

PROJET REGIONAL DE SANTE PRAPS MARTINIQUE

3ème génération

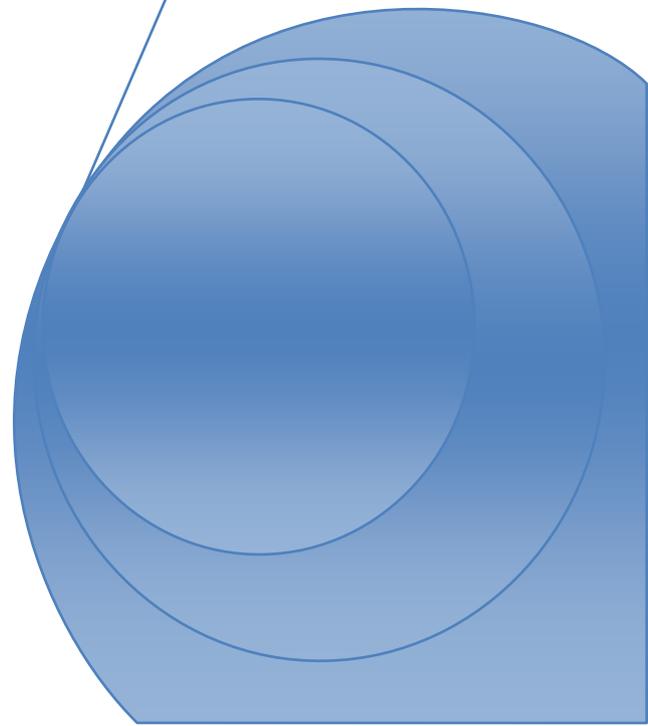
Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

2012-2015



SIEGE

Centre d'Affaires « AGORA »
ZAC de l'Etang Z'Abriocot – Pointe des Grives
B.P. 656 – 97263 FORT DE FRANCE CEDEX
Standard: 0596 39 42 43 – Fax: 0596 60 60 12
ars-martinique-secretariat-direction@ars.sante.fr
www.ars.martinique.sante.fr



SOMMAIRE

1. INTRODUCTION GENERALE.....	6
1.1 - LE PRAPS : PROGRAMME TRANSVERSAL OBLIGATOIRE DU PROJET REGIONAL DE SANTE (PRS)	7
1.2 – LE CONTEXTE LOCAL	8
1.3 - METHODOLOGIE D’ELABORATION DU PRAPS	9
1.4 - MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DU PRAPS DE LA MARTINIQUE	11
2. DIAGNOSTIC DU PRAPS	12
3. FICHES PRAPS	34
3.1. LES POPULATIONS IMMIGREES.....	35
• DEFINITION DU PUBLIC.....	35
• DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES	35
• ARGUMENTAIRE.....	36
• OBJECTIFS RETENUS	37
• PLAN D’ACTIONS	38
3.2. LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES	40
• DEFINITION DU PUBLIC.....	40
• DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES	40
• ARGUMENTAIRE.....	40
• OBJECTIFS RETENUS	42
• PLAN D’ACTIONS	43
3.3. LES PROSTITUEES DE RUE	46
• DEFINITION DU PUBLIC.....	46
• DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES	46
• ARGUMENTAIRE.....	46
• OBJECTIFS PRAPS RETENUS	47
• PLAN D’ACTIONS	48
3.4. LES PERSONNES EN ERRANCE	50
• DEFINITION DU PUBLIC.....	50
• DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES	50
• ARGUMENTAIRE.....	50
• OBJECTIFS RETENUS	51
• PLAN D’ACTIONS	52

3.5. LES JEUNES DE 16 A 25 ANS A TRES FAIBLES RESSOURCES.....	55
• DEFINITION DU PUBLIC.....	55
• DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES	55
• ARGUMENTAIRE.....	56
• OBJECTIFS RETENUS.....	56
• PLAN D’ACTIONS.....	57
TABLEAU SYNTHETIQUE DES OBJECTIFS ET PLANS D’ACTIONS DU PRAPS 2012-2015	62
ANNEXES.....	66
• INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES	67
• LE COMITE DE PILOTAGE	68
• LE COMITE DE PILOTAGE ELARGI	69
• LES PERSONNES AYANT CONTRIBUE A L'ELABORATION DU PLAN D'ACTIONS	70
GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS.....	71



1. INTRODUCTION GENERALE

1.1 - LE PRAPS : PROGRAMME TRANSVERSAL OBLIGATOIRE DU PROJET REGIONAL DE SANTE (PRS)

- Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ont été élaborés pour la première fois en 1999, en application des dispositions de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998.

- En 2004, la loi du 9 août, relative à la politique de santé publique a mis l'accent sur la question de santé des plus vulnérables, reconnue comme un objectif prioritaire et prévoyait que chaque Plan Régional de Santé Publique devait comporter un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuelles dont le PRAPS.

- Les PRAPS ont été à nouveau confirmés par la loi HPST du 21 juillet 2009 et constituent la troisième composante du PRS. Ce programme obligatoire vise à permettre, par des mesures spécifiques, aux plus démunis d'accéder aux systèmes de santé et médico-social de droit commun.

Les populations de plus concernées par ce dispositif sont celles les plus éloignées du système de santé, qui se caractérisent par des désavantages sociaux majeurs dans les domaines de l'emploi, du logement, des revenus ou du lien social etc.

Ces populations sont difficilement repérables dans le parcours de soins ou de prise en charge médico sociale et ont la plupart du temps des difficultés d'accès aux droits et aux soins.

- Les nouveaux PRAPS, de 3^{ème} génération, sont porteurs d'enjeux de transversalité et constituent un levier pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le lien, en effet, est bien établi aujourd'hui entre la situation sociale et l'état de santé. Les données scientifiques recueillies témoignent de risques de mort prématurée ainsi que de survenue de maladie et d'accident pendant l'enfance et à l'âge adulte, plus élevés dans les groupes sociaux les plus défavorisés.

Il s'agira, donc, non seulement de veiller à la cohérence du parcours de santé dans le champ de soins, du médico-social et de la prévention mais également de favoriser l'articulation des interventions des autres politiques publiques, dans une réelle approche de promotion de la santé.

1.2 – LE CONTEXTE LOCAL

Les précédents PRAPS

En Martinique, conformément aux directives nationales, deux PRAPS ont été élaborés, un PRAPS de première génération pour la période de 1999 à 2002 et un PRAPS de deuxième génération effectif de 2003 à 2006.

Le PRAPS de seconde génération a été ensuite reconduit par les autorités sanitaires (DSDS) sur la période 2006 - 2011.

Les publics visés, dans ces deux programmes, étaient tous les publics précaires ou non rencontrant des difficultés d'accès aux soins. Les actions ont donc concerné les personnes âgées et handicapées, les jeunes, les «sans résidence stable», les chômeurs, les allocataires du RMI, les populations en but à l'exclusion (sortants de prison, toxicomanes, personnes infectées par le VIH).

L'objectif général assigné au 1^{er} PRAPS était de permettre l'accès aux droits, soins et à la prévention de ces publics défavorisés. Il ressort de l'évaluation établie dans le cadre de la préparation au PRAPS de seconde génération que les actions mises en œuvre ont porté essentiellement sur les champs de l'accès aux droits et la prévention. Elles se sont toutes avérées pertinentes, au vu des objectifs fixés et des résultats obtenus, cependant les évaluations tant qualitatives que quantitatives ont montré que les publics les plus concernés par ces actions à savoir les jeunes de 16-30 ans, apparaissent aussi comme les moins réceptifs aux actions proposées.

Les orientations retenues dans le PRAPS de 2^{ème} génération, plus ambitieuses, s'articulaient autour de la prévention, l'accès aux soins, la facilitation de l'accès aux droits, le travail en réseau des professionnels et l'articulation entre les différents dispositifs.

La mise en œuvre de ce programme s'est heurtée à des difficultés liées à l'absence de professionnalisation des promoteurs, de méthodologie, dans la déclinaison des projets et à une démarche d'évaluation inexistante.

Le PRAPS 2012 - 2015 : les populations cibles

En Martinique, le Comité de Pilotage, en s'appuyant sur un pré-diagnostic, a décidé de ne pas privilégier le seul critère économique et a choisi d'identifier cinq populations cibles, peu ou pas prises en compte, par les autres programmes de santé publique :

- les populations immigrées
- les femmes victimes de violences
- les personnes sans abri
- les jeunes de 16 à 25 ans à faibles ressources
- les prostituées de rue

Le PRAPS 2012 - 2015 : contexte d'élaboration

Ce PRAPS 3^{ème} génération doit s'inscrire dans le cadre des priorités du PSRS qui prévoit dans ses axes majeurs « d'inclure les plus vulnérables ou défavorisés dans tous les programmes et actions ». Il s'inscrit également dans les objectifs du Schéma Régional de Prévention (SRP).

Les actions définies dans le PRAPS 2012-2015 privilégient les mesures de coordination, d'articulation des dispositifs sanitaires et sociaux, de valorisation et d'amélioration de la lisibilité des dispositifs existants et de cohérence entre les différents plans et programmes, Plan Départemental d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion des personnes sans domicile ou mal logées (PDHAI), Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées de la Martinique (PRIPI), etc.

Par ailleurs, le contexte actuel de restriction budgétaire ne favorisant pas l'émergence d'actions nouvelles ou innovantes, il s'agira, en l'espèce, de consolider ou renforcer l'efficacité des dispositifs existants.

1.3 - METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PRAPS

a) Le guide méthodologique

Les travaux d'élaboration de ce programme ont respecté les préconisations du guide méthodologique du secrétariat général des ministères des affaires sociales.

b) Les instances d'élaboration du PRAPS (cf. annexe)

Le chef de Projet

La chefferie de projet a été confiée par le Directeur Général de l'ARS à la Directrice de la Prévention, de la Veille et de la Sécurité Sanitaire.

Le Comité de Pilotage restreint

Un comité de pilotage restreint a été installé le 30 novembre 2010 et s'est réuni sous cette formation pour organiser les premiers travaux de décembre 2010 à janvier 2011.

Cette instance était composée de :

- 3 Représentants de la Direction de la Prévention, de la Veille et de la Sécurité Sanitaire
- (le Chef de Projet – 1 Médecin – 1 Cadre chargé de mission)
- 1 représentant de la Direction à l'Offre Médico-Sociale (1 cadre)
- 1 représentant de la Direction à la Coordination des Soins et de l'Efficacité (1 Médecin)
- La Déléguée Régionale des Droits des Femmes
- 1 Représentant de la Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (Inspecteur Principal en charge de la Cohésion Sociale)
- 1 Représentant de la Préfecture
- La Directrice de l'IREPS Martinique
- La Directrice de l'OSM

Le Comité de Pilotage élargi

Ce comité restreint a été élargi après le Séminaire organisé avec les acteurs en février 2012 et a intégré les pilotes des 5 ateliers d'échanges mis en place lors de ce séminaire.

Il a piloté les travaux d'élaboration et validé les propositions des groupes de travail, de février jusqu'à la production du projet, en avril 2012.

Les groupes de travail

Les pilotes des 5 ateliers du Séminaire ont associé les membres volontaires des ateliers, à la déclinaison des objectifs opérationnels et plans d'actions (février à mars 2012).

c) la contribution des acteurs institutionnels et des acteurs de proximité :

Le Séminaire des 2 et 3 février 2012

Ce séminaire avait pour objectif de recueillir les contributions de l'ensemble des acteurs concernés par les problématiques traitées dans le PRAPS.

Il a regroupé sur une journée et demie, 68 participants issus d'associations de terrain (40 %), d'institutions (41 %) et de réseaux de santé (2 réseaux représentés).

Les réflexions ont été organisées, dans le cadre d'ateliers, autour des 5 populations cibles sélectionnées préalablement par le comité de pilotage.

Les travaux ont été restitués ensuite en plénière.

De l'évaluation, il ressort que les objectifs du séminaire ont été atteints avec un nombre de participants supérieur à celui prévu (60) et une fréquentation continue sur toute la durée des travaux.

68 % des participants ont répondu au questionnaire d'évaluation et ont salué cette initiative d'associer les acteurs de terrain à l'élaboration du programme.

Ils ont jugé dans l'ensemble, le séminaire riche et intéressant, de par la qualité des échanges et ont regretté de ne pouvoir participer qu'à un seul atelier.

Outre des mesures spécifiques proposées par population cible, les groupes se sont rejoints pour insister sur une meilleure connaissance des publics et la nécessité de mener des actions transversales de coordination pour une prise en charge plus efficace.

Les participants auraient également souhaité mieux connaître les ressources et positionnements des collectivités locales (notamment municipales) insuffisamment représentées lors des travaux (1 seul représentant du Conseil Général).

Enfin, la moitié des personnes qui ont répondu au questionnaire désire participer aux instances de mise en œuvre du PRAPS.

d) Rappel des principales étapes de l'élaboration du programme

L'élaboration du PRAPS de la Martinique s'est déroulée en 4 phases :

1ère étape décembre 2011 à janvier 2012	<ul style="list-style-type: none">• Installation du COPIL restreint le 30 novembre 2011• Choix des populations cibles et préparation d'un pré-diagnostic• Préparation du séminaire de février
2ème étape Semaine des 2 et 3 février 2012 Séminaire autour de 5 ateliers d'échanges	<ul style="list-style-type: none">• Enrichissement du pré-diagnostic• Validation du choix et de la définition des populations cibles• Propositions d'objectifs par population cible
3ème étape Février à fin avril 2012	<ul style="list-style-type: none">• Réunions du COPIL élargi et des groupes de travail pour dégager les objectifs transversaux, finaliser les objectifs et plans d'actions par population cible
4ème étape à partir de mai 2012	<ul style="list-style-type: none">• Présentation du projet aux participants du séminaire (le 14 mai 2012), à la commission de coordination des politiques publiques• Phase de concertation régionale obligatoire

1.4 - MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DU PRAPS DE LA MARTINIQUE

Calendrier

Les plans d'action définis pour chaque population concernée par le PRAPS seront déclinés selon le calendrier qui a été fixé par les groupes (voir fiche), en cohérence avec la mise en œuvre du Projet Régional de Santé de l'ARS.

Désignation de pilote pour la déclinaison des actions sur les territoires

Afin de coordonner la mise en œuvre des actions et d'assurer l'interface avec les acteurs, des pilotes ou référents pour chaque population du PRAPS, ont été désignés. Il s'agit de :

POPULATIONS PRAPS	PILOTES
POPULATIONS IMMIGREES	<i>M. Hervé NORTON (DJSCS)</i>
FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES	<i>Mme Josette AUGUSTIN (DDRFE) Mme Wilma SAINT-PRIX (Référénte Régionale Violences Conjugales)</i>
PROSTITUEES DE RUE	<i>Mme Vanessa LORTO (ARS) Mme Nathalie CAIUS (ARS)</i>
PERSONNES EN ERRANCE	<i>Mme Séverine EGUIENTA (ARS Martinique) Mme Micheline VIELET (DJSCS)</i>
JEUNES 16-25 ANS A TRES FAIBLES RESSOURCES	<i>Mme Rosine FORTUNEE (OSM)</i>

Comité de suivi du PRAPS

Un comité de suivi des actions du PRAPS sera installé. Il sera composé des membres des COPIL PRAPS (restreint et élargi) auxquels seront associés les Pilotes et co-pilotes des plans d'actions.

Les rencontres de ce comité seront annuelles, à raison de deux rencontres minimum par an et auront pour objet le suivi des actions du PRAPS. Le comité de suivi validera les propositions émanant des pilotes. Il aura également pour rôle de définir des leviers pour faciliter le financement et la coordination des actions. Il pilotera l'évaluation du programme.

Evaluation du PRAPS

L'évaluation du PRAPS sera conduite en référence aux différents indicateurs d'évaluation déterminés pour chaque action définie dans les programmes (ou plans d'actions) par population (Cf. fiches par population).

Un rapport d'évaluation du PRAPS sera rendu fin 2015 début 2016.



*2. DIAGNOSTIC DU
PROGRAMME REGIONAL
D'ACCES A LA
PREVENTION ET AUX
SOINS DES PLUS
DEMUNIS*

Afin de contribuer à la réduction des inégalités de santé, les populations visées par le PRAPS doivent pouvoir bénéficier, tout comme le reste de la population d'une espérance de vie en bonne santé plus longue et d'un accès à un système de soins et de santé de qualité et efficient. Il est toutefois difficile de réaliser un diagnostic précis des personnes visées par le PRAPS car il existe peu de données sur l'état de santé et l'accès aux soins de ces populations.

Plusieurs déterminants expliquent que certaines populations soient plus particulièrement en bute à des difficultés d'accès aux soins. Ils sont d'ordre géographique, économique, administratif, légal ou psychosocial. En Martinique, 5 populations ont été identifiées comme prioritaires, peu ou pas prises en compte dans les autres schémas : les populations immigrées, les femmes victimes de violences, les personnes sans abri, les jeunes de 16 à 25 ans à très faibles ressources, les prostitué(e)s de rue.

La méthode utilisée pour ce diagnostic est la suivante : après un rappel du contexte socio-économique de la Martinique, sont présentés les éléments disponibles permettant de documenter chacune des populations retenues par le comité de pilotage. Les sources utilisées sont mentionnées en début de chapitre.

LES INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES

Les indicateurs socio-économiques montrent que la Martinique présente une situation moins favorable que celle des régions de l'Hexagone. Si l'économie martiniquaise a bénéficié d'une croissance soutenue jusqu'en 2006, sous l'effet de la crise économique internationale et de la crise sociale de 2009, la tendance s'est inversée avec une baisse du produit intérieur brut (PIB) de 6,5 % en volume en 2009 par rapport à 2008. Comme dans les autres DOM, le PIB par habitant est nettement moins élevé que celui des autres régions françaises. En 2009, il est estimé à 19 160 € en Martinique contre en moyenne 29 897 € pour la France hexagonale.

Le taux de chômage est élevé. En 2010, il concerne **21 % des actifs en Martinique**. Il touche plus particulièrement les jeunes, surtout les moins diplômés (62 % chez les jeunes de moins de 25 ans en 2010). Le taux de chômage des femmes est plus élevé que celui des hommes. Par exemple, en 2009, en Martinique, le taux d'activité des femmes est de 49,3 % contre 54,9 % pour les hommes.

Les enquêtes « Budget de famille » de l'Insee de 2006 confirment que l'on retrouve **plus de ménages pauvres dans les DFA qu'en France hexagonale**. Elles montrent également que la Guyane est plus touchée que les Antilles. En effet 17,8 % des ménages vivent sous le seuil de bas revenus¹ en Guadeloupe, 19,8 % en Martinique et 26,5 % en Guyane. Les personnes seules et les familles monoparentales sont les plus touchées. De nombreux enfants vivent au sein de ménages sous le seuil de bas revenus : le quart en Martinique et en Guadeloupe, presque la moitié en Guyane. Ceci s'explique notamment par la forte proportion de bas revenus au sein des familles monoparentales et des familles nombreuses.

TABLEAU 1: REPARTITION DU TAUX DE CHOMAGE PAR SEXE ET AGE

Age au 31/12/2010	Nombre de chômeurs	Taux de chômage (en %)
Hommes	15-24 ans	62,7
	25 à 49 ans	18,8
	50 ans et +	8,4
	Total	19,7
Femmes	15-24 ans	61,4
	25 à 49 ans	22,6
	50 ans et +	12,9
	Total	22,2
Ensemble	15-24 ans	62,2
	25 à 49 ans	20,9
	50 ans et +	10,6
	Total	21,0

Source : enquête emploi DOM, Insee 2010

¹ Le taux de bas revenus est égal à 60 % du revenu annuel médian par unité de consommation. Le nombre d'unités de consommation d'un ménage est calculé ainsi : le 1^{er} adulte compte pour 1, les autres personnes de 14 ans ou plus pour 0,5 chacune, les personnes de moins de 14 ans pour 0,3 chacune. Cette normalisation par le nombre d'unités de consommation permet de prendre en compte la taille du ménage.

TABLEAU 2: REPARTITION DU CHOMAGE EN 2008 ET 2010

Mémo Emploi/Chômage	2008	2010
Chômage		
Demandeurs d'emploi 16-64 ans	36425	34777
Taux de chômage Martinique	21,1	21
Taux de chômage France hexagonale	7,3	9,3
Taux de chômage de longue durée (>1 an) dans la population active	17,6	10,3
Part des chômeurs de longue durée de plus de 3 ans	54	39
Part des femmes parmi les chômeurs	56,7	55,6
Part des moins de 25 ans parmi les chômeurs	19,2	22,9
Taux de chômage des jeunes actifs de moins de 25 ans	52,5	62,2

Source : enquête emploi DOM, Insee, 2008 et 2010

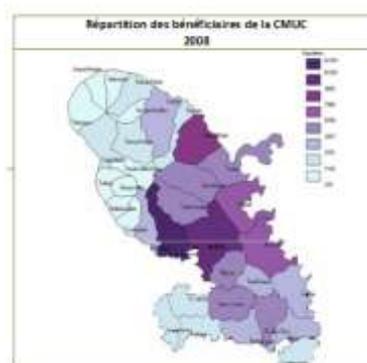
Du fait d'un niveau économique et social moins favorable que celui des autres régions françaises, on constate qu'une proportion plus élevée de la population bénéficie de certaines mesures sociales comme le Revenu Minimum d'Insertion (RMI). Ce dispositif créé en 1988 et transformé en Revenu de Solidarité Active (RSA)² en 2010 permet de disposer, dès l'âge de 25 ans (ou avant pour les personnes ayant un enfant né ou à naître), d'un montant minimum de ressources, d'accéder à certains droits sociaux et d'une aide à l'insertion sociale ou professionnelle. La proportion de bénéficiaires du RMI/RSA est nettement plus élevée dans les DFA que dans les régions de France hexagonale. Au 31 décembre 2010, il y avait 29 713 bénéficiaires du RMI en Martinique, soit 141 bénéficiaires pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans en Martinique.

L'ACCES AUX SOINS

Afin que toute personne puisse avoir accès aux soins de santé, il existe, depuis le 1^{er} janvier 2000, une mesure appelée couverture maladie universelle (CMU) de base qui permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre. A cette mesure s'ajoute la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) qui permet d'obtenir une complémentaire santé gratuite, c'est-à-dire la possibilité d'accéder aux soins sans dépense à charge et sans avance de frais. La proportion de bénéficiaires de la couverture maladie universelle de base et de la couverture maladie universelle complémentaire est élevée en Martinique comme dans les autres DOM. Plus du tiers des habitants sont couverts par cette mesure (38 % de bénéficiaires de la CMU en 2008 parmi les assurés de la CGSS).

TABLEAU 3: REPARTITION DES BENEFICIAIRES DE LA CMU ET CMUC

CMU* et CMUc**	Martinique
Assurance maladie 2008	
CMU	
Nombre de bénéficiaires de la CMU	128665
Part parmi les assurés	38%
CMUc	
Nombre de bénéficiaires de la CMUc	108526
Part parmi les assurés	32%
Répartition par tranches d'âge	
Moins de 25 ans	43%
25-60 ans	46%
Plus de 60 ans	12%



Sources : Service O.E.S.S – CGSS Martinique, exploitation OSM

² <http://www.rsa.gouv.fr>

Les établissements publics de santé, selon les textes en vigueur, mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé (Pass), qui visent à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale. Peut être bénéficiaire des Pass toute personne présentant un problème de santé et répondant au minimum à l'un des critères suivants : une rupture de lien social ; une absence de logement stable ou logement précaire ; un problème de couverture sociale ; une difficulté d'accès ou de recours aux soins. L'objectif des Pass est de réduire les obstacles de recours aux soins et de permettre l'intégration des patients dans un parcours classique de prise en charge.

Pour la Martinique on comptabilise 4 Pass :

- 2 au Centre Hospitalier Universitaire de Fort-de-France (CHU) : l'une créée en novembre 1999 sur le site Pierre Zobda Quitman et l'autre en avril 2007 sur le site de la maternité Victor FOUCHÉ, aujourd'hui transférée à la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant. Le personnel de ces deux structures se résume à deux assistantes de service social.
- 1 au sein du service social du Centre Hospitalier du Lamentin créée en octobre 1999 avec comme personnel une assistante sociale.
- 1 au Centre Hospitalier Louis Domergue de Trinité créée en juillet 2001 avec comme personnel une assistante sociale.

Les données présentées concernent les années 2007 et 2008 en sachant que pour la Pass de la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant, l'activité de l'année 2007 ne porte que sur 9 mois. En moyenne, les Pass de Martinique accueillent un peu plus de 600 personnes chaque année. Sauf pour la Pass de la MFME où le public est à 90 % féminin, la répartition des bénéficiaires par sexe est équivalente entre les hommes et les femmes.

La Pass du CH du Lamentin n'utilisant pas le même découpage que les trois autres, il n'a pas été possible de calculer de moyenne d'âge pour l'ensemble des 4 Pass. Pour la Pass du site Pierre Zobda Quitman la tranche d'âge la plus représentée est celle des 26-55 ans (67 %). Pour la Pass du CH du Lamentin c'est celle des 30-59 ans (64 %) et celle des 56 ans et plus pour la Pass du CH de Trinité (41 %).

La tranche d'âge minoritaire est celle des moins de 15 ans du site Pierre Zobda Quitman (2 %) sauf pour la Pass de la maison de la femme, de la mère et de l'enfant et du CH de Trinité où la population la moins nombreuse est celle des 56 ans et plus (6 %). Pour la Pass du CH du Lamentin la tranche d'âge 60 ans et plus est la moins représentée (6 %).

TABLEAU 4: NOMBRE DE BENEFICIAIRES DES PASS EN 2007 ET 2008

	2007	2008	2009	2010	Moyenne
PASS Site Pierre Zobda Quitman	222	215			
PASS Maison de la Femme et de la Mère et de l'Enfant	135	222			
PASS CH du Lamentin	129	141			
PASS CH de Trinité	75	80			
TOTAL	561	658			

Source : Rapport droits des usagers du système de santé, CRSA Martinique 2008-2009

Les bénéficiaires sont majoritairement de nationalité française (80 % au CH de Trinité et 62 % au CHU et à la MFME) sauf pour la PASS du CH du Lamentin où les étrangers représentent plus de la moitié de la file active (52 %).

Quelles que soient les PASS, les problématiques sociales les plus récurrentes sont : l'absence de titre de séjour ou de sécurité sociale pour les étrangers et l'absence totale de couverture sociale, le plus souvent pour des personnes errantes.

Ces problématiques sont liées aux problèmes sanitaires que rencontrent ces personnes à savoir les conduites addictives, les troubles mentaux et les agressions. En effet, les pathologies les plus souvent rencontrées sont : les pathologies liées aux conduites addictives, les souffrances psychiques et psychologiques, l'infection à VIH et les lésions suite à des blessures.

LE LOGEMENT

TABLEAU 5: REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES LOGEMENTS SOCIAUX

Logements sociaux au 01/01/2008	Nord Caraïbe	Nord Atlantique	Centre aggloméré	Centre Atlantique	Sud Caraïbe	Sud Atlantique	Martinique
Effectif	1 194	623	15126	3112	3279	3185	26519
Densité pour 100 000 habitants	49	32	88	51	51	57	66

Sources : DDE Martinique, exploitation OSM

TABLEAU 6: REPARTITION DES LOGEMENTS D'URGENCE ET DE READAPTATION SOCIALE

Nombre de places au 30/05/2009	Hébergement d'urgence	Hébergement CHRS hors urgence	Maisons relais	Autre logement d'insertion
Effectif	20	36	nd	97

Les populations immigrées

Source : *Diagnostic territorial de la situation des immigrés en Martinique PRIPI 2011-2013*

DEFINITION DU PUBLIC

La notion **d'étranger** est fondée sur le critère de la nationalité.

Est étrangère toute personne résidant sur le sol français qui ne possède pas la nationalité française. Un étranger peut ainsi devenir français par acquisition.

La notion **d'immigré** est basée sur un **double critère de lieu de naissance et de nationalité**.

Une personne immigrée est une **personne née étrangère, à l'étranger et résidant en France**. La qualité d'immigrée est permanente : cette personne peut acquérir la nationalité française et résider en France mais sera toujours comptée comme personne immigrée.

Un immigré n'est donc pas nécessairement un étranger, il peut être français par acquisition. De même, un étranger peut être né en France.

Cette distinction est importante et détermine un angle d'approche statistique précis car les notions d'immigrés se recoupent mais ne se confondent pas. En effet, s'intéresser aux étrangers revient à exclure les personnes naturalisées. De même, s'intéresser à la population immigrée revient à s'intéresser uniquement aux personnes nées à l'étranger. Il n'est alors pas tenu compte des personnes de la « deuxième génération » c'est-à-dire les personnes nées en France de parents nés étrangers à l'étranger. A leur majorité, ces personnes peuvent acquérir la nationalité française à condition d'en faire la demande, de résider et d'avoir vécu au moins cinq ans en France entre 11 ans et 18 ans (loi du 16 mars 1998).

ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

LA POPULATION

Au recensement 2007 de l'INSEE, la Martinique comptait une :

- **Population immigrée de 8 330 personnes soit 2,1 % de la population régionale** dont 3 205 hommes (38,5 % de la population immigrée) et 5 126 femmes (61,5 %).
- **Population étrangère estimée à 6370 personnes soit 1,7 % de la population totale de la Martinique** (397 564 personnes).

Au total, 105 pays différents caractérisent les immigrés en Martinique avec toutefois une majorité **d'immigration de proximité**. Une majorité des personnes immigrées sont originaires des îles environnantes de la Caraïbe : Sainte-Lucie, Haïti, et plus minoritairement la Dominique. Les immigrés en provenance de ces trois états représentant à eux seuls 63,1 % de la population totale immigrée.

TABLEAU 7: ORIGINE DES POPULATIONS IMMIGREES

Pays de naissance ou continent de naissance	Ensemble de la population immigrée	Part dans la population immigrée (en %)
Sainte-Lucie	2640	31,7
Haïti	2205	26,5
La Dominique	410	4,9
Autres pays d'Amérique du Sud et de la Caraïbe	775	9,3
Pays de l'UE à 27	821	9,9
Autres pays d'Europe	133	1,6
Afrique	662	7,9
Asie	527	6,3
Amérique du Nord, Australie, Océanie	157	1,9

Source : Insee, RP 2007, exploitation complémentaire

La population immigrée est majoritairement féminine (61,5 % de femmes) et la répartition par classes d'âge est la suivante :

- 80 % des immigrés sont d'âge actif et ont entre 15 et 59 ans
- 9,4 % ont moins de 15 ans
- 10,6 % ont 60 ans et plus.

DES TAUX DE CHOMAGE ELEVES

En 2007, le nombre d'actifs immigrés ayant un emploi s'élève à 2 844 personnes pour une population active immigrée de 4 785 personnes.

Au sein de cette population active, 1 941 personnes se sont déclarées au chômage, soit un taux de 41 %, supérieur à celui de la population régionale (25 % en 2007).

Parmi les personnes immigrées de plus de 15 ans qui se sont déclarées à la recherche d'un emploi, 73 % affirment chercher depuis plus d'un an.

Ces chiffres sont caractéristiques des plus grandes difficultés d'accès à l'emploi des personnes immigrées. Leur situation s'est dégradée depuis 1990, car à l'époque, le taux de chômage des immigrés était équivalent à celui de la population régionale (33 %) ; on constate néanmoins une amélioration depuis le recensement de 1999 (45 %).

Cependant le taux d'activité des immigrés (57 %) est supérieur à la moyenne régionale (50 %), car la population immigrée compte davantage de personnes aux âges actifs, donc en âge de travailler.

TABLEAU 8: ACTIVITE DES POPULATIONS IMMIGREES

	Population immigrée			Population régionale		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Taux de chômage	28,2%	49,5%	40,6%	21,8%	27,6%	24,8%
Taux d'activité	62,4%	54,3%	57,4%	46,0%	44,0%	44,9%
Taux d'emploi	44,8%	27,5%	34,1%	35,9%	31,8%	33,8%

Source : Insee, RP 2007, exploitation complémentaire

Taux de chômage : proportion de chômeurs dans la population active. Les chômeurs au sens du recensement sont les personnes qui se sont déclarées chômeurs ou sans emploi (inscrits à l'ANPE).

Taux d'activité : part de la population active (chômeurs compris) dans la population totale âgée de 15 ans ou plus.

Taux d'emploi : proportion de personnes ayant un emploi dans la population totale considérée.

Les femmes immigrées sont plus touchées par le chômage que les hommes, leur taux de chômage étant de près de 50 % contre 28 % pour les hommes.

Les Saint-Luciens, Haïtiens et Dominicains rassemblent 78,4 % des chômeurs immigrés. Le taux de chômage pour ces trois catégories réunies est de 52,2 %.

DES EMPLOIS PLUS PRECAIRES

Les métiers les plus occupés par les populations immigrées sont des métiers qui demandent peu de qualifications et qui sont également plus précaires. Ainsi, 23 % des emplois occupés par les immigrés sont des emplois précaires : contrats à durée déterminée, intérim, stages rémunérés, contrats d'apprentissage, contrats aidés, alors que ce taux est de 17 % pour la moyenne régionale. Au sein de la population immigrée en emploi, les femmes immigrées sont le plus souvent employées (21 % des femmes immigrées) et les hommes ouvriers (24,4 %) ou artisans, commerçants, chefs d'entreprise (12,5 %).

TABLEAU 9 : REPARTITION PAR CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DE LA POPULATION IMMIGREE

Catégorie sociale	Population immigrée			Population régionale		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Agriculteurs exploitants	3,4%	0,5%	1,6%	1,1%	0,3%	0,7%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	12,5%	5,5%	8,2%	5,1%	1,6%	3,2%
Cadre, professions intellectuelles supérieures	7,2%	3,8%	5,1%	4,2%	3,0%	3,6%
Professions intermédiaires	6,4%	8,6%	7,8%	7,6%	10,3%	9,0%
Employés	4,7%	21,0%	14,7%	7,8%	22,7%	15,8%
Ouvriers	24,4%	5,8%	13,0%	17,8%	3,4%	10,1%
Retraités	6,7%	6,9%	6,8%	16,1%	17,6%	16,9%
Autres sans activités professionnelles	34,8%	47,9%	42,9%	40,3%	41,1%	40,7%

Source : Insee, RP 2007, exploitation complémentaire

**Ces chiffres concernent l'ensemble de la population (personnes s'étant déclarées comme appartenant à une catégorie socioprofessionnelle) et non uniquement les actifs ayant un emploi. Les chômeurs ayant déjà travaillé sont classés en fonction de leur dernier métier. Ceux n'ayant jamais travaillé sont classés dans le métier recherché (ceux n'en cherchant pas étant classés inactifs).*

Il est important de noter que bien qu'il apparait difficile de mesurer la part des personnes immigrées occupant un emploi informel, il semblerait que ces dernières soient nombreuses.

DES CONDITIONS DE VIE DIFFICILES POUR CERTAINS

Tous les immigrés ne vivent pas dans des conditions précaires, bien au contraire, puisqu'on note aussi une forte proportion de cadres et de professions intellectuelles supérieures parmi la population immigrée. Il existe toutefois une forte occupation de certains quartiers sensibles à Fort de France (Volga, Terres-Sainville) et au Lamentin (quartiers ouest) par les populations étrangères. On constate une concentration de certaines communautés au sein de ces quartiers qui allient des conditions de vie difficiles : logements insalubres, problèmes de violence et de délinquance, existence d'un phénomène de prostitution pour certains d'entre eux (Terres Sainville, Rive droite).

Les femmes immigrées constituent un public rencontrant de grandes difficultés : accès à l'emploi, illettrisme, violences conjugales. Plusieurs associations prennent en charge ce public. L'association AADPAS s'intéresse plus spécifiquement aux femmes migrantes à travers le dispositif du SAIFI (Service d'Aide à l'Intégration des Femmes issues de l'Immigration). Ce dispositif accompagne l'intégration et l'insertion économique des femmes immigrées. Il met également en place des actions de prévention de la prostitution en direction des jeunes dans les établissements scolaires.

Les femmes victimes de violence

Sources : *Enquête Genre et violences interpersonnelles en Martinique* – Elizabeth BROWN et Nadine LEFAUCHEUR

Rapport d'activité – Union des femmes de Martinique
Synthèse des travaux issus du séminaire PRAPS du 2 février 2012

L'enquête nationale sur les violences envers les femmes (*Enveff*) a été complétée en Martinique par une enquête *Genre et Violences interpersonnelles en Martinique* dont elle reprend la problématique, les principes et la méthodologie. L'enquête a été réalisée par Elizabeth BROWN, directrice du Centre de recherche de l'Institut de démographie à l'Université Paris I Panthéon-Sorbonne et Nadine LEFAUCHEUR, sociologue, membre associé du Centre de recherche sur les pouvoirs locaux dans la Caraïbe à l'Université Antilles-Guyane.

Cette enquête a porté sur tous les espaces de vie où les répondants (hommes et femmes) ont pu subir des violences dans le but de mesurer la fréquence des violences verbales, psychologiques, physiques et sexuelles que les uns et les autres ont pu subir dans l'espace public, au travail, dans le cadre des relations conjugales ou dans l'environnement familial et amical.

Au contraire des statistiques institutionnelles (police-gendarmerie, justice, associations, centres d'hébergement, etc.) qui ne portent que sur les faits violents déclarés à ces institutions ou constatés par elles, l'enquête réalisée est une enquête dite de « *victimation* », dans laquelle il est demandé à des personnes choisies au hasard si elles ont ou non été victimes de tel ou tel fait, même si elles n'ont pas porté plainte ou même n'en n'ont encore jamais parlé.

Pour le diagnostic du PRAPS, la définition des populations cibles a conduit à retenir uniquement les femmes victimes de violences. Pour cette raison, ne seront présentées ici que les données concernant les femmes.

METHODE

Dans un premier temps une enquête pilote a été réalisée en juin 2007, puis le recueil des données a été effectué entre octobre et novembre 2008 selon la méthode CATI (Collecte assistée par téléphone et informatique) afin d'assurer une meilleure confidentialité des données et faciliter le questionnement sur ce sujet sensible.

L'échantillon de l'enquête sur les violences (au sens large) est composé de près de 1 200 femmes et 1 000 hommes vivant en Martinique.

RESULTATS DE L'ENQUETE

Il faut d'abord souligner que, quelle que soit la sphère, la majorité des répondant(e)s n'ont déclaré aucun fait de violence subi au cours des douze derniers mois.

DIFFERENCES SELON L'AGE AUQUEL CES VIOLENCES SE SONT PRODUITES

On constate que, parmi les violences subies, les plus nombreuses et les plus graves se sont produites pendant l'enfance et l'adolescence des répondant(e)s : les deux tiers des situations d'humiliation grave et de dénigrement systématique déclarées par les enquêté(e)s se sont produites avant 18 ans, ainsi que la très grande majorité des brutalités que les hommes ont déclaré avoir subi et les deux tiers des brutalités que les femmes ont déclaré avoir subi. Concernant les attouchements sexuels déclarés par les personnes enquêtées, 85% ont également eu lieu avant 18 ans. C'est aussi le cas des viols et tentatives de viol, surtout pour les garçons.

Près d'une personne sur dix a ainsi déclaré avoir subi, dans son enfance des humiliations et dénigrement systématiques ou avoir été violemment frappées ou brutalisées. Les hommes situent nettement plus souvent ces faits dans le cadre scolaire et dans celui des relations d'amitié ou de voisinage tandis que les femmes évoquent surtout les relations familiales. Même si la littérature ou les entretiens réalisés témoignent de la prégnance à la Martinique d'un mode d'éducation « traditionnel », toutes ces violences ne peuvent pas s'expliquer par un mode éducatif où les « corrections » sont admises.

L'enquête a permis de noter qu'il existe un lien statistique très fort entre le fait d'avoir subi des violences avant 18 ans et le fait d'avoir commis des tentatives de suicide, dans la jeunesse ou à l'âge adulte, ainsi qu'avec le sentiment constant de tension, de stress ou de déprime éprouvé dans les semaines qui ont précédé l'enquête, donc, pour la plupart des enquêtés, de nombreuses années après les faits.

Il y a fréquemment un cumul des risques et des violences : avoir été victime de violences dans son enfance accroît la probabilité d'en être victime à l'âge adulte, comme être victime de violence à l'âge adulte dans une sphère de l'existence accroît la probabilité de l'être également dans une autre. Ceci met en lumière le cumul des désavantages et des handicaps sociaux et familiaux qui s'enracinent largement dans les difficultés sociales et familiales rencontrées dans l'enfance et l'adolescence.

Pour les violences subies après 18 ans, il existe des différences selon le sexe de la victime. Pour les femmes, les atteintes à la dignité et à la liberté, les violences physiques et les menaces, ainsi que les violences sexuelles se sont la plupart du temps produites dans les relations conjugales ou amoureuses, surtout pour les faits les plus graves ou répétés. Sauf pour les atteintes sexuelles, les hommes paraissent avoir été un peu plus touchés que les femmes dans la vie professionnelle et dans l'espace public. Les humiliations et dénigrement leur ont été majoritairement imposés dans la sphère professionnelle, par des supérieurs ou des collègues, et les violences physiques et les menaces se sont plus souvent produites dans les lieux publics, où ils victimes connaissaient plus d'une fois sur deux leurs agresseurs. Mais, quel que soit le cadre considéré, les auteurs des faits déclarés sont le plus souvent des hommes, tandis que les victimes, surtout pour les faits de violence physique ou sexuelle, sont surtout des femmes.

VIOLENCES DANS LA VIE PROFESSIONNELLE OU FAMILIALE

Pour le diagnostic du PRAPS, nous nous intéresserons principalement aux violences conjugales et aux violences dans l'espace public. Toutefois, il est intéressant de noter que d'autres types de violence peuvent toucher les femmes.

- **Dans la vie professionnelle et étudiante**, 13 % des femmes sont victimes de critiques injustes ou de dénigrement et 8 % de brimades dans l'organisation de leur travail et 7 % d'insultes. Les autres faits touchent moins de 4 % des répondantes : menaces de mort, agressions physiques et agressions sexuelles (0,4 % des répondantes). On note de plus que 6,1 % des femmes ont fait état de cumul, « de répétition » ou de gravité des atteintes verbales ou morales que l'on peut dès lors considérer comme du harcèlement moral.
- **Dans la famille ou l'entourage**, la grande majorité des femmes interrogées n'ont déclaré aucun fait commis à leur encontre par des membres de leur famille (autre que leur conjoint) ou de celle de leur conjoint, par des amis, des proches ou des voisins, si ce n'est quelques injures, qui deux fois sur trois n'ont pas été considérées comme graves et qui, une fois sur deux n'ont pas été répétées. Pour 1,3 % des femmes, les faits peuvent être graves : menaces de mort non prises au sérieux, brutalités, menaces avec arme et tentative de meurtre, viol.

Concernant les violences à caractère sexuel, les auteurs désignés sont des membres de la famille pour trois femmes sur quatre.

VIOLENCES DANS LE COUPLE

Il faut d'abord souligner que la plupart des répondantes n'ont déclaré aucun fait de violence, psychologique ou autre, de la part de leur partenaire. Ainsi, 53,5 % des femmes n'ont déclaré aucun fait ; 18 % des femmes n'ont rapporté qu'une ou deux atteintes, non répétées et pas jugées graves, dans l'année.

TABLEAU 10: TAUX EN % D'ATTEINTES ET DE VIOLENCES SUBIES DANS LA RELATION CONJUGALE PENDANT LES DOUZE DERNIERS MOIS

Type de violence déclarée	Femmes
Atteintes à la dignité et violences psychologiques	22,3
<i>Dont : manifestations de jalousie</i>	9,4
<i>critiques, mépris, insultes</i>	14,3
Contrainte économique	6,7
Menaces en paroles ou avec arme	2,0
Agressions physiques	2,5
Atteintes et violences sexuelles	7,6

Cependant, environ un quart des personnes ayant une relation conjugale ont été soumises à des atteintes à leur dignité ou à des violences psychologiques pendant les douze derniers mois. Ce sont les critiques et le mépris, l'inquisition sur les fréquentations et le refus de discuter qui sont le plus souvent dénoncés. Mais une femme sur dix fait état de cumuls et/ou de fréquences des faits qui confinent au harcèlement.

La privation d'argent pour les besoins de la vie quotidienne apparaît très variable selon le type de relation conjugale : 6,7 % pour l'ensemble des femmes ayant une relation de couple et 5,5 % pour celles qui vivent avec leur conjoint. Parmi les femmes qui ne vivent pas avec leur ami, 5 % de celles qui n'ont pas d'enfant de lui, mais 22,6 % des autres se plaignent de son insuffisance ou de son absence de contribution aux besoins quotidiens.

Viennent ensuite les pratiques sexuelles imposées, les tentatives de viol et les viols dénoncés par 7,6 % des femmes (dont 5,7 % de viols ou tentatives de viols).

Comme cela avait été le cas dans les autres enquêtes *Enveff*, on constate en Martinique un cumul fréquent des types de violence « conjugale » déclarés par les femmes : parmi les 10 % de femmes en couple soumises à un niveau élevé d'atteintes psychologiques (ou harcèlement moral), trois sur dix ont déclaré avoir subi des agressions sexuelles, trois sur dix également ont fait état du refus de leur partenaire ou conjoint de leur donner de l'argent pour les besoins de la vie quotidienne ; enfin, une sur dix a aussi rapporté des menaces ou des agressions physiques (répétées dans deux cas sur trois). Les faits les plus graves déclarés par les femmes (menaces de mort, coups, tentatives de meurtre, rapports sexuels forcés) se sont parfois produits dès le début de la relation, mais le plus souvent à un moment où elles parlaient de séparation ou lorsque leur partenaire pensait qu'elles avaient rencontré quelqu'un d'autre.

Les femmes victimes de viol conjugal en avaient toutes parlé avant l'enquête, à leur mère ou à des proches, mais n'avaient entrepris aucune démarche judiciaire. Les autres agressions considérées comme graves ont été tuées à l'entourage une fois sur deux. Presque toutes les victimes évoquent des conséquences graves pour leur équilibre psychologique et leur vie conjugale ou amoureuse, voire leur vie sociale, leur santé et leur sexualité.

VIOLENCES DANS L'ESPACE PUBLIC

Un peu plus de 13 % des femmes ont déclaré avoir subi au moins une atteinte ou une agression dans l'espace ou dans un lieu public au cours des douze derniers mois. Comme dans les autres sphères de la vie, ce sont les insultes qui sont les faits les plus souvent déclarés par les deux sexes suivis, par les propos ou gestes sexuels gênants ou obscènes.

TABLEAU 11: TAUX (EN %) D'ATTEINTES ET VIOLENCES SUBIES DANS LES ESPACES PUBLICS PENDANT LES DOUZE DERNIERS MOIS, SELON LE SEXE

Type de violence déclarée	Femmes	Hommes
Insultes	7,5	7,4
Suivi(e) avec insistance, menaces de mort verbales ou avec une arme	4,4	3,3
Agressions physiques (vol avec violence, gifles, coups avec arme, tentative de meurtre)	0,9	2,5
Agressions sexuelles (attitudes et propos sexuels gênants, choquants ; rapports forcés ou tentatives de rapports forcés**)	5,7	2,6
<i>** une femme a déclaré un viol et trois hommes des tentatives de viol (2) ou/et viols(2)</i>		

Par contre, plus de la moitié de celles qui ont déclaré avoir été suivies de façon insistante ou menaçante (troisième fait déclaré), presque toujours par des hommes (et même assez souvent par plusieurs hommes), ont considéré qu'il s'agissait d'un fait grave.

Les autres faits (vols avec violences, brutalités physiques, menaces ou coups avec arme, tentative de meurtre) n'ont été déclarés que par 1 % des répondants.

Les différentes analyses ont permis d'introduire l'infidélité ou le pluri partenariat avéré ou supposé du conjoint ou partenaire dans l'analyse statistique des facteurs accroissant la probabilité pour les femmes d'être victimes de violences conjugales. Il s'agit même d'un des plus gros facteurs d'accroissement de cette probabilité.

Cette enquête a mis particulièrement en lumière deux éléments :

- Les violences particulières dont sont victimes les femmes originaires des états voisins de la Caraïbe (asservissement, séquestration, avilissement)
- La fréquente méconnaissance des institutions et structures d'aide par les femmes martiniquaises, voire leur méfiance à l'égard de ces institutions dont elles doutent qu'elles puissent réellement les aider ou les protéger.

RAPPORT D'ACTIVITE DE L'UNION DES FEMMES DE MARTINIQUE

L'Union des Femmes de Martinique a créé en 2000 un espace d'écoute, d'information et d'accompagnement pour les femmes en détresse et victimes de violences. Cette structure est identifiée sur le département comme le référent dans le dispositif d'aide aux femmes victimes.

L'étude du rapport d'activité 2010 de cette structure nous permet d'établir des éléments de diagnostic.

FREQUENTATION DE L'ESPACE D'ECOUTE

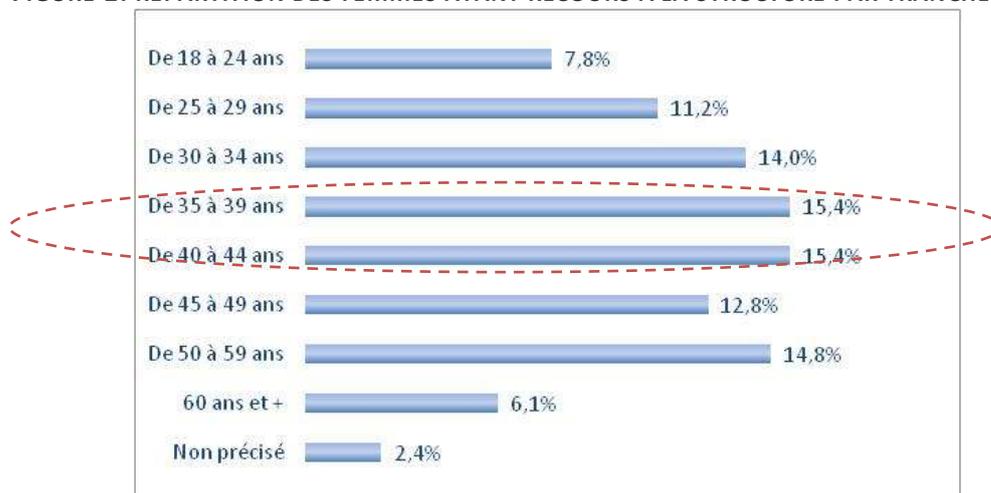
En moyenne, sur les années 2008-2010, la fréquentation globale de cet espace est de **1 098 personnes par an**.

Les fréquentations liées aux violences représentent en moyenne **1 012 visites** par an pour les années 2008-2010.

On note toutefois une baisse d'activité en 2009, liée à des difficultés financières de la structure ainsi qu'au mouvement de grève de février 2009. Cependant, on note en 2010 par rapport à 2008, **une hausse de la fréquentation de cet espace d'écoute d'information et d'accompagnement** associée à des prises en charge de plus en plus lourdes.

PROFIL DES FEMMES AYANT RECOURS A LA STRUCTURE EN 2010

FIGURE 1: REPARTITION DES FEMMES AYANT RECOURS A LA STRUCTURE PAR TRANCHES D'AGE



Base : 493 nouveaux dossiers de femmes ayant eu recours à structure en 2010

Les femmes ayant le plus recours à la structure ont entre 35 et 44 ans, mais toutes les classes d'âge sont représentées. La moyenne d'âge est de 42 ans.

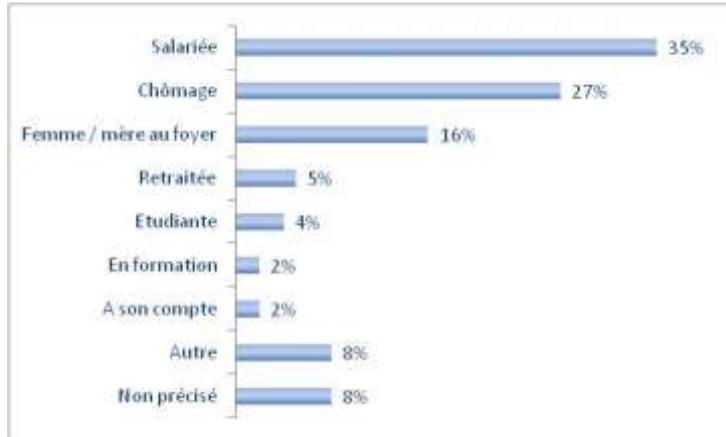
SITUATION FAMILIALE ET MATRIMONIALE

Plus de la moitié des femmes (55 %) ayant recours à l'espace d'écoute se présentent comme célibataires, 28 % d'entre elles sont mariées, et 6 % en union libre, les autres sont divorcées, séparées ou en instance de divorce. De plus, 58 % de ces femmes déclarent être seules avec un ou plusieurs enfants, 23 % en couple avec enfants et 14 % sont seules.

SITUATION PROFESSIONNELLE

Près de trois quarts des femmes victimes de violence sont des mères au foyer, sans emploi, étudiantes ou retraitées.

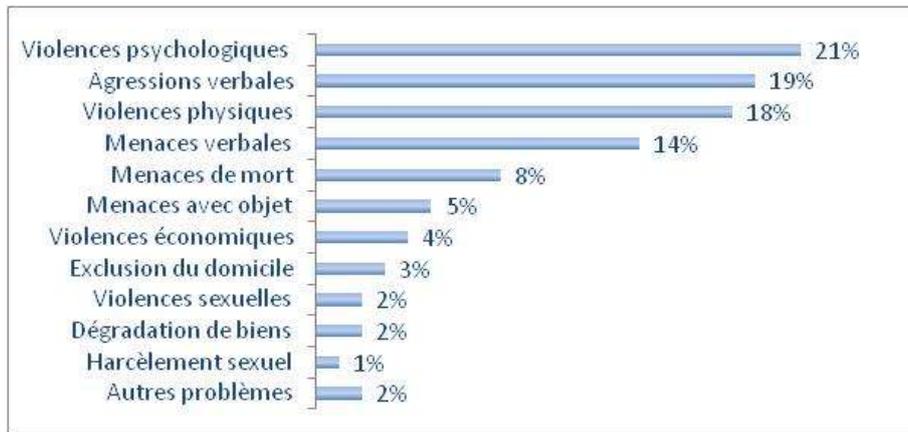
FIGURE 2: REPARTITION PAR ACTIVITE



Base : 493 femmes ayant eu recours à la structure en 2010

NATURE DES VIOLENCES SUBIES

Plus de la moitié des violences sont d'ordre physique (menaces de mort, agressions sexuelles, viols conjugaux).



Base : 493 femmes ayant eu recours à la structure en 2010

Note : Total supérieur à 100% car plusieurs types de violences peuvent être associés

L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES VICTIMES

- L'Union des Femmes accompagne les femmes qui s'identifient elles-mêmes comme victimes,
- Mais l'enquête sur les violences faites aux femmes a permis d'identifier de nouvelles victimes qui ne se sentaient pas forcément en situation de violences et qui ont ainsi pu être orientées.
- Le 115 a pu héberger au cours de l'année 2011, 58 femmes victimes de violence en leur proposant un hébergement d'urgence
- Le SAIFI accompagne plus spécifiquement les femmes immigrées qui peuvent être victimes de violence.

Les prostitué(e)s de rue

*Source : Synthèse des actions en direction des femmes prostituées du quartier Terres Sainville 2005-2011 – Asociación de Latinos Unidos
Synthèse des travaux issus du séminaire PRAPS du 2 février 2012*

DEFINITION DU PUBLIC

Les participants au groupe de travail sur les prostituées de rue lors du séminaire du PRAPS du mois de février 2012 ont proposé une définition qui sera utilisée pour ce diagnostic :

« Personne qui offre son corps, voire des services à caractère sexuel, sur la voie publique, en échange d'argent ou de biens en nature ou autres »

Il est actuellement difficile d'obtenir des données précises sur la prostitution de rue en Martinique, toutefois on estime qu'une centaine de femmes arpenterait les rues foyalaises chaque nuit (principalement aux Terres-Sainville) selon les sources policières et celles de la ville de Fort de France. Compte tenu du turn-over, l'**Asociación de Latinos Unidos Martinique** estime à au moins 150 personnes le nombre de prostituées, plus une dizaine de travestis.

Les prostituées sont principalement immigrées et étrangères, en situation régulière ou irrégulière, d'origine dominicaine, vénézuélienne ou d'autres origines pour une minorité (haïtienne, sainte-lucienne, martiniquaise ou colombienne).

Elles sont principalement âgées entre 18 et 45 ans, on recense quelques femmes de plus de 50 ans.

La plupart d'entre elles sont en couple ou mariées, avec des enfants. Généralement, elles n'ont pas d'activité professionnelle et sont en situation précaire. Elles vivent en cohabitation ou sont hébergées dans des logements précaires.

Elles sont très souvent illettrées ou analphabète à l'exception des vénézuéliennes.

Quelques observations sont issues du séminaire PRAPS :

- ✓ Il existe un turn-over important sur les trois DFA
- ✓ Les personnes qui se prostituent en dehors du territoire de Fort-de-France sont des jeunes socialement insérés sans revenus
- ✓ Il y a un problème de reconnaissance de la pratique de la prostitution chez les hommes
- ✓ Les prostituées originaires de pays d'Amérique latine vivent en communauté et sont donc plus isolées que les sainte-luciennes et haïtiennes, plus intégrées dans la population

Aucune donnée précise ne permet d'établir un diagnostic quantitatif de l'état de santé des prostituées de rue en Martinique, toutefois, la Société d'Hygiène de Martinique a identifié certaines problématiques de santé les concernant.

En effet, si les maladies chroniques (obésité, diabète, hypertension) présentes en population générale se retrouvent aussi chez les prostituées de rue, la problématique des addictions est fréquente chez ces personnes. On observe également des consommations excessives d'alcool, de tabac, de cannabis. La consommation de cocaïne ou de crack s'observe plutôt pour les femmes ayant recours à la prostitution dans le but de financer leur addiction.

De nombreux troubles physiques tels que des dépressions et les troubles du sommeil sont également rapportés.

Toutes les femmes prostituées ne bénéficient pas d'un suivi médical ou d'une prise en charge par une des associations mais si très peu d'IST ou de cas d'infection à VIH sont diagnostiqués pour ces personnes, celles-ci sont souvent victimes de traumatismes sexuels (violences sexuelles et corporelles et traumatismes utérins en plus des traumatismes physiques).

Sur la thématique des prostituées de rue, très peu d'informations sont disponibles puisqu'elles ne sont pas identifiées en tant que telles par les services sanitaires. Il est souvent difficile d'obtenir des données sur leurs antécédents médicaux puisque bien souvent celles-ci sont issues de pays étrangers où la prise en charge et les dispositifs ne permettent pas un suivi du parcours de soin tel qu'il aurait été fait sur le territoire français.

Toutefois, il apparaît que la situation sur le territoire (prostituées en situation régulière ou irrégulière) conditionne l'accès aux droits et aux dispositifs de soins. Les prostituées ont parfois une méconnaissance des différents circuits de santé dans lesquels elles pourraient entrer. Pour les communautés latines, l'existence de « personnes relais » facilite tout de même l'accès aux soins. Certaines croyances autour de la santé et notamment le recours à la sphère magico-religieuse retardent parfois l'accès aux soins, ou peuvent conduire à employer des soins non-conformes voire très risqués.

Il apparaît évident que la problématique des prostituées de rue exposée ici est loin d'être exhaustive et le manque d'informations sur le sujet met en exergue la nécessité de réaliser une étude spécifique.

Personnes en situation d'errance

Sources : OSM Flash n°36 – Errance et toxicomanie : les usagers marginaux
Rapports d'activité COALEX, PAAL
Synthèse des travaux issus du séminaire PRAPS du 2 février 2012

DEFINITION DU PUBLIC

Il s'agit des personnes en errance et en grande précarité qui regroupent plusieurs sous-catégories de personnes : les marginaux, les sortants de prison, les malades mentaux et les incapables majeurs. En Martinique, ces personnes cumulent souvent le handicap de l'errance avec celui du rejet familial.

L'ERRANCE URBAINE

La population des errants est en grande partie masculine, composée d'Antillais ayant longtemps vécu en Métropole qui de retour au pays n'ont pas réussi à s'intégrer, de métropolitains qui arrivent en Martinique déjà en situation de rupture et de Martiniquais qui jour après jour trouvent la rue comme solution à leurs problèmes existentiels.

Les errants se concentrent essentiellement à Fort de France même s'il devient de plus en plus habituel d'observer ce phénomène dans les autres communes de l'île.

D'après l'étude de 2004 réalisée à Fort de France, on observait une prédominance masculine (environ 4 hommes pour 1 femme) et une variation de l'âge en fonction du sexe. Les tranches d'âge les plus concernées vont de 25 à 44 ans chez les hommes (plus des trois quarts de la population masculine observée se situent dans cette tranche d'âge) alors que les femmes sont en moyenne plus jeunes (plus des trois quarts de la population féminine observée se situent dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans).

On note toutefois quelques changements au cours des années :

- Une augmentation de la présence des femmes. Le rapport de 2009 de l'ACISE indique qu'il est observé une féminisation de l'errance (on dénombre 4 hommes pour 2 femmes)
- Un rajeunissement et un vieillissement de la population errante : la proportion des tranches d'âge extrêmes a augmenté (moins de 25 ans et plus 55 ans).

Il est difficile d'estimer de façon précise le nombre d'errants présents en Martinique, toutefois plusieurs chiffres ont été publiés aux cours des dernières années :

- Dans son étude de 1999, Louis-Félix Ozier-Lafontaine³ (socio-anthropologue coordonateur de deux études sur l'errance), estimait la population des errants comprise entre **320 et 360 personnes** ;
- En 2004, la seule ville de Fort de France estimait que **420 personnes** étaient en situation d'errance sur son territoire ;

³ On distingue différents types d'errants : *l'errant résidentiel* de Fort-de-France, socio type le plus fréquent en Martinique, *l'errant mobile*, que l'on croise sur les routes, qui fait les mêmes circuits plusieurs fois par jour ; ce type est en augmentation, *l'errant balnéaire*, qui vit sur les plages : souvent jeune, métropolitain ou Martiniquais, - *l'errant des parkings de supermarchés*, qui déambule avec son caddie. S'y ajoute un nouveau type, repéré depuis seulement trois ans : ceux qui disparaissent de Fort-de-France la nuit et gagnent les alentours, où ils vivent en squat, d'où ils reviennent en ville au matin

- En 2008, lors du colloque sur l'errance en Martinique organisé par la Direction de la Santé et du Développement Social de Martinique, il a été présenté une estimation de **800 errants sur le département**.

Deux catégories de personnes prédominent parmi les errants :

- celles ayant des problèmes de santé mentale
- celles ayant un usage abusif ou toxicomaniaque des substances psycho-actives

Au niveau sanitaire, l'usager compulsif de crack est monomaniacal. La vie dans la rue entraîne des problèmes de santé liés au mode de vie et à la consommation. Les problèmes cutanés sont nombreux surtout marqués aux pieds puisque les usagers marchent beaucoup avec des chaussures en piteux état. Dans la rue, les bagarres et les règlements de compte sont fréquents, certains ont des blessures causées par des tessons de bouteille ou par arme blanche. Les corps présentent des marques (cicatrices, séquelles de fractures). Les consommateurs de crack sont maigres, leurs dents sont abîmées et ils présentent souvent des troubles psychiatriques. Ils sont agressifs vis-à-vis d'eux-mêmes et des autres. En période de consommation intense, les usagers associent déambulation incessante et absence de sommeil et de nourriture puis tout d'un coup s'endorment n'importe où.

LES DISPOSITIFS SPECIALISES DE PREMIERE LIGNE OU DE SOINS

L'ACISE est la seule structure d'hébergement de nuit proposant, depuis 2004, 20 lits de bas-seuil. Cette structure dispose aussi d'une unité mobile qui sillonne les rues de Fort de France certains soirs de semaine entre 19 et 22 heures en proposant un contact social et une soupe pour ceux qui le souhaitent. Les usagers ont aussi la possibilité de prendre une douche et un petit-déjeuner entre 6 et 9 heures, d'avoir une adresse postale et un casier pour déposer leurs affaires.

Au Lamentin, l'unité d'écoute de la municipalité (OMASS) intervient tous les mardis après-midi en proposant des consultations médicales dans un bus et l'intervention de personnels spécialisés (éducateurs, psychologues, assistantes sociales). Fin 2004, la municipalité du Lamentin a ouvert une structure permanente, la PAAL. Au total, la structure reçoit en moyenne 2400 visites par an soit près de 200 visites par mois. Environ 8% de ces visites sont dédiées à l'utilisation des douches de la structure.

Le COALEX, Collectif des Associations de Lutte contre les Exclusions a pour but de développer toutes initiatives visant à favoriser la dignité, l'épanouissement et l'autonomie de personnes seules, de couples et de familles, en difficulté d'adaptation ou d'insertion sociale, sans distinction de quelque nature que ce soit. Par conséquent, les membres du collectif œuvrent dans différents domaines visant à enrayer le phénomène de l'exclusion (hébergement et insertion, aide directe aux familles et individus, action de prévention, de formation, de sensibilisation en faveur d'un public spécifique). Depuis juin 2002, le COALEX a mis en place le 115⁴ en Martinique.

Le 115 a pour missions :

- L'accueil, l'écoute et l'information
- L'évaluation et l'orientation notamment vers l'hébergement
- La contribution à l'observation sociale, en termes de connaissance et d'alerte

⁴ La loi relative à la lutte contre les exclusions de juillet 1998 stipule dans son article 157 III que : « Dans chaque département est mis en place, à l'initiative du représentant de l'état dans le département, un dispositif de veille sociale chargé d'informer et d'orienter les personnes en difficulté, fonctionnant en permanence tous les jours de l'année et pouvant être saisi par toute personne, organisme ou collectivité ».

Ce numéro d'urgence gratuit à partir d'un poste fixe ou d'un téléphone mobile fonctionne 365 jours / 365 et 24 heures sur 24 (de 7 heures à 22 heures par le 115, et de 22 heures à 7 heures, le relais est pris par le 15)

Entre 2009 et 2010, le 115 a reçu au total 7 179 appels sur les deux années dont **581 appels par an pour un motif d'hébergement d'urgence** (à noter une évolution de 37,9 % entre les deux années). **Il est observé une forte progression des demandes d'hébergement et des traitements de situation.**

Au cours de l'année 2011, **754 demandes d'hébergement ont été référencées**, 605 ont permis d'héberger les demandeurs, soit une solution proposée dans 8 cas sur 10.

LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES DISPOSITIFS

En plus du manque de personnel pour accompagner les personnes en situation d'errance, les problèmes se situent parfois du côté des usagers. Les nouveaux errants ne venant pas toujours vers elles, c'est donc aux structures d'aller à la rencontre des personnes errantes.

Les jeunes de 16 à 25 ans à très faibles ressources

Sources : Les chiffres clés de la jeunesse martiniquaise, mai 2010, Observatoire des métiers et de l'emploi sportif de la Martinique
Rapports d'activités des missions locales
Etat de santé des jeunes martiniquais âgés de 16 à 25 ans bénéficiaires du Crédit de Formation Individualisé, Septembre 2008, OSM, Conseil Régional, CRES
Synthèse des travaux issus du séminaire PRAPS du 2 février 2012

DEFINITION DU PUBLIC

La population de référence est celle des jeunes de 16 à 25 ans sans emploi ou sortis du système scolaire, non insérés dans un circuit de formation ou d'orientation, en rupture familiale.

Le séminaire de travail sur le PRAPS a permis d'affiner la définition de ces jeunes de 16 à 25 ans, il s'agit de jeunes hommes et femmes en quête d'identité, scolarisés ou non/ étudiants ou non, en rupture sociale qui vivent chez leurs parents ou pas. Ces jeunes sont demandeurs d'emploi et ont accès à des dispositifs de l'Éducation Nationale mais n'ont pas d'information sur les dispositifs de droit commun. Souvent, il s'agit de jeunes exposés à des problématiques d'addictions, ils sont soit jeunes délinquants, sous main de justice, jeunes parents, jeunes handicapés ou encore jeunes en souffrance psychique (ayant des pensées suicidaires).

ACTIVITE DES JEUNES DE 15 A 24 ANS

TABLEAU 12: REPARTITION DE L'ACTIVITE DES JEUNES DE 15 A 24 ANS

	Population des 15-24 ans (1)	Inactifs (2)	Actifs (3)	Taux d'activité (4)	Actifs occupés (5)	Chômeurs (6)	Taux de chômage (7)
Hommes	26684	19246	7438	27,9%	3117	4321	58,1%
Femmes	27744	22947	4497	16,2%	1654	2843	63,2%
Ensemble	54128	42193	11935	22,1%	4771	7164	60,0%

Source : Insee enquête emploi DOM 2011

$$(3)=(5)+(6)$$

$$(4)=(3)/(1)$$

$$(7)=(6)/(3)$$

Parmi les 54 000 jeunes de 15 à 24 ans recensés par l'Insee en 2011, une faible part (22 %) est classée parmi les « actifs », c'est-à-dire les personnes ayant soit un emploi, soit étant à la recherche active d'un emploi (chômeurs). La majorité des jeunes de cette tranche d'âge dit « inactifs » sont en fait le plus souvent scolarisés. Ainsi sur les plus de 42 000 inactifs, on compte 35 485 jeunes scolarisés. Si l'on ajoute les 6 700 jeunes inactifs non scolarisés et les 7 000 jeunes au chômage, on compterait entre 13 000 et 14 000 jeunes de 15 à 24 ans sortis du circuit scolaire et sans activité.

Fin septembre 2011, la Martinique compte **7 164 jeunes demandeurs d'emploi** fin de mois, toutes catégories confondues. **Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 20 % des demandeurs d'emploi** (28 % chez les hommes et 14 % chez les femmes).

TABLEAU 13: REPARTITION DES CONTRATS DE PROFESSIONNALISATION ET D'APPRENTISSAGE

	Nombre de contrats de professionnalisation pour les 16-26 ans	Nombre de contrats d'apprentissage pour les 16-26 ans	Nombre de CAE* et CAE passerelle pour les moins de 26 ans
2007	297	1 443	-
2008	630	1 337	-
2009	368	1 052	430

Sources : DTEFP Martinique 2009 – Pôle Emploi Martinique 2009

LA SANTE DES JEUNES

L'état de santé de la population de 16 à 25 ans est en général plutôt bon, marqué essentiellement par des problèmes de santé comme l'asthme ou les allergies, le mal-être et la souffrance psychique ou des comportements pouvant mettre en danger la santé (sexualité, conduites addictives, accidents, violences ...).

Chez les jeunes filles, on peut mettre l'accent sur quelques indicateurs de périnatalité puisque la Martinique se caractérise par des naissances plus fréquentes que ce qui est observé au plan national aux deux tranches d'âge extrêmes (moins de 18 ans et 40 ans et plus). On constate ainsi que 2,5 % des accouchements concernent des jeunes femmes de moins de 18 ans. Les mineures représentent également 8 à 10 % des femmes ayant recours à une interruption volontaire de grossesse.

Il existait jusqu'en 2008, un dispositif conventionnel entre le CRES et le Conseil Régional qui permettait d'organiser des visites médicales pour les jeunes de 16 à 25 ans bénéficiaires du Crédit de Formation Individualisé (CFI). Le crédit de formation individualisé est un droit à la qualification reconnu aux jeunes de 16 à 25 ans, aux salariés et aux demandeurs d'emploi.

Une visite médicale gratuite auprès d'un médecin généraliste participant au programme était proposée à chaque bénéficiaire du CFI. L'objectif de cette visite est de déterminer si l'état de santé du jeune ne contre-indique pas la réalisation du stage qu'il a choisi. L'étude menée entre 2006 et 2007 a porté sur 385 jeunes soit 193 par an en moyenne.

Les **problèmes bucco-dentaires et ophtalmologiques** ont constitué les deux principaux groupes de pathologies les plus fréquemment retrouvées.

De plus, les jeunes sont de plus en plus concernés par l'**excès pondéral** (37 % des filles et 18 % des garçons).

On constate également que les proportions de **fumeurs de tabac ou de cannabis** sont plus élevées que dans la population générale. En ce qui concerne les drogues illicites, le cannabis reste le produit prédominant.

1- **contrat de professionnalisation : contrat de travail en alternance** incluant une action de professionnalisation ouvert à tous les jeunes de 16 à 25 ans révolus et aux demandeurs d'emploi âgés de 26 ans et plus

2- **Contrat d'apprentissage : contrat de travail ouvert aux jeunes de 16 à 25 ans** qui suit une formation en alternance entre une entreprise et un centre de formation dans le but d'obtenir une qualification professionnelle

3- **CAE et CAE Passerelle** : contrat d'accès à l'emploi pour les publics les plus en difficultés avec des aides à l'embauche pour les employeurs du secteur non marchand (collectivités territoriales, associations loi 1901 ...) et des aides à la formation pour l'employé. Le CAE passerelle est ouvert aux jeunes de 16 à 25 ans, prioritairement dans les collectivités territoriales.



3. FICHES PRAPS

3.1. LES POPULATIONS IMMIGREES

DEFINITION DU PUBLIC

La notion d'**étranger** est fondée sur le **critère de la nationalité**. Est étrangère toute personne résidant sur le sol français qui ne possède pas la nationalité française. Un étranger peut ainsi devenir français par acquisition.

La notion d'**immigrée** est basée sur un **double critère de lieu de naissance et de**

nationalité. Une personne immigrée est une **personne née étrangère, à l'étranger et résidant en France**. La qualité d'immigrée est permanente : cette personne peut acquérir la nationalité française et résider en France mais sera toujours comptée comme personne immigrée.

Un immigré n'est donc pas nécessairement un étranger, il peut être Français par acquisition. De même, un étranger peut être né en France. N'est pas immigrée la personne de la « **deuxième génération** » c'est-à-dire les personnes nées en France de parents nés étrangers à l'étranger. A leur majorité, ces personnes peuvent acquérir la nationalité française à condition d'en faire la demande, de résider et d'avoir vécu au moins cinq ans en France entre 11 ans et 18 ans (loi du 16 mars 1998).

DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES

2,1% de la population régionale : 8330 personnes pour une population régionale de 397 564 personnes (recensement de 2007).

Une tendance à la hausse depuis le dernier recensement (accroissement de 57%)

Une majorité de femmes : 5126 femmes (61,5 %) et 3205 hommes (38,5 % de la population immigrée) ;

Population étrangère à 6370 personnes soit 1,7% de la population totale de la Martinique (397 564 personnes) ;

63, 1% des immigrés proviennent de Sainte-Lucie (32%), d'Haïti (27%) ou de la Dominique (5%) ;

Des taux de chômage élevés ;

Au sens du recensement, le taux de chômage des immigrés s'élève à 41%. Au sein de la population régionale, le taux de chômage est de 25% (chiffres de 2007) ;

Des emplois plus souvent précaires et moins qualifiés ;

Des obstacles dans l'accès à l'emploi ;

Un accès restreint à la propriété et au parc locatif social ;

Des difficultés rencontrées par les élèves migrants ;

De la souffrance psychique.



⊕ La santé des populations immigrées

Il existe très peu d'informations précisément relatives à la santé des populations immigrées. Il est observé néanmoins que certains immigrés se heurtent aux mêmes difficultés d'accès aux soins que les personnes en situation précaire. Ces difficultés se manifestent de différentes manières :

- Difficultés dans l'accès aux droits (méconnaissance de ces droits, difficultés à les faire valoir) ;
- Accès difficile à la prévention ;
- Recours tardif aux soins et hospitalisations en urgence, à des stades avancés de la maladie ;
- Modes de vie et comportements à risque ;
- Problèmes financiers concernant l'ouverture des droits et l'avance de frais de soins.

Par ailleurs, certains paramètres peuvent avoir une influence dans la relation des personnels de santé aux personnes immigrées notamment en ce qui concerne des variables linguistico-culturelles mais aussi l'expression possible d'une souffrance psychique déterminée par le parcours migratoire.

Ce premier diagnostic de 2010 a permis de poser **quatre axes de progrès** dans le Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées pour 2011-2012-2013 :

- ⇒ **Accès aux droits et rapport aux Institutions.**
- ⇒ **Apprentissage de la langue française.**
- ⇒ **Lutte contre les discriminations par la promotion de la diversité et la reconnaissance des compétences des immigrés.**
- ⇒ **Accompagnement des immigrés dans leur démarche d'insertion professionnelle.**

Les éléments complémentaires au diagnostic du PRIPI obtenus lors de l'atelier préparatoire à l'élaboration du PRAPS du 1 et 2 février 2012 permettent de mettre en exergue pour une partie de ce public :

- Une analyse de la répartition des immigrés sur le territoire martiniquais qui met à jour une concentration importante des populations immigrées dans certaines communes. En effet, 45% des personnes immigrés vivent dans la commune de Fort-de-France et 11% dans celle du Lamentin. (Volga, Terres-Sainville) et pour le Lamentin (quartiers ouest) ;
- Une problématique posée par l'insalubrité des lieux d'habitation qui exposent ces personnes à des risques pour la santé ;
- Une exposition plus forte à la violence notamment les violences conjugales sur les femmes, la délinquance ou encore à la prostitution ;
- Une confirmation des difficultés d'accès aux droits, à la prévention, aux soins et à la santé ;
- Un recours tardif aux soins et hospitalisations en urgence, à des stades avancés de la maladie ;
- Une propension à des comportements à risque ;
- Une solvabilité insuffisante pour l'ouverture des droits et à l'avance de frais de soins.

De cette **analyse territorialisée des situations et des besoins**, un ensemble d'actions, adaptées à des situations locales spécifiques de **l'accès de ces publics à la prévention, au soin et à la santé** a pu être retenu.

Ces actions sont complémentaires de celles du PRIPI lequel met l'accent notamment dans son axe n°1 sur l'accès aux droits et aux institutions via un guide d'accueil multilingue ainsi que la réalisation d'un site internet favorisant l'accès à l'information et aux dispositifs notamment de santé.

Les actions du PRAPS en direction de la population immigrée sont déclinées à travers les **deux objectifs généraux** suivants :

- **Faciliter l'accès à la santé de la population concernée**
- **Renforcer les compétences des acteurs**

OBJECTIFS RETENUS

OBJECTIF GENERAL N°1 - FACILITER L'ACCES A LA SANTE DE LA POPULATION CONCERNEE

- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.1** Améliorer l'accès aux droits des populations concernées sur les 4 territoires de proximité
- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.2** Développer une prévention spécifique et de proximité
- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.3** Faciliter le recours aux soins

OBJECTIF GENERAL N°3 - RENFORCER LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS

- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.1** Renforcer la connaissance des professionnels sur les populations concernées
- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.2** Améliorer l'intervention des professionnels

OBJECTIF GENERAL N° 1	
FACILITER L'ACCES A LA SANTE DE LA POPULATION CONCERNEE	
OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.1	
Améliorer l'accès aux droits des populations concernées sur les 4 territoires de proximité	
OBJECTIFS OPERATIONNELS	PLAN D' ACTIONS
1.1.2 Améliorer l'information pour les publics concernés	<p>Participer à l'élaboration du volet santé du guide PRIPI</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volet santé du Guide PRIPI réalisé <p>Calendrier : 2012</p>
1.1.4 Contribuer à l'articulation des démarches administratives d'accès aux droits des personnes immigrées	<p>Mettre en place un groupe de travail pour élaborer un protocole entre la Préfecture et la CGSS pour l'accès aux droits des populations immigrées</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions de concertation organisées <p>Calendrier : 2014</p>
OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.2	
Développer une prévention spécifique et de proximité	
OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D' ACTIONS
1.2.2 Adapter les messages de prévention aux publics concernés	<p>Recenser les supports de prévention</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de supports recensés - Catalogue des supports recensés <p>Calendrier : 2012-2013</p>
	<p>Créer et/ou adapter des supports de prévention existants</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de supports adaptés et/ ou créés <p>Calendrier : 2014-2015</p>
OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.3	
Faciliter le recours aux soins	
OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D' ACTIONS
1.3.3 Faciliter l'accès aux soins de premier recours (médecin traitant, ...)	<p>Initier le parcours de santé par le choix du médecin traitant dès la 1ère visite médicale en liaison avec l'OFII et son prestataire</p> <p>Indicateurs :</p> <p>Intégration du choix du médecin traitant dans le cadre de la visite médicale obligatoire organisée par l'OFII</p> <p>Calendrier : 2013</p>

OBJECTIF GENERAL N° 3	
RENFORCER LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS	
OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.1	
Renforcer la connaissance des professionnels sur les populations concernées	
OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D' ACTIONS
3.1.1 Mener des actions d'information et de formation	<p>Mettre en place des actions d'information sur les connaissances, les références culturelles, les croyances et les représentations des personnes immigrées</p> <p>Indicateurs : Nombre d'actions d'information organisées</p> <p>Calendrier : 2013-2015</p>
	<p>Identifier les besoins des professionnels, dans le cadre de l'accompagnement ces publics, en vue de formations adaptées</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Production d'un document présentant les besoins exprimés - Elaboration de programmes de formation - Nombre d'actions de formation mises en œuvre - Nombre de professionnels ayant suivi une formation <p>Calendrier : 2014-2015</p>
OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.2	
Améliorer l'intervention des professionnels	
OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D' ACTIONS
3.2.1 Inciter l'organisation d'échange de pratiques professionnelles	<p>Organiser des rencontres professionnelles dans le but d'optimiser l'accompagnement et la prise en charge des personnes immigrées</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de rencontres professionnelles organisées avec les acteurs concernés <p>Calendrier : 2013 à 2015</p>

3.2. LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

DEFINITION DU PUBLIC

Femmes en relation inégalitaire, objet de soumission au désir de l'autre, via une relation d'emprise (violences conjugales, familiales et sociales).

DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES

- Total femmes victimes d'atteintes volontaires à leur intégrité Physique : 326 plaintes enregistrées en POLICE (2011)
- Total de plaintes enregistrées en gendarmerie pour violences intra familiales:1240 plaintes en gendarmerie(2011)
- Total femmes rendues à l'association UFM pour violences conjugales: 385 (2011)
- Total d'appels à UFM pour violences conjugales : 1059 (2011)
- Total femmes victimes de violences reçues au dispositif d'urgence et d'accompagnement(DUA):186 (2011)

ARGUMENTAIRE

Toutes femmes, objet de soumission au désir de l'autre et dans une relation d'emprise dans leur relation conjugale ou familiale, sont à considérer ainsi que les femmes en précarité économique comme les victimes de violences.

Les conséquences de ces violences sur les enfants sont à prendre en charge car ces femmes et ces enfants sont impactés dans leur santé et ont besoin d'une reconstruction psychologique.

Il est difficile de repérer les femmes en difficulté psycho sociales, d'identifier les situations de précarité ; car ce public ne reconnaît pas la réalité de violence d'une part et atteint dans sa fierté, n'avoue pas son réel.

Ces femmes sont murées dans le silence et ont une santé dégradée souvent au niveau des dents, de l'estomac, des yeux et de l'appareil génital qu'elles négligent par perte d'estime de soi et de moyens.

Le Centre de référence pluridisciplinaire périnatale et de proximité a élaboré des indicateurs pour déceler la précarité. Il se révèle la nécessité de faciliter le repérage par les professionnels en contact avec cette population - femmes et enfants.

Les victimes sont plus susceptibles de révéler l'existence de la violence si on les interroge à ce propos.

Une femme maltraitée va davantage chercher de l'aide auprès de son médecin qu'auprès des psychiatres ou psychologues, de policiers ou d'avocats.

Malgré cela les taux de dépistage par les médecins sont faibles. Les médecins doivent savoir qu'il existe des preuves selon lesquelles 30 à 40% des enfants qui sont témoins d'agressions conjugales subissent aussi des mauvais traitements physiques.

Le dépistage de la violence augmente la probabilité que les services médicaux, sociaux et juridiques interviennent avant que la femme ne subisse des conséquences plus graves voire mortelles.

Pour ce faire l'écoute de qualité des acteurs d'accueil social doit permettre d'évaluer la situation globale.

Des passerelles vers le professionnels du social, du juridique et du logement sont à construire pour une prise en charge opérationnelle des victimes.

Il y a besoin d'améliorer le repérage afin :

- d'améliorer la protection et la prise en charge des victimes et leurs enfants, par une meilleure information du public et la formation des professionnels impliqués,
- d'améliorer leur orientation et leur accès à des soins spécialisés de qualité
- d'améliorer la connaissance et compréhension des conséquences des violences, dans l'optique de lutter contre toutes les violences et enfin
- d'améliorer leur prévention.

L'objectif de ces actions est de modifier le regard, le comportement à l'égard des femmes victimes de violences afin de rendre chacun plus apte à accompagner et orienter les victimes, sans les juger, vers un accès aux soins.

Mieux informer pour mieux former les acteurs de prise en charge sociale, le milieu médical, les gendarmes et policiers les acteurs associatifs et les responsables d'école pour une meilleure interprétation des comportements des enfants.

Il en ressort la nécessité de construire un outil pour les différents professionnels ayant pour but de favoriser la parole de la victime : porte d'entrée pour être soutenue et engagée dans l'accompagnement

Pour ce programme il importe :

- de mutualiser l'existant pour constituer un réseau inter relationnel
- de mieux connaître les acteurs pour une articulation et coordination optimales
- d'assurer un équilibre entre les différents territoires de la Martinique

Trois priorités sont énoncées :

1 : Informer et Former

- Les professionnels
- Les publics cibles
- Stratégie de communication à définir

2 : Optimiser le repérage par les professionnels en organisant les actions suivantes :

- Créer un outil
- Définir les procédures d'orientation
- Constituer un annuaire et indiquer les numéros utiles
- Sensibiliser et former ces professionnels
- Définir les stratégies à mettre en place pour être un "repéreur"
- Informer massivement la population des dispositifs de prise en charge existants en Martinique.

3 : Mieux prendre en charge

- Décrire une procédure de prise en charge par les professionnels : Définir un parcours de soins.
- Accès aux soins : Dépression - Ophtalmologie – dentaire – Gynécologie- Stomatologie – Gastro-intestinal
- Offrir une reconstruction de santé mentale et générale tant aux enfants qu'aux femmes



OBJECTIFS RETENUS

OBJECTIF GENERAL N°1 - FACILITER L'ACCES A LA SANTE DE LA POPULATION CONCERNEE

- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.1** Améliorer l'accès aux droits des populations concernées sur les 4 territoires de proximité
- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.3** Faciliter le recours aux soins

OBJECTIF GENERAL N°2 - AMELIORER LA COORDINATION DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS

- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°2.1** Favoriser le travail en réseau pour une meilleure prise en charge des populations concernées

OBJECTIF GENERAL N°3 - RENFORCER LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS

- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.1** Renforcer la connaissance des professionnels sur les populations concernées
- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.2** Améliorer l'intervention des professionnels

OBJECTIF GENERAL N° 1	
FACILITER L'ACCES A LA SANTE DE LA POPULATION CONCERNEE	
OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.1	
Améliorer l'accès aux droits des populations concernées sur les 4 territoires de proximité	
OBJECTIFS OPERATIONNELS	PLAN D' ACTIONS
1.1.1 Recenser les dispositifs existants	<p>Recenser les dispositifs sociaux, sanitaires et médico-sociaux existants pour mieux les faire connaître</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de dispositifs recensé - Cartographie des dispositifs existants - Mise en ligne de données existantes avec une mise à jour annuelle <p>Calendrier : 2013/2015</p>
1.1.3 Développer des relais d'information sur les quatre territoires de proximité	<p>Identifier les structures d'accueil et d'accompagnement de ces publics, susceptibles d'être des relais</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de structures identifiées - Nombre et type d'informations proposées par ces structures relais - Répartition géographique des relais d'information sur le territoire <p>Calendrier : 2012-2013</p>
	<p>Définir des modes opératoires</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions sur les modes opératoires - Nombre de modes opératoires défini <p>Calendrier : 2013-2015</p>
OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.3	
Faciliter le recours aux soins	
OBJECTIFS OPERATIONNELS	PLAN D' ACTIONS
1.3.4 Améliorer le repérage des populations concernées	<p>Élaborer avec l'ensemble des acteurs concernés un outil de repérage des femmes victimes de violences (« sémiologie des signes d'une victime de violences »)</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de rencontres pour élaborer l'outil - Outil de repérage produit <p>Calendrier : 2012-2013</p>

OBJECTIFS OPERATIONNELS	PLAN D' ACTIONS
<p>1.3.4 Améliorer le repérage des populations concernées</p>	<p>Diffusion et partage de cet outil auprès des acteurs intervenant auprès des femmes victimes de violences</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions de communication sur l'outil - Nombre d'actions d'accompagnement à l'utilisation de l'outil <p>Calendrier : 2013-2015</p>
<p>1.3.5 Améliorer l'accueil des femmes victimes de violences au sein des services et dispositifs médicaux (Urgence, Centre Médico-Psychologique, Maison de garde médicale)</p>	<p>Mener des actions de sensibilisation auprès des professionnels concernés sur l'accueil, le repérage et la prise en charge de ces femmes</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions de sensibilisation - Nombre et profil des bénéficiaires des actions de sensibilisation <p>Calendrier : 2013-2015</p>

OBJECTIF GENERAL N° 2 AMELIORER LA COORDINATION DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS	
OBJECTIF STRATEGIQUE N°2.1 Favoriser le travail en réseau pour une meilleure prise en charge des populations concernées	
OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D' ACTIONS
<p>2.1.1 Recenser tous les acteurs impliqués dans le repérage et l'accompagnement des femmes victimes de violence</p>	<p>Recenser les acteurs locaux afin de formaliser un réseau, puis le faire connaître</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un réseau spécifique - Nombre d'actions de communication du réseau - Nombre de réunions du réseau <p>Calendrier : 2013-2015</p>

OBJECTIF GENERAL N° 3	
RENFORCER LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS	
OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.1	
Renforcer la connaissance des professionnels sur les populations concernées	
OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D' ACTIONS
3.1.1 Mener des actions d'information et de formation	<p>Mettre en place des actions d'information sur les connaissances, les références culturelles, les croyances et les représentations des femmes victimes de violence</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions d'information organisées <p>Calendrier : 2013-2015</p>
	<p>Identifier les besoins des professionnels, dans le cadre de l'accompagnement ces publics, en vue de formations adaptées</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Production d'un document présentant les besoins exprimés - Elaboration de programmes de formation - Nombre d'actions de formation mises en œuvre - Nombre de professionnels ayant suivi une formation <p>Calendrier : 2014-2015</p>
OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.2	
Améliorer l'intervention des professionnels	
OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D' ACTIONS
3.2.1 Favoriser l'échange de pratiques professionnelles	<p>Mener une réflexion commune avec les professionnels concernés autour des modalités de remplissage du certificat médico-légal</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'échanges menés sur le certificat médico-légal <p>Calendrier : 2013</p>

3.3. LES PROSTITUEES DE RUE

DEFINITION DU PUBLIC

Personne qui offre son corps, voire des services à caractère sexuel, sur la voie publique, en échange d'argent ou de biens en nature ou autres.

DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES

Les éléments de connaissance sur la prostitution sont rares voire inexistantes en Martinique : « on estime qu'une centaine de femmes arpenterait les rues foyalaises chaque nuit (principalement aux Terres-Sainville) selon les sources policières et celles de la ville de Fort de France ».

L'intérêt du séminaire, outre l'élaboration du PRAPS, résidait dans l'échange avec les acteurs locaux, dans le but de **mieux connaître et de comprendre les besoins et les problématiques que rencontrent les personnes prostituées de rue**. Ces travaux ont notamment permis de compléter le pré-diagnostic avec des données qualitatives (Cf diagnostic).

ARGUMENTAIRE

A l'issue du séminaire, les points saillants qui sont ressortis des discussions concernant l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de prostitution de rue sont :

- **Avoir une meilleure connaissance de la prostitution et des prostituées**
- **Renforcer la coordination des actions et formaliser un réseau d'acteurs de proximité en charge d'accueillir et d'orienter cette population**
- **Mettre en œuvre des projets selon une approche de promotion de la santé permettant d'accroître les capacités de la population à prendre en charge sa propre santé.**

En effet, il apparaît très important qu'une **étude sur la situation de la prostitution en Martinique** soit réalisée. Cette étude pourrait nous apporter plusieurs types de données telles que les problématiques de santé, les formes de prostitution exercées dans l'île, etc. Elle permettrait d'approfondir les connaissances, de faire évoluer les représentations et les croyances que l'ensemble de la population martiniquaise porte sur cette question (grand public, médias, professionnels et aussi prostituées).

Ensuite, la coordination des acteurs intervenant auprès de cette population est un enjeu majeur. En effet, souvent informel, le **travail de partenariat** existant gagnerait à être structuré, consolidé et rendu visible, à la fois au niveau régional et entre les 3 Départements Français d'Amérique (DFA) du fait du turn-over observé de la population concernée.

Avec ce réseau d'acteurs, il conviendrait alors de travailler au renforcement de leurs compétences notamment par **l'harmonisation de leurs pratiques et de leurs outils d'intervention**.

Enfin, un effort particulier sera mis sur le **développement d'actions de prévention de proximité en privilégiant l'approche communautaire**. Il conviendra de s'appuyer sur **des relais** (personnes ou structures) légitimes et reconnus par cette population. Les actions ayant pour but la revalorisation de l'estime de soi, l'accroissement des capacités et l'insertion dans la société sont des leviers pour améliorer l'accès à la santé des personnes prostituées de rue.

C'est autour de ces grands axes que le plan d'actions, ci-après, a été défini pour cette population.

A noter que certains objectifs stratégiques du PRAPS n'ont pas été déclinés en actions. Par exemple la question de l'accès aux droits (inscrits dans l'objectif général n°1 « faciliter l'accès à la santé »), comme celle du recours aux soins, n'étant spécifique à la situation de prostitution des personnes, elle rejoint plutôt les problématiques juridico administratives (situation régulière ou non de l'individu sur le territoire). Aussi, les mesures proposées pour améliorer ces deux aspects pourraient être les mêmes que celles prises notamment pour les populations immigrées.



OBJECTIFS PRAPS RETENUS

OBJECTIF GENERAL N°1 - FACILITER L'ACCES A LA SANTE DE LA POPULATION CONCERNEE

- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.2** Développer une prévention spécifique et de proximité

OBJECTIF GENERAL N°2 - AMELIORER LA COORDINATION DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS

- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°2.1** Favoriser le travail en réseau pour une meilleure prise en charge des populations concernées

OBJECTIF GENERAL N°3 - RENFORCER LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS

- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.1** Renforcer la connaissance des professionnels sur les populations concernées
- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.2** Améliorer l'intervention des professionnels

OBJECTIF GENERAL N°4 - MIEUX CONNAITRE LES POPULATIONS CONCERNEES ET LEURS PROBLEMATIQUES DE SANTE

- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°4.1** Optimiser l'observation



PLAN D' ACTIONS

OBJECTIF GENERAL N° 1	
FACILITER L'ACCES A LA SANTE DE LA POPULATION CONCERNEE	
OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.2	
Développer une prévention spécifique et de proximité	
OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D' ACTIONS
1.2.1 Promouvoir les démarches communautaires en santé	<p>Soutenir les initiatives de démarches communautaires en santé, dont celles qui s'appuient sur des relais</p> <p>Indicateurs : Nombre d'initiatives soutenues</p> <p>Calendrier : 2012 à 2015</p>

OBJECTIF GENERAL N° 2	
AMELIORER LA COORDINATION DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS	
OBJECTIF STRATEGIQUE N°2.1	
Favoriser le travail en réseau pour une meilleure prise en charge des populations concernées	
OBJECTIFS OPERATIONNELS	PLAN D' ACTIONS
2.1.1 Recenser tous les acteurs impliqués dans le repérage et l'accompagnement des prostituées de rue	<p>Recenser les acteurs locaux et ceux des autres DFA afin de formaliser un réseau puis le faire connaître</p> <p>Indicateurs :</p> <p>Mise en place d'un réseau spécifique (local et interDFA)</p> <p>Nombre d'actions de communication du réseau</p> <p>Nombre de réunions du réseau</p> <p>Calendrier : 2013-2015</p>

OBJECTIF GENERAL N° 3	
RENFORCER LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS	
OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.1	
Renforcer la connaissance des professionnels sur les populations concernées	
OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D' ACTIONS
3.1.1 Mener des actions d'information et de formation	<p>Mettre en place des actions d'information sur les connaissances, les références culturelles, les croyances et les représentations des prostituées de rue</p> <p>Indicateurs : Nombre d'actions d'information organisées</p> <p>Calendrier : 2013-2015</p>
	<p>Identifier les besoins des professionnels, dans le cadre de l'accompagnement de ces publics, en vue de formations adaptées</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Production d'un document présentant les besoins exprimés Elaboration de programmes de formation Nombre d'actions de formation mises en œuvre Nombre professionnels ayant suivis une formation <p>Calendrier : 2014-2015</p>
OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.2	
Améliorer l'intervention des professionnels	
OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D' ACTIONS
3.2.1 Favoriser l'échange de pratiques professionnelles	<p>Organiser des rencontres professionnelles dans le but d'optimiser l'accompagnement et la prise en charge des prostituées de rue</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de rencontres professionnelles organisées avec les acteurs concernés <p>Calendrier : 2013 à 2015</p>

OBJECTIF GENERAL N° 4	
MIEUX CONNAITRE LES POPULATIONS CONCERNEES ET LEURS PROBLEMATIQUES DE SANTE	
OBJECTIF STRATEGIQUE N°4.1	
Optimiser l'observation	
OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D' ACTIONS
4.1.2 Mener des études sur la population concernée	<p>Mettre en place une étude sur la situation de la prostitution en Martinique</p> <p>Indicateurs : Publication des premiers résultats de l'étude sur la situation de la prostitution en Martinique</p> <p>Calendrier : 2013-2014</p>

3.4. LES PERSONNES EN ERRANCE

DEFINITION DU PUBLIC

Une personne en errance est une personne en grande précarité qui se regroupe sous plusieurs sous catégories : des marginaux, des sortants de prison, des malades mentaux, des sans abris, des incapables majeurs.

DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES

En 2008, la population des errants est estimée à 800 en Martinique dont 420 se concentrent dans le centre ville de Fort de France.

Les acteurs de terrain observent depuis ces dernières années à une féminisation des errants quatre hommes pour deux femmes au lieu d'une femme. De même, ils assistent aussi bien à un rajeunissement (-25 ans) qu'à un vieillissement de cette population. Tous s'accordent à dire que le phénomène tend à évoluer, depuis 2008 il devient nécessaire de faire une nouvelle estimation pour actualiser les données.

ARGUMENTAIRE

A l'issue de ce séminaire, pour les personnes en errance, les acteurs de terrain préconisent :

- l'amélioration de l'accès aux droits et aux soins sur l'ensemble du territoire,
- l'amélioration des interventions des professionnels pour un suivi coordonné de la personne en situation d'errance.

S'agissant de l'accès aux droits, il est observé une méconnaissance des dispositifs existants et un manque de lisibilité sur les missions de la PASS, Permanence d'Accès aux Soins de Santé. Le manque de connaissances peut entraîner des lenteurs ou un alourdissement des démarches administratives pour la prise en charge de l'errant. L'orientation vers les PASS n'est pas toujours systématique.

S'agissant de l'accès aux soins, il est demandé de favoriser la mise en place de dispositifs de prise en charge adaptée. En effet, chez les personnes en errance toxicomanes au crack, on observe des problèmes de santé qui sont essentiellement traumatologiques (fractures, cicatrices..) ou dermatologiques (plaies surinfectées, mycoses) en lien avec leur mode de vie. Ils ont souvent des problèmes dentaires. L'accès aux soins de cette population s'avère difficile car les professionnels de santé (médecins spécialistes) hésitent à prendre en charge ce type de public d'où les dispositifs suivants à développer :

- *Des lits Halte Soins santé* : seuls 6 lits viennent d'être créés sur Fort de France, il est nécessaire d'étendre le dispositif sur les territoires de proximité non pourvus ;

- *Des Lits pour les patients comorbides et des appartements thérapeutiques* : les errants ont bien souvent des troubles mentaux spécifiques singulièrement la schizophrénie associée à la toxicomanie ;
- *Des consultations avancées dans les structures de type CAARUD ou dans les accueils de jour* : il existe qu'un seul CAARUD en Martinique intervenant dans la mangrove du Lamentin qui dispense des consultations avancées ;
- *Des conventions avec les transporteurs sanitaires* : ce type de public reste un frein pour les transporteurs.

S'agissant de l'amélioration des interventions des professionnels, les acteurs de terrain observent des sorties sèches et des ruptures dans le parcours de soins dues à un déficit dans la prise en charge et le suivi coordonné des intervenants du domaine sanitaire, médico-social et social.



OBJECTIFS RETENUS

OBJECTIF GENERAL N°1 - FACILITER L'ACCES A LA SANTE DE LA POPULATION CONCERNEE

- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.1** Améliorer l'accès aux droits des populations concernées sur les 4 territoires de proximité
- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.3** Faciliter le recours aux soins

OBJECTIF GENERAL N°3 - RENFORCER LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS

- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.2** Améliorer l'intervention des professionnels

OBJECTIF GENERAL N°4 - MIEUX CONNAITRE LES POPULATIONS CONCERNEES ET LEURS PROBLEMATIQUES DE SANTE

- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°4.1** Optimiser l'observation

OBJECTIF GENERAL N° 1	
FACILITER L'ACCES A LA SANTE DE LA POPULATION CONCERNEE	
OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.1	
Améliorer l'accès aux droits des populations concernées sur les 4 territoires de proximité	
OBJECTIFS OPERATIONNELS	PLAN D' ACTIONS
1.1.1 Recenser les dispositifs existants	<p>Recenser les dispositifs sociaux, sanitaires et médico-sociaux existants pour mieux les faire connaître</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de dispositifs recensés - Cartographie des dispositifs existants - Mise en ligne de données existantes avec une mise à jour annuelle <p>Calendrier : 2013/2015</p>
1.1.2 Améliorer l'information pour les publics concernés	<p>Renforcer la communication sur les missions des PASS auprès du public (notamment la famille) et des professionnels</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions de communication sur les missions PASS <p>Calendrier : 2013/2015</p>
OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.3	
Faciliter le recours aux soins	
OBJECTIFS OPERATIONNELS	PLAN D' ACTIONS
1.3.1 Développer des partenariats avec les professionnels et structures de prise en charge	<p>Etablir des conventions avec les professionnels de santé (<i>médecins spécialistes,...</i>) et les mutuelles, etc... pour la prise en charge globale des personnes en errance</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de conventions signées - Nombre de spécialistes ou partenaires adhérents <p>Calendrier : 2012/2013</p>

OBJECTIFS OPERATIONNELS	PLAN D' ACTIONS
<p>1.3.2 Favoriser la mise en place de dispositifs de prise en charge adaptée (<i>structures sanitaires et médico-sociales</i>)</p>	<p>Créer des Lits Halte Soins Santé sur les territoires de proximité non pourvus.</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lancement d'un appel à projets - Nombre de lits autorisés par territoire - Nombre de lits installés <p>Calendrier : 2013/2015</p>
	<p>Relancer les projets initiés par le CHU (appartements thérapeutiques addictions rattachés au CSAPA et création de lits pour patients comorbides).</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'appartements autorisés - Nombre d'appartements installés - Nombre de lits autorisés - Nombre de lits installés <p>Calendrier : 2013/2015</p>
	<p>Développer des consultations avancées en addictologie sur les 4 territoires de proximité.</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de consultations avancées en addictologie par territoire de proximité <p>Calendrier : 2013/2015</p>
	<p>Mener une réflexion sur les modalités de transports sanitaires pour la prise en charge des personnes en errance.</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions effectuées - Nombre et profil des participants à la réflexion <p>Calendrier : 2013/2015</p>
	<p>Mobiliser les équipes mobiles de psychiatrie-précarité (EMPP) sur la problématique des personnes en errances</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'Intervention des EMPP auprès des personnes en errance <p>Calendrier : 2013/2015</p>

OBJECTIF GENERAL N° 3	
RENFORCER LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS	
OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.2 Améliorer l'intervention des professionnels	
OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D' ACTIONS
3.2.1 Favoriser l'échange de pratique professionnelle	<p>Organiser des rencontres professionnelles dans le but d'optimiser l'accompagnement et la prise en charge des personnes en errance</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de rencontres professionnelles organisées avec les acteurs concernés <p>Calendrier : 2013/ 2015</p>

OBJECTIF GENERAL N° 4	
MIEUX CONNAITRE LES POPULATIONS CONCERNEES ET LEURS PROBLEMATIQUES DE SANTE	
OBJECTIF STRATEGIQUE N°4.1 Optimiser l'observation	
OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D' ACTIONS
4.1.2 Mener des études sur les populations concernées par le PRAPS	<p>Mettre en place une étude sur la situation de l'errance en Martinique</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Publication des premiers résultats de l'étude sur la situation des personnes en errance en Martinique <p>Calendrier : 2013/2014</p>

3.5. LES JEUNES DE 16 A 25 ANS A TRES FAIBLES RESSOURCES

DEFINITION DU PUBLIC

La population de référence est celle des jeunes de 16-25 ans sans emploi ou sortis du système scolaire, non insérés dans un circuit de formation ou d'orientation, en rupture familiale.

Il s'agit de jeunes hommes et femmes en quête d'identité, scolarisés ou non/étudiants ou non, en rupture sociale qui vivent chez leurs parents ou pas. Ces jeunes sont demandeurs d'emploi et ont accès à des dispositifs de l'Éducation Nationale mais n'ont pas d'information sur les dispositifs de droit commun. Souvent, il s'agit de jeunes exposés à des problématiques d'addictions, ils sont soit jeunes délinquants, sous main de justice, jeunes parents, jeunes handicapés ou encore jeunes en souffrance psychique (ayant des pensées suicidaires).

Il est à noter que le public « jeunes » peut être retrouvé dans toutes les autres catégories de population du PRAPS.

DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES

Le diagnostic a mis en évidence des éléments phares :

- Parmi les 53 851 jeunes de 15 à 24 ans, 35 485 d'entre eux sont scolarisés, ainsi, il y aurait environ 6400 jeunes hors circuit scolaire et hors circuit d'insertion.
- Fin septembre 2011, la Martinique compte **7 164 jeunes demandeurs d'emploi** fin de mois, toutes catégories confondues. **Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 20 % des demandeurs d'emploi** (28 % chez les hommes et 14 % chez les femmes).
- L'état de santé de la population de 16 à 25 ans est en général plutôt bon, marqué essentiellement par des problèmes de santé comme l'asthme ou les allergies, le mal-être et la souffrance psychique ou des comportements pouvant mettre en danger la santé (sexualité, conduites addictives, accidents, violences ...).

Les pathologies et problématiques de santé les plus fréquemment retrouvées chez ce public sont :

- **Les problèmes bucco-dentaires et ophtalmologiques**
- **l'excès pondéral**
- **La consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis**



ARGUMENTAIRE

A partir de ces éléments et de la réflexion menée en atelier lors du séminaire PRAPS du 2 et 3 février 2012, il apparaît d'une part, pour les professionnels et les acteurs de terrain, que le programme PRAPS dans ses différents axes (Accès aux droits, à la prévention et aux soins), doit permettre l'amélioration de la coordination entre les acteurs en contact et/ou œuvrant auprès de ce public.

D'autre part, concernant l'accès à l'information *et aux droits*, il s'agit plus d'optimiser les structures de proximité et les dispositifs existants que d'en créer de nouvelles.

En effet, les acteurs ont pointé le problème de la mobilité des jeunes, qui est différente selon les territoires de proximité ainsi que la nécessité de développer des lieux relais.

Ils ont aussi mis l'accent :

- sur l'importance de susciter l'intérêt des jeunes sur la question de la santé
- la nécessité d'adapter l'approche et l'offre de prévention, tenant compte d'une répartition équitable sur les quatre territoires de proximité.

Le PRAPS s'inscrit dans une démarche de lutte contre l'exclusion et une dynamique de promotion de la santé, cela suppose :

- d'encourager le jeune à être acteur de sa santé par exemple dans le cadre de démarche communautaire en santé, par le choix d'un médecin traitant...
- d'ouvrir le partenariat à des acteurs autres que ceux de la santé, du social et médico-social, notamment les services de transport en commun, les professionnels des médias regardés et écoutés par les jeunes...

Aborder les questions relatives à la santé des jeunes permet d'évoquer l'ensemble des préoccupations de la vie quotidienne de ce public, notamment vis à vis de l'insertion professionnelle, du logement.

Etre en bonne santé devient de plus en plus facteur d'intégration sociale, une condition à l'insertion au même titre que la formation ou l'obtention d'un diplôme.



OBJECTIFS RETENUS

OBJECTIF GENERAL N°1 - FACILITER L'ACCES A LA SANTE DE LA POPULATION CONCERNEE

- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.1** Améliorer l'accès aux droits des populations concernées sur les 4 territoires de proximité
- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.2** Développer une prévention spécifique et de proximité
- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.3** Faciliter le recours aux soins

OBJECTIF GENERAL N°2 - AMELIORER LA COORDINATION DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS

- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°2.1** Favoriser le travail en réseau pour une meilleure prise en charge des populations concernées

OBJECTIF GENERAL N°3 - RENFORCER LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS

- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.1** Renforcer la connaissance des professionnels sur les populations concernées
- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.2** Améliorer l'intervention des professionnels

OBJECTIF GENERAL N°4 - MIEUX CONNAITRE LES POPULATIONS CONCERNEES ET LEURS PROBLEMATIQUES DE SANTE

- **OBJECTIF STRATEGIQUE N°4.1** Optimiser l'observation



OBJECTIF GENERAL N° 1	
FACILITER L'ACCES A LA SANTE DE LA POPULATION CONCERNEE	
OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.1	
Améliorer l'accès aux droits des populations concernées sur les 4 territoires de proximité	
OBJECTIFS OPERATIONNELS	PLAN D' ACTIONS
1.1.1 Recenser les dispositifs existants	<p>Recenser les dispositifs sociaux, sanitaires et médico-sociaux existants pour mieux les faire connaître</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de dispositifs recensés - Cartographie des dispositifs existants - Mise en ligne de données existantes avec une mise à jour annuelle <p>Calendrier : 2013/2015</p>
1.1.2 Améliorer l'information pour les publics concernés	<p>Impulser une réflexion commune sur les supports/outils existants (information santé)</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions de réflexion organisées - Typologie et nombre de supports et d'outils analysés pour la réflexion <p>Calendrier : 2012-2013</p>
1.1.3 Développer des relais d'information sur les quatre territoires de proximité	<p>Identifier les structures d'accueil et d'accompagnement de ces publics, susceptibles d'être des relais</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de structures identifiées - Nombre et type d'informations proposées par ces structures relais - Répartition géographique des relais d'information sur le territoire <p>Calendrier : 2012-2013</p> <hr/> <p>Définir des modes opératoires</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions sur les modes opératoires - Nombre de modes opératoires définis et mis en œuvre <p>Calendrier : 2013-2015</p>

OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.2 Développer une prévention spécifique et de proximité	
OBJECTIFS OPERATIONNELS	PLAN D' ACTIONS
1.2.1 Promouvoir les démarches communautaires en santé	<p>Soutenir les initiatives de démarches communautaires en santé</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'initiatives soutenues - Nombre de projet élaborés avec la participation des jeunes en situation de précarité <p>Calendrier : 2013 à 2015</p>
1.2.2 Adapter les messages de prévention aux publics concernés	<p>Intégrer un volet santé dans le parcours d'insertion (par l'activité économique, professionnelle et logement) des jeunes</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de parcours d'insertion intégrant un volet santé proposé aux jeunes concernés <p>Calendrier : 2013-2015</p>
OBJECTIF STRATEGIQUE N°1.3 Faciliter le recours aux soins	
OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D' ACTIONS
1.3.3 Faciliter l'accès aux soins de premier recours (médecin traitant, Maison de santé pluridisciplinaire (MSP)...)	<p>Informar sur l'importance du choix du médecin traitant en lien avec la CGSS</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions d'information organisées sur l'importance du choix du médecin traitant <p>Calendrier : 2013-2015</p>
	<p>Développer au sein des MSP une approche adaptée pour la prise en charge des jeunes</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de MSP proposant une approche adaptée aux jeunes <p>Calendrier : 2014</p>
	<p>Accompagner des jeunes présentant des problèmes de santé liées au logement insalubre</p> <p>Indicateurs : nombre de jeunes (en logement insalubre) accompagnés</p> <p>Calendrier : 2013-2015</p>

OBJECTIF GENERAL N° 2	
AMELIORER LA COORDINATION DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS	
OBJECTIF STRATEGIQUE N°2.1	
Favoriser le travail en réseau pour une meilleure prise en charge des populations concernées	
OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D' ACTIONS
2.1.1 Recenser tous les acteurs impliqués dans le repérage et l'accompagnement des populations concernées	<p>Recenser les acteurs locaux et encourager le travail en réseau</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions initiées en partenariat - Nombre de réunions des partenaires <p>Calendrier : 2013-2015</p>

OBJECTIF GENERAL N° 3	
RENFORCER LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS	
OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.1	
Renforcer la connaissance des professionnels sur les populations concernées	
OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D' ACTIONS
3.1.1 Mener des actions d'information et de formation	<p>Mettre en place des actions d'information sur les connaissances, les références culturelles, les croyances et les représentations des jeunes</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions d'information organisées <p>Calendrier : 2013-2015</p>
	<p>Identifier les besoins des professionnels, dans le cadre de l'accompagnement de ces publics, en vue de formations adaptées.</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Production d'un document présentant les besoins exprimés - Elaboration de programmes de formation - Nombre d'actions de formation mises en œuvre - Nombre de professionnel ayant suivis une formation <p>Calendrier : 2014-2015</p>
OBJECTIF STRATEGIQUE N°3.2	
Améliorer l'intervention des professionnels	
OBJECTIF OPERATIONNEL	PLAN D' ACTIONS
3.2.1 Favoriser l'échange de pratique professionnelle	<p>Organiser des rencontres professionnelles dans le but d'optimiser l'accompagnement et la prise en charge des jeunes</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de rencontres professionnelles organisées avec les acteurs concernés <p>Calendrier : 2013 à 2015</p>

OBJECTIF GENERAL N° 4	
MIEUX CONNAITRE LES POPULATIONS CONCERNEES ET LES PROBLEMATIQUES DE SANTE	
OBJECTIF STRATEGIQUE N°4.1 Optimiser l'observation	
OBJECTIFS OPERATIONNELS	PLAN D' ACTIONS
4.1.1 Mutualiser et partager les données afin d'optimiser la connaissance et de mieux intervenir auprès des jeunes	<p>Organiser des échanges et des ateliers sur les quatre territoires de proximité</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'échanges et d'ateliers organisés par territoire de proximité <p>Calendrier : 2013-2015</p>
4.1. Mener des études sur les populations jeunes	<p>Mettre en place des enquêtes à partir d'indicateurs perceptuels, qui permettent de savoir ce qu'attendent les populations jeunes.</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'enquêtes réalisées - Nombre de rapports d'enquête rédigés <p>Calendrier : 2013-2014</p>



*TABLEAU SYNTHETIQUE
DES OBJECTIFS
ET PLANS D'ACTION
DU PRAPS 2012-2015*

TABLEAU SYNTHETIQUE DES OBJECTIFS ET PLANS D' ACTIONS DU PRAPS 2012-2015

Légende :

Les populations immigrées (PI)

Les femmes victimes de violences (FVV)

Les prostituées de rue (PR)

Les personnes en errance (PE)

Les jeunes de 16 à 25 ans à très faibles ressources (J)

OBJECTIF GENERAL	OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS OPERATIONNELS	PLAN D' ACTIONS	PI	FVV	PR	PE	J
1. Faciliter l'accès à la santé de la population concernée	1.1 Améliorer l'accès aux droits des populations concernées sur les 4 territoires de proximité.	1.1.1 Recenser les dispositifs existants	Recenser les dispositifs sociaux, sanitaires et médico-sociaux existants pour mieux les faire connaître		FVV		PE	J
		1.1.2 Améliorer l'information pour les publics concernés	- Renforcer la communication sur les missions des PASS auprès du public (notamment la famille) et des professionnels				PE	
			- Participer à l'élaboration du volet santé du guide PRIPI	PI				
			- Impulser une réflexion commune sur les supports/outils existants (information santé)					J
		1.1.3 Développer des relais d'information sur les quatre territoires de proximité	- Identifier les structures d'accueil et d'accompagnement de ces publics, susceptibles d'être des relais		FVV			J
			- Définir des modes opératoires		FVV			J
	1.1.4 Contribuer à l'articulation des démarches administratives d'accès aux droits des personnes immigrées	Mettre en place un groupe de travail pour élaborer un protocole entre la Préfecture et la CGSS pour l'accès aux droits des populations immigrées	PI					
	1.2 Développer une prévention spécifique et de proximité	1.2.1 Promouvoir les démarches communautaires en santé	Soutenir les initiatives de démarches communautaires en santé			PR		J

		1.2.2 Adapter les messages de prévention aux publics concernés	- Intégrer un volet prévention dans le parcours d'insertion (par l'activité économique, professionnelle, par le logement)						J
			- Recenser les supports de prévention existants	PI					
			- Créer et/ou adapter des supports de prévention	PI					
	1.3 Faciliter le recours aux soins	1.3.1 Développer des partenariats avec les professionnels et les structures de prise en charge	1.3.2 Favoriser la mise en place de dispositifs de prise en charge adaptée (structures sanitaires et médico-sociales)	Etablir des conventions avec les professionnels de santé (médecins spécialistes,...) et les mutuelles, etc., pour la prise en charge globale des personnes en errance				PE	
				- Créer des Lits Halte Santé sur les territoires non pourvus				PE	
				- Relancer les projets initiés par le CHU (appartements thérapeutiques addictions rattachés au CSAPA et création de lits pour patients comorbides)				PE	
				- Développer des consultations avancées en addictologie sur les 4 territoires de proximité				PE	
				- Mobiliser les Equipes mobiles de psychiatrie précarité (EMPP) sur la problématique des personnes en errance				PE	
				- Mener une réflexion sur les modalités de transport sanitaire pour la prise en charge des personnes en errance				PE	
				1.3.3 Faciliter l'accès aux soins de premier recours (médecin traitant, Maison de santé pluridisciplinaire (MSP)...))	- Informer sur l'importance du choix du médecin traitant en lien avec la CGSS				
- Initier le parcours de santé et le choix du médecin traitant dès la 1ère visite médicale en liaison avec l'OFII et la Société d'hygiène	PI								
- Développer, au sein des MSP, une approche adaptée pour la prise en charge des jeunes							J		

		1.3.4 Améliorer le repérage des populations concernées	- Elaborer, avec l'ensemble des acteurs concernés, un outil de repérage (« Sémiologie des signes d'une victime de violences») des femmes victimes de violences		FVV			
			- Diffuser et partager cet outil auprès des acteurs intervenant auprès de cette population		FVV			
		1.3.5 Améliorer l'accueil des femmes victimes de violences au sein des services et dispositifs médicaux (<i>Urgence, Centre Médico-Psychologique, Maison de garde médicale...</i>)	Mener des actions de sensibilisation auprès des professionnels concernés sur l'accueil, le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences		FVV			
2. Améliorer la coordination de l'ensemble acteurs	2.1.1 Favoriser le travail en réseau pour une meilleure prise en charge des populations concernées	2.1.1 Recenser tous les acteurs impliqués dans le repérage et l'accompagnement des populations concernées	Recenser les acteurs locaux afin de formaliser un réseau puis le faire connaître		FVV	PR		J
3. Renforcer les compétences des professionnels	3.1 Renforcer la connaissance les professionnels sur les populations concernées	3.1.1 Mener des actions d'information et de formation	- Mettre en place des actions d'information sur les connaissances, les références culturelles, les croyances, les représentations des populations	PI	FVV	PR		J
			- Identifier les besoins des professionnels, dans le cadre de l'accompagnement de ces publics, en vue de formations adaptées	PI	FVV	PR		J
	3.2 Améliorer l'intervention des professionnels	3.2.1 Favoriser l'échange de pratique professionnelle	- Organiser des rencontres professionnelles dans le but d'optimiser l'accompagnement et la prise en charge des populations concernées	PI	FVV	PR	PE	J
			- Mener une réflexion commune avec les professionnels concernés autour des modalités de remplissage du certificat médico-légal		FVV			

4. Mieux connaître les populations concernées et leurs problématiques de santé	4.1 Optimiser l'observation	4.1.1 Mutualiser et partager les données dans le but d'optimiser la connaissance et de mieux intervenir auprès des populations concernées	Organiser des échanges et ateliers sur les 4 territoires de proximité						J
		4.1.2 Mener des études sur les populations concernées	- Mettre en place une étude sur la situation de l'errance en Martinique				PE		
			- Mettre en place une étude sur la situation de la prostitution en Martinique			PR			
			- Mettre en place des enquêtes à partir d'indicateurs perceptuels, qui permettent de savoir ce qu'attendent les populations jeunes.						J



ANNEXES

Index des tableaux et figures	67
Le comité de pilotage	68
Le comité de pilotage élargi	69
Les personnes ayant contribué à l'élaboration du plan d'actions	70

INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Répartition du taux de chômage par sexe et âge	14
Tableau 2 : Répartition du chômage en 2008 et 2010	15
Tableau 3 : Répartition des bénéficiaires de la CMU et CMUc	15
Tableau 4 : Nombre de bénéficiaires des PASS en 2007 et 2008	16
Tableau 5 : répartition géographique des logements sociaux	17
Tableau 6 : Répartition des logements d'urgence et de réadaptation sociale	17
Tableau 7 : Origine des populations immigrées	19
Tableau 8 : Activité des populations immigrées	19
Tableau 9 : Répartition par catégorie socio-professionnelle de la population immigrée	20
Tableau 10 : Taux en % d'atteintes et de violences subies dans la relation conjugale pendant les douze derniers mois	23
Tableau 11 : taux (en %) d'atteintes et violences subies dans les espaces publics pendant les douze derniers mois, selon le sexe	24
Tableau 12 : répartition de l'activité des jeunes de 15 à 24 ans	32
Tableau 13 : répartition des contrats de professionnalisation et d'apprentissage	33

Figure 1 : répartition des femmes ayant recours à la structure par tranches d'âge	25
Figure 2 : répartition par type d'activité	26
Figure 3 : répartition par type de violences	26

STRUCTURE	PRENOM - NOM
ARS (Agence Régionale de Santé)	<ul style="list-style-type: none"> • Mme Dominique SAVON (DPVSS) • Mme Isabelle LAVILLE (DPVSS) • M. Michel RIPERT (Offre de soins) • Mme Vanessa LORTO (DPVSS) • Mme Nathalie CAIUS (DPVSS)
DJSCS (Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale)	<ul style="list-style-type: none"> • M. Hervé NORTON
Préfecture Région Martinique	<ul style="list-style-type: none"> • Mme Josette AUGUSTIN (Déléguée aux droits des Femmes)
IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion pour la Santé) Martinique	<ul style="list-style-type: none"> • Mme Karyne PIERRE-LOUIS
OSM (Observatoire de la Santé de la Martinique)	<ul style="list-style-type: none"> • Mme Sylvie MERLE • Mme Rosine FORTUNEE

STRUCTURE	PRENOM - NOM
ARS (Agence Régionale de Santé)	<ul style="list-style-type: none"> • Mme Dominique SAVON (DPVSS) • Mme Isabelle LAVILLE (DPVSS) • M. Michel RIPERT (Offre de soins) • Mme Vanessa LORTO (DPVSS) • Mme Nathalie CAIUS (DPVSS) • Mme Séverine EGUIENTA (DOMS Handicap)
DJSCS (Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale)	<ul style="list-style-type: none"> • Mr Hervé NORTON • Mme Julia JOSEPH • Mme Micheline VIELET
Préfecture Région Martinique	<ul style="list-style-type: none"> • Mme Josette AUGUSTIN (Déléguée aux droits des Femmes) • Mme Sonia REZAIRE (Déléguée au Préfet - Politique de la ville)
IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion pour la Santé) Martinique	<ul style="list-style-type: none"> • Mme Karyne PIERRE-LOUIS • Mme Isabelle GARONDO • Mme Nadiège de CHAVIGNY SAINT-AIME
OSM (Observatoire de la Santé de la Martinique)	<ul style="list-style-type: none"> • Mme Sylvie MERLE • Mme Rosine FORTUNEE



LES PERSONNES AYANT CONTRIBUE A L'ELABORATION DU PLAN D'ACTIONS

LES POPULATIONS IMMIGREES

- M. Hervé NORTON - DJSCS (Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale)
- Mme Julia JOSEPH - DJSCS (Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale)
- Mme Isabelle GARONDO – IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion pour la Santé) Martinique
- Mme Isabelle LAVILLE – ARS (Agence Régionale de Santé) Martinique

LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

- Mme Josette AUGUSTIN – Préfecture Région Martinique
- Mme Pascale BENOIT- Psychologue - Victimologue et Sexologue – expert du réseau
- Mme Geneviève BRIANT - Past Référente violences conjugales - personne qualifiée
- Mme Nicole RAMAEL – Ecoutante – Union des Femmes de la Martinique
- Mme Hélène ZEBO - Ecoutante – Union des Femmes de la Martinique

LES PROSTITUEES DE RUE

- Mme Nathalie CAIUS – ARS (Agence Régionale de Santé) Martinique
- Mme Vanessa LORTO – ARS (Agence Régionale de Santé) Martinique
- Mme Suzanne ARLETTE – AIDES Territoires Martinique
- Mme Marie-Georges CEBAREC– AADPAS (Association pour l'Accompagnement, le Développement et la Promotion de l'Action Sociale)
- Mme Mirla BOUTRIN – Asociación de Latinos Unidos Martinique
- M. Christophe MARIETTE – CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) Schœlcher
- M. Alain SURENA – ALS (Association pour le logement social)

LES PERSONNES EN ERRANCE

- Mme France-Line LABEAU - Mairie de Fort de France, direction des solidarités et politique de la ville
- Mme Géraldine LALOUPE - ACISE (Association Citoyenne pour l'Insertion Solidaire et Économique)

LES JEUNES DE 16 A 25 ANS A TRES FAIBLES RESSOURCES

- Mme Rosine FORTUNEE – OSM (Observatoire de la Santé de la Martinique)
- Mme Nadiège de CHAVIGNY SAINT-AIME – IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé) Martinique
- M. Claude BROSSAR – ARS (Agence Régionale de Santé) Martinique
- Mme Annie-Claude ELISABETH - CLLAJ (Comité Local pour le Logement Autonome des Jeunes)
- M. Jean-Philippe LABRY - CMPAA (Comité Martiniquais de Prévention en Alcoologie et Addictologie)
- M. Jean-Philippe MAREL - CMPAA Comité Martiniquais de Prévention en Alcoologie et Addictologie)
- Mme Nora TOUATI - Préfecture de la Martinique
- M. Vincent VIGNE - Mission Locale du Nord Caraïbe



GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

SIGLES	DEFINITION
ACISE	Association citoyenne pour l'insertion solidaire et économique
ARS	Agence régionale de santé
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMU	Couverture maladie universelle
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
CMP	Centre médico-psychologique
COALEX	Collectif des associations de lutte contre les exclusions
COPIL	Comité de pilotage
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
DRDFE	Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité
DFA	Département d'outre-mer
DJSCS	Direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DOM	Département d'Outre Mer
DSDS	Direction de la santé et du développement social
DUA	Dispositif d'urgence et d'accompagnement
EMPP	Equipes mobiles de psychiatrie-précarité
EPS	Education pour la santé
ETP	Education thérapeutique du patient
HPST	Hôpital patient santé territoire
HTA	Hypertension artérielle
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MFME	Maison de la femme, de la mère et de l'enfant
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
OMASS	Office des missions d'action sociale et de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de la santé
OSM	Observatoire de la santé de Martinique
PAAL	Permanence d'accueil et d'accompagnement du Lamentin
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PDHAI	Plan départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion
PDS	Promotion de la santé
PIB	Produit intérieur brut
PMI	Protection maternelle et infantile
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

SIGLES	DEFINITION
PRIPI	Programme régional d'intégration des populations immigrées de la Martinique
PRS	Projet régional de santé
PSRS	Plan stratégique régional de santé
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSA	Revenu de solidarité active
SRP	Schéma régional de prévention
UFM	Union des femmes de la Martinique
VIH	Virus de l'immunodéficience Humaine



SIEGE

Centre d'Affaires « AGORA »
ZAC de l'Etang Z'Abriçot – Pointe des Grives
B.P. 656 – 97263 FORT DE FRANCE CEDEX
Standard: 0596 39 42 43 – Fax: 0596 60 60 12
ars-martinique-secretariat-direction@ars.sante.fr
www.ars.martinique.sante.fr