paca susceptibles d'être source d'exposition au plomb pour les enfants qui les occupent.

³ Enquête annuelle sur les actions départementales engagées pour lutter contre l'habitat indigne 2008- 2009 - DGS

⁴ Le logement en Provence-Alpes-Côte d'Azur - Insee - Décembre 2008

3.2 QUALITÉ DE L'AIR ET SANTÉ

L'impact sanitaire de la pollution est aujourd'hui bien établi et documenté. Il constitue la troisième cause de mortalité en France et est responsable au niveau mondial de 1/3 des décès par cancer du poumon, de 1/3 des décès par accident vasculaire cérébral, de 1/3 des décès des suites d'une maladie cardiaque.

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

En France plus de 3,5 millions de personnes sont asthmatiques et 50 000 sont atteintes d'une insuffisance respiratoire grave. 30% de la population présente une allergie respiratoire, et sont de fait, plus sensibles aux effets de la pollution de l'air.

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

Coût sociétal et sanitaire

La pollution est responsable chaque année de 48 000 décès prématurés en France et engendre des coûts directs sur la santé de la population française, évalués à 100 milliards d'euros par an dans un rapport présenté au sénat en 2015.

Qualité de l'air et santé

AirPaca est l'association agréée pour la surveillance de la qualité de l'air sur l'ensemble de la région PACA. L'ARS participe activement à sa gouvernance et est liée depuis 2014 à AirPaca par une convention pour conduire des actions sur la qualité de l'air en faveur de l'amélioration de la santé telles que :

- Actions d'éducation à la santé sur la qualité de l'air intérieur et extérieur.
- Appui à la gestion de situation à risque sanitaire dans l'habitat ou à proximité des lieux d'habitation.
- Diffusion des messages sanitaires réglementaires de recommandations lors des pics de pollution et de l'activation des procédures préfectorales d'information ou d'alerte de la population.
- Appui technique à l'activité des conseillers en environnement intérieur intervenant dans les logements sur prescription médicale et en lien avec les PASS Mère-enfant.

Qualité de l'air intérieur

Nous passons la plus grande partie de notre temps (près de 90%) dans un espace clos, c'est pourquoi il faut être attentif à la qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments. Outre les polluants apportés par l'extérieur, de nombreuses substances peuvent être émises à l'intérieur des locaux, notamment par les matériaux de construction, d'ameublement et de décoration, les colles, les appareils à combustion, les animaux et les diverses activités humaines (tabagisme, activités de cuisine, d'entretien et de bricolage, bureautique, etc.). Ces polluants peuvent avoir des effets sanitaires divers tels que : asthme, allergies respiratoires, irritation du nez et des voies respiratoires, et certaines substances peuvent avoir un effet cancérigène.

Il est possible d'agir pour améliorer la qualité de l'air intérieur, notamment en choisissant des matériaux émettant moins de substances polluantes, en améliorant les conditions d'aération des locaux et en ayant des comportements adaptés dans son logement (entretien des appareils à combustion, tabagisme, usage de produits d'entretien...).

Des mesures sont également prises d'une part pour surveiller la qualité de l'air intérieur dans certains établissements recevant du public, mais également pour accompagner les malades par des enquêtes environnementales réalisées dans les logements par des conseillers en environnement intérieur / conseillers habitat santé sur prescription médicale.

L'ensemble de ces actions ont notamment été impulsées par la mise en œuvre du 2^{ème} Plan national santé environnement (PNSE2) et sont poursuivies dans le PNSE 3 (2015-2019), le plan d'actions sur la qualité de l'air intérieur y étant intégré.

4- POPULATIONS CIBLES, PERSONNES CONCERNÉES

La définition des «personnes les plus démunies» n'a pas fait l'objet d'un consensus ni du point de vue des professionnels, ni du point de vue des chercheur(e)s, ni du point de vue des personnes directement concernées. Différentes formes de pauvreté coexistent dans la région, qu'il s'agisse d'une pauvreté touchant davantage les jeunes et les familles

monoparentales (près d'un enfant de moins de six ans sur quatre appartient à un ménage pauvre, contre un sur cinq en moyenne en France métropolitaine) ou d'une pauvreté ciblant les personnes âgées.

4.1 LES FAMILLES ET LES ENFANTS LES PLUS DÉMUNIS

Les familles monoparentales

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

Les familles sans chez-soi

L'importance du problème est non documentée scientifiquement en région Paca. Une évaluation de l'état de santé de ces familles sera encouragée.

A titre indicatif, à Paris, une étude révèle que la taille de la population concernée par ce problème est estimée à 10 280 familles. Dans cette étude, la moitié était des familles monoparentales dirigées par des femmes et 94% étaient nées hors de France. La plupart des familles avaient connu une instabilité du logement et 94% vivaient en dessous du seuil de pauvreté (1023 euros / mois). La malnutrition est un problème majeur : la prévalence de l'insécurité alimentaire est élevée (77% des parents et 69% des enfants), ainsi que l'anémie (50% des mères et 38% des enfants), le surpoids (38% des mères et 22% des enfants) et l'obésité (32% des mères et 4% des enfants). Des taux élevés de troubles dépressifs ont été observés chez 30% des mères sans-abri et 20% des enfants présentaient des signes de troubles mentaux possibles (Vandentorren et al. 2016). Une anémie a été détectée chez 39,9% des enfants et 50,6% des mères. Cette anémie était positivement associée à l'insécurité alimentaire des enfants, à l'absence d'installations de cuisine et au revenu mensuel des ménages (Arnaud et al. 2017).

4.2 LES POPULATIONS IMMIGRÉES

	Nombre de personnes immigrées	Nombre d'étrangers	Part dans la population (%)	Part des femmes en %	Part des étrangers provenant de l'Union européenne (%)	Part des Algériens (%)	Part des Marocains (%)	Part des Tunisiens (%)	Part des Turcs (%)
Alpes-de-Haute-Provence	11 550	7 280	4,5	51,13	55,4	9,4	11,2	2,4	3,1
Hautes-Alpes	7 598	4 791	3,4	50,68	55,6	8,4	6,7	5,3	5,4
Alpes-Maritimes	151 288	108 660	10	52,01	48,3	6,5	6,8	15,4	0,7
Bouches-du-Rhône	210 373	128 686	6,4	51,33	23,1	27,4	10,7	7,6	4,5
Var	77 688	50 419	4,9	51,61	42,9	10,4	17,5	15,5	2,7
Vaucluse	59 541	39 328	7,1	50,69	31,3	9,5	40,3	3,2	3,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	518 037	339 164	6,8	51,49	36,2	15,4	13,8	10,6	2,9
France métropolitaine	5 848 314	4 078 093	6,4	44,42	35,6	11,9	11	4,1	5,3

La population immigrée est constituée de l'ensemble des personnes nées à l'étranger et qui étaient à leur naissance de nationalité étrangère⁵. En 2014, ce sont 518 037 (471 222 en 2006) personnes immigrées dont 51% de femmes qui vivent dans la région, ce qui représente près de 10% de la population régionale, avec une évolution à la hausse par rapport à 2006. Les départements des Bouches-du-Rhône, de Vaucluse et des Alpes-Maritimes affichent des taux plus élevés que les autres départements de la région et supérieurs à la moyenne nationale.

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

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

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

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

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

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

⁵ Données sur l'immigration en région Paca et par départements (recensement des populations INSEE, 2014)

Les personnes immigrées âgées

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

La part des femmes âgées augmente considérablement dans notre pays et plus particulièrement en région Paca : les 77 101 femmes immigrées âgées de 60 ans et plus représentent 1,73% de la population régionale, soit 18% de la population immigrée.

Deux immigrés retraités sur trois sont originaires d'Europe.

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

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

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

La vieillesse et le passage à la retraite sont souvent un révélateur de difficultés d'accès aux droits.

Les carrières professionnelles marquées par la précarité, l'analphabétisme, et le manque de compréhension des dispositifs institutionnels et administratifs (retraite, santé, transports, prestations sociales) sont les principaux facteurs explicatifs de ces difficultés et des conditions de vie.

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

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

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

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

Les difficultés spécifiques des femmes migrantes

Elles sont les mêmes que pour les autres femmes (mobilité, garde d'enfants...), mais sont souvent renforcées par leur isolement (pour les personnes nouvellement arrivées) et leur maîtrise insuffisante de la langue française. Elles sont aussi beaucoup plus à risque d'avoir expérimenté des événements de violences et de viols lors de leur parcours migratoire qui relève souvent d'un parcours particulièrement dangereux. Cela complique leur accès aux droits, aux mesures mises en place, à l'accompagnement spécifique, globalement à une insertion dans de bonnes conditions.

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

De nombreux étrangers âgés, issus des premières vagues de l'immigration, demeurent également isolés, sans espoir de retour vers le pays d'origine. Leurs veuves se retrouvent sans attaches, dans des conditions matérielles difficiles.

Les personnes en situation irrégulière primo arrivantes

Les données sur l'état de santé et l'accès aux soins des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) sont rares et de qualité limitée. Il y a des difficultés spécifiques à collecter des données à caractère sanitaire ou scientifique. On ne dispose pas encore de véritable étude exhaustive épidémiologique concernant les bénéficiaires de l'AME. Seuls des indices indirects permettent une approche de l'état de santé des personnes relevant du régime de l'AME⁶.

Aux populations immigrées déjà installées de longue date sur le territoire, viennent s'ajouter les personnes réfugiées qui connaissent de par leur parcours migratoire des violences, des tortures et des états de stress post-traumatique, en plus des problèmes d'ordre somatique des populations immigrées qui viennent d'être décrites.

Depuis 2016, se produit une arrivée régulière de migrants dans la région : actuellement 40 par semaine dans les Bouches-du-Rhône. Les services de la cohésion sociale sont chargés de pourvoir à l'hébergement, les services de l'ARS doivent mobiliser les ressources nécessaires à l'évaluation sanitaire de ces publics accueillis en centres d'accueil et d'orientation (CAO) : mobilisation des PASS, coordination associative.

Deux protocoles ont été mis en place dans les départements du Var et des Bouches-du-Rhône pour réaliser l'évaluation et le suivi sanitaire. Dans les deux cas, ils reposent sur l'existence d'un réseau de médecins libéraux ou bénévoles mobilisables et l'implication de la PASS. En termes de résultats, ils apportent une plus-value aussi bien au niveau de la réactivité que de la qualité de la prise en charge.

Dans les Bouches-du-Rhône : un protocole a été élaboré par la Délégation départementale de l'ARS, la PASS Rimbaud de l'AP-HM qui coordonne le dispositif et l'Association Sara qui gère des CAO. Ce protocole permet une réponse rapide de tous les acteurs. A chaque arrivée de migrants, la DDCS prévient la DD ARS qui prend contact avec le médecin coordonnateur de la PASS Rimbaud qui actionne tout un réseau de médecins rémunérés par l'association Sara pour réaliser les évaluations sanitaires. Des frais de laboratoire et de médicaments sont prévus dans le dispositif. Ce système reposant à la fois sur la ville et l'hôpital a l'avantage d'être souple et réactif, et permet également d'éviter la surcharge de la PASS, qui est déjà très sollicitée sur ses missions premières. Ce dispositif est prévu sur Marseille mais pourrait s'étendre à d'autres sites d'accueil de migrants comme à Istres qui dispose d'un CAO. Pour l'instant, les évaluations sur ce site sont faites par un médecin bénévole.

Dans le Var, une équipe de Promosoins (AS et IDE) se déplace dans le CAO pour faire l'évaluation, la PASS n'intervient qu'au second plan si besoin ou bien pour accéder à la pharmacie hospitalière. Un agent de la CPAM se déplace dans le CAO pour les démarches d'ouverture des droits AME ou AMU.

⁶ Rapport d'information au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de l'aide médicale de l'état par MM. Claude Goasguen et Christophe Sirugue

Les évaluations sanitaires faites lors de ce premier accueil permettent de faire un point sur les besoins en santé de ces personnes en situation de migration. Elles révèlent un état de santé général médiocre.

La plupart des personnes accueillies présentent des états de santé plutôt dégradés avec des états psychologiques difficiles, des états bucco-dentaires assez mauvais nécessitant des soins, des infections et inflammations des voies aériennes supérieures et inférieures liées aux conditions de vie du bidonville (utilisation de réchaud, de feu de bois pour se réchauffer, poussières et boues) ainsi qu'aux conditions épidémiologiques (VRS, varicelles...).

4.3 LES PERSONNES SANS CHEZ-SOI

L'étude nationale de l'INSEE a montré une augmentation de 50% des personnes sans-abri qui fréquentent les services d'aides entre 2001 et 2011. Loin de ne concerner que la France, une augmentation du nombre de sans-abri est retrouvée dans presque tous les pays d'Europe (25 pays sur 27). Le seul pays où le sans-abrisme est en nette diminution est la Finlande qui mène une politique volontariste basée sur le logement d'abord. La FEANTSA (Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri) identifie deux facteurs pour expliquer cette augmentation. Le premier est «l'impact économique et social de la crise financière, notamment en termes de destruction d'emploi». Le second concerne les «restrictions budgétaires dont sont victimes les politiques publiques de lutte contre le sans-abrisme».

A Marseille, ville qui concentre les facteurs de précarisation, ce problème est particulièrement prégnant : une évaluation du nombre de personnes sans-abri qui sont en contact avec les services d'aides montre que cette population s'élève à 12 648 individus pour l'année 2011 (Bazus et Sambuc 2012). A ce chiffre doit être rajouté 15% environ des personnes qui sont sans-abri et qui n'utilisent jamais les services d'aides. Au total sur Marseille, on peut estimer que plus de 14 000 personnes sont sans-abri.

Un nouveau recensement est en cours sur la ville de Marseille. Il n'existe pas de comptage connu dans d'autres communes de la région.

La morbidité déclarée

Dès 1995, une étude réalisée par l'INED auprès d'un échantillon représentatif de personnes faisant appel aux centres d'hébergement ou aux distributions gratuites de nourriture à Paris observait une prévalence déclarée 5 fois plus importante que la population générale pour des troubles locomoteurs, 1,5 fois pour des troubles psychiques, 1,3 fois pour les maladies respiratoires. Elle observait également un taux d'hospitalisation 2 à 4 fois plus élevé que celui de la population de référence. Dans l'enquête des sans domicile usagers des services d'aide de l'Insee en 2001, 16% de cette population s'estimaient en mauvaise santé (soit 5 fois plus que dans la population générale), 65% déclaraient 2 fois plus souvent souffrir d'une ou plusieurs maladies (soit 2 fois plus qu'en population générale) et, quelle que soit la maladie physique considérée (hypertension, maladies respiratoires, etc.), la prévalence était toujours plus importante chez les sans domicile que dans l'ensemble de la population.

En dehors de ces données déclaratives recueillies auprès d'échantillons représentatifs, l'immense majorité des données de morbidité provient, en France, d'enquêtes réalisées dans des dispositifs de soins. Si elles sont riches d'enseignements pour les soignants et les structures de soins et de témoignages qui alertent sur les situations des personnes sans chez-soi, elles sont toutes biaisées au sens épidémiologique du terme. Puisqu'elles sélectionnent par définition des consultants (donc des malades qui s'adressent aux structures d'enquête), elles surreprésentent les malades et sous-représentent les personnes à distance des dispositifs de soins. Malgré leurs limites, ces enquêtes apportent des éclairages intéressants.

La santé des personnes en situation précaire en Paca peut être appréhendée à partir de quelques études récentes⁷ portant sur les personnes fréquentant des dispositifs tels que les CHRIS, CADA, Résidences sociales, Accueils de jour, Appartements de coordination thérapeutique, Maisons-relais. Elles permettent d'avoir un éclairage sur leurs problématiques de santé les plus fréquemment repérées par les professionnels de ces structures.

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

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

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

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

La mortalité

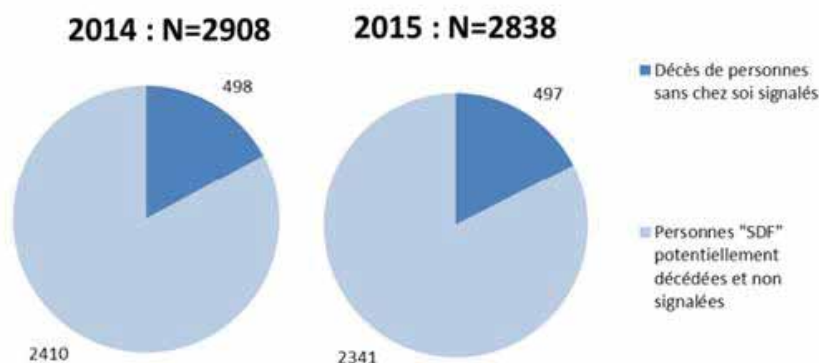
Depuis environ 30 ans, la mortalité des personnes sans domicile semble, dans toutes les enquêtes réalisées à l'étranger plus élevée et/ou plus précoce que celle de la population générale. Ainsi, la plupart des enquêtes réalisées aux Etats-Unis observent des âges moyens au décès compris entre 40 et 47 ans pour les personnes sans domicile et une mortalité environ 4 fois plus élevée que dans le reste de la population. En France, les données sont restées extrêmement parcellaires jusqu'en 2015. Comme le souligne l'anthropologue D. Terrolle «la personne à la rue reste indécélable dans les statistiques de mortalité». Cet auteur rappelle que les sans domicile sont classés dans les statistiques de mortalité dans la vaste catégorie des «inactifs». Le collectif «Les Morts de la Rue», créé en 2002 et regroupant une quarantaine d'associations, a recensé 112 morts de février à octobre 2005. Ces personnes avaient en moyenne 49 ans (le plus jeune avait 31 ans et la moitié avait moins de 50 ans). Parmi elles, il recensait 21 morts violentes (8 assassinats, 7 morts dans des incendies et 6 chutes mortelles). A Marseille, en 2009, l'analyse de 44 décès de personnes sans chez-soi observe une moyenne d'âge au décès de 56 ans pour les hommes et 41 ans pour les femmes.

En 2015, l'INSERM en collaboration avec le CépiDC propose la première évaluation scientifique du nombre de personnes sans-abri décédées en France, mettant en évidence que le nombre de cas signalés n'est que la partie visible de l'iceberg.

Le collectif «Les Morts de la Rue», qui a largement participé à cette étude produit dès 2014 un rapport qui documente cet effet iceberg avançant que seulement 1/6 des personnes SDF décédées sont identifiées⁸.

⁷ DUVERGER M. Étude régionale sur les besoins de santé des usagers et les réponses apportées par les associations relevant du champ des schémas départementaux de l'Accueil - Hébergement - Insertion. URIOPSS PACA - DRASS PACA 2007. 130 p.

⁸ http://mortsdelarue.org/IMG/pdf/Rapport_Denommer_Decrire_decès_2014.pdf



Accès aux soins des personnes sans-abri

Une enquête dans une unité d'hébergement d'urgence pour femmes (Saint Louis, Marseille) a été menée dans le cadre d'une thèse de médecine générale (Gruber, 2014). Elle montre un score moyen de comorbidité de 7,7 montant à 10 si on isolait les femmes ayant déjà vécu dans la rue de celles qui ne fréquentaient que les structures d'urgence. Seulement 18% des pathologies retrouvées par le médecin étaient traitées. Ce score moyen de comorbidité est comparable à ceux d'une population de patients gériatriques hospitalisés, alors que les femmes avaient en moyenne 40 ans et n'étaient pas hospitalisées.

Ce travail montre que l'offre de soins ne répondait pas aux besoins de ces personnes, compte tenu de leurs problèmes complexes et associés. 37% déclaraient avoir eu besoin de voir un médecin sans en avoir l'opportunité. Pourtant 46,5% avaient vu un médecin récemment (les 6 derniers mois) et 25% s'étaient rendues aux urgences. 42% n'avaient pas de couverture sociale à jour (CMU, AME ou autre).

La conclusion de cette thèse portait sur le temps et la souplesse indispensable à consacrer à ces prises en charge en vue d'infléchir le cours d'un véritable « désinvestissement » de son corps et de sa propre santé. Les graves atteintes à l'image de soi nécessitent du temps, un respect et une vraie estime de la part des professionnels pour aider les personnes à se recentrer sur leur corps. Or le recours aux professionnels ne se fait pas dans des endroits qui permettent de prendre ce temps : en particulier les urgences.

L'analyse des données d'inclusion du programme « Un chez-soi d'abord » montre dans une population de personnes vivant avec une schizophrénie ou une bipolarité (15% des personnes de la rue) à quel point il est difficile d'avoir une bonne hygiène de vie quand on est « sans chez-soi » : 37% dormaient moins de 5 heures par nuit. 21,4% ne faisaient jamais de vrais repas, et 40% un seul repas par jour. 10% faisaient moins de un repas chaud par semaine. 7,7% se douchaient moins de 1 fois par semaine.

L'état dentaire des personnes incluses était particulièrement dégradé : 17% avaient perdu toutes leurs dents et 44% une grande partie de leurs dents. 71,1% avaient des dents à soigner ou à remplacer.

De par son mode de vie, cette population était particulièrement sujette aux traumatismes: 12% des personnes incluses avaient eu des entorses dans les 6 mois précédent l'inclusion, 8% des fractures, et 22% des plaies ouvertes.

12% avaient eu la gale ou des morpions récemment.

La souffrance de ces sujets était très importante, comme en témoigne le taux de tentatives de suicides : 12,7% dans cette courte période des 6 mois précédent l'entretien (dont 50% plus d'une tentative). Parmi ces personnes étant passées à l'acte, 59% n'avaient pu en parler à personne.

L'étude TREPSAM (Magnani et Fano 2013) a de son côté analysé les trajectoires de soins de 129 personnes sans-abri à Marseille, et d'importants obstacles ont été relevés, en particulier la gravité perçue des événements de santé par les personnes sans-abri, qui ont une appréciation « fonctionnelle » et immédiate de la gravité : exemple des ampoules considérées comme « graves »

alors que une balle dans le bras est considérée comme «pas grave», car ce n'est «que» le bras. Le recours aux urgences restait le moyen d'accès aux soins le plus facile pour une population qui souffre de comorbidités nombreuses pour la plupart chroniques, et donc pour lequel le SAU (Service d'accueil et de traitement des urgences) est inadapté. Cependant ce lieu est accessible sans rendez-vous, 24h/24 7jours/7, et l'accueil y est inconditionnel. Ce qui va motiver le recours au soin n'est souvent pas ce qu'un médecin retiendrait.

Selon une publication récente du Lancet (Hwang et Burns 2014) certaines interventions qui sont les plus efficaces sur la santé des personnes sans-abri sont connues. Concernant les soins primaires (premier recours) les programmes spécifiquement adaptés aux sans-abri semblent plus efficaces que les soins de santé primaires standard (classiques).

Concernant la santé mentale «la gestion de cas» le traitement communautaire assertif (ACT) et l'intervention en temps critique sont des modèles efficaces de soins de santé mentale. Il est noté que ces trois modèles sont peu connus en France. Seul le modèle ACT a été repris dans le programme «un chez soi d'abord». Le modèle de gestion de cas renvoie à ce que nous appelons en France le travail avec un référent social qui assure la coordination des soins. Le modèle d'intervention en temps critique est un modèle qui assure un suivi intensif lors du passage d'un dispositif à un autre (ex : sortie de l'hôpital, rentrée dans le logement, etc.).

Concernant les personnes vivant avec un trouble psychiatrique sévère et/ou des problèmes d'addictions, le programme «Housing First», qui propose un accès immédiat à un logement ordinaire/indépendant avec un accompagnement est le plus efficace (Gilmer et al. 2010).

Bien que la littérature scientifique oriente les interventions visant à améliorer la santé des sans-abri, les prestataires de soins de santé devraient également chercher à aborder les politiques sociales et les facteurs structurels qui aboutissent à l'absence de chez-soi.

4.4 LES PERSONNES EN SITUATION DE PROSTITUTION

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

Quatre départements concentrent la majeure partie de l'activité prostitutionnelle, les Alpes Maritimes et les Bouches du Rhône, avec deux grands pôles urbains que sont principalement Marseille et Nice (mais aussi à Cannes), le Var avec les villes de Toulon et Fréjus et Avignon dans le Vaucluse.

Cependant, les associations s'occupant principalement des personnes en situation de prostitution ont rencontré en 2017 :

- à Nice entre 600 et 700 personnes dont 1/3 de nouvelles personnes chaque année.
- à Marseille et alentours, plus de 600 personnes, dont près de 150 personnes nouvelles.

63% de personnes sont d'origine étrangère.

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

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

Le Conseil national du Sida, dans son avis du 16 septembre 2010, sur «VIH et commerce du sexe, garantir l'accès universel à la prévention et aux soins», souligne la vulnérabilité des personnes prostituées.

La dégradation des conditions d'exercice de la prostitution renforce la vulnérabilité sanitaire et sociale des personnes prostituées, l'affaiblissement des liens de solidarité, ont contribué à accroître l'isolement des personnes et à favoriser leur exposition à diverses formes de vulnérabilité et de violence (relâchement des pratiques de prévention, demande accrue de rapports non protégés, violences subies de la part des clients, difficultés à faire valoir leurs droits au séjour et aux prestations sociales, accès limité à l'information et aux soins).

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

4.5 LES POPULATIONS SOUS MAIN DE JUSTICE

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

Les personnes en milieu ouvert bénéficient des prises en charge de droit commun. C'est donc aux personnes détenues qu'une attention particulière est portée.

Une population présentant des facteurs de risque particuliers

Les personnes placées sous-main de justice connaissent un cumul des facteurs de risques (marginalité ou précarité et faible accès aux soins, mais aussi pathologies préexistantes) induisant des problèmes sanitaires particuliers, notamment troubles psychologiques et psychiatriques et problèmes d'addictions, pathologies bucco-dentaires, pathologies infectieuses. L'éloignement fréquent des personnes détenues du système de santé de droit commun avant leur incarcération, lié aux situations de marginalité, de précarité, fait que l'adoption des comportements favorables à une bonne santé est plutôt rare chez ces personnes.

Une importante région pénitentiaire dont le nombre d'établissements est appelé à se développer

La région Paca est une importante région pénitentiaire. Elle est de ce fait concernée au premier chef par les problématiques, liant situation sanitaire et incarcération.

Au 1^{er} décembre 2017, la région Paca comptait 7 236 personnes détenues pour 5 748 places opérationnelles au sein de 13 établissements pénitentiaires dont une Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) et une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) qui sont les unités de recours pour l'inter région pénitentiaire Paca-Corse et adossées à l'AP-HM.

Tous les départements de Paca ont au moins un établissement pénitentiaire avec un nombre d'établissements important sur les Bouches-du-Rhône (7).

Parmi ces établissements ou quartiers d'établissements, les maisons d'arrêt connaissent une forte surpopulation carcérale avec une densité carcérale de 142,5% et ceux dont la densité carcérale est supérieure à 120% sont : Luynes, Grasse, les Baumettes mais surtout Le Pontet (170%) Nice (177%) et La Farlède (178%).

Les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire ont donc à prendre sous soins d'un nombre important de détenus du fait de la surpopulation carcérale mais également du fait de l'importance des mouvements en détention (entrants, sortants, transferts) dans certains établissements comme le montre le tableau ci-dessous.

Etablissements	Places opérationnelles	Nombre de personnes présentes au 01/01/2016	Taux d'occupation en %	TOTAL		"Fils active" 2016		
				Entrées sur l'année 2016	Sorties sur l'année 2016	Estimation durée moyenne sous écrou (en mois)	entrants + présents = FA / année	part entrants/présents en %
MA DIGNE	35	40	114,30	109	112	4,40	149	272,50
MA GAP	37	40	108,10	141	133	3,40	181	352,50
MA GRASSE	574	845	147,21	1425	1487	7,12	2270	168,84
MA NICE	363	634	174,65	1581	1574	4,81	2215	249,37
CD SALON	650	614	94,46	512	510	14,39	1126	83,39
CD TARASCON	650	611	94,00	462	437	15,87	1073	75,61
MC ARLES	157	125	79,62	60	55	25,00	185	48,00
EPM MARSEILLE	59	47	79,66	237	233	2,38	284	504,26
CP AIX LUYNES	694	947	136,45	2166	2179	5,25	3113	228,72
CP AVIGNON	625	880	140,80	1284	1340	8,22	2164	145,91
CP MARSEILLE	1220	1768	144,92	3960	4086	5,36	5728	223,98
CP TOULON	626	915	146,16	2109	2033	5,21	3024	230,49
Total	5 690	7 466	131,21	14 046	14 179	6,38	21 512	188,13

De multiples projets d'investissement sont en cours dans la région pour 2018 : reconstruction du centre pénitentiaire de Draguignan (504 places ; ouverture prévue le 8 janvier 2018) ; construction du centre pénitentiaire d'Aix-Luynes II (735 places ; ouverture prévue 2^{ème} trimestre 2018) et ouverture d'un Quartier de Préparation à la Sortie (QPS) de 150 places au sein des Baumettes.

Ces projets vont se compléter à moyen terme : ouverture de la maison d'arrêt des Baumettes III à l'horizon 2020 (720 places), d'un centre de préparation à la sortie au centre de la ville de Marseille (120 à 200 places) et extension de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Grasse à l'horizon 2019.

A long terme, la construction de nouveaux sites ou l'extension de sites préexistants est annoncée à l'horizon 2023/2023 dans le cadre du Plan Encellulement Individuel (PEI) : Fréjus (650 places) ; Avignon (100 places) ; La Farlède (200 places) et Nice (650 places). Ces établissements seront tous des maisons d'arrêt.

Une population spécifique : les mineurs

La région Paca compte quatre structures susceptibles d'accueillir des jeunes hommes détenus mineurs : il s'agit de l'établissement pour mineurs de Marseille (59 places), du quartier mineur de la maison d'arrêt de Grasse (31 places), du quartier mineurs du centre pénitentiaire d'Avignon-Le-Pontet (20 places) et du quartier mineurs de la maison d'arrêt de Luynes (26 places), soit une capacité totale de 136 places pour la région Paca.

Il existe deux structures susceptibles d'accueillir les jeunes filles détenues mineures : il s'agit du quartier «mineures» du centre pénitentiaire des Baumettes II (10 places) et le quartier «mineures» de la maison d'arrêt de Nice (5 places), soit une capacité totale pour la région Paca de 15 places pour jeunes filles détenues mineures. Cette population fait l'objet d'une attention particulière car elle se situe à l'âge où la mise en œuvre de mesures de prévention (vaccination par exemple) et de dépistage et l'adoption de comportements de réduction de risque peut être particulièrement favorables pour l'évolution de l'état de santé au cours du reste de la vie.

Une prise en charge qui nécessite une bonne coordination avec des acteurs non sanitaires

Parmi les spécificités de la prise en charge de la santé des détenus, l'accent doit être mis sur la nécessaire coordination avec les administrations qui dépendent du ministère en charge de la Justice : la direction interrégionale de l'administration pénitentiaire d'une part et la protection judiciaire de la jeunesse d'autre part.

4.6 LES TRAVAILLEURS SAISONNIERS

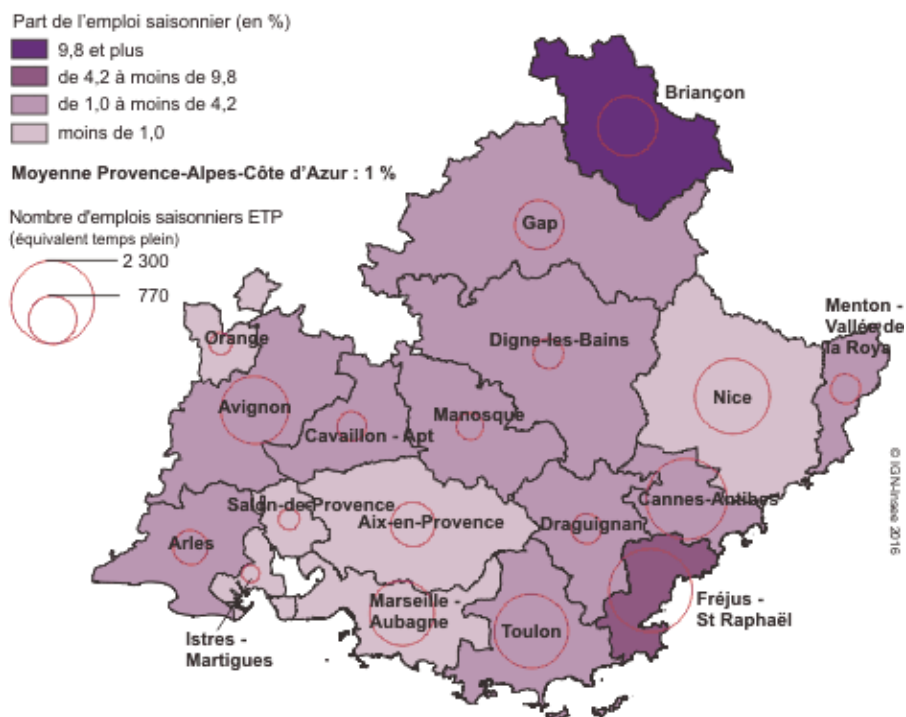
Un emploi saisonnier peut prendre des formes très diverses : contrat à durée déterminée classique ou d'usage, spécifique ou non aux secteurs des hôtels, cafés et restaurants, contrat vendanges, contrat de travail intermittent ou encore mission d'intérim.

Le poids du tourisme en Paca oblige, l'hébergement et la restauration concentrent plus d'un emploi salarié saisonnier sur deux et le pic saisonnier est surtout estival. Ces contrats, par nature courts (39 jours en moyenne), représentent au final 15 900 emplois équivalent temps plein, soit 1 % du volume d'emploi salarié régional. Les postes exercés par les saisonniers sont le plus souvent peu qualifiés.

Parmi les 146 000 saisonniers salariés de Provence-Alpes-Côte d'Azur⁹, quatre profils se détachent : le très majoritaire titulaire d'un job d'été lié au tourisme ou à l'agriculture, le grand saisonnier du tourisme, l'occasionnel et le saisonnier du monde de la culture et du divertissement.

Un saisonnier sur deux n'a aucune autre activité salariée durant l'année. Un emploi saisonnier est avant tout une activité rémunérée ponctuelle dotée d'un volume d'emploi le plus souvent trop faible pour être considérée comme un emploi à part entière, et ce même en cumulant les postes saisonniers.

Nombre d'emplois saisonniers ETP et part dans l'emploi salarié par zone d'emploi de Paca



⁹ INSEE Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur N° 30 Paru le : 28/04/2016

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

Les problèmes de santé les plus déclarés sont la fatigue et/ou le surmenage, les troubles de l'humeur (anxiété, dépression), les infections et les problèmes rhumatologiques.

4.7 LES PERSONNES SANS DROITS

Les personnes sous tutelle/curatelle

Ce sont aujourd'hui 700 000 personnes en France, représentant un patrimoine très significatif quoique difficilement mesurable, qui sont placées sous la protection de la collectivité publique. De graves dysfonctionnements ont été identifiés tout au long de la chaîne d'acteurs qui sont censés protéger les personnes majeures vulnérables. Un récent rapport de la Cour des comptes (2016)¹⁰ : *« estime en effet que les droits fondamentaux des majeurs protégés sont insuffisamment reconnus, qu'il s'agisse du droit de vote, du droit au mariage ou à divorcer, du droit de choisir son lieu de vie ou du droit à l'autonomie et au respect de sa dignité »*.

L'augmentation des mesures est un autre élément inquiétant du rapport et cela malgré la réforme de 2007 : *« Le nombre des curatelles et des tutelles a crû plus vite qu'avant la réforme et l'accompagnement social n'a pas trouvé sa place dans le dispositif d'ensemble. Il en résulte un décalage entre ce que la loi prévoit, à savoir une gradation des mesures applicables aux majeurs vulnérables en fonction du degré d'altération de leurs facultés, et la réalité du dispositif : 93% des majeurs vulnérables font l'objet des mesures les plus restrictives de libertés (curatelle renforcée et tutelle) »*.

La conclusion du rapport de la Cour des comptes est inquiétante : *« les majeurs vulnérables qui sont de plus en plus nombreux méritent de faire l'objet d'une véritable politique publique, aujourd'hui introuvable »*.

Environ 40% des personnes sous mesure de protection vivent en institutions.

Les personnes en institutions

De nombreuses personnes qui vivent tout ou une partie de leur vie en institutions ne le font pas par choix, mais sous une contrainte plus ou moins visible et explicite (Hôpitaux et cliniques psychiatriques, EHPAD, autres). Dans ces institutions les règles du « vivre ensemble » restreignent la liberté de circuler mais aussi sur les choix basiques comme celui d'avoir des relations amoureuses et sexuelles. Les institutions où les droits des personnes sont les moins respectés et les plus maltraitantes sont souvent celles où les moyens humains sont les plus faibles, les pratiques évaluatives absentes et la dynamique institutionnelle refermée sur elle-même.

¹⁰ La protection juridique des majeurs, Cour des comptes, septembre 2016 - www.ccomptes.fr - rapport disponible sur le site suivant : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20161004-rapport-protection-juridique-majeurs.pdf>

Les personnes en situation d'esclavage moderne

La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme dans son rapport sur l'évaluation du plan de lutte contre la traite des êtres humains (2017) déplore que toutes les formes de traite ne retiennent pas la même attention des pouvoirs publics. Au-delà de la traite à des fins d'exploitation sexuelle, les victimes de traite à des fins économiques ou d'esclavage domestique, de mendicité ou de délinquance forcée sont rarement identifiées comme telles par les instances désignées compétentes. En 2015, presque 900 personnes ont été condamnées en France. Il reste très difficile de savoir à ce jour combien de personnes sont concernées par l'esclavage et la traite. L'arrivée de primo-arrivants, entre autres mineurs laisse craindre une possible augmentation du phénomène.

A ce jour, l'évaluation du plan est formelle : il n'y a pas de politique publique de lutte contre la traite des êtres humains, coordonnée et efficace en France. Aucune donnée concernant les effets sur la santé de la traite des êtres humains, ni en Paca ni en France.

5- LES DISPOSITIFS FAVORISANT L'ACCÈS AUX SOINS

5.1 LA COUVERTURE MALADIE

La CMU, la PUMA et la CMU-C

Entrée en vigueur le 1er janvier 2000, la Couverture Maladie Universelle instaure le principe d'une protection qui garantit à tous un accès aux soins par un régime obligatoire d'Assurance maladie. Ce dispositif se compose de deux volets :

- la CMU de base permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière et qui n'est pas déjà couverte à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'Assurance maladie, de bénéficier du financement de ses dépenses de santé. La CMU de base est remplacée depuis le 1^{er} janvier 2016 par la PUMA (Protection universelle maladie). La CMU-C subsiste ;
- la CMU Complémentaire (CMU-C) permet de bénéficier gratuitement d'une couverture maladie complémentaire assurée par les caisses d'Assurance maladie ou par des organismes complémentaires selon le choix de l'assuré sous conditions de résidence régulière en France et de ressources.

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

Les bénéficiaires de la CMU-C

La région Paca fait partie des 5 régions avec l'Île-de-France, les Hauts-de-France, Rhône-Alpes-Auvergne et Occitanie qui concentrent 46,9 % des effectifs CMU-C.

Au 31 décembre 2010, en région Paca¹¹, le nombre de personnes bénéficiaires de la CMU-C était de 359 549, soit 7,2% de la population, ce nombre passe à 443 836 en 2016, soit 8,8% de la population. La répartition départementale est la suivante.

Départements	Nombre de bénéficiaires au 31/12/2010	Pourcentage de la population	Nombre de bénéficiaires au 31/12/2016 ¹²	Pourcentage de la population
Alpes-de-Haute-Provence	7 744	4,8%	10 443	6,3%
Hautes-Alpes	4 179	3,0%	6 015	4,1%
Alpes-Maritimes	48 801	4,4%	67 963	6,2%
Bouches-du-Rhône	195 269	9,8%	225 834	11,1%
Var	61 233	6,0%	79 529	7,5%
Vaucluse	42 323	7,7%	54 052	9,5%
Total Paca	359 549	7,2%	443 836	8,8%

On note que le nombre de bénéficiaires de la CMU-C en 2016 est en nette augmentation par rapport à 2010.

¹¹ Fonds CMU-C Source : CNAMTS, MSA, RSI. En 2015, 437 973 personnes étaient bénéficiaires de la CMU-C en région PACA (CNAMTS- RSI – MSA Source Fonds CMU) soit un taux régional de 8,7%, supérieur au taux métropolitain (7,1%).

¹² Source Fonds CMU-C, sur la base du recensement de la population 2014

Le département des Bouches-du-Rhône concentre à lui seul plus de la moitié des effectifs avec 225 834 bénéficiaires sur un total de 443 836 en Paca, pour mémoire ce chiffre était de 195 269 en 2011, soit une augmentation de 12% en 6 ans. Ceci n'est que la partie visible de la précarité, une part importante des personnes les plus précaires n'accédant pas à leurs droits et n'étant pas comptabilisée dans ces effectifs. Pour exemple, 40% des personnes sans-abri de l'étude Samantha ne bénéficiaient d'aucune prestation sociale, alors qu'elles y ont droit.

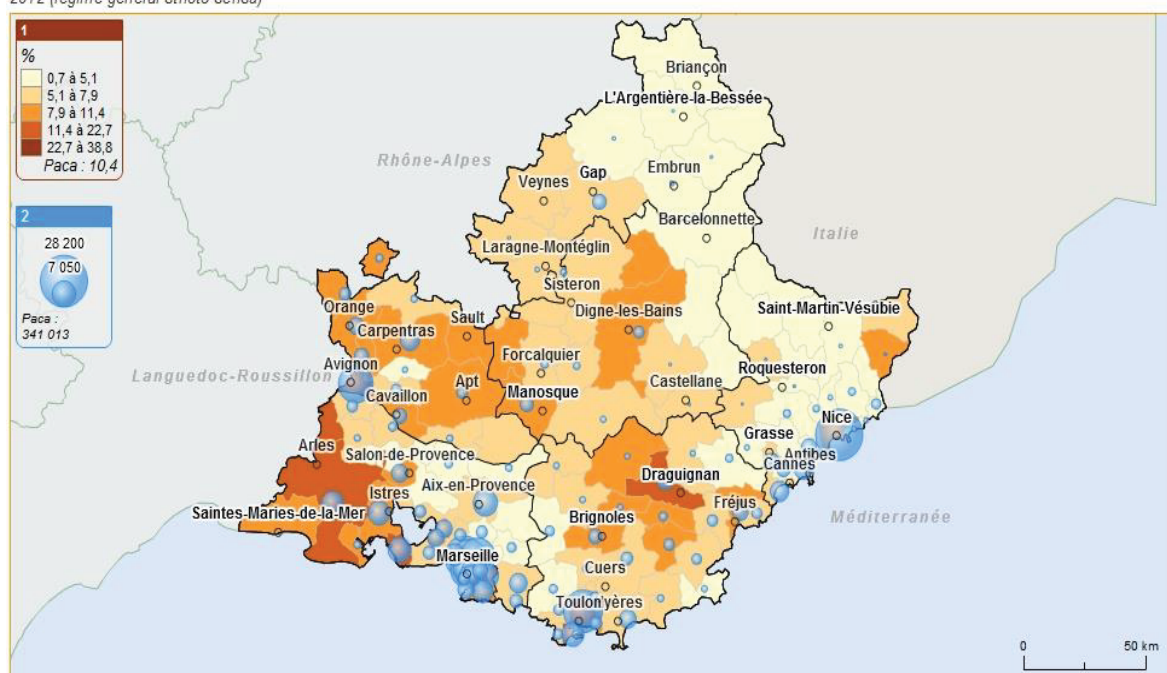
Dans la région, les départements des Bouches-du-Rhône (11,1%) et de Vaucluse (9,5%) se situent au-dessus du taux régional. Le département des Hautes-Alpes avec 4,1% de bénéficiaires de la CMU-C se situent parmi les cinq départements métropolitains ayant les plus faibles taux.

A l'intérieur de la région, pour la même année, la part des assurés de moins de 65 ans bénéficiaires de la CMU-C (régime général – Source Sirsé Paca) est particulièrement élevée dans les arrondissements nord et centre de Marseille. 50,2% des bénéficiaires de la CMU-C résident dans 20 Espaces Santé de Proximité : Marseille (sauf, 7^{ème}, 8^{ème}, 9^{ème} et 12^{ème} arrondissement), Avignon, Toulon, Martigues, Tarascon, La Seyne-sur-Mer, Arles et Draguignan, soit une concentration dans l'ouest de la région.

Ailleurs dans la région, la ville de Nice est la seule ville des Alpes-Maritimes à avoir un taux supérieur à 10%.

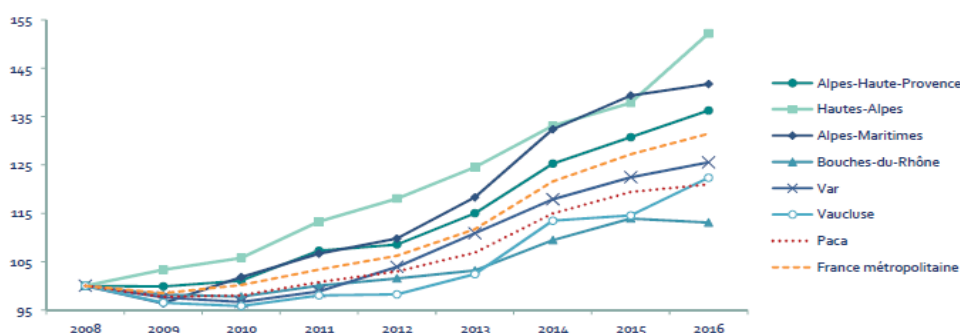
1 - Part des assurés de moins de 65 ans bénéficiaires de la CMU (rég. gén.), 2015 - source : ARS Paca jusqu'à 2011, DRSM Paca-Corse à partir de 2012 (régime général stricto sensu)

2 - Nombre d'assurés de moins de 65 ans bénéficiaires de la CMUC (rég. gén.), 2015 - source : ARS Paca jusqu'à 2011, DRSM Paca-Corse à partir de 2012 (régime général stricto sensu)



© ORS PACA - IGN GéoFla - Espace de santé de proximité

Évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C
Base 100 : 2008



Source : Fonds CMU-C – Traitement Dros

L'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

Mise en place en 2004 pour apporter une réponse aux effets de seuil liés à la CMU-C, l'Aide à la Complémentaire Santé est attribuée aux foyers dont le niveau de ressources est compris entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 30% au 1^{er} janvier 2012. Elle consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'Assurance maladie complémentaire de santé individuel.

Le montant de l'aide complémentaire santé est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due. Il varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer couvert par le contrat. L'âge est apprécié au 1^{er} janvier de l'année.

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

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

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

L'Aide médicale d'état et les soins urgents

L'Aide Médicale d'Etat de droit commun permet à tout étranger résidant en France, en situation irrégulière de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et dont les ressources ne dépassent pas le seuil d'admission à la CMU-C de bénéficier pour lui-même et pour ses ayants-droits d'une prise en compte intégrale avec dispense d'avance de frais de la quasi-totalité des frais de soins financés par les assurances maladie et maternité dans la limite des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale, ainsi que du forfait journalier hospitalier. Par ailleurs, la loi de finances pour 2004 a créé le dispositif des soins urgents ouverts aux personnes majeures qui ne peuvent pas bénéficier de l'AME (condition de résidence ou de ressources non remplie).

Ce dispositif assure le financement des soins limité aux soins urgents réalisés en établissement hospitalier et dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de la santé de la personne ou de l'enfant à naître.

Conformément à la circulaire DHOS du 16 mars 2005, sont également considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple). Sont pris en compte dans ce cadre les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et mentionnés aux articles L. 2122-1 et suivants du code de la santé publique ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau-né.

Nombre de bénéficiaires AME de la région au 31 décembre 2016, le chiffre entre parenthèses représente le nombre de bénéficiaires en 2011.

	Alpes de Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouche-du-Rhône	Var	Vaucluse	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Nombre d'assurés affiliés à l'AME	205 (51)	98 (22)	4859 (2368)	9908 (5052)	1413 (615)	1754 (650)	18237 (8758)
Nombre d'ayants droit	102 (15)	33 (9)	1520 (748)	3569 (1330)	358 (112)	458 (122)	6040 (2341)
Dont ayants droit mineurs	100 (10)	32 (6)	1165 (505)	2842 (983)	348 (81)	377 (99)	4864 (1684)
Total	307 (66)	131 (31)	6379 (3116)	13477 (6382)	1771 (727)	2212 (777)	24277 (11099)

A titre de comparaison par rapport aux données 2011 du PRAPS IV, on constate un doublement du nombre de bénéficiaires : 24 277 personnes bénéficiaires en 2016 contre 11 099 au 30 juin 2011 dont plus de la moitié dans le département des Bouches-du-Rhône, soit une augmentation de 120% en 6 ans.

5.2 L'ACCÈS AUX SOINS ORDINAIRES/UNIVERSELS

Les publics précaires n'ont pas recours au système de soins selon les mêmes modalités que l'ensemble de la population. Le recours au système de soins est plus tardif. Par ailleurs, les publics les plus précarisés s'adressent souvent préférentiellement aux urgences. Éviter d'avoir à faire l'avance des frais est essentiel.

De même, il est nécessaire d'encourager la mise en place de dispositifs visant à leur garantir un meilleur accès aux soins et un meilleur accompagnement dans le champ somatique et pour les soins psychiatriques.

Les soins de premier recours

Les soins de premier recours s'articulent autour de trois fonctions :

- l'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement ;
- le suivi du patient et la coordination de son parcours ;
- le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.

Au sein de ce premier recours, on distingue l'organisation des soins ambulatoires de l'organisation des soins hospitaliers (essentiellement les activités de soins de médecine d'urgence). L'organisation territoriale de l'offre de soins joue sur l'accès aux soins (étude *Questions d'économie de la santé* n°169 Octobre 2011). Elle apparaît problématique dans les territoires ruraux et urbains défavorisés. La conjonction des problèmes d'offre et des facteurs de vulnérabilité renforce les difficultés d'accès et contribue aux renoncements aux soins. La restriction de l'offre est particulièrement sensible pour les bénéficiaires de la CMU-C: les déplacements constituant un frein supplémentaire.

Accès aux soins ambulatoires

L'ARS a lancé un appel à projet en 2014 au profit des centres de santé pour conforter la coordination en santé sur les territoires prioritaires de la région et leur apporter une aide à l'investissement¹³.

L'objectif était de les aider à moderniser leur plateau technique.

En 2014-2015, plusieurs structures se sont installées dans les quartiers «politique de la ville» : une MSP à Saint Louis, une maison de santé en Avignon, quartier Rocade Sud, un pôle de santé à Nice Quartier les Moulins. D'autres sont toujours en projet tel que le projet de MSP à Aix-en-Provence au sein du quartier Beisson.

Enfin, grâce au dispositif de praticien territorial de médecine générale (PTMG), 11 médecins se sont installés dans des zones où l'offre médicale est insuffisante et où l'accès aux soins de premiers recours est difficile (période 2013-début 2016).

Des nouveaux projets ont été présentés en 2015 à l'ARS.

- Un projet de centre de santé polyvalent porté par l'Union des mutuelles de France 06. Il sera implanté à Carros dans un quartier politique de la ville.
- Deux projets de maison de santé pluri professionnelle à Digne et à Martigues dans des quartiers politique de la ville ou à proximité.

Concernant plus particulièrement la Ville de Marseille confrontée à des inégalités territoriales majeures, notamment dans les quartiers nord sous-dotés tant au niveau des praticiens libéraux que des structures publiques, le pacte de sécurité et de solidarité pour Marseille a permis de soutenir plus fortement plusieurs projets dans les quartiers les plus défavorisés : un Centre de Santé polyvalent porté par le CH d'Edouard Toulouse, un CDS polyvalent dans les quartiers Kallisté/Solidarité à Marseille, une structure d'exercice coordonné porté par l'AP-HM, une MSP située dans le quartier Saint Louis.

Orientations

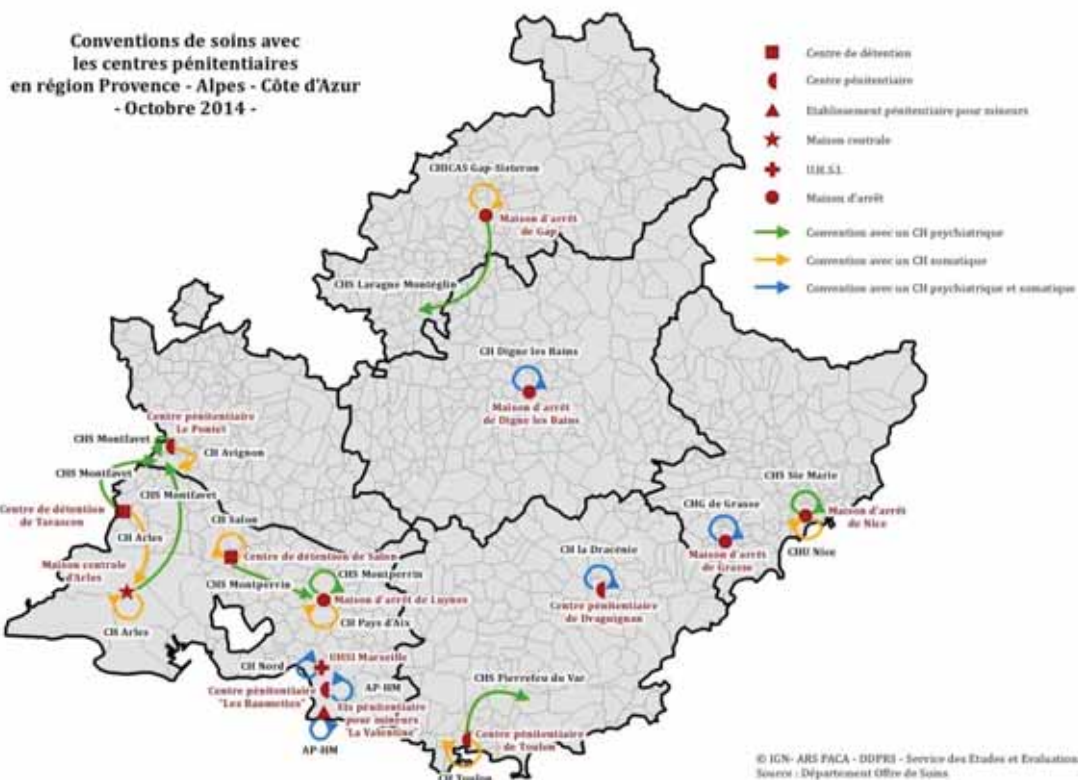
La DGOS a sollicité en janvier 2016 les ARS afin de recenser les projets de création ou de rénovation des centres de santé et de MSP dans les quartiers de la politique de la ville qui pourraient bénéficier d'un soutien financier. La sélection des projets est faite par la DGOS, le Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET) et la Caisse des dépôts (CDC).

5.3 LES DISPOSITIFS DE SOINS SPÉCIFIQUES

Les soins en milieu pénitentiaire

L'organisation des soins repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques et l'autre pour les soins psychiatriques, chacun d'eux étant adossé par convention à un établissement de santé et structuré en trois niveaux.

¹³ A ce titre, 405 593 € avaient été versés soit 100 000 € pour la coordination pour 4 centres de santé et 305 593 € pour l'achat d'équipement au profit de 15 centres de santé dont 251 048 € pour ceux qui sont situés en QPV (au regard des contours QPV de 2014 qui étaient plus larges que les nouveaux périmètres QPV définis en 2015.)



Soins somatiques

Niveau 1

L'ensemble des établissements pénitentiaires dispose d'une USMP somatique rattachée à un établissement de santé autorisé pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique.

Ces unités fonctionnent de manière satisfaisante malgré la surpopulation. Il existe des difficultés communes à mobiliser les médecins spécialistes mais également et surtout les chirurgiens-dentistes et les masseurs kinésithérapeutes.

Niveau 2

Le recours au plateau technique et à l'hospitalisation de courte durée est assuré dans les établissements de proximité, au sein de chambres sécurisées lors d'hospitalisation de courte durée. Leur implantation est imparfaite en Paca bien qu'en cours d'amélioration :

- deux chambres sécurisées au CHU de Nice ;
- deux chambres sécurisées au centre hospitalier de Grasse ;
- deux chambres sécurisées au centre hospitalier intercommunal de Toulon la Seyne ;
- deux chambres sécurisées au centre hospitalier d'Arles ;
- deux chambres sécurisées au centre hospitalier Henri Duffaut d'Avignon.

Le centre hospitalier de Draguignan met aux normes ses deux chambres sécurisées en vue de la réouverture de la maison d'arrêt et le centre hospitalier intercommunal d'Aix-en-Provence Pertuis va implanter deux chambres sécurisées au sein de ses urgences en vue de l'ouverture de Luynes 2.

Niveau 3

Les hospitalisations des personnes détenues excédant la courte durée (plus de 48 heures) ou réclamant la proximité d'un plateau technique très spécialisé sont mises en œuvre dans des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UH.S.I.) définies par l'arrêté interministériel du 24 août 2000. L'UH.S.I. de Marseille qui est rattachée à l'AP-HM a une capacité théorique de 45 lits répartie sur trois unités. L'unité qui comprend les 12 lits théoriquement dévolus aux soins de suite et de réadaptation n'est pas encore ouverte.

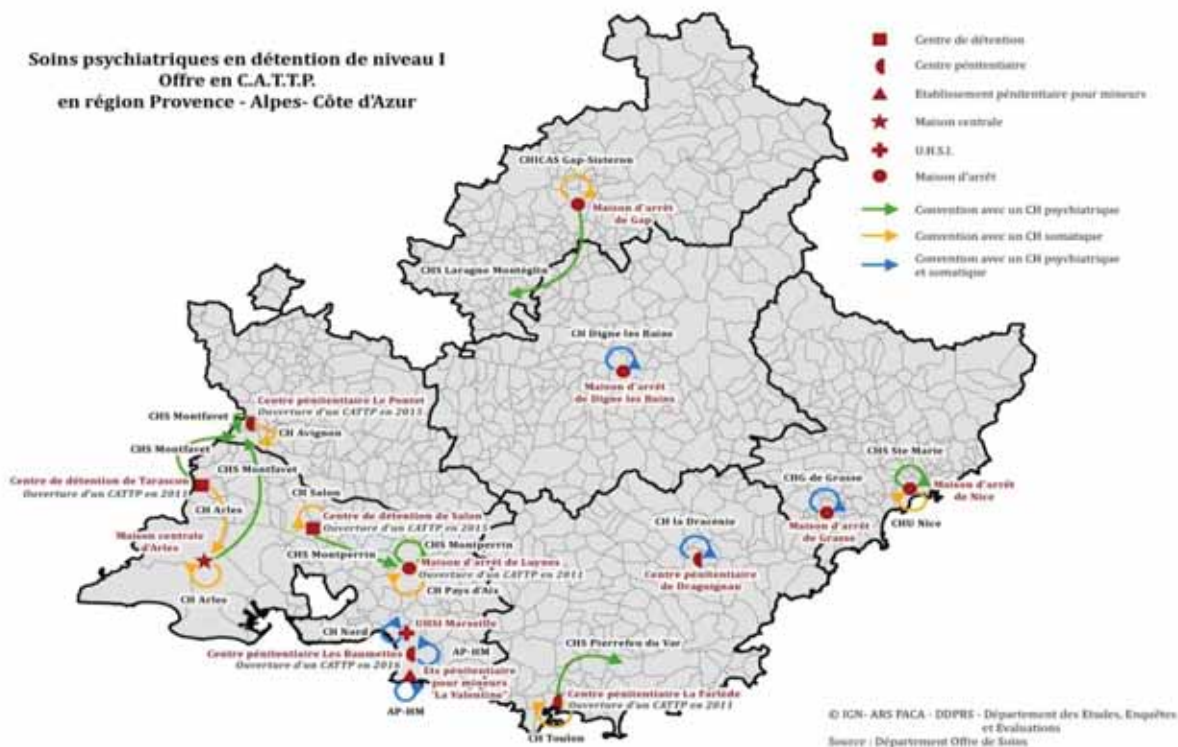
Soins psychiatriques

Niveau 1

L'ensemble des établissements pénitentiaires dispose d'une USMP psychiatrique rattachée à un centre hospitalier spécialisé sauf pour les établissements de Grasse, Gap, Digne et Marseille rattachés à un établissement mixte (MCO et psychiatrie). Le centre hospitalier spécialisé de Montfavet assure les soins sur trois établissements pénitentiaires : Le Pontet, Arles et Tarascon et celui de Montpellier sur deux établissements : Luynes et Salon (et bientôt trois avec l'ouverture de Luynes 2). L'AP-HM intervient sur les Baumettes et l'établissement pour mineurs et à partir de 2018 assurera également l'organisation des soins au sein de l'UHSA et du QPS des Baumettes.

Une politique active de développement des CATTP en détention a été menée par l'ARS et a permis une implantation large de cette offre de soins. Cette offre supplémentaire a permis d'améliorer la qualité et l'intensité des soins en détention en proposant des prises en charge de groupe ce qui a permis, selon les acteurs de terrain, de diminuer le recours à l'hospitalisation. Les établissements des Baumettes et de Nice ont développé des projets spécifiques pour la prise en charge des femmes qui ne bénéficient pas des prises en charge en SMPR (voir infra).

Gap, Digne et l'EPM ne sont pas équipés en CATTP du fait de leur petite taille. Grasse ne l'est pas du fait de locaux très contraints mais le projet de reconstruction de l'USMP qui va voir le jour en 2019 permettra ainsi une nouvelle implantation.



Niveau 2

La région dispose de deux services médico-psychologiques régionaux (SMPR) qui propose une offre de prise en charge à temps partiel pour hommes exclusivement.

Depuis l'ouverture des Baumettes II, le 15 mai 2017, le SMPR de 39 places fonctionne exclusivement en hospitalisation de jour, 7 jours sur 7, en journée seulement mais weekend compris. Les patients seront désormais hébergés dans un quartier dédié qui est contigu mais extérieur à l'USMP. Chaque cellule d'hébergement est individuelle et deux cellules peuvent être doublées.

Le SMPR de Nice dispose de 12 places pour un fonctionnement en hospitalisation de jour (4 cellules simples et 4 cellules doubles). La vétusté des locaux limite les possibilités de soins de la structure

mais la perspective de construction d'un nouvel établissement pénitentiaire à Nice et de la rénovation de l'ancienne maison d'arrêt ouvre une perspective pour un meilleur fonctionnement du SMPR.

Niveau 3

L'UHSA (L'unité hospitalière spécialement aménagée) de Marseille sera la dernière de la première tranche du programme des UHSA à ouvrir. Elle est implantée sur le site du CH d'Edouard Toulouse et armée par l'AP-HM avec une vocation à accueillir, personnes en soins sans consentement et en hospitalisation volontaire, hommes mais également femmes et mineurs. L'UHSA est l'offre de soins pour l'inter région Paca Corse.

L'UHSA doit ouvrir début 2018 et sera composée de trois unités de 20 lits chacune. L'objectif est celui d'une prise en charge de qualité se rapprochant le plus possible de celle offerte à l'extérieur avec une politique d'hospitalisation séquentielle pour les patients les plus graves plutôt que celle d'hospitalisation de longue durée.

Les capacités de l'UHSA ne pouvant permettre de répondre à tous les besoins, l'ARS soutient le fonctionnement et la création d'unités de soins intensifs psychiatriques dans les établissements psychiatriques spécialisés de la région.

Autres formes de prise en charge sanitaire

Le dépistage des IST (Infections sexuellement transmissibles), les soins et l'accompagnement en matière d'addiction, la prévention du suicide et les actions d'éducation à la santé sont les 4 autres axes d'intervention de l'ARS en détention.

Le dépistage des IST a été fragilisé en 2014 par le retrait des CDAG (Consultation de dépistage anonyme et gratuit) de leurs actions en milieu pénitentiaire et par la mise en place en 2016 des CEGGID (Centres gratuits d'information de dépistage et diagnostic) qui n'a pas permis de maintenir le dispositif et a modifié son organisation. La consolidation de la reprise de cette activité par les USMP (Unités sanitaires en milieu pénitentiaire) et la généralisation de l'extension du dépistage aux hépatites et aux IST telle que la syphilis pour répondre à l'évolution de l'épidémiologie sont les deux défis du PRS à venir.

La prévention du suicide : l'augmentation des cas de suicides en détention a particulièrement impacté la région Paca (20 suicides en 2015) et se situe dans le contexte du rapport d'audit interne de la politique de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral de 2015 (réalisé avec la participation de l'IGAS). Même si la tendance de 2015 ne s'est pas confirmée au cours des deux années suivantes, cette question reste au cœur des préoccupations des équipes qui interviennent en détention.

Les soins et l'accompagnement en matière d'addiction : la loi de janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé a introduit l'obligation du repérage des conduites addictives pour toute personne détenue venant de liberté.

L'état des lieux réalisé par l'ARS avec les USMP montre que le dépistage est déjà assuré à l'entrée en détention lors de la consultation entrant. Tous les établissements pénitentiaires bénéficient de l'intervention d'un CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). L'enjeu est de pouvoir maintenir ce niveau d'offre de soins lors de l'ouverture des nouveaux établissements et de consolider l'offre existante.

Les actions d'éducation et de promotion en santé

Ces actions sont mises en place sous la responsabilité des USMP somatiques et l'impulsion d'un comité de pilotage qui n'a pas d'existence réelle dans tous les établissements de la région. Ces actions restent les premières victimes lors des tensions en personnels au sein des USMP forcées de privilégier le soin. Certaines USMP sont toutefois très impliquées comme celle de la Farlède avec l'appui du CODES 83 ou celle de Salon qui a bénéficié d'un financement national, son projet ayant été retenu dans le cadre d'un appel à projet. Le développement d'une stratégie régionale s'appuyant sur les bonnes pratiques mises en place dans certains établissements pourrait constituer une plus-value.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Les permanences d'accès aux soins de santé ont été créées en 1998 par la Loi de lutte contre les exclusions.

La permanence est habituellement située dans un établissement de santé ; elle peut cependant être localisée sur un site en dehors de l'enceinte de l'établissement de santé, de manière à faciliter l'accès de certains publics.

Elle doit :

- offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels, il apparaît au moment de la réalisation des actes, qu'ils ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale ;
- agir à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage, l'accompagnement et les soins de ces patients et construire un partenariat institutionnel élargi.

L'apport des PASS est crucial pour permettre de répondre rapidement aux problèmes immédiats des patients, avec la possibilité de délivrer les premiers traitements nécessaires, puis d'entamer le processus de réinscription dans un parcours de soins de droit commun, dès lors que les droits auront été ouverts.

Il existe :

- 38 PASS en Paca sur 33 établissements ;
- 34 PASS généralistes ;
- quatre PASS psy ;
- sept consultations dentaires PASS ;
- une PASS régionale de référence portée par le CHU de Nice et l'APHM ;
- création en 2014 d'une PASS mère enfants à l'APHM à partir d'une consultation médico-sociale pédiatrique santé enfant environnement ;
- ce modèle est en cours de transfert dans 4 sites (Avignon, Nice, Toulon et Digne).

Ce dispositif constitue un élément clé pour la prise en compte des problématiques d'accès aux droits et aux soins des publics très précaires. Son positionnement à l'interface ville/hôpital lui permet de jouer un rôle essentiel pour contribuer à réduire les risques de rupture dans les parcours de soins de ces publics. Les PASS sont un des acteurs incontournables des coordinations locales œuvrant pour ces publics et semblent désormais mieux connues et reconnues par les acteurs extrahospitaliers concernés. Elles ont un rôle majeur pour mieux faire connaître les spécificités des publics très précaires auprès des autres services de l'hôpital. C'est sans doute là que réside une des marges de progression de ce dispositif, ce qui aurait un impact médico-économique notable pour les établissements de santé.

Un travail d'évaluation et d'accompagnement à une meilleure efficacité des PASS a été réalisé par la PASS régionale (cf annexe 5).

Les PASS de psychiatrie

Elles ont été mises en place en 2010, suite à un appel à projets national de 2009. Elles prennent en charge les personnes en situation de précarité, présentant des troubles somatiques, sans couverture maladie ou dans l'incapacité de faire valoir leurs droits, et rencontrant des difficultés d'accès aux soins du fait de souffrances psychologiques ou psychiatriques.

Elles proposent des consultations de médecine générale, entretiens infirmiers et sociaux.

Notre région comporte quatre PASS de psychiatrie :

- les PASS psy des CH Edouard Toulouse et Montperrin ont un mode de fonctionnement conforme au cahier des charges (cf. Annexe 1 de la circulaire du 29 mai 2009) ;
- la PASS du Centre hospitalier Buech Durance (CHBD) préexistait à l'appel à projets 2009 ;

- la PASS psychiatrie du Centre Intercommunal Toulon La Seyne fonctionne plus comme une PASS sociale en psychiatrie, sans temps de médecin généraliste.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

La circulaire du 23 novembre 2005 relative à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pose le cadre de ce dispositif dont l'objectif est de répondre aux besoins des personnes ainsi que des professionnels qui les accompagnent.

Elles ont pour missions :

- d'aller à la rencontre des publics en situation de précarité ou vulnérables pour favoriser la prévention, l'écoute, le repérage et l'orientation vers les soins spécialisés si nécessaire ;
- d'améliorer l'accompagnement et les soins des personnes en situation de précarité ou vulnérables présentant des troubles psychiatriques ;
- de développer les outils et les compétences des professionnels de première ligne intervenant auprès des personnes en situation de précarité ;
- de développer le travail en réseau.

Notre région compte 8 EMPP (équipes mobiles psychiatrie précarité): Marseille (2), Aix-en-Provence, Martigues, Toulon La Seyne, Cannes/Grasse et Nice, Avignon.

Aucune évaluation nationale d'efficacité n'a été effectuée de ses dispositifs à fort potentiel innovant. Une évaluation du modèle d'intervention de l'équipe de l'AP-HM a été financée par l'ARS en 2011.

L'absence fréquente de prise en compte de la dimension somatique des problèmes est un point faible de ces équipes. Une évaluation comparative des différents modes d'interventions de ces 8 équipes est prévue en 2018 en Paca.

Les lits d'accueil médicalisé et les lits halte soins santé (LHSS)

Le Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 fixe les aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées «lits halte soins santé» (LHSS) et «lits d'accueil médicalisés» (LAM).

Les deux types de structures présentent un certain nombre de points communs : elles sont ouvertes 24h/24, toute l'année et proposent également des prestations d'hébergement, restauration et blanchisserie.

Leurs missions sont de :

- proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient, et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;
- mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;
- élaborer avec la personne un projet de sortie individuel pour les LHSS, un projet de vie pour les LAM.

Points spécifiques aux LHSS

Public LHSS : « personnes majeures sans domicile fixe, Majeurs, SDF, ne pouvant être soignées par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique ne nécessite pas de soins ou d'accompagnement hospitalier ou médico-social mais n'est pas compatible avec la rue».

Durée : 2 mois renouvelables autant que de besoin.

Nombre de lits : Il est inférieur ou égal à 30 lits (50 maximum sur décision de l'ARS).

Points spécifiques aux LAM

Public LAM : « personnes majeures sans domicile fixe, atteintes de pathologies lourdes chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être accueillies dans d'autres structures.

Mission : La structure devra par ailleurs apporter une aide à la vie quotidienne adaptée.

Personnel : L'équipe pluridisciplinaire devra comporter des IDE présents H 24, des AS et AVS.

Durée : La durée de séjour n'est pas limitée mais adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne.

Nombre de lits : la structure dispose de 15 à 25 lits.

Si elle dispose de moins de 18 lits, la structure est obligatoirement sur un même site qu'une structure LHSS. La structure porteuse sera donc autonome si elle possède un minimum de 18 places.

Département	Structures		LHSS Autorisés	LHSS Installés	LAM
	N° FINESS	Nom			
04- Alpes de haute Provence (4 places)	40003196	Porte accueil Sainte Tulle	4	4	
05-Hautes Alpes (0 place)	Non concerné	Non concerné	0	0	
06-Alpes Maritimes (40 places)	60012408	Habitat et soins groupe SOS	40	40	
13-Bouches du Rhône (61 places)	130026438	LHSS Henry Dunant (Croix Rouge)	3	3	
	130024128	LHSS Jane Panier	5	5	
	130024078	LHSS Station Lumière	2	2	
	130024029	LHSS L'Etape	6	6	
	130029788	LHSS Fontainieu (Habitat et Soins)	40	40	20 en cours d'installation
	130042401	LHSS Espace Vie Hilda Soler	5	5	
		Fondation St Jean Dieu (CHRS)	0	0	
		UHU Madrague Ville	0	0	
	130012248	HAS (ACT/CHRS)			
83-Var (11 places)	830103959	Promosoins Toulon	6	6	
	830019279	ADSEA du Var	5	5	
		Olvia Var			
84-Vaucluse (12 places)	840017669	Monfavet	7	7	20 autorisées fin 2017 et non encore installées
	840018394	Réseau	5	5	
Total			128	128	40

Récapitulatif des installations de LHSS et LAM

Au titre de la campagne budgétaire 2017, la région Paca a obtenu par ailleurs :

- 20 nouvelles places de LAM qui seront fléchées sur le Vaucluse ;
- 5 places de LHSS réparties comme suit : 2 dans le 13 – 1 dans le 84 et 2 dans le 83 ;
- 10 places ACT (7 pour le 13 et 3 pour le 06) ;

- 10 places d'ACT à domicile dont le cahier des charges national est attendu.

Les lits d'accueil médicalisés : un appel à projets a été lancé en 2016 pour la mise en place de 20 LAM sur le département des Bouches-du-Rhône (la région n'en bénéficiait pas auparavant) L'installation a démarré en fin 2016 et se réalisera progressivement en 2017 compte-tenu de la nécessité de réaliser des travaux. 20 lits supplémentaires ont été obtenus et installés en 2017 dans le Vaucluse.

Les lits halte soins santé : les mesures nouvelles en 2017 n'ont pas répondu à l'ensemble des besoins recensés.

Les appartements de coordination thérapeutique : fin de l'installation des mesures allouées en 2015 et répartition des mesures nouvelles 2016 soit 17 places sur des territoires peu dotés (les Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes-Alpes) ainsi que le renforcement de l'offre sur les Bouches-du-Rhône compte-tenu de besoins importants identifiés.

Une action a été menée en direction des populations précarisées sur les Bouches du Rhône : la pérennisation d'une structure sociale (maison relais) née en 2007 à l'initiative des acteurs de terrain au bénéfice de publics de la rue souffrant de troubles psychiatriques sévères (Le Marabout) était mise en péril du fait de besoins avérés en soins pour les personnes accueillies, non couverts malgré une dotation FIR annuelle (déficit important). L'association gestionnaire était déjà porteuse de places d'ACT sur Marseille. Au regard de la problématique des personnes accueillies, il a été décidé de procéder à une extension de faible capacité et de positionner 6 nouvelles places d'ACT sur le site de la maison relais. Cette opération permet la poursuite des missions en accordant un statut juridique adapté et en stabilisant la situation financière.

6- LES DISPOSITIFS FAVORISANT L'ACCÈS AU LOGEMENT

DISPOSITIF ASILE : TABLEAU RÉCAPITULATIF AU 8 FEVRIER 2017

	CAO	CADA	HUDA	ATSA	CPH	PRAHDA
Alpes-de-Haute-Provence	200	210	0	50	0	0
Hautes-Alpes	54	175	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	0	496	300	100	50	0
Bouches-du-Rhône	276	1250	94	194	103	197
Var	159	256	27	40		60
Vaucluse	82	164	11	100	0	0
Paca	771	2551	432	484	153	257

	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	Paca
Centre hébergement réinsertion sociale, CHRS	68	55	567	2376	58	265	4026
Maisons relais	41	48	199	458	204	167	1117
Résidences sociales	148	14	672	7314	1178	655	10581
Total	257	117	1438	10148	1900	1087	15724

Les résidences accueil (RA) font partie du dispositif des pensions de famille et ont vocation à accueillir des personnes en situation de grande précarité, isolées et présentant des troubles psychiques. Le logement est payé par la personne. Un hôte fait fonction de coordinateur avec les fonctions support nécessaires dont le soin (coût estimé pour cette fonction à 16 euros par jour et par personne). La taille critique des RA est d'environ 30 places.

7- OÙ EN EST-ON? BILAN DU PRAPS 2012-2017 ET DIFFICULTÉS PERSISTANTES

7.1 LES PERSONNES CONCERNÉES PAR LE PRAPS

Dans le cadre global d'une action menée par le PRS visant à réduire les inégalités sociales de santé, l'action du PRAPS se concentre sur les publics «les plus démunis». Ce sont, les personnes sans chez-soi, les jeunes en errance, les personnes âgées migrantes, notamment en foyer de travailleurs migrants ou résidences sociales, les migrants, les étrangers en situation irrégulière, les saisonniers, les gens du voyage, les personnes en situation de prostitution, les personnes placées sous main de justice, ainsi que les anciens détenus en démarche de réinsertion, qui cumulent des difficultés financières, des difficultés de repérage des parcours de soins, d'accès aux droits et aux soins.

Sont également visés par le PRAPS les publics ayant déjà un certain niveau d'accès aux soins, mais des difficultés du type renoncement pour raisons financières, (personnes âgées ou famille monoparentale à faible revenu avec reste à charge élevé pour les soins, personnes vulnérables).

7.2 PARTICULARITÉS RÉGIONALES ET/OU TERRITORIALES

Stratégie mise en œuvre au cours du PRAPS IV

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

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

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

Ces ISS interfèrent également avec de fortes disparités territoriales.

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

Il est donc nécessaire :

- de mener des politiques de prévention, de promotion de la santé et d'accès aux soins qui bénéficient à l'ensemble de la population et des territoires et dont font partie les populations en difficultés afin de réduire les gradients d'inégalités ;
- de travailler plus spécifiquement sur les populations les plus vulnérables avec un double objectif :
 - leur permettre d'accéder aux dispositifs de droit commun, en articulant l'intervention de l'ARS, des organismes d'Assurance maladie, de la DRJSCS, des collectivités territoriales,

- mettre en place des actions spécifiques parce que ces populations sont confrontées à des difficultés spécifiques (difficultés financières, isolement social voire désocialisation, renoncement aux soins, manque d'information...) avec la mise en place d'actions particulières et ciblées, sur des populations, sur des territoires.

Ces deux derniers points constituaient le cœur du PRAPS IV qui comportait cinq objectifs :

- améliorer la connaissance ;
- mettre en place, un travail intersectoriel et partenarial ;
- former et sensibiliser les professionnels.
- favoriser l'accessibilité ;
- agir avec et pour les populations démunies.

Toutes les actions relevant du PRAPS n'ont pas été mises en œuvre à travers un appel à projets. Les actions relevant d'une mise en œuvre institutionnelle ne sont pas déclinées dans les cahiers des charges et ne font donc pas l'objet des appels à projets.

Les actions ont été mises en œuvre prioritairement sur les quartiers prioritaires de la politique de la Ville (QPV) et les territoires socialement très vulnérables, identifiés en fonction de leur degré de désavantage social¹⁴ et correspondant à un IDS de classe 4 ou 5.

Un bilan intermédiaire du PRAPS a été effectué fin 2013 avec en particulier une analyse territoriale des campagnes 2012 et 2013.

L'objectif retenu pour les campagnes suivantes a été de compléter la montée en charge de la couverture territoriale des actions. Globalement, les objectifs et les territoires prioritaires sont apparus comme correctement couverts, en particulier dans les grandes villes, dans lesquelles des porteurs de projet en nombre suffisant sont à même de développer les actions préconisées par le programme.

C'est donc dans des territoires plus périphériques mais prioritaires que des efforts restaient à faire, en particulier à Valréas, Sorgues, Bollène, Carpentras, Sault, Port-Saint-Louis du Rhône, Arles, Tarascon, Martigues, La Seyne sur mer et Cavailon, mais aussi Salon de Provence, Cannes ou Grasse. Il en allait de même dans certains arrondissements de Marseille (2^{ème}, 11^{ème}, 13^{ème}, 14^{ème} et 16^{ème}). Enfin, certains territoires ruraux comme Riez ou les Mées ont également été identifiés comme prioritaires pour bénéficier d'une extension des actions en cours sur le département des Alpes de Haute-Provence.

7.3 ÉLÉMENTS FINANCIERS

Entre 2012 et 2016, le programme a mobilisé environ 18,6 millions d'euros avec une progression régulière des financements alloués. La mobilisation des crédits FIR a permis également de financer des actions d'envergure (PASS mère enfants, équipe mobile précarité santé).

Par ailleurs, une part importante des actions innovantes (13/36 actions différentes financées depuis 2009) a porté sur des actions contribuant au PRAPS, la plupart d'entre elles visant à préciser et à réduire les obstacles dans le parcours de soins des personnes les plus démunies.

	2012	2013	2014	2015	2016	Total 2012-2016
Montants des crédits FIR contribuant au PRAPS (en €)	3 317 704	3 245 293	3 657 673	4 231 992	4 185 224	18 637 886

Détail disponible en annexe

¹⁴ L'indice de désavantage social (IDS) est composé des variables suivantes : niveau de revenu médian, taux de chômage, part des non diplômés chez les 15 ans et plus, proportion de logements en location, part des familles monoparentales.

7.4 PLANS NATIONAUX

Le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale 2013-2017 est le principal plan national recoupant des objectifs du PRAPS.

Sa déclinaison dans notre région a fait l'objet d'une stratégie régionale d'action élaborée sous l'autorité du Préfet.

Pendant la première phase du plan (2013-2015), l'action de l'ARS a porté sur cinq axes complémentaires qui répondaient aux enjeux de notre région : des inégalités sociales et territoriales de santé marquées, la nécessité de favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus démunies et enfin l'amélioration de l'accès aux soins de premiers recours et la fluidification du parcours de santé des personnes vulnérables dans les QPV. Ces orientations qui associent de manière complémentaire l'action auprès des plus jeunes, l'accès aux soins des plus démunis et l'amélioration des réponses dans les territoires restent totalement pertinentes pour la période 2016/2017.

L'ARS devait répondre aux objectifs suivants :

- réduire les inégalités et prévenir les ruptures :
 - agir précocement pour prévenir les inégalités de santé ;
 - plan d'action enfance/parentalité et jeunes du schéma régional de prévention ;
- venir en aide et accompagner vers l'insertion :
 - Permettre l'accès à des complémentaires de qualité ;
 - Consolider les structures de soin de proximité (MSP et PASS) ;
- coordonner l'action sociale et valoriser ses acteurs :
 - Mieux coordonner l'offre de soins (quartiers prioritaires) ;
 - CLS et plans d'actions locaux.

Ce plan a fait l'objet d'une mise à jour en 2015 pour la période 2015-2017. Les objectifs se sont poursuivis pour l'ARS avec les actions suivantes :

- déploiement de 20 lits d'accueil médicalisés (LAM)
- renouvellement de l'appel à projets «Prévention pour les personnes relevant d'un accueil dans les PASS» avec notamment cinq axes :
 - prise en compte des soins bucco-dentaires ;
 - recours aux soins gynécologiques ;
 - formations à l'accueil et à l'orientation des personnes les plus démunies pour les acteurs extrahospitaliers ;
 - renforcement des stratégies de dépistage et de prévention de l'infection à VIH et autres IST, des hépatites B et C et de la tuberculose dans la population migrante ;
 - mise en œuvre, suivi et évaluation de protocoles portant sur le parcours de soins en cours ou à l'issue de soins délivrés à l'hôpital.
- soutien aux actions visant à développer les compétences psychosociales des personnes précaires pour les rendre actrices de leur santé ;
- soutien aux coordinations locales des actions visant à favoriser l'accès aux soins des plus démunis ;
- poursuite de la politique de déploiement des structures d'exercice coordonné de l'ARS Paca en cohérence avec la stratégie nationale à travers le Pacte territoire santé 2 ;

- lancement d'un appel à projets annuel à destination de ces structures afin de développer des actions de prévention et promotion de la santé auprès des publics précaires (Sensibiliser les personnes aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal, au dépistage du VIH, des IST, des hépatites virales B et C et de la tuberculose, sensibiliser les personnes au sevrage tabagique et à l'orientation et la prise en charge dans les structures spécialisées en addictologie, mise à jour des vaccinations...);
- accompagnement et évaluation du déploiement des consultations santé enfants environnement à Nice (Hôpitaux pédiatriques Lentral-CHU Nice), aux CH d'Avignon, de Manosque (activité reprise par le CH de Digne depuis 2018) et au CHI de Toulon La Seyne;
- poursuite de la politique de déploiement des structures d'exercice coordonné de l'ARS Paca en cohérence avec la stratégie nationale à travers le Pacte territoire santé 2;
- mise en œuvre opérationnelle des volets santé des contrats de ville.

Le pacte de sécurité et de cohésion sociale pour Marseille de novembre 2013 a permis de financer plusieurs actions améliorant l'accès à la santé : cofinancement de la PASS mère-enfants à l'hôpital Nord, création de l'espace santé de l'APHM, financement de deux équipes mobiles intervenant sur les quartiers Nord : une équipe dans les centres sociaux pour le public des enfants et familles et une équipe à domicile auprès des personnes très isolées souffrant de maladies chroniques très isolées, le renforcement des moyens des CMP du centre hospitalier Edouard Toulouse.

7.5 RÉUSSITES / FAITS MARQUANTS ET POINTS À AMÉLIORER

L'ARS a fait du soutien aux PASS un axe majeur du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis 2012-2017.

Ce soutien se structure sur différents axes :

- appui au développement des PASS : des financements spécifiques en mesures nouvelles en 2015 (370 000 euros) répartis entre cinq établissements principalement pour la médicalisation de leurs PASS (CHITS : 38 500€, CHICAS : 27 000€, CH Cannes : 25 000€, CHU Nice : 113 000€, AP-HM : 166 500€). Conformément à la circulaire de juin 2013, un rebasage des PASS a été effectué au titre de 2016 en prenant en compte leur activité. En 2015 et en 2016, un appel à projets spécifique «prévention pour les personnes accueillies dans les PASS» a permis en particulier de développer des actions en direction des femmes et d'accroître le nombre de PASS à même de répondre aux besoins des personnes accueillies dans les PASS en matière de santé dentaire (373 486 euros en 2015 pour six actions, 101 594 euros en 2016 pour quatre actions);
- création en 2014 d'une PASS mère-enfants à l'AP-HM à partir d'une consultation médico-sociale pédiatrique santé enfant environnement visant en particulier la lutte contre le saturnisme infantile. Depuis l'ouverture de la consultation initiale en 2011, cette action s'est traduite par une augmentation du nombre moyen de cas de saturnisme infantile diagnostiqués dans les Bouches-du-Rhône à $24,0 \pm 4,8$ cas/an sur la période 2011-2015 soit une augmentation de + 224%¹⁵. Sur la même période dans les autres départements de Paca, le dépistage est resté stable et inférieur à 3 cas/an. Ce modèle est en cours de transfert dans 4 sites (Avignon, Nice, Toulon et Digne) pour un budget d'environ 1,5 million d'euros;
- mission confiée à la PASS régionale de référence en collaboration avec l'ORU Paca (financement FIR) d'harmoniser le recueil des données collectées par les PASS. Mise en place d'un onglet PASS dans le Terminal Urgences;
- organisation fin 2015 sur Paca-ouest d'une journée régionale des PASS à l'initiative de la PASS régionale;

¹⁵ Cas de saturnisme infantile au seuil de 100 µg/l ; comparativement à la période 2006 à 2010. Données INVS et ARS Paca

- suivi de l'adéquation entre le mode de fonctionnement des PASS avec les instructions de la circulaire du 18 juin 2013 grâce à une évaluation sur site de près de la moitié des PASS de la région.

Enfin l'ARS Paca porte une attention particulière à la faculté pour les professionnels des PASS de communiquer entre eux et a ainsi organisé une journée portant sur l'accès aux soins des personnes les plus démunies en Paca dont une demi-journée était consacrée aux PASS ; a programmé une table ronde « PASS » lors des Agoras en octobre 2015 et a invité les PASS à présenter leurs missions lors d'une table thématique « problématiques spécifiques à la très grande précarité » pour le séminaire « Services d'appui à la coordination ».

Les autres faits marquants sont les suivants :

- partenariat avec l'Assurance maladie :
 - amélioration des délais d'ouverture des droits : conventionnement structures et associations «précarité»/CPAM département des Bouches-du-Rhône (en cours de déploiement dans le Var) ; ainsi le nombre de PASS ayant passé convention avec leur CPAM de rattachement est passé de deux fin 2013 à 22 fin 2015 ;
 - expérimentation d'une plate-forme départementale d'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) dans les Alpes-Maritimes à Nice et dans les Bouches-du-Rhône (3^{ème} arrondissement de Marseille), en cours d'extension aux autres arrondissements de la commune et dans le Var courant 2017, À partir du 31 mars 2017, l'Assurance maladie étendra progressivement ce dispositif de détection et de lutte contre le renoncement aux soins pour couvrir l'ensemble du territoire d'ici à mi 2018. Remplacement de la CMU-C par la PUMa, depuis le 1er janvier 2016 et mise en place progressive du tiers payant généralisé.
- parcours de soins des personnes sans-abris : meilleure compréhension de leurs besoins : enquêtes TREPSAM¹⁶ (CNRS) et MDM/Laboratoire de Santé Publique auprès des populations Roms (Dispositif d'accompagnement sanitaire des immigrés d'Europe de l'Est à Marseille), coordination ASSAb à Marseille : protocole Urgences Timone, Groupe mutualisations des acteurs, travaux en cours avec l'ORU Paca et la CPAM sur les obstacles à l'accès aux droits et aux soins à Marseille, action « accès aux soins psychiatriques ambulatoires des sans-abri » à Marseille Equipe Mobile Précarité Santé à Toulon, Protocole Précarité du Var.
- Autres réussites : construction d'un indice de désavantage social qui a permis de mieux cibler les territoires les plus vulnérables socialement. Modélisation d'une action de promotion de la santé auprès de publics précaires.
- 10 actions financées dans le cadre de l'appel à projets actions innovantes dont : réduction des risques et des dommages liés à l'alcool : deux actions
 - parcours de soins pour les personnes sans-abris ou en très grande précarité : cinq actions (dont une action portant sur les personnes diabétiques en situation précaire)
 - prostitution : une action, tabac : une action, dépistage cancer en milieu carcéral : une action.
- En collaboration avec la CPAM 13 financement d'une action portée par l'Université du Citoyen : lisibilité des documents de l'Assurance-maladie. Parmi les innovations on peut citer également un projet de Médecins du Monde pour éviter l'incarcération des personnes sans-abri avec des troubles psychiques.

¹⁶ Cette étude a montré schématiquement que les conditions de vie générale des personnes sans-abri relèguent souvent les questions de soins au second plan. Être en bonne santé quand on est dans la rue, ce n'est pas une finalité, c'est un moyen de se déplacer, de travailler, de se maintenir, de ne pas tomber plus bas. Elle a montré aussi que l'accès aux soins était conditionné pour ce public par deux éléments principaux : la contingence et la proximité.

Points forts du PRAPS IV

- Appui au développement des PASS.
- Amélioration des délais d'ouverture des droits grâce à un travail partenarial avec l'Assurance maladie.
- Meilleure connaissance du parcours de santé des sans-abris (enquête TREPSAM).
- Construction d'un indice de désavantage social.
- Financement de 10 actions innovantes.
- Financement de l'action ASSAb «accès aux soins des sans-abri de Marseille» : travail en réseau des acteurs sociaux et de la santé pour faciliter l'accès des sans abri aux soins, action portée par le CH européen et pilotée par une instance partenariale interinstitutionnelle.
- Financement de l'action «accès aux soins psychiatriques ambulatoires» des sans-abri portée par le CH Valvert.
- Poursuite et développement du financement d'actions au sein des CHR, hébergements d'urgence ou accueils de jour par la présence de personnel soignant en leur sein pour effectuer un premier accueil, orientation en vue de permettre l'accès au système de soins de droit commun.
- Financement d'interventions spécifiques auprès des migrants.
- Financement d'actions de médiation en santé.

Points à améliorer

- Réponses aux besoins spécifiques des primo-arrivants/migrants.
- Permettre aux personnes d'accéder à leurs droits et de pouvoir les défendre.
- Les parcours de soins en dehors de l'hôpital et/ou de la gestion des situations aiguës.
- La coordination des politiques publiques.
- Les changements de pratiques plus adaptées/innovantes.
- Etendre la couverture territoriale
- Faire émerger de nouveaux porteurs aux compétences nécessaires du fait des changements sociétaux rapides.

Points de rupture identifiés dans le parcours de la personne précaire

Problématiques majeures

Le contexte économique qui induit un taux de chômage important et plus globalement une précarisation accrue dans toutes ses composantes (économique, sociale, psychologique, ...).

- Le soin à apporter aux migrants et les défis d'une langue et d'une culture différente dans un contexte d'afflux éventuel de personnes réfugiées.
- La prise en charge du stress post traumatique chez les personnes migrantes.
- Les problèmes environnementaux (réchauffement climatique, pollution atmosphérique et autre) auxquels les personnes en situation de précarité sont le plus souvent surexposées...
- La numérisation de la société qui peut être source d'exclusion mais qui peut aussi constituer un outil facilitateur.
- Le creusement des inégalités sociales et territoriales de santé.
- Les sorties d'hospitalisation.
- Les suivis médicaux, en ville comme à l'hôpital.
- L'accès et les soins dentaire, optique et psychiatrique.
- L'accompagnement.
- Le vieillissement démographique et la nécessité d'anticiper l'arrivée à l'âge de la retraite de personnes avec de très faibles retraites (cursus incomplets, chômage récurrent,...).

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

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

- l'accès théorique aux soins : c'est la possibilité de se faire soigner et de bénéficier d'une couverture sociale ;

- l'accès primaire aux soins : c'est l'entrée dans le système de soins et l'utilisation en temps utile de ses services de manière à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé.
- l'accès secondaire concerne l'accès à des soins spécialisés, le recours à des examens complémentaires, les filières de soins empruntées...

Des difficultés d'ordre financières, administratives, de domiciliation peuvent freiner l'accès aux soins.

L'accessibilité financière

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

Même si 94% de la population bénéficie d'une couverture santé complémentaire (privée ou CMU-C), il reste encore 4 millions de personnes sans protection complémentaire.

Selon l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES de 2014¹⁷ qui interroge tous les deux ans 8 000 sujets (ainsi que les personnes présentes dans les ménages, soit au total 23 000 participants). L'échantillon des bénéficiaires ESPS 2014 représente ainsi plus de 92% de la population des bénéficiaires de l'Assurance maladie obligatoire dans les registres des trois principales caisses d'Assurance maladie (Cnamts, RSI, MSA), de deux sections locales mutualistes parmi les plus importantes (la MGEN et la MGP) et de quatre régimes spéciaux (CNMSS, CPRPSNCF, CAMIEG, CRPCEN.), 25% de la population de 18 à 64 ans (contre 16,8% en 2010) a déclaré renoncer à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires concerne 16,8% en 2014 (10,7% en 2010) de la population, ce qui en fait est le type de soins le plus touché, devant les lunettes 10,1% (contre 4% en 2010).

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

Les personnes bénéficiant de la CMU-C renoncent beaucoup moins souvent à des soins que les personnes ayant une complémentaire privée. Ce qui tend à confirmer l'impact du dispositif sur le système de santé. Le fait de bénéficier ou non d'une complémentaire santé est un facteur important de renoncement aux soins. Les sujets qui ont été obligés de renoncer à bénéficier d'une complémentaire santé sont ceux qui ont le plus de risques de renoncer à des soins. Toujours selon l'enquête ESPS, le premier motif de non recours à une complémentaire santé évoqué par les enquêtés est financier : 25%, souhaitent en bénéficier, mais ne le peuvent pas pour des raisons financières.

Les difficultés d'ordre administratif

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

Le problème de la domiciliation

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

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

¹⁷ IRDES Oct 2017 État de santé des Français et facteurs de risque Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale (données 2014)

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

L'AME

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

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

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

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

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

Des discriminations directes procédant :

- soit par délégitimation : ceci concerne les bénéficiaires de l'AME perçus comme des "assistés" dont les soins "coûtent chers aux cotisants" et qui auraient des pratiques administratives abusives.
- soit par différenciation : les personnes sont orientées vers une offre de services ou de soins dérogatoires au droit commun, parfois dans une perspective de discrimination positive.
- enfin, des discriminations indirectes, fruits en particulier d'un croisement entre origine étrangère et précarité. L'exemple donné est celui du tiers payant pour lequel l'AME cristallise les réticences de certains professionnels libéraux de santé. Cette réticence à l'égard d'une disposition administrative affecte indirectement les personnes étrangères, pour lesquelles ces professionnels n'avaient pas a priori d'attitude discriminatoire.

Les personnes âgées migrantes

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

Les personnes sous-main de justice

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

Les gens du voyage

Ils ne connaissent pas lorsqu'ils arrivent sur les terrains, les coordonnées des CPAM, ni des structures. Le futur schéma départemental d'accueil des gens du voyage précisera le fait qu'ils doivent pouvoir disposer, sur les terrains, des informations nécessaires telles que les coordonnées : des médecins généralistes ou spécialistes de la commune, des services de secours, des établissements de santé les plus proches, de la caisse primaire d'Assurance maladie de rattachement de la commune, des services du Conseil départemental (protection maternelle et infantile), de la mairie, des associations concernées par les gens du voyage.¹⁸

Les difficultés tenant au système de soins

Elles sont de plusieurs ordres.

- Les difficultés habituellement connues sont liées à l'inégale densité géographique de l'offre, au réseau de transport...

Cette question est à relativiser pour la région Paca pour l'accès à l'offre de soins de premier recours.

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

- Les difficultés liées aux attitudes et comportements de certains professionnels.

Accès primaire aux soins

Les refus de soins

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

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

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

¹⁸ CARDE E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Santé Publique 2007, Volume 19, n°2, pp.99- 109

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

Près de quarante ans après la création du secteur 2, malgré les tentatives des pouvoirs publics de restreindre la liberté tarifaire des médecins, les dépassements d'honoraires ont progressé de façon spectaculaire.

Si les généralistes s'installent actuellement presque exclusivement en secteur 1, ce n'est pas le cas des spécialistes. Cette situation nuit à la couverture des soins et est susceptible de creuser les inégalités dans l'accès aux soins car il n'y a pas de prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire (seuls 40% des assurés sont remboursés en tout ou partie en cas de dépassements d'honoraires par leur mutuelle).

La loi relative à la CMU interdit que les dépassements d'honoraires soient appliqués aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. Toutefois, du rapport IGAS 2007, il ressort que 1,6% des consultations facturées à des bénéficiaires de la CMU complémentaire avaient donné lieu à un dépassement d'honoraires¹⁹.

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

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

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

Quelques exemples suivent à titre indicatif :

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

Accès secondaires aux soins

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

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

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

¹⁹ Vanessa Bellamy (DREES) et Anne-Laure Samson (LEDa-Legos, Université Paris Dauphine), « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins »

Les difficultés tenant aux facteurs intrinsèques des publics

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

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

8- OÙ VA-T-ON ? PRAPS V (2018-2023)

8.1 ENJEUX A 10 ANS

Avoir une politique de lutte contre les inégalités sociales coordonnée et évaluée

- Des indicateurs choisis et mesurés annuellement pourront permettre de suivre l'efficacité des politiques mises en œuvre.
- Des actions conjointes avec des acteurs du logement, du travail, de l'éducation, de la petite enfance, de l'aménagement du territoire, de la politique de la ville entre autres permettront d'avoir des impacts significatifs sur la réduction des inégalités.

Favoriser l'émergence de nouvelles organisations et de nouveaux métiers

- Aider à l'émergence d'organisations intelligentes ou communautés de travail inspirées (communautés de pratique) facilitant l'innovation et la créativité.
- Développement de nouveaux métiers facilitant ces nouvelles manières de travailler : médiateur de santé, Community manager, courtier en savoir, expert d'expérience/travailleur pair.

Développement de nouvelles stratégies de professionnalisations

- Développer l'accompagnement et la professionnalisation des acteurs associatifs.
- Adapter certains progrès technologiques pertinents afin de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé
- La e-formation, l'éducation thérapeutique en ligne, l'entraide et l'aide juridique, la télémédecine adaptée aux plus pauvres, le e-interprétariat, communautés d'entraide en ligne (communautés de pratique et communautés d'expériences).

Faciliter la résolution d'un ou deux grands problèmes d'inégalités sociale de santé via des programmes expérimentaux et des politiques volontaristes transversales efficaces

- Approches opérationnelles, programmatiques et pragmatiques
- Exemples : réduction de 50% à 5 ans du défaut d'accès à une couverture de soins des personnes les plus précaires, lab zéro : politique zéro SDF à Marseille.

8.2 OBJECTIFS OPÉRATIONNELS À 5 ANS

OBJECTIF 1 : Travailler sur des déterminants sociaux de santé prioritaires notamment : le logement, l'inclusion sociale et le travail

OBJECTIF 2 : Amélioration de l'efficacité et de l'efficience de l'accès aux soins des plus démunis

OBJECTIF 3 : Redonner du pouvoir d'agir aux personnes les plus démunies

OBJECTIF 4 : Bonnes pratiques, nouveaux métiers et nouvelles organisations

OBJECTIF 5 : Assurer la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé

OBJECTIF 1 : Travailler sur des déterminants sociaux de santé prioritaires notamment : le logement, l'inclusion sociale et le travail

Réduire les inégalités sociales de santé est un challenge pour les acteurs de la santé qui doivent impérativement sortir de leur zone de compétence/légitimité pour faire des alliances avec d'autres acteurs qui ne sont pas du champ de la santé.

Mettre en place des instances de gouvernance du PRAPS au niveau régional et départemental (personnes concernées, acteur de terrain, cohésion sociale, assurance-maladie, collectivités territoriales, ...) pour mieux coordonner les politiques, les actions et les financements.

- Organiser conjointement des journées d'échanges pour les acteurs concernés car si certaines des actions prévues relèvent directement de l'ARS, la plupart nécessitent une mise en œuvre associant différents partenaires institutionnels.
- Comparer et échanger avec les PRAPS des autres régions.
- Se référer et diffuser les données probantes.

Développer des programmes de type «un chez soi d'abord» sur tout le territoire et en élargissant à toutes les personnes les plus démunies en s'appuyant sur la nouvelle politique nationale de logement d'abord.

- Développer des actions de prévention des expulsions et d'amélioration de l'habitat des personnes les plus vulnérables (malades/handicapées) en assurant l'accompagnement médico-social adapté.
- Le programme « un chez soi d'abord », né grâce à l'alliance de spécialistes du logement et de la santé, a montré une efficacité supérieure à toutes les offres habituelles existantes à répondre aux besoins primaires des personnes sans-abri de longue durée avec des problèmes de santé sévères.

Développer et renforcer des actions qui ciblent spécifiquement l'inclusion sociale des personnes via des activités sociales (comme l'activité physique adaptée en groupe), les liens avec la famille et les amis, les groupes d'auto et d'hétéro-support (associations GEM, collectifs) et toutes activités pertinentes ayant fait les preuves de leur efficacité.

Développer et/ou essayer de nouveaux programmes sur l'accès à l'emploi en milieu ordinaire (pour des personnes vivant avec une maladie chronique/handicap psychique en particulier) ayant montré leur pertinence et leur efficacité en population générale.

OBJECTIF 2 : Amélioration de l'efficacité et de l'efficience de l'accès aux soins des plus démunis

Des nombreuses actions de soins spécifiques aux personnes les plus démunies se sont implantées dans le territoire depuis 20 ans. Un focus sera fait en premier lieu sur l'amélioration de leur efficacité et de leur efficience et d'étendre les plus pertinentes sur certains territoires «oubliés». Par ailleurs, il convient de s'attacher à améliorer l'efficience de l'offre de soins classique/universelle pour les personnes les plus démunies, l'offre de soins spécifique ne devant être, «dans l'idéal» qu'une passerelle pour aider les personnes à accéder aux soins «comme tout le monde».

Améliorer, renforcer et développer les pratiques de «l'aller vers» de la réduction des risques et du rétablissement

Le travail de proximité c'est : intervenir là où les gens vivent tant géographiquement qu'existentiellement. C'est accompagner les personnes sur leurs objectifs et leurs besoins et en respectant leurs priorités et leur temporalité. C'est s'approcher sans s'imposer.

La réduction des risques : déjà définie dans le champ des addictions, elle s'applique d'autant plus avec les personnes les plus démunies. Il s'agit d'avoir une approche non jugeante et non directive sur

les consommations des personnes en maintenant un regard positif inconditionnel et en accompagnant les personnes à avoir des conduites les moins à risques possible.

Le rétablissement : issu du champ de la santé mentale ce concept insiste sur l'utilisation des compétences des personnes et la reprise de pouvoir sur leur vie.

- Développer davantage «l'aller vers» les publics en grande précarité les plus éloignés du système de soins (Equipes mobiles santé précarité, EMPP, PASS mobiles, maraudes...), pas seulement pour l'accès aux soins mais aussi pour l'accès à la santé.
- Pour les personnes sans-abri multiplier les possibilités de contact avec des professionnels de santé dans le temps (organisation des maraudes) et dans l'espace.
- Diffuser et renforcer l'information/formation/littératie sur ces trois pratiques.
- Développer des interventions afin de cibler les situations à risque de rupture. Anticiper les conséquences d'événements entraînant une rupture du parcours de vie (veuvage, divorce, chômage,...et pour les enfants : décès d'un ou des deux parents).
- Renforcer les possibilités d'interprétariat : les besoins sont accrus par l'augmentation des personnes demandeurs d'asile, avec la difficulté supplémentaire que certaines d'entre elles parlent une langue pour laquelle les possibilités d'interprétariat sont actuellement limitées. Un accès des professionnels libéraux à l'interprétariat sera à développer.
- Redonner du pouvoir d'agir aux personnes les plus exclues dans toutes les actions et dispositifs.
- L'accompagnement des personnes et la prise en compte de leurs spécificités culturelles.
- Développer les compétences psychosociales: développer des actions visant à redonner confiance (estime de soi, compétences personnelles) et du pouvoir d'agir aux personnes les plus démunies. Les femmes enceintes isolées et les enfants précaires seront ciblés prioritairement.
- Lutter contre la violence faites aux personnes les plus vulnérables (stigmatisation, discrimination, violation des droits, maltraitance, et toute forme de violence).
- Veiller à une couverture territoriale équitable avec une répartition homogène de certains dispositifs sur le territoire selon les besoins : ouverture de Lits d'Accueil Médicalisés, augmentation du nombre de Lits Halte Soins Santé, compenser l'insuffisance ou absence de porteurs sur certains territoires vulnérables socialement notamment en zone rurale.

Améliorer l'efficacité de l'accès aux soins à l'hôpital et en ville.

- Améliorer l'accès à l'information sur l'organisation des soins notamment pour les publics non francophones ou ne maîtrisant pas la lecture (Rendre accessible l'information en fonction des publics auxquels elle s'adresse : communiquer de manière adaptée, traductions).
- Favoriser l'inscription de la personne dans le parcours de soins et notamment l'accès au médecin traitant.
- Promouvoir une organisation des soins de proximité plus accessible, notamment dans les territoires ruraux et les quartiers concernés par la politique de la ville (accessibilité socio culturelle). Les ateliers santé ville devront être mobilisés sur le champ de l'amélioration de l'accès aux soins, les modes d'exercice coordonné, tels que les maisons pluri-professionnelles de santé et les centres de santé, devront être encouragés à prendre en charge la précarité.
- Travailler sur les deux points clés du parcours de soins : le recours au médecin traitant et le recours aux services d'urgence en veillant à former les personnels de ces services aux spécificités des publics en situation de précarité pour qu'ils prennent en compte la perception qu'ont ces publics de leur état de santé et éviter ainsi les recours itératifs aux urgences.
- Mieux préparer les sorties d'hospitalisation : Inscrire la politique de lutte contre la précarité dans le projet d'établissement des établissements de santé : ils veilleront en particulier à définir des protocoles d'accueil et de prise en charge et de continuité des soins, en sortie d'hospitalisation pour les malades en situation sociale difficile (personnes sans domicile, bénéficiaires de la CMU-C).

- Mobiliser les ressources nécessaires pour adapter les pratiques et les soins à la complexité des besoins des publics en grande précarité (coordinations territoriales, rendez-vous soignants, réunions de concertation pluridisciplinaire, études de cas complexes...).
- Soutenir la coordination des acteurs en particulier autour des parcours complexes (notamment lien santé hébergements d'urgence), mettre en œuvre des outils tels que les plateformes de partage en ligne, un système d'information partagé, pour aboutir à des collaborations organisées et pluridisciplinaires.
- Prendre en compte les besoins de certains publics insuffisamment couverts par des actions du PRAPS IV : gens du voyage y compris sédentarisés, travailleurs saisonniers, personnes migrantes âgées (femmes en particulier), personnes détenues, jeunes en rupture (dont mineurs isolés étrangers), personnes vieillissantes hors EHPAD isolées à domicile ou sans-abri, jeunes majeurs.
- Améliorer l'accès aux soins dentaires et optiques.
- Pour ce qui concerne plus particulièrement les personnes migrantes, améliorer l'accès au logement des familles migrantes nouvellement accueillies, assurer l'accès à des soins spécialisés et des soins dentaires.

Développer l'accompagnement physique pour éviter les ruptures de parcours ; Accompagner le patient pour l'accès à l'hébergement et au logement et pour l'accès à l'emploi, si possible.

- Soutenir les actions de médiation en santé publique.
- Soutenir les interventions permettant l'accès aux droits, aux soins et à la santé des personnes réfugiées et/ ou migrantes.
- Faciliter le processus de rétablissement des personnes en développant les pratiques orientées vers le recovery (nécessitant une posture et croyance des professionnels dans les capacités des personnes à se rétablir, à avoir un accès et une participation active aux services de la cité).
- Mieux prendre en compte la complexité de la prise en charge de la symptomatologie psychiatrique chez les personnes en grande précarité et plus largement de l'accueil des publics «en marge» (y compris troubles du comportement) ; renforcer l'accès aux soins psychiatriques pour ce public dans les CMP.
- Améliorer l'accès aux soins de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques. Dans le champ plus spécifique de la santé mentale (note en annexe 2), les mesures envisagées pour le PRAPS V visent logiquement à améliorer l'accès à la prise en charge de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques. Quelques aspects sont en particulier proposés

Développer des projets thérapeutiques prenant en compte la composante sociale de la situation des personnes dans le cadre d'un travail pluri-partenarial

- Soutenir les équipes sociales,
- Accompagner les personnes et prendre en compte leurs spécificités culturelles.

Modéliser et rendre efficient le fonctionnement des PASS (cf annexe 5)

- Mettre en service un site internet PASS Paca avec accès à l'annuaire des référents des PASS de Paca.
- Améliorer l'accueil, le repérage et l'orientation des patients précaires notamment au niveau des bureaux des entrées des hôpitaux et des services des urgences par la mise en place de protocole.
- Déployer un support informatisé commun renseignant de l'activité des PASS de Paca dont les indicateurs sont collectivement définis («Terminal PASS» ORU Paca).
- Asseoir la référence médicale des PASS, en dédiant et ou augmentant le temps médical PASS pour permettre une prise en charge médicale effective et une coordination des parcours des patients PASS en intra et extrahospitalier.

- Actions de sensibilisation, formation des agents hospitaliers sur les personnes démunies avec le soutien de partenaires extérieurs (FAS, COMEDE, Equipes de rue, secteur addictologie, psychiatrie...).
- Former les professionnels médicaux et paramédicaux sur les inégalités sociales de santé et les problématiques d'accès aux soins dans le cadre des formations initiales et continues.
- Organiser régulièrement des comités de pilotage internes avec rédaction d'un projet de service PASS et de comités de pilotage externes avec participation des usagers.
- Développer les groupes d'analyse de pratiques et des supervisions d'équipes.
- Etendre les conventionnements entre les établissements porteurs de PASS à la MSA pour améliorer l'accès aux droits des publics précaires.
- Poursuivre le développement du conventionnement des PASS avec les CPAM dans le cadre de la PFIDASS.
- Harmoniser les pratiques de dispensation pharmaceutique aux patients sans droits et résoudre les problèmes d'accès à différents produits de santé dont les vaccins (PASS-ME) en harmonisant les pratiques : convention CD, budget de l'hôpital.

Renforcer le lien ville/hôpital

- Favoriser la mobilité des PASS et développer des actions «hors les murs» pour aller vers les publics les plus éloignés du système de soins en menant une expérimentation de PASS mobile et d'une fusion avec les EMPP là où c'est possible.

OBJECTIF 3 : Redonner du pouvoir d'agir aux personnes les plus démunies

- Faciliter les ouvertures de droits et éviter les ruptures : étendre à la région la démarche de conventionnement des CPAM avec les acteurs de la précarité et les PASS pour abrégier les délais d'ouverture des droits Assurance-Maladie, simplifier les démarches auprès des CAF, éviter les ruptures de droits et de soins chez les détenus ; envisager avec les CPAM des procédures permettant d'alléger les démarches administratives pour assurer l'accès et la continuité des soins en particulier par le biais de l'AMU.
- Améliorer l'accès à l'information sur les droits notamment pour les publics non francophones ou ne maîtrisant pas la lecture (Rendre accessible l'information sur l'accès aux droits en fonction des publics auxquels elle s'adresse : communiquer de manière adaptée, traductions).
- Des droits effectifs et défendus. L'accès à des droits effectifs pour les plus démunis concerne aussi bien les trois droits opposables (santé, éducation, logement) que les droits aux aides financières minimales pour survivre (Revenu de solidarité active ou Allocation adultes handicapées) et tous les autres types d'aides prévus par la loi. Les actions permettant aux personnes de mieux défendre leurs droits face à la violence sous toutes ses formes en accédant à un soutien juridique efficace devront être proposées.
- Développer une culture de respect des droits fondamentaux via des stratégies reconnues et ayant déjà fait l'objet de rapports et conventions nationaux et internationaux (esclavage moderne, personnes sous tutelle/curatelle, personnes en institution).
- Développer les compétences psychosociales notamment pour les personnes hébergées en CHRS : développer des actions visant à redonner confiance (estime de soi, compétences personnelles).
- Penser le parcours de santé et de vie avec la personne et non pour la personne en respectant le principe de l'empowerment (pouvoir d'agir sur sa propre vie).
- Lutter contre toutes les formes de violences : discriminations, violences institutionnelles, violences invisibles et du quotidien, mépris, stigmatisation dans ses différentes formes (auto-stigmatisation, stigmatisation individuelle et stigmatisation institutionnelle) qui ont pour conséquence une diminution parfois dramatique du capital santé des personnes.
- Littératie : Mettre à disposition des informations utilisables tout de suite pour améliorer la santé des personnes les plus démunies.

OBJECTIF 4 : Bonnes pratiques, nouveaux métiers et nouvelles organisations

- Sensibiliser les professionnels de santé à la prise en compte de la vulnérabilité sociale et aux modalités du prendre soin spécifiques à ce public : en particulier personnels des Urgences et plus généralement de l'hospitalisation complète.
- Former les professionnels de santé aux interventions de références qui ont fait leur preuve sur la réduction des inégalités.
- Former les travailleurs sociaux aux enjeux de la santé et les acteurs de terrain à l'approche de la précarité et au thème croisé : précarité et santé mentale.
- Mettre en place des formations croisées. Renforcer par exemple les pratiques de réduction des risques et leur diffusion notamment avec l'alcool.
- Développer de nouveaux métiers : expert d'expérience, médiateur de santé, community manager et courtiers en savoir (cf focus).
- Favoriser les organisations bienveillantes, non hiérarchisées, favorisant l'intelligence collective, l'innovation et la créativité (sociocratie, holocratie, organisation inspirée, communauté, scop, autres).

OBJECTIF 5 : Assurer la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé

- Mettre en place les actions de prévention (en particulier du suicide) et promotion de la santé, prodiguer des soins et organiser les services sur la base de données scientifiques ou de recommandations de bonnes pratiques.
- Mettre en place des actions de prévention en déclinaison des plans nationaux, addictions, PNNS (surpoids), insécurité alimentaire, contraception, IVG, VIH, Hépatites, augmentation du pourcentage du dépistage, souffrance psychique, hygiène de vie (y compris buccodentaire), actions de soutien à la parentalité.
- Mener des actions de prévention au plus près des publics en utilisant les structures et services existants.
- Soutenir les actions visant à favoriser la réponse aux besoins primaires : l'accès à l'hygiène, à l'alimentation et à l'eau.
- Améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins.

OBJECTIF 6 : Évaluation, recherche, transfert de savoir et innovation

- Développer une culture de l'évaluation scientifique : afin d'identifier les pratiques les plus efficaces et efficientes pour réduire les inégalités, des démarches évaluatives ambitieuses, s'appuyant sur des équipes universitaires et ciblant les dispositifs les plus innovants/importants devront être initiées.
- Recherche : Soutenir les recherches actions participatives : Cette approche permet d'associer dans le cadre de recherches-actions des opérateurs de terrain à des équipes de recherches. Elle vise à définir des réponses à des besoins pour lesquels aucune action probante n'est clairement identifiée ou à l'égard desquels les dispositifs existants sont peu ou pas opérants. Les données issues de la recherche doivent permettre de mieux identifier la nature et la taille des problèmes et leur évolution dans le temps afin de mesurer l'efficacité des politiques menées.
- Transfert de savoir : les solutions pour améliorer la santé concernant les populations les plus exclues devront être mises à disposition de manière simple, et utilisable pour les professionnels (vulgarisation) et les personnes (littératie). L'utilisation préférentielle des solutions qui marchent le mieux (données probantes) devra être encouragée afin de gagner du temps face aux nombreux problèmes de santé que rencontrent les personnes les plus démunies. Au-delà des intentions, les bonnes pratiques devront être diffusées dans les actions au quotidien. La e-santé pourra être un outil à la fois d'information et de formation sur les solutions qui ont fonctionné ailleurs.
- Innovation : innover en intégrant les nouvelles technologies.

- Mettre en place une évaluation participative du PRAPS V en Paca dès son écriture finale.
- Assurer une stratégie économique de la mise en œuvre du PRAPS (Leviers financiers MIG, FIR, DAF).

8.3 FOCUS SUR CERTAINS PUBLICS, DISPOSITIFS ET THÉMATIQUES

8.3.1 LES PERSONNES RÉFUGIÉES ET DEMANDEURS D'ASILE

Les éléments et informations figurant ci-dessous sont extraits du Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile en région Provence-Alpes-Côte d'Azur de mai 2016 élaboré sous l'égide du SGAR.

En région Paca, région frontalière, le flux des arrivants est directement lié à la situation internationale qui conduit à une forte augmentation en 2015. Les conditions de sorties des structures d'accueil sont aussi fortement liées au manque récurrent de logements sociaux dans la région, pour lesquels 154 000 demandes sont enregistrées, soit l'équivalent des trois-quarts du parc de logements sociaux existant.

Entre le 1^{er} novembre 2015 et le 24 mars 2016, plus de 2000 demandeurs d'asile ont été accueillis par les guichets uniques des demandeurs d'asile (GUDA) de la région.

Les migrants constituent de longue date un des publics cibles du PRAPS ; depuis 2015 le démantèlement de la jungle de Calais a eu pour conséquence l'arrivée de personnes déplacées dans les CAO du 04, 05, 13 et 84.

Au mois d'octobre 2015, le ministère de l'intérieur, constatant l'importante augmentation de migrants présents dans l'arrondissement à Calais, a décidé de mettre temporairement à l'abri tout migrant qui «en manifeste le souhait et s'il renonce à son projet migratoire vers le Royaume-Uni sans que cette offre soit nécessairement conditionnée par le dépôt d'une demande d'asile» (cf. circulaire ministérielle du 23 octobre 2015).

La région Paca a mis en application ces mesures et a procédé à l'accueil de personnes dès le 28 octobre 2015, principalement dans le département des Bouches-du-Rhône.

Les sollicitations des différents préfets (à l'exception du département des Alpes-Maritimes, faisant face à une pression migratoire importante venue d'Italie) ont permis d'offrir rapidement des structures d'accueil sur le dernier trimestre 2015 dans les Alpes-de-Haute-Provence, les Hautes-Alpes et le Var. Le Vaucluse s'est inscrit dans cette démarche en 2016.

Après un bref aperçu de l'accueil réservé, une description des profils des demandeurs d'asile et de leur situation sera exposée.

L'accueil réservé

La zone de défense et de sécurité sud a joué son rôle de coordination pour la région. Le lien a été assuré avec le département du Pas-de-Calais qui recense les volontaires et organise les départs et les territoires d'accueil.

Lors des premiers mois, il a également fallu assurer le relais sur les questions de prises en charge des personnes (sociale, conditions matérielles, financière ...) en rapportant les exigences ministérielles.

De manière générale, les places offertes dans les six CAO de Paca (annexe 7) et l'accompagnement réalisé sont plus que satisfaisants. Le panel des sites d'accueil sur la région est le suivant :

- un centre AFPA, avec des chambres équipées pour deux personnes,
- un foyer de travailleurs migrants avec des chambres équipées pour deux personnes,
- des logements sociaux avec des appartements accueillant jusqu'à six personnes,
- un centre de vacances (désormais fermé),
- une auberge de jeunesse avec des chambres de cinq personnes.

Une attention particulière a été portée par les services de l'État quant à la qualité de l'accueil. Cela explique probablement le faible taux de départs dits « secs » des sites proposés (8%).

Des projets de nouveaux CAO sont en cours de création et devraient offrir de nouvelles places dans des structures identiques. La région Paca n'est pas actuellement confrontée à des problématiques liées à des fermetures de sites dans le cadre de la saison estivale, à l'exception du département du Vaucluse.

Demandeurs d'asiles accueillis dans les CAO

Contrairement à ce qui avait été annoncé initialement, les personnes mises à l'abri n'avaient pas toutes entamé une démarche a minima d'enregistrement, auprès de la préfecture du Pas-de-Calais. De plus, il a souvent été constaté des différences entre la liste établie à Calais et les enregistrements à l'arrivée.

Si les premiers accueils devaient concerner des Soudanais et Erythréens, les mises à l'abri proviennent essentiellement d'Irak, d'Iran, de Syrie, du Koweït et d'Afghanistan. Il s'agit, pour la plupart, de majeurs isolés. Quelques couples et deux familles ont été accueillis.

Très vite, les arrivées dans l'ensemble des centres ont révélé l'existence de personnes sans statut établi, de « dublinés », de migrants ne souhaitant pas forcément rester en France et refusant de demander l'asile. Cette réalité a demandé une prise en charge accrue de la part des services de l'État.

Les services de l'État ont toujours rappelé le caractère temporaire des CAO. Dans la majorité des cas, les personnes ont effectué une demande d'asile et certaines, dont la situation n'était pas établie, ont été requalifiées en « primo-demandeurs ».

Après environ cinq mois de fonctionnement, 210 personnes ont quitté Calais à destination de la région Paca dans le cadre de ces opérations.

Les centres ont atteint leurs deux objectifs et permis, à ce jour l'orientation de personnes ayant eu le statut de réfugié dans le processus d'intégration « classique ». Ainsi, ils sont environ 90 à avoir obtenu une place soit en CADA (56%), en ATSA (16%) ou dans des logements de droit commun (14%) ou en secteur hôtelier (15%).

Sur la période écoulée, à quelques exceptions près, il semblerait que la durée moyenne de séjour dans les CAO se situe aux alentours de trois mois. Le travail de tous les acteurs a permis des orientations dans de bonnes conditions et souvent de manière assez rapide.

La circulaire du 2 novembre 2015 précise que les « personnes définitivement déboutées si elles ne bénéficient pas d'un droit au séjour à un autre titre [...] fassent l'objet de mesures d'éloignement effectives ». Cette disposition ne semble pas encore avoir été appliquée.

Compte tenu de cette situation, et de l'arrivée régulière depuis lors de réfugiés dans la région, l'objectif suivant est inscrit au PRAPS :

Soutenir les interventions permettant l'accès aux droits, aux soins et à la santé des personnes réfugiées et/ ou migrantes.

8.3.2 LES PERSONNES DÉTENUES

La région Paca compte à ce jour treize établissements pénitentiaires dont une UHSI et une UHSA pour l'inter région pénitentiaire Paca-Corse.

Enjeux

- Garantir un même niveau de soins pour la population incarcérée que pour la population générale hors des murs et adapter l'offre de soins aux nouveaux besoins (prise en charge des migrants, augmentation des soins dentaires, vieillissement de la population carcérale...).

- Développer une approche graduée de prise en charge selon les trois niveaux de prise en charge recommandés par le guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice.
- Faire face, à moyens constants, à la surpopulation carcérale en maison d'arrêt qui peut atteindre 185% dans la région.
- Assurer la continuité des soins lors des transferts entre établissements pénitentiaires ou à la sortie de détention.
- Mettre en place le dispositif de soins adéquat à l'ouverture des nouveaux établissements pénitentiaires : 3 dans les cinq années à venir : Luynes II (2018-735 places), Draguignan (2018-504 places) et Baumettes III (720 places) et anticiper l'ouverture des établissements annoncés dans le cadre du plan encellulement individuel (Fréjus – Avignon – La Farlède et Nice).
- Poursuivre la coordination des actions de l'ARS avec celles des autres acteurs des politiques publiques intervenant dans ce champ (DISP et DIRPJJ).
- Décliner au niveau régional les orientations de la stratégie de santé des personnes placées sous main de justice (Avril 2017).

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention.

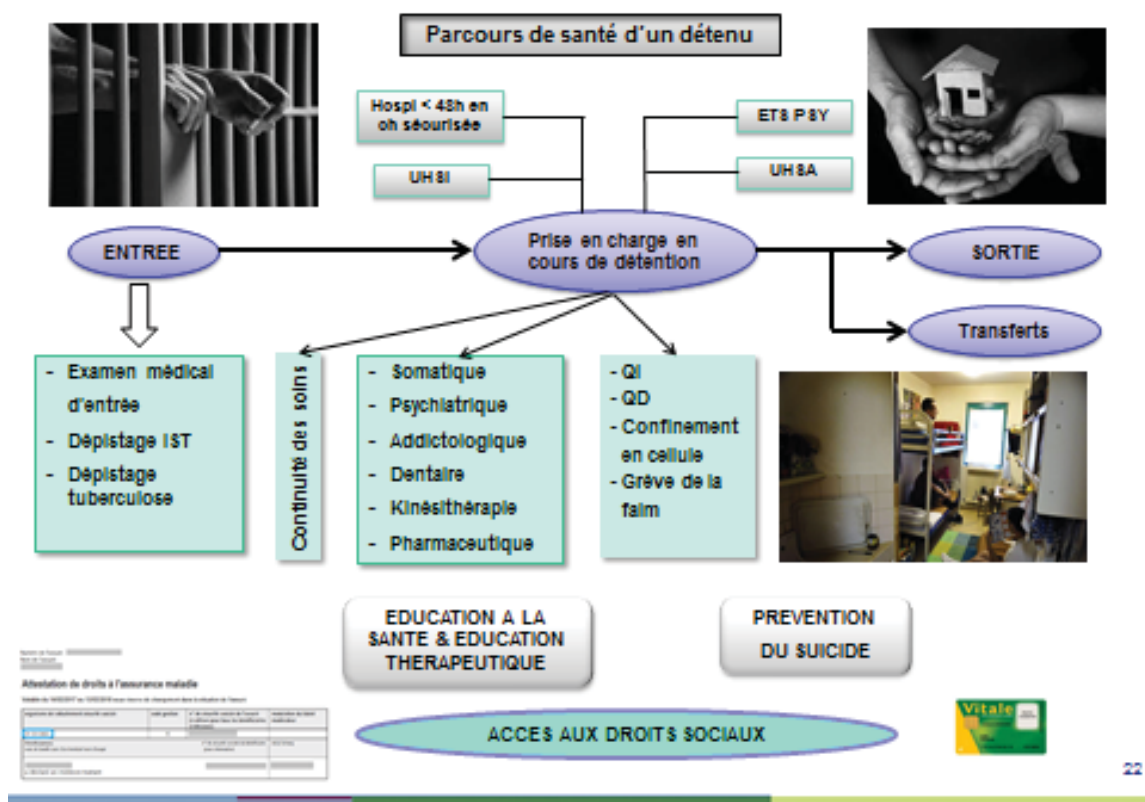
OBJECTIF 2 : Améliorer l'accès aux soins.

OBJECTIF 3 : Poursuivre l'amélioration des repérages et des dépistages.

OBJECTIF 4 : Mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des personnes détenues.

OBJECTIF 5 : Développer la promotion de la santé tout au long du parcours des personnes détenues.

OBJECTIF 6 : Favoriser la coopération des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des stratégies de santé des personnes détenues en Paca.



OBJECTIF 1 : Organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention

(Transfert vers un autre établissement ou sortie dans le cadre d'un aménagement de peine ou d'une levée d'écrou).

Les acteurs des soins en détention s'accordent sur l'enjeu que constitue la préparation à la sortie et le fait que c'est le point du parcours de soin qui présente le risque maximum.

- Préparation de la sortie en amont avec une anticipation des besoins dès la consultation arrivant.
- Fluidification de la circulation de l'information lors des transferts de manière sécurisée (groupe de travail à mener sur les éléments à transmettre ; recueil du consentement du patient ; utilisation de la messagerie sécurisée, du DMP, d'un logiciel commun...).
- Intégration dans les maquettes organisationnelles des USMP d'un temps d'assistante sociale pour préparer la sortie des personnes à parcours complexe en coordination avec les interventions du SPIP et des CSAPA intervenant en détention.
- Continuité des droits sociaux (mise à jour de la carte vitale ; attestation de droits ; CMU-C...).
- Mise en place d'une organisation régionale pour les soins psychiatriques et les soins généraux et s'articuler avec le dispositif DISP pour l'accès aux EHPAD.

OBJECTIF 2 : Améliorer l'accès aux soins

Consultation entrant : tendre vers l'exhaustivité

- Enjeu réglementaire pour les entrants venant de liberté et de qualité des soins pour tous.
- S'assurer que l'état de santé est évalué pour toute personne entrant en détention.

- Systématiser au niveau régional la traçabilité des consultations non effectuées, proposer une nouvelle consultation pour les personnes détenues non vues et tendre vers la proposition d'une consultation pour tout entrant y compris les transferts.
 - Cette action nécessite du temps de secrétariat (ces temps seront suivis et renforcés en fonction des besoins).
 - Evaluer de façon globale l'état de santé des personnes détenues lors de la consultation entrant pour orientation si nécessaire vers un dispositif spécialisé ; dépistage des IST et de la tuberculose, dépistage de la souffrance psychique et évaluation de l'état bucco-dentaire.
- Améliorer les pratiques de prise en charge
 - Relancer le processus de formation des équipes des unités sanitaires en matière de suicide.
 - Améliorer les pratiques en matière de circuit du médicament par l'échange sur les pratiques pour mieux coordonner les approches et la mise en place d'un groupe de travail régional sur le médicament (rythme de distribution ; prescription de benzodiazépines,...).
 - Améliorer l'accès aux soins
 - Privilégier le soin à l'unité sanitaire identifiée comme un espace sanitaire tout en faisant preuve de mobilité «aller vers» quand l'état de santé de la personne détenue le nécessite.
 - Clarifier les modalités d'intervention des unités sanitaires en commission santé.
 - Mettre en place une stratégie pour les perdus de vue : proposer une consultation annuelle à toutes les personnes détenues en longue peine (> 1 an) qui n'ont pas consulté dans l'intervalle.
 - Renforcer les plateaux techniques in situ pour diminuer les extractions.
 - Utiliser les nouvelles technologies comme la télémédecine pour mieux s'articuler avec l'extérieur.
 - Respecter les droits des patients et intégrer la famille dans la prise en charge après accord du patient
 - Développer les entretiens familiaux.
 - Réfléchir à l'application en détention de la personne de confiance et des directives anticipées.

OBJECTIF 3 : Poursuivre l'amélioration des repérages et des dépistages

- Mettre en place au niveau régional un groupe de travail sur les bonnes pratiques en matière d'IST et de tuberculose.
- Coupler les actions de réduction des risques au dépistage IST par l'information systématique du patient sur son statut sérologique et les mesures à prendre en termes de réduction des risques.

OBJECTIF 4 : Mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des personnes détenues

- Suivre les résultats des deux études financées par l'ARS Paca sur la qualité de vie des patients psychiatriques et sur la consommation de produits addictifs chez les mineurs incarcérés.
- Améliorer la qualité du recueil des données produites par les unités sanitaires (oSSD ; RIM-P ; PMSI ; addictions...) en associant les DIM des établissements impliqués dans l'objectif d'améliorer le pilotage régional et celui de chaque unité sanitaire avec une rétro-information des équipes impliquées.

OBJECTIF 5 : Développer la promotion de la santé tout au long du parcours des personnes détenues

- En développant une stratégie qui cible en particulier les mineurs et les jeunes majeurs pour profiter du temps court d'incarcération des mineurs.
- En mettant en place les actions de dépistage, de prévention (vaccinations et RDR) et d'accompagnement (consommation de produits addictifs, activité physique) afin d'améliorer à long terme la santé de ces personnes.
- En construisant les actions d'éducation à la santé qui concernent des thèmes transversaux de façon pluridisciplinaire.

OBJECTIF 6 : Favoriser la coopération des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des stratégies de santé des personnes détenues en Paca

- Tenir au moins un comité de coordination annuel pour chaque établissement pénitentiaire.
- Veiller à la signature et à l'actualisation des protocoles cadre entre l'établissement pénitentiaire et le ou les établissements de santé intervenant en détention.
- Maintenir, par des rencontres régulières, l'interaction étroite avec la DISP (de façon générale et de manière ciblée sur la question du suicide ou de la préfiguration des nouveaux établissements) et avec la DIRPJJ (prise en charge des mineurs).

Indicateurs : indicateurs d'activité recueillis dans l'OssD

9- ANNEXES

ANNEXE 1 : BILAN DE L'APPEL A PROJETS PRAPS 2015

Structures/type d'acteurs concernés

En 2015, 142 actions ont été financées par l'ARS au titre du PRAPS pour un montant total de 3 278 814 € auxquelles il faut ajouter deux actions financées dans le cadre de l'appel à projets actions innovantes et les financements alloués dans un cadre pluriannuel à la PASS mère-enfant et à l'équipe mobile précarité santé du CHITS, soit au total 4 387 192 €.

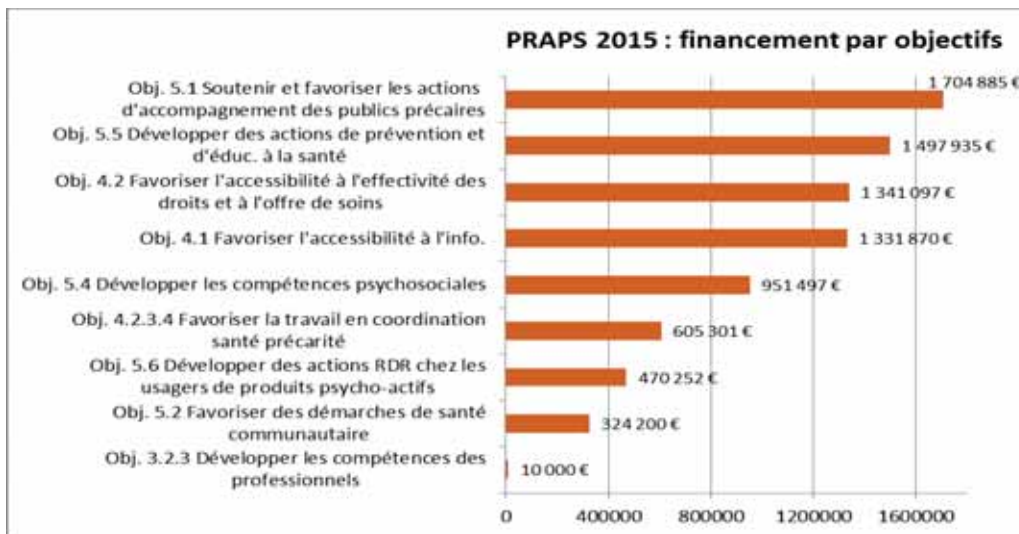
C'est l'objectif 5.1, qui est concerné par le maximum d'actions. Il vise à mettre en place des mesures d'accompagnement individualisé et de médiation (dans un projet global d'accompagnement), par des associations, des médiateurs en santé, des travailleurs pairs, pour les démarches d'accès aux droits et aux soins (visite médicale, prise de rendez-vous...) pour les publics les plus en difficulté et ayant de nombreux freins notamment psychologiques ou culturels.



Les financements mobilisés par objectif sont naturellement proportionnels au nombre d'actions. Toutefois, ce sont les actions visant l'objectif 4.2 qui sont les plus «coûteuses» : environ 48 000 euros par action alors que le coût moyen des actions visant les autres objectifs varie de 25 000 à 33 000 euros.

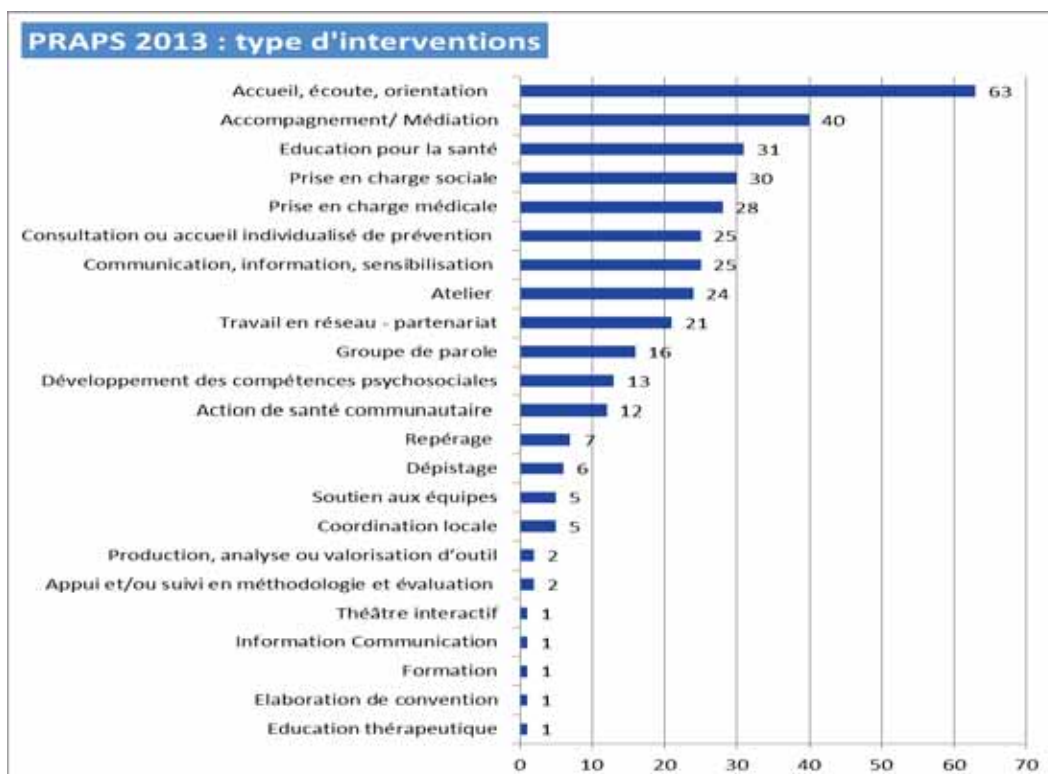
Les deux graphiques ci-contre portent uniquement sur les actions financées dans le cadre de l'appel à projets 2015, ce qui explique le très petit nombre d'actions de formation financées, ce thème n'étant pas concerné par l'appel à projets.

NB : une même action peut viser plusieurs objectifs



Une analyse plus fine avait été effectuée en 2013. Les actions s'organisent autour de deux grands axes :

Les actions qui s'inscrivent directement dans le parcours de prise en charge : outre Accueil/écoute/orientation, il s'agit des actions Accompagnement /médiation, Prise en charge médicale et sociale, consultation ou Accueil individualisé de prévention.



Les actions qui visent à apporter ou restaurer des compétences, en particulier dans le champ de la santé : Education pour la santé, Communication/information/sensibilisation, Atelier et dans une moindre mesure Groupe de parole et Développement des compétences psychosociales.

Un troisième axe, portant sur la coordination est moins développé : Travail en réseau - partenariat (21 actions), coordination locale (5 actions) et soutien aux équipes (5 actions). En 2013, ce type d'actions

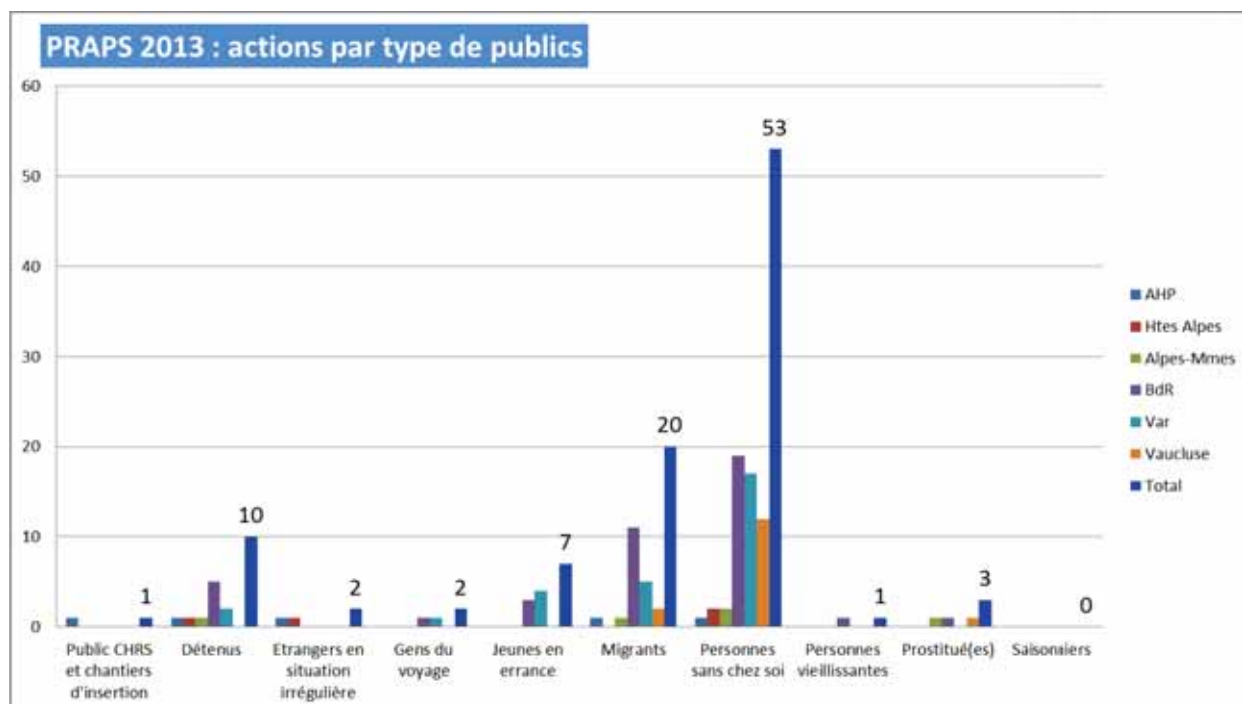
a également été financé dans le cadre du soutien aux dynamiques territoriales. Les actions de santé communautaire sont peu nombreuses (12 actions).

Les actions visent essentiellement les personnes sans chez-soi (53 actions) ce qui est tout à fait cohérent avec la finalité du programme (cf. publics visés par le programme). De nombreuses actions menées en CHRS portent sur ce public.

Les personnes migrantes, les personnes prostituées et les personnes détenues (actions exclusivement renouvelables) sont aussi des publics visés par les actions du PRAPS.

Les gens du voyage ne sont visés que par deux actions.

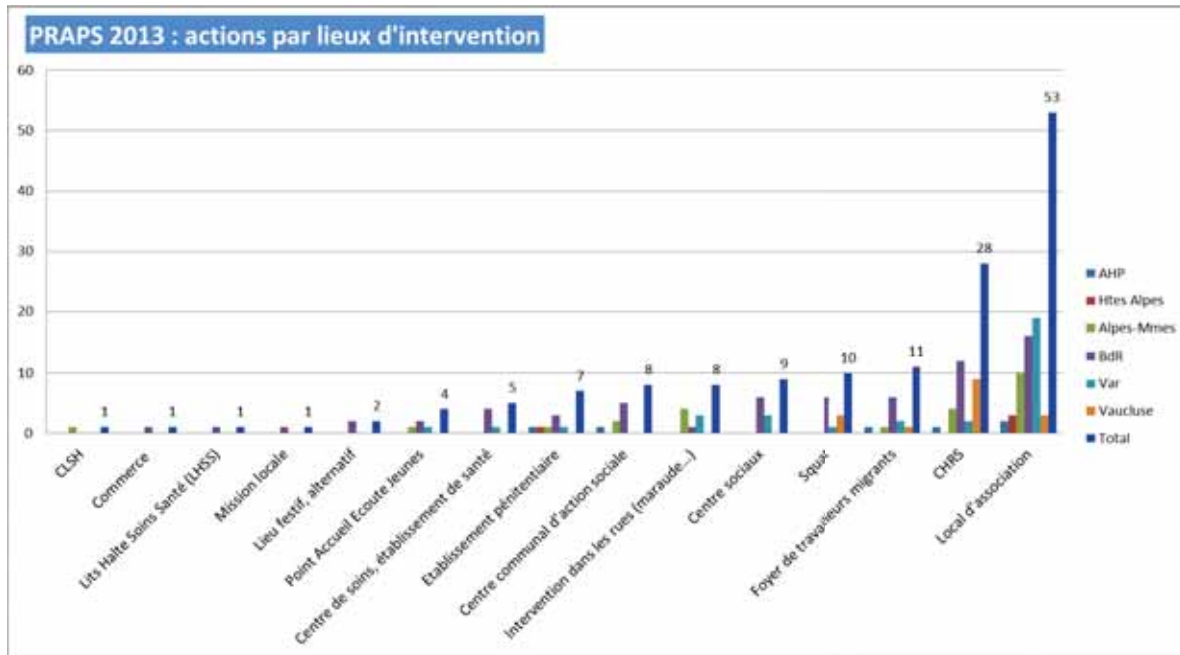
Il n'y a aucune action pour le public des travailleurs saisonniers.



Les lieux d'intervention les plus fréquents sont les locaux associatifs et les CHRS.

En fait les lieux d'intervention sont assez peu variés et correspondent très logiquement aux dispositifs ou locaux fréquentés par les publics en situation de précarité : centres sociaux, CCAS, foyers de travailleurs migrants, squats, interventions dans la rue auxquels il faut ajouter les établissements pénitentiaires.

Il serait opportun de développer davantage les actions allant au-devant des publics.



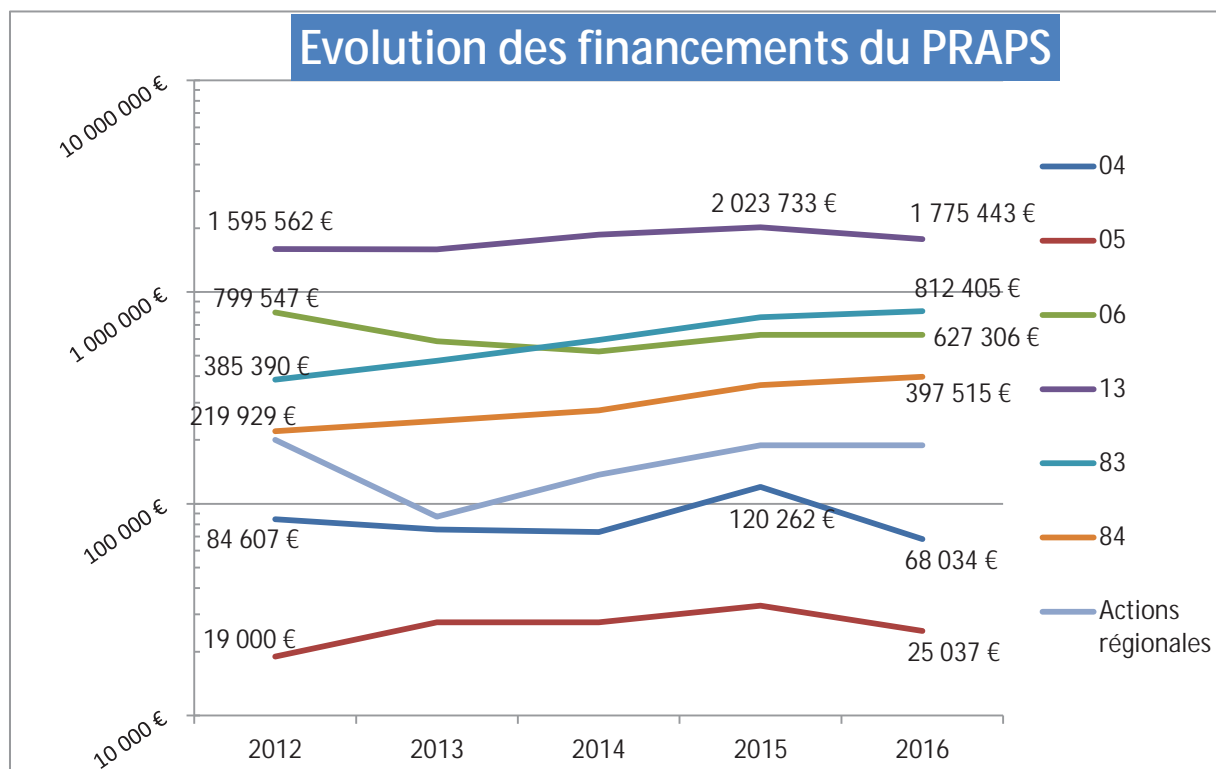
Éléments financiers

Entre 2012 et 2016, le programme a mobilisé environ 18,6 millions d'euros avec une progression régulière des financements alloués. La mobilisation des crédits FIR a permis de financer des actions d'envergure (PASS mère enfants, équipe mobile précarité santé).

Par ailleurs, une part importante des actions innovantes (13/36 actions différentes financées depuis 2009) a porté sur des actions contribuant au PRAPS, la plupart d'entre elles visant à préciser et à réduire les obstacles dans le parcours de soins des personnes les plus démunies.

Années	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Nombre d'actions financées phase 1 et 2 (FIR)	140	137	138	137	124	
Nombre d'actions financées phase 3 (FIR)	2	3	9	5	8	
Nombre d'actions SDT	4	5	1	0	0	
Nombre d'actions innovantes	1	5	2	2	3	13
Montant des crédits PRAPS	3 140 704 €	2 959 984 €	2 909 429 €	3 123 614 €	2 844 688 €	14 978 419 €
SDT	74 000 €	69 189 €	15 000 €	0 €	0 €	158 189 €
FIR	53 000 €	46 473 €	617 245 €	993 078 €	1 049 666 €	2 759 462 €
Actions innovantes	50 000 €	169 647 €	115 999 €	115 300 €	290 870 €	741 816 €
Total	3 317 704 €	3 245 293 €	3 657 673 €	4 231 992 €	4 185 224 €	18 637 886 €

L'évolution par département est la suivante :



La diminution est sensible dans le département des Alpes-Maritimes (-21,5%) proportionnellement sur-doté en 2012 par rapport au Var dont les financements PRAPS se sont accrus de 110% entre 2012 et 2016. Les financements progressent également fortement dans le Vaucluse (+80%), mais cette progression est limitée par le petit nombre de porteurs potentiels de projets dans ce département.

Les baisses de financements observés dans les départements alpins et dans les Bouches-du-Rhône en 2016 sont liées à la disparition de certains promoteurs ou à l'interruption de leur financement.

Département	Financements PRAPS 2016	nombre de bénéficiaires CMU-C (CNAMTS - MSA - RSI) 2015	Crédits PRAPS/bénéficiaire de la CMU-C
Alpes-de-Haute-Provence	68 034 €	10 020	6,8 €
Hautes-Alpes	25 037 €	5 447	4,6 €
Alpes-Maritimes	627 306 €	66 817	9,4 €
Bouches-du-Rhône	1 775 443 €	227 510	7,8 €
Var	812 405 €	77 577	10,5 €
Vaucluse	397 515 €	50 602	7,9 €
Total régional	3 705 740 €	437 973	8,5 €

Si l'on rapporte les crédits alloués au nombre de bénéficiaires de la CMU-C, il apparaît que les départements alpins, les Bouches du Rhône et le Vaucluse sont sous-dotés.

On notera enfin que les financements « politique de la ville », non pris en compte ici, contribuent au financement de nombreuses actions portant sur les publics très démunis.

ANNEXE 2 : SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ

Le problème

Les problèmes de santé mentale liés à des situations sociales difficiles ressortent de nombreux travaux : souffrance psychique, troubles du comportement, états dépressifs ... Ils correspondent à des troubles en rapport avec les conditions de stress et d'inquiétude rencontrées quotidiennement par les personnes en précarité et à des pathologies avérées qui pourraient être déclenchées ou révélées par ces conditions de vie²⁰. A l'inverse, les problèmes de santé mentale peuvent conduire à la précarité. Ils peuvent aussi orienter, dès l'enfance, des parcours de vie qui vont exposer à un très fort risque de précarisation : échec scolaire, faible estime de soi, emploi sous-qualifié, faibles revenus, conditions de travail pénibles.

11% des habitants de notre région appartenant à un ménage pauvre déclarent souffrir de troubles mentaux ou du comportement vs 4% pour les ménages non pauvres. Au sein de ce groupe de pathologies, la dépression est la maladie la plus déclarée. Les personnes pauvres ont un risque d'être dépressives près de trois fois supérieur à celles appartenant aux autres ménages (8% vs 3%) soit un écart plus important qu'en France (5% vs 3%). Le risque de dépression est majoré de 31% chez les femmes pauvres de Paca par rapport à celles qui sont au-dessus du seuil de pauvreté. Il est également majoré par le fait de vivre seul ou dans une famille monoparentale (qui sont constituées à près de 95% par des femmes)²¹. La part des personnes de la région ayant au moins six remboursements d'anxiolytiques-hypnotiques ou d'antipsychotiques est 1,5 fois plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU-C que chez les non bénéficiaires²². Le taux de personnes prises en charges pour troubles psychotiques par le régime général était en 2012 de 10,95/1000 pour les bénéficiaires de la CMU-C (<60 ans) vs 5,91 pour les non bénéficiaires (taux standardisé source CNAMTS citée par la DREES : Etat de santé de la population en France - Rapport 2015).

Parmi les personnes en situation de précarité et d'exclusion, un constat s'impose clairement. «*La sur-représentation des problématiques psychoaffectives d'une part et d'autre part leur gravité.*»²³ Ainsi, une analyse bibliographique relève que la prévalence des pathologies mentales est 4 à 5 fois plus élevée chez les personnes exclues que dans la population générale²⁴.

Les résultats de l'enquête INSEE INED effectuée en 2012 auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas indiquent ainsi que près d'un quart des adultes sans domicile déclarent être atteint de dépression. Ceci est associé à davantage d'évènements graves vécus pendant l'enfance, à une consommation d'alcool à risque, principalement chez les femmes et au fait d'avoir subi des violences ou des mauvais traitements avant l'âge de 18 ans. Près de 60% des personnes enquêtées dans ce cadre disaient s'être fait soigner au cours des 12 derniers mois²⁵. Près d'un tiers des enquêtés déclarent avoir été hospitalisé au moins une fois au cours de l'année écoulée (tous types d'hospitalisation) le plus souvent (72% des cas) en urgence. Alcoolisme ou toxicomanie représente 8,3% des différents motifs d'hospitalisation, troubles psychologiques 8% et tentatives de suicide 2%.

²⁰ Cambois E. Les personnes en situation difficile et leur santé. ONPES Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004 ; La Documentation Française ; Paris 2004 p.106-107

²¹ Saliba B., Ventelou B., Verger P. La santé des ménages pauvres en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Sud INSEE n°97 octobre 2006.

²² ORS PACA Etat de santé et inégalités en région PACA 2010 p.115

²³ Parquet P.J. (coord.), *Souffrance psychique et exclusion sociale*. Rapport pour le Secrétariat d'état à la lutte contre la précarité et l'exclusion, septembre 2003 p. 17 de même que Cambois E. op.cit. pp.105-106

²⁴ Hassin J. *Pathologie mentale, souffrance psychique et exclusion sociale - analyse critique de la bibliographie touchant la population dans la grande exclusion* in Parquet J. op. cit. pp. 45-50

²⁵ Moisy M. *La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012*. BEH 2015 ; (36-37) : 662-70 http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/36-37/2015_36-37_2.html

Une enquête effectuée en Ile de France²⁶ en 2009 permet d'estimer à 31,5% la proportion de personnes sans logement personnel présentant au moins un trouble psychiatrique sévère : troubles psychotiques 13,2% dont 8,4% de schizophrénies (vs 1 à 2% en population générale sur la vie entière), troubles sévères de l'humeur 6,7% dont 4,5% de troubles sévères de l'humeur (vs 3,2% en population générale), troubles anxieux 12,3% dont 4,2% de stress post-traumatique (plus fréquent chez les personnes nées à l'étranger). Chez les personnes accompagnées d'enfants, les troubles psychotiques sont significativement moins fréquents (1,5%) et les troubles anxieux à l'inverse plus fréquents (20,4%). Plus d'un quart de la population (28,6%) présentait une dépendance ou une consommation régulière de substances psychoactives : alcool 21,0% et cannabis 16,1%. Les personnes présentant des troubles psychotiques étaient plus fréquemment hébergées dans les centres bas seuil (hébergement d'urgence, LHSS, ADJ, ..) alors que la prévalence des troubles anxieux était plus élevée dans les hôtels sociaux (24,8%).

Ceci met en lumière l'inadéquation des conditions d'hébergement des malades" *... les personnes sans domicile psychotiques – relevant d'un suivi qui devrait être particulièrement attentif, dans un environnement stabilisé – sont concentrées dans les structures d'hébergement les plus précaires et instables (hébergement d'urgence)"*.

Ces troubles interviennent par ailleurs dans le rapport aux soins et aux services de santé, du fait de leur nature même, mais aussi de l'impact qu'ils peuvent avoir sur la capacité des professionnels de proximité à tolérer certains comportements qui ont un impact sur la collectivité des usagers²⁷.

Chez les demandeurs d'asile et les réfugiés, les troubles psychiques constituent, selon le COMEDE, la pathologie la plus fréquente, avec une forte corrélation avec des violences subies²⁸.

Le débat quant à l'origine de ces troubles n'est pas tranché : pathologie préexistante, facteur étiologique majeur de la désocialisation ; lien entre une souffrance psychique consécutive aux conditions de vie en situation d'exclusion et la majoration de la désocialisation qui se renforcent l'une l'autre et dans laquelle interfèrent d'autres éléments qui peuvent trouver leur origine dès l'enfance : caractéristiques sociales familiales, carences éducatives, échec scolaire, discrimination et racisme, troubles cognitifs, ...²⁹ ; hypothèse d'une nouvelle pathologie mentale chronique spécifique aux personnes sans-abri ou en tout cas correspondant à une "psychopathologie particulière différente de celle décrite par la psychiatrie traditionnelle, pouvant se compliquer d'alcoolisme et/ou de toxicomanies"³⁰. Jean Furtos décrit le syndrome d'auto-exclusion, dont la plupart des signes vont contre l'accès aux soins, et qui consiste pour l'individu en proie à une souffrance intolérable à "...s'exclure de soi pour ne plus souffrir, sortir du désespoir, de l'agonie, de l'effondrement, de la révolte impossible".³¹

²⁶ Laporte a. et al. *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Ile de France : l'enquête Samenta de 2009*. BEH 2015 ; (36-37) : 693-7 http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/36-37/2015_36-37_2.html et La lettre de l'ONPES n°5 septembre 2010 pp.1-5

²⁷ Farnarier C. et al. *TREPSAM Trajectoires de soins des personnes sans-abri à Marseille*. CNRS UMI 3189, Rapport de recherche, novembre 2014. 136 p.

²⁸ Comité pour la santé des exilés *Migrants/étrangers en situation précaire – Soins et accompagnement* Guide pratique pour les professionnels. Edition 2015. 544 p.

²⁹ Cambois E. op. cit. p. 107

³⁰ il est fait référence ici à un " syndrome de l'exclusion" associant honte, désespérance et inhibition affectivo-cognitive in Haut Comité de la Santé Publique *Les inégalités et disparités en France* La Santé en France, janvier 2002 p. 222

³¹ Furtos J. Le syndrome d'auto-exclusion. Rhizome n°9. Septembre 2002 p. 15

Les déterminants

Le public visé ici est celui des personnes sans domicile.

Les déterminants sont envisagés comme autant d'éléments influençant leur parcours de soins et présentés dans le cadre logique suisse³².

Ils sont reproduits sur le tableau ci-après. Ils sont issus des travaux de PRAPS précédents, de certains bilans associatifs (COMEDE, MDM notamment) et du rapport *Souffrance psychique et exclusion sociale* déjà cités.

Activités	Facteurs influençant les déterminants	Déterminants
<p style="text-align: center;"><u>Développement d'offre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Manque d'équipes mobiles psy. précarité ou moyens insuffisants. ·PASS psy. à renforcer. ·Nécessité de développer des interventions de psychologues ou autres professionnels psy dans les structures d'accueil et d'hébergement. ·Manque structures type résidences accueil et plus généralement de solutions post-hospitalisations. ·Accessibilité des CMP pour les publics sans chez-soi. ·Nécessité de développer la RDR alcool dans les structures d'accueil et d'hébergement.. ·Formation des personnels des structures d'accueil et d'hébergement insuffisante. ·Recours à l'interprétariat. 	<p style="text-align: center;"><u>Offre de prévention et de soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Les états dépressifs des personnes les plus démunies sont globalement sous-estimés et rarement pris en charge. ·PEC mal initiée, mal conduite, inadaptée aux patients, nécessaire dans un travail mené dans la rue. Parfois exclusion active de certains patients par la psychiatrie ·Troubles mentaux remodelés par les modes de vie de la précarité et de l'exclusion. ·Difficulté des soignants en psychiatrie à comprendre les codes culturels des migrants ·Orientation et PEC de ces patients difficiles ·Situations de crise mal anticipées ·Rôle des soignés dans leur prise en charge pas assez développé 	<p style="text-align: center;"><u>Environnement physique et réglementaire favorable à la santé</u></p>
<p style="text-align: center;"><u>Collaboration entre organismes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Liens secteur social avec CMP et le secteur "psy." en général : méconnaissance réciproque, déficit réciproque de références théoriques, de connaissance des pratiques et des dispositifs, pas de connaissance du parcours psy. antérieur de la personne accueillie - Opposition inadéquate du secret professionnel à l'égard des traitements en cours. 	<p style="text-align: center;"><u>Stratégie de promotion de la santé dans les institutions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Discontinuité entre intervenants de santé et travailleurs sociaux. ·Passerelles insuffisantes entre professionnels sociaux et secteur psy. pour améliorer PEC et la rendre plus globale (suivi médico-social). 	<p style="text-align: center;"><u>Environnement social</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Stigmatisation du public. ·Le système de soin est inadapté aux besoins des personnes en grande précarité et présentant des troubles psychiques.
<p style="text-align: center;"><u>Mobilisation sociale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Capacité des équipes sociales à identifier les troubles mentaux insuffisante ou acquise sur le tas. ·Souffrance psychique des acteurs. ·Demandes des acteurs sociaux pour des prises en charge psychiatriques pas assez crédibles. ·Besoin d'intervention directe auprès des équipes socio-éducatives autour des situations à dominante psychique notamment en cas de crise aiguë. 	<p style="text-align: center;"><u>Potentiel social</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Besoin de supervision des équipes socio-éducatives ·Besoin de formation des travailleurs sociaux et des acteurs de la santé mentale. 	<p style="text-align: center;"><u>Comportements individuels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Soins arrêtés par le patient. ·Refus de soins. ·Addictions ou conso. De substances psychoactives.
<p style="text-align: center;"><u>Compétences personnelles</u></p>	<p style="text-align: center;"><u>Compétences individuelles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Invalidation sociale. ·Rupture de la plupart des liens (sociaux, familiaux, professionnels, sentimentaux...). ·Absence, sidération ou débordement des compétences et habiletés psychosociales. ·Barrière de la langue, difficultés culturelles. ·Carences éducatives, faible niveau scolaire, ... 	

³² Promotion Santé Suisse. <https://promotionsante.ch/public-health/bases-de-la-promotion-de-la-sante-et-de-la-prevention/impact/categorisation-des-resultats.html>

Les déterminants sont liés principalement aux facteurs suivants :

- sous-estimation des troubles des personnes les plus démunies ;
- prises en charge mal conduites ou inadaptées aux patients ;
- discontinuité entre intervenants de santé et travailleurs sociaux ;
- manque ou insuffisance de moyens de certains dispositifs (équipes mobiles psy-précarité, PASS de psychiatrie, ensemble des structures d'aval à une hospitalisation) ;
- accessibilité insuffisante des CMP ;
- besoins de formation des équipes ;
- besoins de formation des travailleurs sociaux ;
- besoin de supervision des équipes socio-éducatives ;
- invalidation sociale des personnes concernées ;
- barrière de la langue, difficultés culturelles.



Public visé

Le public visé ici est celui des personnes en errance ou prises en charge dans les structures d'accueil et d'hébergement. La prévention est donc à envisager avant tout comme une prévention secondaire : repérage et diagnostic des troubles, repérage des risques de situations de crise, et comme une prévention tertiaire avec un important travail à développer ici sur les ressources et les compétences des personnes concernées et leur réinsertion sociale. Le nombre de personnes sans domicile était évalué à au moins 141 500 personnes en France métropolitaine en 2012³³ (en augmentation de près de 50% par rapport à 2001).

Les seules données récentes disponibles pour la région Paca portent sur la ville de Marseille³⁴ : 12 648 personnes, dont 580 mineurs se sont retrouvées à un moment donné dans la situation d'être « sans-abri » à Marseille pendant l'année 2011, en ayant recours à une structure d'accueil à bas seuil d'exigence pour personnes sans-abri.

Pour adapter les interventions nécessaires, au-delà des réflexions sur la causalité, il est possible d'individualiser différentes situations correspondant d'une part, à des troubles mentaux caractérisés et, d'autre part à la souffrance psychique³⁵ :

³³ Source INSEE INED : Enquête sans domicile 2012 (enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas) https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/23198/version.imprimable.sans.domicile.france.fr.pdf

³⁴ Bazus C., Daguzan A. sous la direction de Roland Sambuc *Projet « Accès aux soins des personnes sans-abri à Marseille » Evaluation quantitative du nombre de personnes sans-abri sur Marseille en 2011.* 97 p.

³⁵ Les éléments figurant dans le tableau ci-après sont repris de Parquet P.J. op. cit. pp 17-24



Troubles mentaux caractérisés antérieurs	-psychose -pathologies de la personnalité -troubles de la conduite et des comportements -pathologies addictives Nb importance des déficits intellectuels.	Pathologies mentales antérieurement identifiées	- pec mal initiée, mal conduites, inadaptées aux patients - soins arrêtés par le patient Nb : l'importance de l'invalidation sociale entraînée par les troubles mentaux n'est pas toujours perçue	Objectifs - analyser histoire du projet thérapeutique, - apprécier sa pertinence, renouer avec le soin. Rôle de l'équipe sociale : - réduire impact précarité et exclusion en ce qu'elles gênent projet thérapeutique, - aider équipe de santé mentale à adapter leur mode de pec
		Pathologies mentales pas antérieurement identifiées	Pauvreté précarité exclusion sont les conséquences des désavantages... produits par les troubles psychopathologiques.	Objectifs - reconnaître les troubles mentaux derrière le masque de l'exclusion et de la précarité - construire un projet thérapeutique soutenu par l'ensemble des acteurs après l'avoir organisé ensemble - réduire les empêchements au projet thérapeutique par des mesures ayant trait soit à la santé mentale soit à l'exclusion
Troubles mentaux induits par l'exclusion et la précarité	Etats psychotiques rarement induits par précarité. Sont concernés sinon ~tous types de troubles mentaux avec des aspects cliniques particuliers : comportements antisociaux et hétéro-agressifs, comportements auto-agressifs, conduites addictives, importance des états dépressifs.		Les troubles affectifs et les états dépressifs sont globalement sous-estimés et rarement pris en charge	Objectifs - identifier ces troubles mentaux. - agir conjointement dans les champs santé mentale et social. - identifier dispositif pec le plus approprié. - poser objectifs, compétences et missions de chacun. - point régulier en interdisciplinarité dans cadre "analyse des pratiques".
Souffrance psychique	<u>Description :</u> C'est l'ensemble des manifestations qui conduit au diagnostic, le degré d'invalidation sociale représente le meilleur critère.		Facteurs de vulnérabilité apparaissant dès la première enfance ; c'est très à distance que la prévention de la souffrance psychique est à mettre en place.	Si souffrance psychique est le débordement des mécanismes d'adaptation et de défense, il faut : - analyser compétences antérieures et aider à les réactiver. - alléger difficultés existentielles. - assurer soutien et accompagnement adéquats, personnalisés inscrits dans la durée. - créer relation d'aide non invasive. - restaurer les affiliations et le lien social.
	<u>Explication :</u> Souffrance psy. Survient lorsque les mécanismes d'adaptation et de défense du sujet sont dépassés, lorsque les habiletés sociales du sujet sont mises à mal. Fragilisation du sujet par des antécédents de situations traumatiques antérieures semblant avoir été surmontées.		Facteurs de protection : correspondent à compétences antérieurement présentes ; ils doivent être réactivés.	- si souffrance psychique perçue comme résultat du mode de vie lié à l'exclusion et la précarité : - mettre en œuvre mesures et aides socio-économiques visant à alléger et à réduire exclusion et précarité ; poursuivre par une prise en charge de la trace douloureuse de cette période. - si combinaison des deux : nécessité d'une aide permanente.

S'agissant de la prévention primaire de la souffrance psychique, il apparaît que les actions à mener doivent s'appuyer sur un ensemble d'actions concertées dont la plupart se situent en dehors du PRAPS. Un axe de travail à développer dans le PRS pourrait concerner les enfants³⁶ et les adolescents en concertation entre différents programmes.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES ET INTERMÉDIAIRES

L'existant

Le PRAPS IV comportait plusieurs objectifs portant sur la santé mentale.

OBJECTIF 1 : Développer les compétences des professionnels.

OBJECTIF 2 : Améliorer la prise en charge ambulatoire et hospitalière dans le cadre du parcours de soins.

OBJECTIF 3 : Favoriser le travail en réseau santé précarité.

OBJECTIF 4 : Agir au plus près des publics.

OBJECTIF 1 : DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS

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

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

OBJECTIF 2 : AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE ET HOSPITALIÈRE DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS

Inscrire la politique de lutte contre la précarité dans le projet d'établissement des établissements de santé : les établissements veilleront en particulier à définir des protocoles d'accueil et de prise en charge et de continuité des soins, en sortie d'hospitalisation pour les malades en situation sociale difficile (personnes sans domicile, bénéficiaires de la CMU-C).

Favoriser l'accès aux soins psychiatriques et favoriser la continuité des soins en priorité, pour les personnes «sans chez-soi», et les demandeurs d'asile (victimes de stress post traumatiques).

Redonner au Centre Médico-Psychologique (CMP) sa vocation de structure pivot, point d'entrée du soin psychiatrique. Renforcer le lien avec les professionnels de santé libéraux. Veiller à ce que les équipes mobiles interviennent au plus près du patient, dans son milieu de vie (domicile, rue, CHRS....) ce qui permet d'éviter l'hospitalisation (lien avec le SROS Psychiatrie).

OBJECTIF 3 : FAVORISER LE TRAVAIL EN RÉSEAU SANTÉ PRÉCARITÉ

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

Soutenir des initiatives visant à renforcer le lien santé social.

³⁶ "Les mécanismes de défense et d'adaptation se mettent en place lors du développement de la personnalité. C'est dans les failles de cette construction de la personnalité depuis la première enfance que s'inscrit la plus grande probabilité de survenue de la souffrance psychique. C'est sur cette constatation que des politiques de prévention très à distance peuvent être mises en place". in Parquet P.J. op. cit. pp 20

OBJECTIF 4 : AGIR AU PLUS PRES DES PUBLICS

Aller au-devant des populations les plus éloignées en s'assurant d'une répartition équilibrée sur les territoires des EMPP et en entendant leur mission au volet somatique.

Agir dans les lieux d'accueil des populations cibles (PASS, CSAPA, CAARUD, CHRS, LHSS, Foyers de travailleurs migrants, centres de santé, squats, rue, associations...).

Le tableau en annexe présente par département les principales actions financées sur ce thème par le PRAPS en 2014/2015.

Ces actions correspondent aux types suivants :

- Equipes mobiles ou participation à des dispositifs allant vers les publics : 6 actions (06, 13, 83 et 84).
- Réseaux santé précarité ou coordinations visant la santé mentale : 6 actions (13, 83 et 84).
- Lieux d'écoute, d'orientation et d'accompagnement : 11 actions (06, 13, 83 et 84). Ces actions peuvent aussi viser la restauration de l'estime de soi ; elles sont d'un grand intérêt dans la mesure où elles sont menées dans une démarche d'ensemble visant à favoriser plus globalement l'accès aux droits et aux soins et où elles s'articulent avec les autres dispositifs locaux (sanitaires et/ou sociaux).
- Actions spécifiques en direction des migrants et des demandeurs d'asile : 3 actions (04, 05, 13).
- Actions spécifiques en direction des détenus : 3 actions (05, 06, 83).
- Formations : 2 actions (13).

Le PRAPS intervient en visant à créer les conditions d'un travail en partenariat ou, selon les territoires, d'un réel travail en réseau et en soutenant le travail visant à aller au-devant des publics concernés là où ils se trouvent et à accompagner ces publics vers les prises en charge appropriées, à partir d'un premier temps d'écoute.

Les dispositifs spécifiques existants

Les PASS de psychiatrie

Elles ont été mises en place depuis 2010. Elles prennent en charge les personnes en situation de précarité, sans couverture maladie ou dans l'incapacité de faire valoir leurs droits, présentant des troubles somatiques et rencontrant des difficultés d'accès aux soins du fait de souffrances psychologiques ou psychiatriques.

Elle propose des consultations de médecine générale, entretiens infirmiers et sociaux.

Notre région comporte quatre PASS de psychiatrie.

FA PASS Psy	2012	2013	2014	2015
CH Buech Durance	305	314	347	411
CH Montperrin	73	85	109	131
CH Edouard Toulouse	66	97	129	151
PASS Psy CHITS	189	NC	406	397
Total	633	496	991	1090

Les PASS psy des CH Edouard Toulouse et Montperrin ont un mode de fonctionnement conforme au cahier des charges (cf. annexe 1 de la circulaire du 29 mai 2009).

La PASS psy du CHITS fonctionne plus comme une PASS sociale en psychiatrie, sans temps de médecin généraliste.

La PASS du Centre Hospitalier Buech Durance préexistait à l'appel à projets 2009.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité

Notre région compte plusieurs EMPP : Marseille (2), Aix-en-Provence, Martigues, Toulon La Seyne, Cannes/Grasse et Nice.

Les mesures envisagées dans le cadre du PRAPS V visent logiquement à améliorer l'accès à la prise en charge de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques. Six aspects sont en particulier proposés :

- le soutien au développement des actions visant à aller au-devant des publics y compris dans la rue ;
- le développement de projets thérapeutiques prenant en compte la composante sociale de la situation des personnes dans le cadre d'un travail pluri-partenarial ;
- l'appui aux équipes sociales ;
- l'accompagnement des personnes et la prise en compte de leurs spécificités culturelles ;
- l'objectif de restauration ou au moins d'amélioration des compétences sociales des personnes concernées ;
- le développement des approches s'appuyant sur le concept de rétablissement en santé mentale.

La plupart des mesures proposées repose sur l'engagement des structures prenant en charge les personnes les plus démunies.

Numéro demande ARS	Nom demandeur	Programme	Objectifs Opérationnels	Dépt Ou Région	Intitulé du projet
20140028	OSIRIS	PRAPS	4.2 et 4.2.3.2	04, 13	Soutien thérapeutique aux victimes de torture et de répression politique
20140038	France Terre d'Asile	PRAPS	5.1.1, 5.4 et 5.5	05	Accompagner les demandeurs d'asile dans leurs démarches d'accès aux soins et aux droits (GAP)
20140042	CODES 05	PRAPS	5.5	05	Ateliers santé en milieu carcéral
20140026	Mutualité française PACA - SSAM	PRAPS	4.2.3.2	06	Souffrance psychique et précarité
20140040	ALFAMIF	PRAPS	4.2.3.2 et 5.4	06	Antenne d'écoute et de suivis psychologiques
20150332	Association Hospitalière Sainte Marie	PRAPS	5.4	06	Préparation à la sortie des détenus ayant des problèmes d'addiction et/ des troubles du comportement
20140030	Maison de la jeune fille - Centre Jane Pannier	PRAPS	4.1, 4.2, 5.2, 5.4, 5.5 et 5.6	13	intervention d'une infirmière, d'une psychologue et l'animation d'ateliers interactifs
20140062	EFI	PRAPS	4.2.3.2 et 4.2.3.4	13	Réseau de proximité "souffrance psychique et précarité" Aubagne
20140063	Fondation Saint Jean de Dieu CHRS Forbin	PRAPS	4.1, 4.2, 4.2.3.4 et 5.1.2	13	Plateforme d'accès aux soins et de continuité du soin pour les personnes sans chez-soi
20140064	IFAC PROVENCE	PRAPS	4A	13	Point Ecoute Santé PRAPS
20140176	Croix-Rouge Française	PRAPS		13	Affiliation et réaffiliation avec les soins psychiatriques
20150185	IMAJE Santé	PRAPS	3.2.3	13	Consultations transculturelles, sensibilisation et formation à l'approche transculturelle
20140327	CH Valvert	PRAPS	4.2.3.2 et 4.2.3.4	13	Coordination de l'accès à la psychiatrie ambulatoire des personnes sans chez-soi
20140341	SARA GHU	PRAPS	2.2, 4.1.1 et 5.1.1	13	Equipe mobile médicalisée auprès des sans domicile fixe en refus d'hébergement
20140352	CCAS de Tarascon	PRAPS	5.1	13	Intervention d'un psychologue afin de lever les freins à l'emploi des personnes en souffrance psychique
20140393	APORS	PRAPS	3.2.3	13	" Du psychique au concret..." Cycle de sensibilisation et d'information "souffrance psychique et précarité"
20140400	ATOL	PRAPS	5.1	13	Mise en place de permanences régulières, sur différents lieux du territoire dans lesquels interviennent les partenaires de l'insertion, d'une professionnelle psychologue, au service des personnes démunies, en fragilité psychologique, dans le cadre de leur accompagnement
20140035	AXIS	PRAPS	4.1.2	83	Groupes de paroles en milieu carcéral
20140041	Les amis de Paola	PRAPS	5.1.1, 5.1.2 et 5.4	83	Prendre en charge les personnes en souffrance psychique ou souffrant de troubles psychiatriques
20140184	PROMO SOINS TOULON	PRAPS	3.2.3, 4.1, 4.2.3.2 et 4.2.3.4	83	Interface psychiatrique Siloe
20140185	PROMO SOINS TOULON	PRAPS	4.1.1, 4.2.3.2, 5.1.1, 5.1, 5.2, 5.4 et 5.5	83	Action médico-sociale : espace Mirabeau
20140065	HAS (Habitat Alternatif Social)	PRAPS	5.1	84	Accroche aux soins et continuité des soins
20140066	HAS	PRAPS	4.2.3.4	84	Equipe Mobile Santé/ Social
20140177	CH Montfavet	PRAPS	4.2.3.4	84	Développement de l'action de l'équipe "Santé précarité"
20140381	Croix-Rouge Française	PRAPS	5.4	84	Groupe de parole

ANNEXE 3 : SUICIDE EN PRISON

Données chiffrées

Au niveau de la France entière, le nombre de suicide de personnes écrouées est passé de 102 en 2009 à 89 en 2016 après une tendance à la baisse jusqu'en 2014 puis une forte hausse en 2015. La grande majorité des suicides a lieu en détention pour des personnes écrouées hébergées.

Le bilan s'inscrit dans un contexte d'augmentation progressive de la population moyenne écrouée au cours de la période de référence puisque celle-ci est passée de 67412 en 2009 à 79048 en 2016.

En région Paca, le nombre de suicides est passé de 11 à 13 entre 2009 et 2016 avec un pic à 20 suicides en 2015.

L'année 2015 a été marquée par une recrudescence du nombre de suicides en détention dans notre région : 20 personnes se sont donné la mort portant le taux de suicide en détention à 25,3 pour 10 000 détenus soit une augmentation très importante par rapport à l'année 2014 (11,2 pour 10 000 détenus) mais également par comparaison au niveau national (14,75 pour 100 000).

Le taux de suicide en détention a fluctué depuis le milieu du XIX siècle selon l'INED avec le taux le plus faible observé en 1946 (1,4 suicide pour 10 000 personnes écrouées) et le taux le plus élevé observé en 1996 (26 suicides pour 10 000). Avec le taux de 25,3 en 2015, la région Paca se rapproche donc du taux le plus élevé jamais observé et ce malgré le plan de prévention du suicide en détention mis en œuvre par l'administration pénitentiaire et le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 qui comprenait un volet pour le milieu carcéral.

Données chiffrées sur les suicides en détention (données ministère de la Justice et DISP)

	2013	2014	2015
FR entière – Nombre de suicides en détention*	97	94	113
Nombre de détenus** écroués au 1 ^{er} janvier de l'année en cours	75193	66270	76601
Taux/10 000	12,9	14	14,75
Paca – Nombre de suicides en détention*	12	9	20
Nombre de détenus écroués au 1 ^{er} janvier de l'année en cours	8815	8011	7901
Taux/10 000	13,6	11,2	25,3

* Les suicides comptabilisés sous "passage à l'acte en détention" correspondent à l'addition des deux colonnes suivantes: total des suicides avec décès en détention + total des suicides avec décès en l'hôpital suite à un passage à l'acte en détention. Lors du passage à l'acte, le détenu était placé sous la garde effective de l'administration pénitentiaire, car sous écrou et hébergé. Les données chiffrées ont été fournies par la DISP

** Nombre de détenus – données chiffrées du ministère de la Justice – Par souci de simplification la population carcérale au 1^{er} janvier de l'année n a été considérée comme équivalente à celle du 31 décembre de l'année n-1 et est prise comme donnée de référence en tant que dénominateur dans le calcul du taux.

Données qualitatives

Le lieu privilégié de passage à l'acte suicidaire est la cellule, il représente en 2016, 54% des suicides. Dans 18% des situations, la personne détenue était doublée et dans 38% de ces cas, le codétenu était absent. Ainsi, même doublée en cellule, la personne détenue en souffrance profite des absences de son codétenu pour passer à l'acte. Dans les autres cas où il est doublé, il passe à l'acte essentiellement la nuit lorsque le codétenu dort.

D'autres lieux demeurent sensibles comme le quartier disciplinaire ou le quartier arrivants, avec respectivement 15 et 12 décès par suicide recensés. En 2016, on note une augmentation du nombre de suicide au QI (8) par rapport à l'année 2015 (3) sur la période de référence. Cette année un décès par suicide est survenu au sein d'un atelier.

Environ 54% des suicides en détention surviennent en cellule et 43% des décès ont lieu dans des quartiers sensibles (arrivants, disciplinaire, isolement, SMPR).

17% des passages à l'acte se sont produits à moins ou à 10 jours de l'incarcération à l'établissement, 22% et 36% respectivement à 30 et 90 jours.

Les maisons et quartiers d'arrêt sont les types d'établissement les plus touchés.

L'âge moyen de décès est de 36 ans. 17 personnes de moins de 25 ans se sont tout de même donné la mort. La proportion d'hommes est de 95%.

Pour faire face à cette situation, la direction interrégionale des services pénitentiaires a mis en place un comité de pilotage interrégional pour la prévention en milieu carcéral qui associe l'ARS et le SMPR des Baumettes.

Afin de contribuer aux actions régionales de prévention, l'ARS mène un certain nombre d'actions :

- l'ARS a lancé une enquête un jour donné afin d'évaluer le nombre de personnes formées à la prévention du suicide (formation dite «Terra») au sein des unités sanitaires. Cette enquête a révélé que seulement un tiers des personnels de santé étaient formés à la prévention du suicide ;
- l'ARS a renforcé son implication dans les débriefings individuels organisés par la DISP autour des cas de suicides, débriefings auxquels elle est représentée et demande à ce qu'un membre de l'équipe de soins soit présent systématiquement à ces débriefings, leur connaissance de la personne détenue et des conditions de sa prise en charge sanitaire étant irremplaçables.

Par ailleurs, les unités sanitaires sont sollicitées dans leurs domaines de compétence pour :

- la coordination de tous les acteurs et les modalités d'échange d'informations dans le respect du secret médical qui ont une importance cruciale en matière de prévention. L'objectif pour l'unité sanitaire est de transmettre, en toute confiance, des informations utiles sur le risque que présente une personne détenue pour elle-même ou pour autrui. Ces informations peuvent être transmises lors de la participation en commission pluridisciplinaire unique (CPU) ou en dehors de la CPU, si la qualité de la prise en charge de la personne détenue n'en est pas affectée. Les personnels de santé sont en mesure d'identifier ce qui peut et doit être communiqué dans le respect du secret médical.
- la mise en place d'une formalisation avec la direction de l'établissement pénitentiaire du dispositif d'annonce auprès de la famille de la personne qui s'est suicidée en précisant quelle place est réservée aux soignants qui l'ont pris en charge.
- l'organisation, après chaque suicide, d'une séance de supervision des équipes afin de limiter les risques psychosociaux fréquents autour de ce type d'événement.

ANNEXE 4 : BILAN ET ANALYSE DU FONCTIONNEMENT DES PASS

Ce document a pour objet la présentation, par grands thèmes, des freins rencontrés dans l'exercice de la mission PASS en secteur Paca et des pistes d'amélioration (non exhaustives) qui pourraient être proposées³⁷.

Fonctionnement et organisation des PASS

Visibilité générale des PASS

Un annuaire des référents des PASS de Paca a été réalisé par les coordinations régionales. Cet annuaire est actuellement sous format d'un tableau Excel, il montre la nécessité de renforcer les postes de référents médicaux au sein des PASS.

Au sein des établissements porteurs de PASS, la signalétique s'est globalement améliorée mais doit encore être facilitée.

L'accueil des personnes précaires, leur repérage et leur orientation notamment au niveau des bureaux des entrées des hôpitaux et des services des urgences est cependant à renforcer.

Ces éléments doivent être mis en œuvre en tenant compte du portage et de l'articulation de la mission PASS en intra et extra hospitalier (cf. chapitre ci-dessous).

Pistes d'amélioration

- Signalétique et accessibilité interne à améliorer,
- Mise en service d'un site internet PASS Paca avec accès à l'annuaire des référents des PASS de Paca,
- Harmonisation des procédures de repérage et d'orientation vers les PASS³⁸,
- Partage d'un logo unique.

Inclusion PASS et comptabilisation de la «File active»

Les profils des patients ayant recours aux PASS varient selon les sites. L'inclusion des patients dans la file active «PASS» dépend en effet des territoires, des spécificités de la précarité des populations, des réponses apportées par les acteurs institutionnels et associatifs locaux mais également du niveau d'activité de la PASS.

Le mode de comptabilité de la «file active» est un enjeu essentiel pour les PASS car il conditionne en partie les financements alloués. Des précisions sur l'inclusion des patients sont fréquemment demandées par les acteurs des PASS et leurs partenaires. L'inclusion des patients hospitalisés est parfois avancée sur certains sites, cette pratique fait débat entre les acteurs.

On peut, par ailleurs, mettre en évidence les points suivants :

- certaines PASS déplorent ne pas être dotées des financements attendus au regard de leur FA (cf. éléments de la circulaire).
- La saturation de certaines cellules PASS ne permettent pas ou difficilement d'accueillir de manière fluide et rapide les nouveaux patients (notamment pour les PASS de Marseille et de Gap).
- le temps de coordination, de mobilisation multidisciplinaire autour d'un patient est difficile à valoriser. Les personnes accueillies en PASS présentent des situations de vie de plus en plus complexes. Le travail de coordination du réseau interne et externe est essentiel pour répondre convenablement aux problématiques et besoins de soins des personnes précaires.

³⁷ Document présentant les freins repérés et les pistes d'amélioration imaginées pour l'exercice de la mission PASS. Réalisé grâce aux témoignages que nous avons pu recueillir auprès des professionnels des PASS de PACA et a bénéficié de modifications/ajouts au cours du mois écoulé.
Document généraliste ne tient donc pas compte des spécificités et/ou particularités (PASS Psy, PASS ME notamment).
Rédaction : Dr Tardieu Pierre-Marie et Muriel Schwartz, coordinateurs PASS PACA

Pistes d'amélioration

- Précisions à effectuer sur l'inclusion des patients PASS, rappel des éléments de référence³⁹.
- Déploiement d'un support informatisé commun renseignant de l'activité des PASS de Paca dont les indicateurs sont collectivement définis («Terminal PASS⁴⁰» ORU Paca).
- Développement du temps consacré au travail en réseau interne et externe.

Portage et articulation de la mission PASS

L'exercice de la mission PASS repose nécessairement sur les éléments suivants :

- une prise en charge hospitalière multi/transdisciplinaire articulée.

Les témoignages des professionnels des PASS dans la synergie des interventions médico-sociales mettent en évidence les difficultés suivantes :

- Référence médicale PASS : quelque fois absente, parfois floue ou encore peu disponible (particulièrement pour les PASS dites «transversales») et, dès lors qu'elle est établie, elle est souvent insuffisante et/ou non valorisée financièrement.
- Manque de moyens (humains et financiers) : Les PASS à forte file active atteignent un niveau de saturation qui les contraignent de différer les rendez-vous de première évaluation médico-sociale.

Les PASS disposent d'un quota de personnel qui ne permet pas toujours d'assurer une continuité de service (dès lors de l'absence des professionnels pour réunion, formation, maladie, maternité).

Par ailleurs, dès lors que le personnel est partagé entre plusieurs postes la mission PASS peine à être mise en œuvre.

- Orientations parfois inadaptées : Ces éléments traduisent de la méconnaissance par les soignants et les médecins des publics précaires et d'un besoin de formation dans ce sens, pour exemple : il arrive que des patients soient adressés vers les services sociaux PASS pour une prise en charge sociale sans considération du besoin de soins.

Un parcours de soins intra hospitalier organisé qui implique :

- Repérage, orientation :

Les patients adressés à la PASS sont souvent repérés et adressés par les services d'urgence, les bureaux des entrées de l'hôpital porteur. Cet accueil, ce repérage et l'articulation de ces services avec la PASS sont centraux et doivent être améliorés par la mise en place de procédures internes. Les freins rencontrés sur ce point sont un turn-over important des agents des Bureaux des Entrées, des cadres de santé des services, des internes, frilosité à aborder et accompagner les personnes vulnérables au sein de l'hôpital par manque de «savoir-faire», une méconnaissance des indicateurs de précarité permettant le repérage,...).

- Parcours et suivi médical :

L'amélioration du parcours de soins des patients précaires par la mise en place d'un suivi médical régulier, indépendant du service des urgences, qui apparait être le modèle le plus adapté pour répondre aux besoins de soins des patients PASS. Mais cela implique un important travail de communication et de coopération, chronophage en temps, auprès de tous les autres services hospitaliers.

Le parcours de soins organisé nécessite par ailleurs un portage institutionnel qui passe par un travail coopératif entre les équipes de terrain et celles des Directions. Ce travail doit permettre de formaliser

⁴⁰ Cf. Partie consacrée TPASS

les liens par l'écriture et la validation de protocoles internes jusqu'à l'établissement d'un projet de service PASS articulé avec l'ensemble des services internes.

- Une articulation ville/hôpital de la prise en charge médico-sociale.

Les PASS sont un des acteurs de la prise en charge des personnes démunies dont le travail doit impérativement être articulé avec l'ensemble des partenaires œuvrant dans le champ concerné. Des liens réguliers et formalisés doivent être poursuivis avec les réseaux de ville santé-précarité, les institutions CPAM, CD, CCAS, associations locales.

Les points de faiblesse repérés dans ce domaine sont :

- La diminution de l'offre associative/caritative, par des problématiques de financement, a des répercussions sur les missions des PASS (sur Nice notamment).
- Malgré la densité générale de l'offre de soins de médecine générale sur le territoire, le relais vers le droit commun est pointé comme difficile par les professionnels des PASS notamment en secteur rural, spécifiquement pour les personnes ne maîtrisant pas la langue française et plus largement pour les personnes en situation de précarité. En effet, une fois l'ouverture des droits obtenue, certains patients rencontrent en effet de réels problèmes pour s'inscrire dans un parcours de santé de droit commun et retournent à la PASS pour leur suivi social et médical. Ce travail de communication et de coopération avec la médecine libérale de Ville est très chronophage pour les équipes PASS. L'organisation de la réintégration du «patient en situation de précarité» dans un «parcours de soins classique «Ville-Hôpital» avec un médecin généraliste «réfèrent» de Ville demeure très complexe.

Pistes d'amélioration

- Asseoir la référence médicale des PASS, en dédiant et ou augmentant le temps médical PASS pour permettre une PEC médicale effective et une coordination des parcours des patients PASS en intra et extrahospitalier.
- Améliorer la signalétique dans les hôpitaux.
- Améliorer l'accueil, le repérage et l'orientation des patients précaires notamment au niveau des bureaux des entrées des hôpitaux et des services des urgences par la mise en place de protocole.
- Actions de sensibilisation, formation des agents hospitaliers sur les personnes démunies avec le soutien de partenaires extérieurs (FAS, COMEDE, Equipes de rue, secteur addictologie, psychiatrie...).
- Former les professionnels médicaux et paramédicaux sur les inégalités sociales de santé et les problématiques d'accès aux soins dans le cadre des formations initiales et continues.
- Organisation régulière de comités de pilotage internes avec rédaction d'un projet de service PASS et de comités de pilotage externes avec participation des usagers.
- Favoriser la mobilité des PASS et développer des actions «hors les murs».
- Apporter des solutions d'interprétariat pour les professionnels libéraux de ville.

Les risques psycho-sociaux des professionnels des PASS

Les professionnels des PASS témoignent de certaines difficultés pour mener à bien leur travail :

- augmentation des FA et des situations complexes de précarité sans moyens supplémentaires : la limite du nombre de personnes accueillies par jour et par professionnels pour assurer un accueil de qualité et limiter les risques psycho-sociaux se pose. Le manque d'effectif en regard des besoins sont très fréquemment vécus (impossibilité à assurer une continuité de service).

- manque de temps pour assurer l'accompagnement et la coordination des parcours assurant l'efficacité de l'action/développement de tâches chronophages/absence de suivis sociaux (hors PASS) pour certaines catégories de population.
- manque de soutien/clarté dans les objectifs PASS : pas/peu de COPIL, pas/peu de projet de service, peu de disponibilité/d'investissement des directions sur le projet PASS.
- des situations complexes ou de blocage quotidien nécessitant des négociations permanentes dans divers champs : accès aux soins, aux produits de santé, résolution d'ouverture de droits, résorption de factures hospitalières.
- des injonctions paradoxales fortes : accès aux soins mais contraintes budgétaires
- une évolution des métiers : augmentation des tâches administratives et de communication avec une perte de sens notamment pour le travail social hospitalier qui est impacté par un fort taux de turn-over et désormais une très faible attractivité pour ces postes d'ASE (difficulté importante de recrutement) mais également pour les autres postes PASS (médecins, IDE).

Pistes d'amélioration

- Valoriser le travail des professionnels des PASS.
- Augmenter les effectifs des professionnels des PASS.
- Renforcer l'écoute et l'accompagnement des équipes notamment par des référents institutionnels disponibles pour chaque PASS (intra hospitaliers et ARS).
- Développer les groupes d'analyse de pratiques et des supervisions d'équipes.

L'évaluation

- L'outil «TPASS» :

A la demande de l'ARS, les coordinateurs assurent avec l'ORU Paca le suivi du projet de déploiement d'un outil informatique appelé «Terminal PASS». Son expérimentation sera engagée en 2017 pour être opérationnel fin 2017.

Les objectifs poursuivis pour la création de cet outil sont de :

- Disposer d'un dossier permettant le suivi des patients en Paca.
- Permettre une extraction des données statistiques de l'activité PASS.

Dans le but de :

- Faciliter le travail des professionnels des PASS au bénéfice des publics en situation de précarité et de l'organisation de l'établissement porteur.
- Construire un rapport d'activité harmonisé en Paca.
- Disposer d'un outil de veille sur les besoins des publics vulnérables. Notamment sur le dépistage et la prise en charge pluridisciplinaire des «femmes victimes de violences».

La matrice de cet outil a été construite grâce aux travaux antérieurs réalisés par les acteurs des PASS (fiche patient) et à partir de la fusion des bases informatiques existantes sur Nice et Marseille. Elle a déjà été remodelée à plusieurs reprises à la suite des travaux des groupes des PASS du Var, du Vaucluse, des Hautes-Alpes, des Alpes de Hautes-Provence, des Bouches-d- Rhône.

L'accès au logiciel et à ses données sera propre à chaque établissement.

Le partage d'informations sera possible entre différents intervenants référencés par le ROR au moyen d'une gestion des droits et d'autorisation de partage spécifique.

Freins majeurs évoqués pour l'usage de cet outil

- Manque de temps pour renseigner la matrice du fait d'un manque d'effectif, d'une absence de temps de secrétariat PASS dans la plupart des PASS et, du fait de l'existence d'autres supports (DPI,...) qui implique une double saisie de dossier pour un seul patient.
- Des critères pour l'inclusion des «patients PASS» qui ne sont pas toujours clairs pour les participants.

- Un besoin de formation à l'outil à prévoir.
 - Création d'une modélisation de référence pour les PASS tenant compte de leur profil, de leurs effectifs, du territoire, de leur volume d'activité,...
 - Patients traceurs :

La méthode dite du «patient traceur» pourrait être utilisée en complément des évaluations réalisées (RA et analyse qualitative des données).

Modalités de prise en charge des patients

Besoins des patients PASS - Points généraux

- La facturation directe des patients sans discernement de leur statut :

L'application de la règle de «non-facturation» d'un patient qui relève de la PASS n'est pas homogène. Or, ceci est délétère car contribue au renoncement aux soins.

L'article L6111-1-1 du CSP recodifié par la loi 26 janvier 2016 indique pourtant : *« Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. A cet effet, ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes ».*

L'extrait de la circulaire n°DHOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 indique également : *« offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels, il apparaît au moment de la réalisation des actes, qu'ils ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale ».*

Concrètement, si le patient ne dispose pas de protection sociale permettant la prise en charge des soins et qu'il ne peut pas honorer sa facture, plusieurs cas de figure se présentent :

- L'établissement hospitalier prend en charge automatiquement la dépense qui impacte le budget global, parfois le budget issu des MIG «précarité ou PASS». Il s'agit d'un cas qui apparaît conforme à la réglementation.
- Une facturation directe sans discernement du statut du patient est effectuée et les patients, les professionnels PASS, les partenaires accompagnant, sollicitent, au cas par cas, la direction des affaires financières ou la direction de la patientèle de l'établissement pour demander une exonération de ces factures inadéquates et insolvables.
- La facturation n'a pas été stoppée et reste à la charge du patient (non honorée elle est alors transmise au trésor public qui poursuit le patient), participant, la plupart du temps à abandonner les soins.
- La difficulté est encore plus grande pour certaines prises en charge de pathologies chroniques lourdes notamment pour les chimiothérapies ainsi que pour les soins techniques dentaires lourds mais également dans le cas où un patient PASS dispose uniquement de couverture de base sans complémentaire, dès lors que la DAF de l'établissement signale que l'enveloppe précarité ne couvre pas ces impayés. Le suivi du nombre de cas d'insolvabilité, l'évaluation du coût généré, l'optimisation organisationnelle est à engager pour objectiver ce problème et trouver des solutions adéquates au cas par cas dans l'attente de l'ouverture des droits (localisation et articulations de la PASS au sein de l'établissement avec services de soins service social et DAF,...).
- Accès aux droits :

La quasi-totalité des établissements porteurs de PASS est désormais conventionnée avec la CPAM.

Ces conventions ont pour but d'améliorer l'accès aux droits des publics précaires.

Le renfort des liens entre les professionnels des PASS et des CPAM est à poursuivre. L'expérience de la mise en place de projet «Prise en charge des AMU récurrentes» par convention avec la CPAM sur Nice est à évaluer et éventuellement développer.

Le traitement informatisé des demandes limiterait la perte de temps et la perte des documents.

Par ailleurs, et pour l'étude des dossiers les plus lourds dont un traitement collégial (CPAM-DAF-PASS-SSH) seraient fort souhaitables, des sessions type «comités techniques» ou «commissions cas complexes» seraient à envisager.

Dans le même sens, des ateliers de travail entre les professionnels des PASS et du COMEDE sur les situations de blocage seraient à engager.

Enfin, et sur le même modèle, des conventionnements avec la MSA et le RSI devraient être envisagées.

Accès aux produits de santé (cf. travaux de Mme Cornet, au titre de l'OMEDIT Paca)

L'étude portant sur l'accès aux produits de santé pour les patients sans droit actuellement commandée par l'ARS-OMEDIT dresse un état des lieux des obstacles, des points de ruptures et des écarts de pratiques actuelles.

Il en ressort que le coût généré au titre des dépenses en produits de santé par patient PASS est minime.

Nous retiendrons des axes majeurs de cette enquête la nécessité :

- de rappeler des obligations des établissements en matière de délivrance gratuite des traitements aux patients ambulatoires sans droits des PASS et notamment en sorties des urgences ou d'hospitalisations ;
- d'harmoniser les pratiques de dispensation pharmaceutique aux patients sans droits et de résoudre les problèmes d'accès à différents produits de santé dont les vaccins (PASS-ME) en harmonisant les pratiques : convention CD, budget de l'hôpital ;
- de préciser les organisations internes des établissements pour leurs modalités de dispensations et prises en charge financière des produits de santé, directement pour les PASS et en articulation avec elles lors des sorties des urgences et des services de soins ;
- renforcer le lien ville/hôpital (développement de partenariat avec les officines de ville par exemple).
- Accès à l'interprétariat. Plusieurs approches permettent de répondre aux besoins de traduction, on note :
 - le recours à un service d'interprétariat téléphonique (ISM) : privilégié à l'AP-HM mais considéré trop coûteux et parfois non utile par les autres PASS ;
 - le recours à un agent volontaire de l'hôpital : les limites repérées sont l'indisponibilité des professionnels mais également l'indisponibilité de locuteurs de certaines langues, le manque de professionnalisme (être interprète est un métier), le manque de valorisation de cette activité ;
 - le recours aux membres de la famille ou à des pairs : la disponibilité, la convivialité et la mise en confiance sont appréciés dans certains cas. Les limites repérées sont le manque de professionnalisme et le respect du secret professionnel et médical.

Le mode de financement de ces prestations est fréquemment posé et mériterait d'être clarifié (Budget global, MIG PASS, MIG précarité,...).

Les travaux concernant l'élaboration par l'HAS d'un référentiel des métiers médiation/interprétariat sont des apports instructifs à prendre en compte pour l'exercice de ces fonctions.

Des initiatives de soutien et d'accompagnement dans ce domaine, mis en œuvre par OSIRIS par exemple, sont à évaluer et suivre.

Le développement d'outils numérique d'aide à la traduction est à envisager (ajout de langue dans «TRADUCMED», utilisation «Google trad»,...).

L'interprétariat en médecine libérale doit être envisagé pour permettre aux patients des PASS de ne pas être suivi de manière prolongée en PASS du fait d'un besoin unique de recours à un interprète.

L'importance de la professionnalisation des interprètes doit être considérée comme le seul moyen d'assurer une traduction fiable, de qualité dans le respect du secret médical.

Accès aux soins dentaires

Les patients usagers des PASS peinent à bénéficier de soins dentaires ou sont parfois complètement exclus du système de soins.

Le développement des consultations dentaires PASS (intra et extrahospitalier) est un des moyens pour apporter une réponse à cette situation.

Il serait intéressant que les acteurs des PASS croisent leurs expériences et les solutions qu'ils ont pu construire, le travail visant à l'amélioration de l'accès aux soins dentaires devrait être associé avec des représentants des dentistes libéraux.

La non-effectivité des soins, le renoncement aux soins, la représentation des usagers

La représentation des usagers est dans la plupart des cas inexistante.

L'ouverture des COPIL externes des PASS aux usagers et à leurs représentants (CCRPA) est à envisager.

La déconstruction des représentations négatives des personnes en situation de précarité est à développer auprès des professionnels de santé intra et extra hospitaliers (soutien formation de la FAS ex FNARS à étudier).

Des solutions pour résoudre les factures irrécouvrables des patients doivent être engagées collectivement (équipe sociale, équipe PASS, DAF, CPAM).

Le conventionnement des PASS avec les CPAM dans le cadre de la PFIDASS est à développer et poursuivre.

Focus sur les besoins des patients – Points spécifiques

- La PEC et la coordination des parcours santé des migrants (cf. note spécifique sur ce sujet) avec un point de vigilance particulière à envisager pour les MNA.
- La PEC et la coordination des parcours santé des détenus (Cf. Travaux de Marie-Pierre AGUILARD).
- Les patients en souffrance psychique.
 - Renfort des liens PASS/EMPP.
- Renfort des liens avec professionnels psy.
- Développer le nombre et les moyens des PASS PSY.
- Le recours aux IVG : harmonisation des modalités d'accès à envisager et lien avec le numéro vert régional à réaliser.
- Sorties d'hospitalisations : Renfort du rôle «passerelle» des PASS, entre l'hôpital, l'ambulatoire et la médecine de ville : point à développer notamment avec la mobilisation de nouveaux moyens en prévoyant par exemple l'accompagnement physique des sortants d'hospitalisation.

ANNEXE 5 : ACCÈS AUX PRODUITS DE SANTÉ DES PERSONNES PRÉCAIRES (OMEDIT)

Accès aux produits de santé, une étude pilote en région Paca - État des lieux pour les personnes précaires en situation d'exclusion sociale ne disposant pas de droits effectifs à une protection maladie

Le développement d'une politique de santé publique passe par la possibilité d'accéder facilement aux soins et aux traitements par produits de santé.

Certaines pratiques peuvent constituer un obstacle à la réalisation de cet objectif et conduire à des situations d'absence de soins et/ou d'accès aux traitements.

Objectifs de l'étude

Identifier les points de rupture de parcours de santé pour l'accès aux traitements du public précaire sans droits à protection maladie défini par le PRAPS : 1^e accès et continuité des traitements.

Explorer la problématique au regard des différents niveaux d'interventions dans cet accès : pour le niveau institutionnel, les structures en charge de la dispensation des produits de santé (PUI DAF) ; pour le niveau de terrain, les services sanitaires et sociaux de prise en charge primaire de ce public,

Urgences (SAU), CMP – EMPP pour la psychiatrie ambulatoire, PASS pour l'approche de médecine générale ambulatoire ; recherche de l'expression des travailleurs sociaux et/ou sanitaires des structures d'accueil social et médicosocial de «bas seuil d'exigence» représentant le niveau des usagers.

Périmètre de l'étude : 5 territoires Marseille, Nice, Toulon La Seyne, Martigues, Avignon, définis au regard de 2 critères de pauvreté, les bénéficiaires de la CMU-C de moins de 65 ans et l'Indice de Désavantage Social.

Le constat

De nombreuses situations de rupture à l'accès : pouvant engager le pronostic vital.

De fortes disparités entre les différents sites pour les PASS, CMP, SAU, reflet des organisations et des carences.

Le poids financier des produits de santé dispensés pour les PASS, est très modeste :

Pour les 5 territoires une moyenne des Ratio Dépenses Annuelles/File Active : 11,56€ par patient et par an.

Conclusion : lever les obstacles d'accès aux produits de santé en application des Codes CSP et CSS

Harmoniser entre les sites les pratiques de dispensation des produits de santé => action OMEDIT.

Mettre en place des protocoles d'accès en sortie des services de soins pour les établissements en région Paca : 1^{er} accès direct et continuité des soins => action soutenue par l'ARS.

Renforcer et généraliser les liens privilégiés avec les CPAM => action soutenue par l'ARS.

Evaluer et compenser les surcoûts en RH pour la réorganisation des PUI => action soutenue par l'ARS.

Evaluer les conséquences des obstacles, ou refus implicite de soins, en terme médico-économique pour le service public hospitalier.

ANNEXE 6 : NOUVEAUX MÉTIERS

Expert d'expérience

Que font-ils ?

Ils utilisent leur expérience de vie comme savoir à transmettre. Dans le champ de la santé c'est à la fois leur expérience de la maladie de longue durée, du système de soin en tant qu'utilisateur, et la maîtrise de la maladie pour rester en bonne santé qui est utilisée. Ils peuvent aider d'autres personnes qui rencontrent le même problème via des échanges de connaissances, de stratégie, de thérapeutique et de lieu de soin ou de soignants. Ils sont aussi un message d'espoir pour des personnes qui viennent de rentrer dans la maladie.

Où sont-ils ?

Ils sont particulièrement efficaces comparativement aux professionnels classiques pour rencontrer et faire des liens de confiance avec des personnes éloignées du système de soins dans les équipes de première ligne/proximité, notamment les équipes de rue (Fisk et al. 1999). Ils sont également très utiles dans l'éducation thérapeutique par les pairs (Cook et al. 2012).

Médiateur de santé

Que font-ils ?

Les médiateurs de santé font un travail de traduction et de diplomatie entre les personnes éloignées du système de soins et les professionnels classiques. Ils engagent des relations de confiance afin de mieux comprendre les besoins des personnes en situation d'exclusion et ensuite développer des actions de plaidoyer pour obtenir du système de soin plus de souplesse et des exceptions à la règle de l'institution (qui n'est pas adaptée aux cas de la personne) (Girard et al. 2006). Ils sont souvent des experts d'expériences, mais en France il existe des médiateurs de santé pair (expert d'expériences) et des médiateurs de santé dont l'expérience est professionnelle (et pas personnelle).

Où sont-ils ?

Ils interviennent préférentiellement en soutien à des personnes en situation de vulnérabilité tant biologique et physique que sociale et psychologique. Ils sont particulièrement pertinents dans les situations dite d'inégalité extrême (Geddes et Fazel 2011). Comme le sans-abris me de longue durée (Fisk et al. 1999).

Courtier en savoir

Que font-ils ?

Personne ou organisation qui facilite la création, le partage et l'utilisation de savoir (Traynor, DeCorby, et Dobbins 2014). Leur tâche est d'établir et maintenir des liens entre les chercheurs et leur audience via des traductions appropriées des découvertes issues de la recherche (Lomas 2007). Il s'agit de faire le pont entre les résultats de la recherche et l'utilisation qui en est faite pour les patients, en transférant entre autre le savoir de la recherche aux praticiens mais aussi aux décideurs. Les Courtiers en savoir, ne font pas que déplacer du savoir, ils doivent le localiser, le redistribuer, le disséminer et le transformer. Cette transformation passe par un travail de communication, de médiation, d'identification et d'éducation.

La tâche consiste aussi à construire un langage commun dans lequel les différentes parties puissent se comprendre. C'est un travail de traduction.

Où sont-ils ?

Ils se situent à l'interstice de différentes professions orthodoxes (Ils sont ainsi qualifiés de profession interstitielle). A la fois, ils soutiennent la différenciation et la division du travail et la transgressent. Ils se situent entre deux mondes, et/ou à la périphérie des pratiques, et qui ont des trajectoires aux limites/frontières.

Community manager/agent communautaire

Que font-ils ?

Ils organisent voire construisent des collectifs de citoyens qui rencontrent un problème commun, localisé le plus souvent, afin de trouver des solutions rapides, et par étapes via une conflictualisation non violente (Alinsky, 1976)⁴¹. Dans le champ de la santé en particulier au Brésil, ils sont qualifiés d'agent communautaire et intègrent les équipes de soins afin d'aider les personnes les plus vulnérables à accéder et mieux défendre leur droits à la santé, mais aussi à régler des problèmes concrets rencontrés sur le territoire.

Où sont-ils ?

En France, ils ne sont pas identifiables car pas nommés ainsi ni reconnus pour ces compétences-là. Cette fonction n'existe pas sous ce terme-là.

⁴¹ Alinsky Saul. Manuel de l'animateur social (Points Politique 1976).

ANNEXE 7 : LISTE DES PARTICIPANTS AUX TRAVAUX DU PRAPS
Equipe projet restreinte pour l'élaboration du PRAPS

Marie-Pierre AGUILAR, ARS Direction de l'Offre de Soins

Zahia BEDRANI, ARS Direction Santé Publique et Environnementale

Vincent GIRARD, ARS Direction Santé Publique et Environnementale

Nathalie MOLAS GALI, ARS Délégation Départementale des Bouches du Rhône

Participants aux travaux de l'Instance Collégiale Régionale (ICR) parcours précarité

ORGANISME/INSTITUTION	Nom	Prénom	Qualité
AMPIL/Action Méditerranéenne pour l'insertion sociale par le logement	BEKEIRA	Sabah	Responsable de Service
AMPIL/Action Méditerranéenne pour l'insertion sociale par le logement	RABI	Jessica	Médiatrice Santé
APHM (COREVIH)	Dr Enel	Patricia	
ARS (DD 05)	Gondre	Sophie	
ARS (DSPE)	Coruble	Gérard	
ARS/DD 04	SAVELLI	David	
ARS/DD 05	GONDRE	Sylvie	
ARS/DD 83	SCHNEIDER	Solange	
ARS/DD 84	GAILHAGUET	Anne-Marie	
ARS/DD13/Equipe projet	MOLAS GALI	Nathalie	Responsable de service PPS
ARS/DD13/Responsable de service PPS	AGUILAR	Marie-Pierre	Soins aux détenus
ARS/DSPE /Equipe Projet PRAPS	BEDRANI	Zahia	Pilote PRAPS
ARS/Equipe Projet	GIRARD	Vincent	Référent Technique Santé sociale
ASSab / Hôpital Européen	PAYEN FOURMENT	Delphine	Coordinatrice de réseau santé précarité
Association AUTRES REGARDS	PLOTON	Jean Régis	Directeur
Association Le Tipi	CHOPIN	Marjorie	assistante sociale
Association Le Tipi	MARTIN	Hélène	Co directrice
ASUD MARSEILLE	GUTOWSKI	Marie	
ASUD MARSEILLE	DJAFRI	Abdel	Médiateur Santé
ASV Ville de Marseille	BLALOUZ	Sabrina	Coordinatrice ASV
CD du Var (Délégation Générale aux Solidarités)	Martel	Jean-Charles	
CH Montperrin	Dr Pesce	Florence	PASS et EMPP
CNRS UMI N°3189	FARNARIER	Cyril	Docteur en sociologie
CODES 83	AGOSTINI FERRANDES	Nathalie	Sage-Femme
CODES 83	Dr Pallier	Laurence	
CODES 83	COLARD	Manon	Chargée de projets en éducation pour la santé/Chargé Projet CPTLF
Conseil et Formation : Ici & Ailleurs	MATHIEU	Alexandra	Consultante et Formatrice/Specialiste Santé Communautaire
CPAM 13 (Sous –Directeur)	Le Gouic	Mathieu	
Délégué du gouvernement, Cabinet PEDEC 13	MILLIAT	Laurence	Préfecture des Bouches du Rhône/Déléguee du Gouvernement
Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et département	CAYOL	Véronique	Médecin inspecteur de santé publique
Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et département	COMBA	Jérôme	Responsable Sce Hébergement et Accpgt Social

DRDJSCS PACA	COIPLLET	Marielle	Référente JEPS
Droits des Femmes	Zoller	Michèle	
FNARS	COPPOLANI	Alexandra	Représentante
HAS Pôle Vaucluse (CHRS/HU/EMSS)	SOME	Lisa	Chargée de Mission
IMAJE SANTE	TOUCHOT	Emilie	Directrice
Justice And Union toward Social Transfromation (moins de blabla, plus d'action) Try To Be, bénévole à l'association JUST (site internet : http://just.earth/)	-	-	-
MARSS/Mouvement et Action pour le rétablissement Sanitaire et Social	GRARD	Julien	Anthropologue- Spécialiste des trajectoires de vie
MEDECINS DU MONDE MARSEILLE	SAGE	Alain	RM
MEDECINS DU MONDE MARSEILLE	BRUNO BOURKIA	Sophie	Assistante Coordination
Mutualité Française/PACA Mutualité	AMIC	Cyril	Responsable Prévention et Promotion de la Santé
Mutualité Française/PACA Mutualité	Colin	Chrystelle	
OMEDIT (Observatoire du Médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique)	CORNET	Martine	Chargée de Mission
OSIRIS	CLAUDE	Laurence	administratrice
OSIRIS	MASSON	Julia	coordinatrice
PASS : permanence accès aux soins de santé AP HM	SCHWARTZ	Muriel	Coordinatrice de la PASS Régionale
PASS : permanence accès aux soins de santé/AP HM	GRASSINEAU	Dominique	Praticien Hospitalier /Médecin coordonateur PASS Médico-sociale
PASS : permanence accès aux soins de santé/AP HM	JEGO	Maeva	Médecin Généraliste
PASS NICE	TARDIEUX	Pierre Marie	Coordonnateur médical de la PASS régionale
Personnes issues de la précarité			
Personnes issues de la précarité			
Pôle Vaucluse de Habitat Alternatif Social (HAS)	Dramais	Renaud	
PROMOSOINS TOULON	FOUQUE	Guilaine	Représentante
PROMOSOINS TOULON	GARCIA	José	Coordonnateur Promosoins Toulon
Services Pénitentiaires (DISP PACA Corse)	Minatchy	Jacques	
Solidarités Aires Toulonnaises/UDV/EMPS	LABOREL	Elisabeth	Directrice de l'axe action rue
UCSA la Farlède	Pernice	Laurence	
Union Diaconale du Var	ROCOCO	Emeline	Chargée de Mission
URIOPSS PACA	MEYER	Géraldine	Conseillère Technique
Ville de Marseille	FEBVREL	Didier	Médecin, Directeur du Service de la Santé Publique et des Handicapés (SSPH) de la ville de Marseille

ANNEXE 8 : QUELQUES DÉFINITIONS

Pauvreté

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

- la définition de la pauvreté est conventionnelle : c'est un acte politique et au moins implicitement normatif qui consiste à identifier au sein d'une population totale formée d'un continuum d'individus une population pauvre sur la base de certains critères,
- la pauvreté est un phénomène relatif car définie en fonction de «modes de vie minimaux acceptables» variables selon le lieu et le moment,
- la pauvreté est un phénomène multidimensionnel ne se réduisant pas à l'absence ou à l'insuffisance d'argent.

L'ensemble des conditions de vie d'un ménage incluant d'autres dimensions (logement, santé, éducation...) doivent être considérées. Les populations pauvres cumulent des difficultés dans plusieurs de ces domaines.

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

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

Précarité

"La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible."

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

Exclusion

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

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

GLOSSAIRE

A

AAP	Appel à projets
ACS	Aide complémentaire santé
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ACSE	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
AME	Aide médicale de l'Etat
ARS	Agence régionale de santé
AMU	Aide Médicale d'Urgence
ASSAb	Accès aux soins des sans-abri
ASV	Atelier santé ville
AVS	Auxiliaire de Vie Sociale

C

CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues
CADA	Centre d'accueil des demandeurs d'asile
CAF	Caisse d'allocations Familiales
CAO	Centre d'accueil et d'Orientation pour les demandeurs d'asile
CATTP	Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CASO	Centre d'accueil, de soins et d'orientation
CCPP	Commission de coordination des politiques publiques
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CeGIDD	Centre gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic
CGET	Commissariat général à l'égalité des territoires
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIADT	Comité interministériel d'aménagement et de Développement du Territoire
CIDDIST	Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
CIV	Comité interministériel des villes
CLS	Contrat local de Santé
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNLE	Conseil national des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale
CNS	Conférence nationale de santé
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COS	Cadre d'orientation stratégique
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie

CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	Code de la santé publique
CSP	Catégorie socio-professionnelle
CT	Collectivité territoriale
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale



D

DAF	Dotation annuelle de fonctionnement
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGOS	Direction générale de l'offre des soins du Ministère des solidarités et de la Santé
DIHAL	Délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées
DIM	Département d'Information Médicale
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation du travail et de l'emploi
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREAL	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DRJSCS	Direction régionale de la Jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

E

EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
ESP	Espace de santé de proximité

F

FIR	Fonds d'intervention régional
FTM	Foyer de travailleurs migrants

H

HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
------	---------------------------------------

I

IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INED	Institut national des études démographiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IDS	Indice de désavantage social
ISS	Inégalités sociales de santé
IST	Infection sexuellement transmissible

L

LAM	Lit d'accueil médicalisé
LHSS	Lit halte soins santé

M

MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
-----	----------------------------------

MdM	Médecins du Monde
MIG	Mission d'intérêt général
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Maison de santé pluri-professionnelle

O

OMS	Organisation mondiale de la santé
ONPES	Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale

P

PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PDAHI	Plan départemental accueil hébergement insertion
PDALPD	Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées
PFIDASS	Plate-forme départementale d'accès aux soins et à la santé de l'Assurance maladie
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRIPI	Programme régional d'intégration des populations Immigrées
PRS	Projet régional de santé
PRSP	Plan régional de santé publique
PSRS	Plan stratégique régional de santé
PTMG	Praticien territorial de médecine générale
PUM	Protection universelle maladie

Q

QPV	Quartier Politique de la Ville
-----	--------------------------------

R

RdR	Réduction des risques
RS	Résidence sociale
RSI	Régime social des indépendants

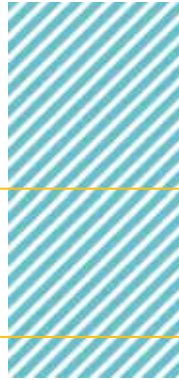
S

SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SMPR	Service médico-psychologique régional
SRS	Schéma régional de santé
SRP	Schéma régional de prévention

U

UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
------	--

- UHSI** Unité hospitalière sécurisée interrégionale
- USMP** Unité médicale en milieu pénitentiaire
- URIOPSS** Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
- URPS** Union régionale des professions de santé



■ **V**

- VIH** Virus de l'immunodéficience humaine

■ **Z**

- ZUS** Zone urbaine sensible