



**SANTÉ  
DES  
PERSONNES  
MIGRANTES**

**Colloque  
2 avril 2019**

## Edito

**Arthur Anane, Président de la FAS Ile-de-France**  
**Christine Laconde, Directrice générale Samusocial de Paris**

Les personnes migrantes présentes sur le territoire francilien rencontrent des difficultés dans leur accès à la santé. Leur méconnaissance du système de santé, la barrière de la langue, les différences de représentations ou encore leur situation de précarité en France engendrent une complexité de leur parcours de soins.

L'amélioration du parcours de soins et l'accès à la santé et au bien-être des personnes migrantes nécessitent la mobilisation d'une diversité d'acteurs des champs du social, du médico-social, du sanitaire mais également celle des pouvoirs publics.

Le Samusocial de Paris et la Fédération des acteurs de

la solidarité Ile-de-France ont organisé ce colloque, qui a montré l'engagement collectif des acteurs des champs du sanitaire et du social mais également celui des institutions sur cette question.

Nous avons souhaité, à l'occasion de cette journée, croiser les regards de chercheurs et de professionnels des secteurs sanitaire et social afin de mettre en exergue les bonnes pratiques, de susciter des dynamiques nouvelles et la capacité collective à faire à coconstruire et à agir ensemble sur cette problématique complexe.

Les actes présentés dans ce document sont une restitution synthétique des riches échanges de ce colloque.

Nous vous en souhaitons une bonne lecture.

## Sommaire

<b>Edito</b>	page 2
<b>Ouverture</b>	page 4
<b>Tables rondes</b>	page 10
<b>Accès aux droits et accès aux soins</b>	page 10
<b>Santé des femmes</b>	page 17
<b>Accompagnement de la santé mentale des personnes migrantes</b>	page 20
<b>Santé maternelle et infantile</b>	page 25
<b>Interprétariat et médiation en santé</b>	page 28
<b>Clôture</b>	page 31
<b>Recommandations</b>	page 35

# Ouverture

**Boris Cyrulnik, neuropsychiatre et ethnologue**

La problématique des migrations est aujourd'hui très largement présente dans notre société. Nous sommes tous des enfants d'immigrés. Chaque mouvement de population ou mouvement culturel est suivi d'une vague migratoire.

La Seconde guerre mondiale a fait 60 millions de morts et a entraîné d'importantes migrations. Depuis 1950, les conflits armés ont fait plus de 100 millions de morts.

Si le phénomène d'immigration a toujours existé, aujourd'hui il ne recouvre pas du tout la même réalité qu'il y a une centaine d'années. Au XIXème siècle et au début du XXème siècle, il y avait en France une migration interne au pays. Les migrants étaient des bretons et des morvandiaux, donc des personnes ne parlant pas français mais bien souvent des langues régionales.

L'exil, cela signifie : « aller en dehors de ». Néanmoins, cela désigne des phénomènes de natures très différentes. Quand l'immigration est souhaitée, il y a déjà un stress d'acculturation même si cette migration est voulue. Ce stress est présent en raison de l'absence de familiarité, qui joue un rôle de tranquillisant naturel. Quand ce stress est dépassé, alors on rentre dans la pathologie.

Lorsque la migration est forcée, ce n'est pas un traumatisme, mais une cascade de traumatismes qui assaillent l'individu. Il faut savoir qu'à l'origine, le mot « traumatisme » en psychiatrie est une métaphore issue de la chirurgie développée par Freud. La notion chirurgicale de traumatisme, employée en santé somatique comme par exemple lors d'un « traumatisme crânien », est entrée en psychologie et maintenant dans la culture populaire. Ce terme a tendance à être fortement dévalué aujourd'hui, ce au point qu'il est fréquent d'entendre certaine personne dire « je dois déménager cela me traumatise » ! Ici, quand nous parlons de traumatisme, nous nous référons réellement à un événement psychique d'une violence extrême.

La migration forcée est une cascade de traumatismes :

- Arrachement de la familiarité ;
- Agressions et violences subies pendant le transport, le parcours migratoire ;
- Traumatisme dû à l'incertitude concernant le lieu d'arrivée ;
- Pour prendre un exemple, les arméniens ayant fui leur pays sont montés dans un bateau sans savoir où aller. Ils ont ensuite dû faire silence sur leurs origines et les raisons de leur immigration pour s'adapter. Ce silence est une bombe à retardement, notamment pour les enfants qui ne connaissent pas l'histoire de leur famille et peuvent idéaliser un pays d'origine qu'ils ne connaissent pas. Ces non-dit se transmettent aux générations futures ;
- Deux mauvaises solutions sont possibles quant à l'évocation de la migration au sein d'une famille :
- Ne pas parler de l'émigration, ce qui entraîne la transmission d'un mystère angoissant ;
- Trop en parler et ne pas permettre la construction d'un parcours au sein du pays d'immigration ;
- Notre histoire personnelle commence avant notre naissance et nous devons chercher à la métaboliser, c'est-à-dire la mettre en récit. Ce sont ces récits qui contribuent à construire la familiarité.

**En médecine il existe plusieurs critères pour évaluer le bien être d'une population :**

## 1. L'accès aux consultations médicales

## 2. Les formes de pathologie

Des pathologies tropicales disparues sont réapparues dans le sud de la France, du fait notamment des voyages en avion. La présence de pathologie rares ou précédemment disparues sur un territoire est un des éléments à prendre en compte dans les formes de pathologies ;

## 3. Le nombre de dépressions

Ce critère est difficile à évaluer du fait de facteurs culturels. A titre d'exemple, chez certaines personnes il est observé un phénomène dit de « politesse africaine » qui peut empêcher le diagnostic d'une dépression et qui consiste à ne pas exprimer un mal-être sur le territoire français et à dire que « l'on est heureux en France »

## 4. Le nombre de tentatives de suicide

Cet indicateur est également difficile à évaluer

## 5. Le nombre de diagnostics de schizophrénie

Cet indicateur constitue un repère plus fiable du bien-être dans une population. Selon des études de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en contexte de paix il est diagnostiqué 1% de schizophrènes parmi la population dans les pays en guerre ou d'immigration, ce taux est de 3% à 4%. La culture permet ainsi d'exprimer ou d'équilibrer une souffrance, selon la stabilité du milieu dans lequel évolue un individu. La possibilité de devenir schizophrène s'exprime ou non en fonction de l'environnement.

Par ailleurs, la précarité sociale crée une niche affective appauvrie, ce qui ne stimule pas assez le cerveau des enfants et provoque des troubles neurologiques dus à un contexte neuro-social. Il existe des repères qui permettent d'évaluer la souffrance des populations comme l'illettrisme.

L'urbanisation périphérique moderne peut également être propice au développement de pathologies, du fait du mode de socialisation très différent de celui des villages. Dans les villages, une contrainte sociale forte pèse sur les individus.

Au contraire, dans l'urbanisation moderne périphérique, il existe une sorte d'anomie. C'est-à-dire qu'il n'existe plus les structures sociales traditionnelles contraignant les individus auparavant. Cette absence de contrainte sociale entraîne la réapparition de la loi du plus fort.

Face à l'exil ou aux migrations, les anthropologues distinguent **quatre modèles d'accueil des personnes**, quatre stratégies différentes déployées par les sociétés dites d'accueil : la marginalisation, la cohabitation, l'assimilation et l'intégration.

- Les camps libanais accueillant 1,5 à 2,5 millions de réfugiés syriens sont un exemple de marginalisa-



- Il existe plusieurs critères pour évaluer le bien-être d'une population : l'accès aux consultations médicales, les formes de pathologie, le nombre de dépressions, le nombre de tentatives de suicide, le nombre de diagnostics de schizophrénies. En contexte de paix il est diagnostiqué 1% de schizophrènes parmi la population, dans les pays en guerre ou d'immigration, ce taux est de 3% à 4%.
- La précarité sociale crée une niche affective appauvrie ce qui ne stimule pas assez le cerveau des enfants et provoque des troubles neurologiques dus à un contexte neuro-social : il est nécessaire de porter attention aux enfants et aux traumatismes qui seront véhiculés par ces enfants qui eux deviendront probablement des citoyens français.
- La souffrance silencieuse des parents crée l'anxiété des enfants. Le silence est une bombe à retardement.
- Face à l'exil ou aux migrations les anthropologues distinguent 4 modèles d'accueil des personnes : la marginalisation, la cohabitation, l'assimilation et l'intégration. L'intégration, soit le respect de la culture d'accueil et de la culture d'origine est la stratégie la moins coûteuse pour la société.

tion. De larges allées sont laissées vides dans les camps pour que la police puisse intervenir rapidement. Nous voyons bien dans ce cas le retour de la loi du plus fort. C'est le même phénomène dans les camps palestiniens : les autorités empêchent les personnes de s'intégrer comme cela a été fait avec les harkis en France.

- La cohabitation est le modèle choisi à Perpignan ou à Béziers. Il y a dans ces villes des quartiers musulmans et des quartiers gitans en marge du reste de la ville. Ce modèle fait que des tensions peuvent ainsi rapidement se créer. Lorsqu'un inévitable problème arrive, la situation devient explosive.
- L'assimilation est un modèle dans lequel on demande aux personnes en exil de nier leur culture d'origine.
- L'intégration est un modèle permettant aux personnes de construire leur vie dans le pays d'accueil, en en apprenant la langue, les lois et les normes culturelles tout en conservant la fierté et la culture de leur pays d'origine. Une enquête de l'OMS et du centre de psychiatrie sociale montre que la plupart des immigrés souhaitent l'intégration, c'est le cas pour 80% d'entre eux.

Aujourd'hui, nous pouvons observer dans notre pays ce que nous appellerons le **paradoxe de la deuxième génération** quant au bien-être et à l'intégration des personnes au sein de la société française. Il a été demandé à la première génération d'immigrés de s'assimiler à la société française, de s'intégrer par le travail tout en taisant leurs origines. Aujourd'hui, c'est la deuxième génération qui souffre le plus de l'immigration. Face au manque de reconnaissance subi par leurs parents dans le pays d'accueil, ils idéalisent un pays d'origine qu'ils ne connaissent pas. La deuxième génération est ainsi :

- Celle qui déprime le plus ;
- Celle qui est le plus psychopathe ;
- Celle qui se suicide le plus ;
- Celle qui consomme le plus de substances psychotropes.

Ce paradoxe de la deuxième génération peut s'expliquer par le mauvais accueil de la première génération. La souffrance silencieuse des parents crée de l'anxiété chez les enfants. Certains marqueurs de bien-être comme la réussite à l'école permettent d'illustrer cette anxiété des enfants.

Un paradoxe de la « trop bonne intégration » peut également être constaté. L'exemple du maire de Londres, Sadik Khan, d'origine Pakistanaise permet d'illustrer ce paradoxe. L'impulsion en Angleterre de groupes d'entraide pakistanaise, entraîne une réussite sociale et individuelle très forte de cette communauté. Cependant, cette réussite suscite une haine de la part de la société et le développement d'un sentiment de rejet de la communauté pakistanaise, pourtant très bien intégrée sur les plans économiques et sociaux.

Malgré ce dernier exemple, nous pouvons considérer que l'intégration, soit le respect de la culture d'accueil et de la culture d'origine, est la stratégie la moins coûteuse pour la société.

La violence observée chez certaines personnes migrantes est une forme d'adaptation à un contexte violent. Il existe deux facteurs, qui protègent les individus de la violence :

- La religion
- Le bilinguisme

Quand les enfants immigrer seuls ils sont en grand danger, sans aucune protection. Des solutions sont possibles à condition de les entourer. Les groupes religieux créent par exemple une solidarité encouragée par la religion, quelle qu'elle soit. La religion est ainsi un facteur de familiarisation.

Michel Tousignant, professeur de sociologie à Montréal, a étudié sa ville où l'immigration est encouragée. Ses travaux montrent que les enfants s'intégrant le mieux ont très souvent au moins deux langues, dont la langue du pays d'accueil. Un enfant parlant au moins deux langues développe son ouverture d'esprit, il sait qu'il y a une manière de penser dans chaque langue, et est capable de faire l'effort de s'intégrer. Un enfant qui ne parle qu'une langue est en danger, et il peut être une proie pour les groupes totalitaires.

Il existe une anomie des faubourgs, et les décideurs politiques n'en ont pas conscience. Dans les faubourgs déculturés il n'y a aucune raison d'être ensemble. On voit alors apparaître des groupes d'une violence extrême, qui imposent la loi du plus fort. Lorsqu'il y a une culture de l'accueil, il est possible de proposer une aide, de dialoguer et de faire de la violence une transgression.



Les sociétés en guerre sont un bon exemple de sociétés anomiques. Dans ces sociétés, les psychopathes sont héroïsés alors qu'en temps de paix ils seraient condamnés.

Nous pouvons également citer l'exemple de la Chine, qui connaît actuellement un bouleversement des normes entraînant des suicides et une montée de la délinquance alors que le niveau de vie augmente. Le changement de culture vers le libéralisme produit les mêmes effets que les changements de culture dans le cadre des migrations. Une majorité d'enfants n'arrive plus à suivre les rythmes imposés à l'école, et cela peut aller jusqu'à la psychopathie, la dépression et le suicide.

La migration peut être une chance pour le pays d'accueil et les personnes migrantes, des solutions sont possibles mais ce ne sont pas forcément celles développées par les décideurs politiques aujourd'hui.

## François HERAN, démographe, titulaire de la chair « Migrations et Société » au Collège de France

Dans les débats sur les migrations, apparaît souvent la théorie du bien fini. Cette théorie du bien fini s'illustre dans certaines sociétés, où lorsque l'on souhaite la bonne année à une personne il est coutume de souhaiter la mauvaise année à une autre personne. C'est l'idée qu'il ne peut pas y avoir de bien pour tout le monde, ce que l'on donne à l'un est forcément au détriment de l'autre.

Lorsqu'il s'agit d'échanger sur la question de l'accueil des personnes migrantes, souvent le débat est posé de savoir si ce que nous accordons aux personnes migrantes est retiré aux autochtones. C'est le cas par exemple lorsqu'est évoqué un supposé « tourisme de la protection sociale » ou encore un « benchmarking de l'asile ». Or, le bien n'est pas en quantité finie. Les personnes migrantes sont productrices et consommatrices, cela a été démontré par les économistes : les personnes migrantes ont un effet neutre sur l'économie, ils dilatent l'économie.

Aujourd'hui en France, un quart de la population est issu de l'immigration, que ce soit des personnes qui ont immigré ou dont les parents ont immigré. Par ailleurs, les chiffres de l'immigration permettent de mettre en perspective les situations humaines.

Nous pouvons distinguer deux types de migrations : les migrations ordinaires et extraordinaires. Les migrations extraordinaires sont la conséquence de conflits ou d'événements particuliers dans d'autres pays, l'augmentation des flux migratoires depuis 2015 est liée à une migration extraordinaire. Les migrations ordinaires concernent les migrations pour motifs de travail ou d'étude mais également les migrations pour raisons familiales.

Certains pays ont des politiques particulières d'immigration avec le principe d'immigration choisie. C'est le cas du Canada depuis les années 70, de l'Australie, de la Nouvelle Zélande ou encore de la Suisse. Chaque année, cette politique permet à 330 000 personnes d'entrer au Canada (25% des titres pour des travailleurs sélectionnés, 23% pour le regroupement familial immédiat et le reste pour les regroupements familiaux à posteriori et les motifs humanitaires), soit l'équivalent d'1% de la population canadienne. La sélection des personnes se fait sur des critères qualitatifs, avec parfois des « concours » pour les émigrés sur la base des diplômes et de la maîtrise de la langue et le développement d'un système à points.

Les Etats-Unis sont le premier pays mondial à accorder des titres de séjour sur la base des raisons familiales avec 800 000 titres en 2017 (60% des titres accordés). Il y a une tradition de peu de sélection pour l'octroi des titres de séjour aux Etats Unis. L'asile y est peu développé et concerne principalement certains pays comme Cuba (40% des nouveaux réfugiés). La Suède est le pays qui accueille le plus de réfugiés en proportion du nombre de titres de séjour accordés avec 1/3 des titres sur la base de l'asile.

En France, parmi les migrations ordinaires, chaque année, ce sont 80 000 titres de séjour qui sont accordés à des étudiants extra-européens, c'est le flux qui s'est le plus accru ces dernières années. La migration ordinaire concerne également les titres de séjour dans le cadre des regroupements familiaux. L'accord de titres de séjour dans le cadre

du regroupement familial est régi par des textes fondamentaux mais nous pouvons observer de grandes disparités dans la délivrance des titres de séjour selon les pays d'origine.

Depuis 1973, l'immigration de travail a été interdite et aujourd'hui, une faible part des titres sont accordés à des personnes qui viennent travailler en France. Cependant, les personnes arrivant en France sur la base du regroupement familial ont le droit au travail. Ce droit leur a été accordé en 1978 suite à l'arrêté « GISTI » du Conseil d'Etat et a été intégré dans la convention européenne des droits de l'homme. Au titre du regroupement familial, ce sont chaque année entre 90 et 100 000 nouveaux titres de séjour qui sont accordés. 30 000 des titres concernant les conjoints de français. Il y a environ une quinzaine de catégories de personnes qui peuvent bénéficier du droit au séjour au motif du regroupement familial et qui placent les personnes dans un parcours d'attente (âge des enfants, attente de bénéficier d'un titre de séjour pour raisons humanitaires, etc.).

La France est le premier pays d'Europe en terme de nombre de titres de séjour accordés sur la base du regroupement familial. Cependant, à titre de comparaison, un pays comme l'Allemagne qui octroie trois fois moins de titres au motif du regroupement familial accorde cinq fois plus de visas humanitaires.

L'évolution des politiques migratoires en France montre un durcissement des conditions d'accès au droit au séjour et une réduction du champ d'application de la loi avec une part plus importante de décisions laissées au pouvoir discrétionnaire des Préfectures. L'anthropologue Frédérique FOGEL a publié en 2019 l'ouvrage *Parentalité sans-papier*, qui illustre ce phénomène mais également les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes en situation administrative précaire en retraçant le parcours de familles suivies par le Réseau Education Sans Frontières (RESF). Cet ouvrage montre à partir de 40 cas, « classés » selon les différents articles de loi, la complexité des parcours de régularisation pour les familles et les délais d'attente souvent très longs. 40% des personnes qui obtiennent un titre de séjour sont là depuis au moins cinq ans. Lors de la procédure de régularisation, la part importante du pouvoir discrétionnaire du Préfet et les demandes hétérogènes de pièces font que la frontière entre les demande légales et illégales est parfois tenue. De même, dans de nombreuses situations, la limite entre le discrétionnaire et l'arbitraire est tenue.



### POINTS CLÉS :

- Certains pays ont adopté des politiques particulières d'immigration choisie, c'est notamment le cas du Canada qui accueille chaque année 330 000 personnes par an, soit 1% de la population canadienne.
- Il existe une grande disparité des titres de séjour selon les pays d'origine. Dans certaines situations, la limite entre le discrétionnaire et l'arbitraire est mince.
- Si la France est le premier pays européen en terme d'octroi de titres de séjour sur la base du regroupement familial, l'Allemagne octroie 5 fois plus de titres de séjour pour raisons humanitaires.

## Accès aux soins et accès aux droits

Pr Yazdan YAZDANPANA, chef du service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Bichat

Isabelle SIFFERT, doctorante à l'UMR ESO, Université Rennes 2 - présentation de l'étude « L'accès aux soins des personnes hébergées dans les centres d'hébergement migrants d'IDF » menée par l'observatoire du Samusocial de Paris.

A la demande de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France, l'Observatoire du Samusocial de Paris a mené au printemps 2017 une étude sur l'accès aux soins des personnes hébergées dans les centres d'hébergement d'urgence « migrants ».

L'intégralité de l'étude est disponible en ligne sur le site du Samusocial de Paris : <https://www.samusocial.paris/nos-enquetes>

### CONTEXTE

Dans le contexte européen d'un afflux considérable et croissant d'exilés depuis l'été 2015, l'Etat a renforcé son plan national d'accueil, reposant notamment sur l'augmentation des capacités d'hébergement des demandeurs d'asile. Entre juin 2015 et novembre 2016, au moins 260 lieux (gymnases, hôtels sociaux, centres d'hébergement) ont été mobilisés pour héberger les personnes mises à l'abri depuis les campements parisiens, dans un contexte d'ouverture souvent précipitée et pour des durées très variables. Notre étude s'est concentrée sur les centres d'hébergement d'urgence migrants (CHUM), un dispositif alors propre à l'Île-de-France. Au moment de l'enquête, 27 associations étaient gestionnaires de 81 CHUM sur l'ensemble de la région.

L'aide à l'accès aux soins fait partie des missions principales des CHUM. L'ARS a souhaité, au travers de cette étude, évaluer les ressources mobilisées et les contraintes rencontrées par les équipes sociales pour permettre l'accès aux droits et aux services de santé des personnes hébergées dans ces structures. Ainsi, l'enquête menée par l'observatoire du Samusocial de Paris a cherché à recenser et caractériser les relations entre les CHUM et les services de santé.

### MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

La méthodologie de l'étude a reposé sur un questionnaire mené par téléphone auprès du responsable (chef de service) de chaque centre ou d'un membre de l'équipe sociale considéré comme référent médical. Ce questionnaire s'informait d'abord sur le fonctionnement du centre d'hébergement avant d'aborder des questions relatives à l'accompagnement pour l'ouverture des droits, les interventions de professionnels du soin à l'intérieur du centre et l'accès à des services de santé à l'hôpital ou en ville. Les questionnaires ont été passés entre mars et avril 2017 et 75 des 81 CHUM ouverts au moment de l'enquête ont été interrogés.

La passation des questionnaires, d'une durée moyenne de 50 minutes, a témoigné d'une grande attention prêtée par les répondants, qui ont apporté beaucoup de détails et ont souvent cherché à approfondir le sujet. Les échanges

ont souvent pris la forme d'entretiens et l'importance des annotations contextuelles ont permis un traitement également qualitatif des questionnaires. A partir du recensement des structures de santé citées, nous avons également décidé de produire des cartes des réseaux de relations, afin de faire apparaître les dynamiques sur les différents territoires.

### RÉSULTATS

#### • L'accès aux droits

En théorie, tous les demandeurs d'asile ayant déposé une demande peuvent prétendre à la Couverture universelle maladie complémentaire (CMU-C). Si la demande n'a pas encore été faite, ils sont alors considérés comme étrangers en situation irrégulière, et peuvent prétendre seulement à l'Aide médicale d'Etat (AME).

Les demandes d'ouverture de droits des personnes hébergées sont majoritairement menées par les travailleurs sociaux des CHUM. Cependant, dans 39 CHUM sur 75, les équipes des CHUM ont parfois recours à des tiers : Plateformes d'accueil de demandeurs d'asile, service social des hôpitaux, centre communal d'action social, etc... pour accélérer les demandes ou pour des cas spécifiques.

Dans toutes les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de la région, un référent « migrants » avait été mis en place par l'ARS. Lors de l'enquête, il a été montré que tous les centres ce dispositif ne s'étaient pas appropriés ce dispositif : seulement 30 CHUM avait déjà été en contact avec le correspondant CPAM de leur département ; les autres n'en avaient pas connaissance ou ne voyaient pas l'intérêt d'un tel dispositif.

Les entretiens téléphoniques ont permis de mettre en lumière une hétérogénéité des pratiques des CPAM selon les départements, notamment au moment de la constitution du dossier. Les équipes étaient parfois confrontées à des demandes inopinées de documents supplémentaires. Selon les périodes et les départements, des difficultés d'ouverture de droit pour les demandeurs d'asile en procédure Dublin ont également été notées, avec dans certains cas un repli vers l'AME.

Les équipes sociales ont également soulevé les problèmes liés à la domiciliation. Presque tous les CHUM s'accordent à dire que les démarches sont plus longues lorsque les résidents sont domiciliés dans un autre département que celui des centres ; les relations avec la CPAM concernée étant souvent moins fluides. Se pose alors la question de la redomiciliation des personnes dans le département du CHUM. Mais il faut compter au minimum un mois pour effectuer le changement de domiciliation, ce qui contribue encore à rallonger les délais d'obtention

#### • L'orientation des personnes hébergées vers les services de santé

En ce qui concerne les résidents sans droits ouverts, les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont pour les CHUM les ressources principales. Cependant l'enquête a permis de mettre en lumière un accès aux PASS très contrasté :

- Les PASS sont inégalement réparties sur le territoire ; de moins en moins nombreuses et accessibles à mesure qu'on s'éloigne de Paris
- L'accès aux soins spécialistes (PASS dentaires, dermatologues, ophtalmologues) sont très insuffisantes et exclusivement situées à Paris.
- Plus l'éloignement de Paris est grand, plus l'accompagnement physique des personnes (par un bénévole, par un membre de l'équipe sociale) vers les lieux de soins était demandé par les PASS. Celui-ci est jugé comme difficile à mettre en place mais aussi comme un facteur d'amélioration de la qualité de la prise en charge, notamment dans la perspective d'un suivi. A Paris, l'accompagnement physique des résidents semble moins ancré dans les pratiques des centres d'hébergement.

En théorie, les résidents ayant des droits CMU-C ou AME ouverts ne sont plus censés consulter au sein des PASS.



Cependant l'accès aux médecins de ville semble parfois très complexe pour les personnes hébergées en CHUM du fait de trois facteurs principaux :

- La surcharge des médecins qui ne prennent pas de nouveaux patients
- Des refus de soins par les professionnels de santé de patients bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME
- Des difficultés de compréhension mutuelle entre les médecins et les patients du fait de la barrière de la langue. La barrière de la langue peut également être un motif de refus de soins, notamment si l'hébergé ne peut être accompagné.

Outre ces freins, l'enquête a permis de mettre en lumière les stratégies développées par les CHUM et les ressources précieuses face à ces contraintes :

- La recherche de médecins maîtrisant la langue des patients (notamment des médecins arabophones) ;
- L'orientation des personnes vers des structures associatives et des consultations gratuites comme les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde, les réseaux de santé précarité (quand elles existent sur le territoire). Les centres de santé proposant des consultations sans rendez-vous et/ou connaissant le public « migrant » sont également davantage plébiscités (les centres du réseau Cosem à Paris par exemple)
- La mobilisation de professionnels de santé bénévoles pour intervenir directement auprès des résidents des CHUM

Lors des entretiens, une difficulté majeure est ressortie : celle de la prise en charge en santé mentale. En effet, les CHUM ont pointé la difficulté de prise en charge psychique des personnes en l'absence d'interprètes expérimentés et du fait du manque de structures spécialisées, peu nombreuses, saturées et principalement situées à Paris. Cette situation amène les équipes des CHUM à se sentir démunies vis-à-vis de la problématique de la santé mentale des résidents. Certains ont relevé seulement les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) comme aide à la prise en charge des troubles psychosociaux.

Enfin, l'enquête a montré qu'il existait peu de mutualisation des ressources en matière d'accès aux soins entre les CHUM. Deux structures, même très proches géographiquement, gérées par des équipes associatives différentes, ne partagent pas les mêmes réseaux de partenaires en matière de santé. Chacun constitue son réseau « dans son coin » et aucune instance ne permettait d'échanger sur les ressources mobilisables.

### **Géraldine TENEAU, cheffe de service, Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA) de Coallia à Livry Gargan**

Le CADA de Livry Gargan accueille en hébergement collectif 140 personnes, isolées ou en familles avec enfants. 25 nationalités sont représentées au sein du centre d'hébergement.

Les constats posés par l'enquête de l'observatoire du Samusocial de Paris sur l'accès à la santé des personnes hébergées en CHUM sont des constats également partagés au CADA de Livry Gargan :

- Les délais d'ouvertures des droits à la CMU-C varient de plusieurs jours jusqu'à plusieurs mois en Seine Saint Denis, il est arrivé qu'une ouverture de droits prenne plus de 6 mois ; un partenariat privilégié a donc été mis en place pour diminuer ces délais pour les personnes accueillies au CADA de Livry-Gargan.
  - Les espaces de mutualisation des bonnes pratiques entre structures d'accueil des publics migrants manquent ;
  - La question de la santé mentale est une problématique centrale dans l'accompagnement en santé des personnes ;
- Les publics hébergés au sein du CADA de Livry Gargan ont comme point commun d'être en situation de très grande vulnérabilité à la fois du fait des souffrances vécues dans leur pays d'origine (torture, viols, privations) mais également du fait des parcours d'exils qui sont de plus en plus longs et périlleux pour des personnes. Les personnes hébergées sont passées par de nombreuses épreuves entre le départ de leur pays et l'arrivée dans notre CADA : traversée de la méditerranée, prostitution, passage par des centres de rétention, des squats ou des hébergements très temporaires, etc.

Certaines personnes présentent également des pathologies lourdes : infection VIH, diabète, cancers, etc.

Alors que l'on observe depuis plusieurs années l'arrivée de personnes de plus en plus vulnérables au sein du CADA le temps de l'accompagnement est de plus en plus court du fait de l'accélération du traitement de la demande d'asile. De plus en plus de situations de tensions entre les personnes et les professionnels du CADA se créent et

nous observons également une prévalence importante des troubles psychiques : stress, anxiété, dépression, etc.

Les équipes du CADA ont constaté trois problématiques qui rendaient difficile l'accompagnement des personnes vers les soins en santé mentale. De nombreuses personnes sont réticentes à consulter un psychologue. Les professionnels sociaux ont des difficultés à aborder les problèmes de santé mentale. Enfin, les professionnels de santé rencontrés connaissent mal le public des demandeurs d'asiles et peuvent avoir des réponses inadéquates.

Le CADA de Livry-Gargan, pour répondre à ces problématiques, a construit un partenariat avec l'association Parcours d'exil. Dans le cadre de ce partenariat, les équipes sociales du CADA ont été outillées pour détecter d'éventuels troubles psycho-traumatiques, avec le questionnaire « protect », et formées à une meilleure orientation des personnes qui ont besoin d'une prise en charge spécialisée.

La problématique de la santé mentale est également présente chez les enfants notamment en CADA pour lesquels peuvent être signalés des cas de maltraitance, surinvestissement scolaire, décrochage scolaire, comportements de plus en plus violents, etc. Il est alors apparu nécessaire à l'équipe du CADA de construire des partenariats pour l'orientation des enfants vers des soins psychiques. Il a été constaté que beaucoup de CMPP sont débordés et ne sont accessibles qu'après plusieurs mois d'attente. Un partenariat avec le CMPP MGEN à Paris a permis de mettre en place une prise en charge plus rapide des enfants présentant des troubles psychiques.

Depuis qu'il est proposé un suivi en santé mentale aux personnes, de façon concomitante il a été observé une augmentation du taux d'octroi d'une protection internationale. Le bénéfice d'une écoute active présente donc un double avantage, elle facilite non seulement l'expression du récit par les personnes lors de leur demande d'asile et les prépare à déposer leur demande d'asile dans les meilleures conditions mais les aide également en cas de protection octroyée à s'insérer et s'intégrer durablement dans la société.

### **Dr Hélène de CHAMPS LEGER, médecin responsable, PASS de l'Hôpital Hôtel-Dieu**

En réaction à l'étude qui a été présentée, il me semble important de revenir sur trois éléments :

De mon point de vue, l'accès aux soins est différent de l'accès aux droits. L'unique déterminant de l'accès aux PASS n'est pas le fait d'avoir une couverture médicale ou non. En effet, les personnes s'adressent aux PASS lorsque qu'elles n'ont pas la possibilité d'accéder aux soins dans les lieux traditionnels.

Nous observons également que, de manière paradoxale, ce n'est pas parce qu'une PASS est la plus proche géographiquement du lieu de vie qu'elle est la plus accessible ou la plus adaptée pour la personne. En effet, en Ile-de-France, c'est souvent le réseau de transports en commun qui permet de déterminer l'accessibilité d'une PASS. Ainsi, les PASS parisiennes accueillent fréquemment des personnes hébergées dans d'autres départements franciliens.

Concernant la santé mentale, à mon sens, le plus difficile est de savoir à quel moment des soins sont à proposer. Par exemple, le Centre de Premier Accueil de La Chapelle, où les personnes restaient sur un temps très court, n'était pas toujours le lieu adéquat pour prendre en charge les questions de santé mentale. Par ailleurs, il ne faut pas tout psychiatriser : une personne peut présenter une souffrance psychique sans pour autant avoir besoin de consulter un psychiatre.

Nous observons par ailleurs que certains patients sont adressés en PASS pour avoir des certificats médicaux. Il est nécessaire d'être vigilant vis-à-vis de cela : un certificat ne soigne pas, il entre dans le cadre d'une prise en charge plus globale. Je déconseillerais personnellement d'adresser la personne vers un professionnel de santé uniquement pour établir un certificat, mais plutôt de l'orienter pour une prise en charge médicale au cours de laquelle un certificat peut être rédigé.

Enfin, il est bien plus efficace d'adresser les personnes vers des dispositifs de santé que l'intervenant connaît bien. Car, lorsque l'équipe du centre d'hébergement et l'équipe de la PASS se connaissent, ils travaillent mieux ensemble, et le patient en a plus de bénéfices et il se sent plus en confiance. La mise en place des bilans infirmiers dans les CHUM a été une très grande chance pour les PASS car cela a permis un premier accueil en santé au sein des

CHUM et une orientation plus pertinente vers les PASS. L'accompagnement vers les PASS permet un relai entre les travailleurs sociaux et les équipes médicales qui est précieux dans la prise en charge des personnes au-delà des travailleurs sociaux, des bénévoles peuvent être mobilisés pour cette mission.

**Samuel LAURIER, responsable de la Mission Partenariats, CPAM de Paris et chef de mission « Accès aux droits et aux soins », Direction de la Coordination de la Gestion du Risque IDF**

Depuis 2015, la mission partenariat de la CPAM Paris s'est développée pour coordonner les volontés de travailler ensemble sur le territoire parisien à un meilleur accès aux droits et aux soins des personnes. Les partenariats sont développés depuis longtemps par différents services de la CPAM Paris et la mission partenariat a permis de les identifier et de les renforcer. A titre d'exemple, à Paris ont été mises en place des permanences CPAM au sein des structures associatives ou des hôpitaux pour faire de l'aller-vers dans l'accès aux droits et permettre aux personnes qui ne poussent pas la porte des agences de nous rencontrer.

L'étude présentée de l'observatoire du Samusocial de Paris a mis en lumière des disparités territoriales dans le traitement des demandes d'ouverture des droits. Nous sommes conscients de ces disparités, qui sont liées à plusieurs facteurs et notamment celui de l'adaptation des caisses à la demande. Ainsi, à Paris, la CPAM concentre 40% de la demande d'Aide Médicale d'Etat française, et nous avons ainsi spécialisé certaines agences sur la demande d'AME et mis en place des permanences au sein de certaines associations avec des agents instructeurs de l'AME pour améliorer la fluidité des demandes. L'Assurance Maladie mène également plusieurs actions pour limiter les disparités entre caisses :

- A l'échelle régionale, une coordination a été mise en place pour harmoniser les pratiques des caisses et assurer une continuité de service pour les personnes ;
- En novembre 2019, l'instruction de l'AME, qui faisait l'objet de nombreuses disparités, sera centralisée sur trois caisses en France : Paris, Bobigny et Marseille. Cette centralisation permettra une plus forte traçabilité des dossiers, un contrôle systématique des refus de dossiers, des instructions plus rapide et une plus grande expertise des agents instructeur. Cette centralisation se fait dans l'optique d'assurer une meilleure continuité de service pour les personnes.

L'étude de l'Observatoire du Samusocial de Paris a également mis en lumière des disparités concernant le recours aux « correspondants migrants » des CPAM. Il n'y a pas eu de coordination des caisses sur les processus de nomination et les missions des correspondants migrants. Il a pu arriver que le référent « migrants » soit nommé dans un service qui ne connaissait pas spécifiquement ces publics. Nous sommes conscients du fait que nous devons adapter les organisations des CPAM pour permettre des processus fluidifiés d'ouverture de droit pour ce public.

La question des changements de domiciliation des personnes qui ont des parcours fragmentés représente une réelle difficulté aujourd'hui pour garantir leur accès aux droits. Il arrive fréquemment que les personnes ne soient pas hébergées dans le même département que leur département de domiciliation ce qui complexifie leur accès aux droits. La CPAM travaille actuellement en lien avec la Préfecture sur ces questions et émet le souhait d'une régionalisation du rattachement aux CPAM franciliennes pour simplifier l'accès aux droits. Actuellement, la coordination régionale des CPAM tend à lever les freins liés à la domiciliation.

Enfin, concernant la question de l'orientation dans le système de soins, il est important de faire remonter aux médiateurs départementaux des CPAM tous les refus de soins pratiqués par les professionnels de santé libéraux afin

que la CPAM puisse intervenir sur ces sujets .

Nous constatons également que de nombreuses personnes ne savent pas se guider dans le système de soins. L'Assurance Maladie envisage des actions à destination des publics migrants qui sont en cours de construction comme un des axes du Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions, des Ruptures (PLANIR). Dans ce cadre, il est important pour l'Assurance Maladie de mettre en place des actions qui n'enferment pas les personnes dans une catégorie « migrants ».

**Céline GABARRO, chercheuse associée à l'URMIS, Université Paris Diderot**

Céline Gabarro a réalisé une thèse de sociologie intitulée « L'attribution de l'aide médicale d'État (AME) par les agents de l'Assurance maladie. Entre soupçon de fraude, figures de l'Étranger et injonctions gestionnaires » soutenue en 2017 .

Le terrain de cette thèse a été effectué au sein d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie entre 2008 et 2011. A ce moment et dans cette caisse il n'y avait pas de pratiques « hors-les-murs » de cette caisse avec des agents qui assurent des permanences dans les associations ou les hôpitaux. Cette thèse vise à analyser les effets du « new public management » dans les CPAM sur l'accès aux droits des personnes. A cette période, des restrictions budgétaires impactaient les CPAM entraînant notamment une réduction du nombre de centres d'accueil mais également une réorganisation du travail.

L'accueil au guichet de la CPAM était organisé en trois temps à la durée limitée : tout d'abord les personnes passent par le pré-accueil où ils exposent la raison de leur venue (3 minutes), si besoin ils sont envoyés en deuxième niveau en box (l'agent a alors 20 minutes pour traiter leur dossier), si le dossier n'a pas pu être traité, la personne est orientée vers le troisième niveau : un rendez-vous de trente minutes est fixé ultérieurement pour pouvoir régler le dossier. Les agents d'accueil étaient évalués en fonction du respect de ces délais de réception mais aussi en fonction du délai d'attente des personnes. Ces dispositifs de chronométrage influent sur la relation au guichet et le travail des agents qui avaient peu de temps pour expliquer aux personnes les démarches à effectuer, les pièces à joindre au dossier, etc.

En ce qui concernait l'instruction de l'AME, après le premier accueil, les personnes étaient orientées vers les agents d'accueil en box pour un entretien pouvant aller jusqu'à 30 minutes. Les agents en box étaient évalués selon le taux d'erreur et la vérification du dossier préalable à sa transmission au service d'instruction de l'AME. Les agents d'accueil n'étant pas agents instructeurs de l'AME et ne connaissant pas forcément bien cette procédure pouvaient avoir tendance à opposer à la personne que son dossier n'était pas complet et à lui demander de revenir plutôt qu'à transmettre le dossier au service instructeur de l'AME de peur de voir leur taux d'erreur augmenter du fait que le dossier soit mal constitué. Cela rallongeait considérablement les délais car les entretiens AME se faisaient sur rendez-vous, avec un délai d'attente parfois très long (deux mois dans certains centres pour obtenir un rendez-vous).

Les agents instructeurs étaient, quant à eux, évalués en fonction du nombre de dossiers qu'ils traitaient mais également selon leur taux d'erreur. Lorsqu'ils instruisaient un dossier, trois possibilités s'offraient à eux : accorder le dossier, notifier un refus ou demander des documents complémentaires. Seuls les dossiers accordés étaient vérifiés par un superviseur. Par conséquent, lorsqu'ils n'étaient pas sûrs d'eux (la réglementation et les instructions étant changeantes), les agents avaient tendance à renvoyer les dossiers aux demandeurs pour demander des documents complémentaires.

Tout cela combiné conduisait à des délais d'accès à l'AME parfois très longs. En effet, le service était à trois mois de délai de traitement (du fait d'un stock important de dossiers en attente) : or une fois que la personne le renvoyait complété, le dossier repartait dans la boucle et mettait à nouveau trois mois à être traité.

Concernant l'accès à la CMU-C, bien que cela ne soit pas l'objet de la thèse, l'expérience de terrain a montré que pour certains demandeurs il était très compliqué de justifier des ressources perçues et que les demandeurs n'étaient





pas forcément reçus en deuxième niveau ce qui entraînait des difficultés pour les personnes pour déposer un dossier complet.

*NB : avec la centralisation de l'instruction des demandes AME dans 3 caisses en France il est prévu à Paris que tout refus ou report de dossier soit contrôlé par un superviseur ce qui permettra de ne plus avoir de renvois non justifiés des dossiers.*

**Samuel LAURIER :**

Depuis la période du terrain de Mme Gabarro, l'accueil dans les CPAM a été profondément modifié. Aujourd'hui il n'existe plus d'accueil en plusieurs niveaux à Paris, les agents ne sont plus séparés des personnes par un guichet et les procédures d'accueils sont transformées.

**Pr Yazdan YAZDANPANAH**

Tout le monde a souligné le fait qu'il existe une hétérogénéité de la prise en charge médicale des personnes et une absence de spécialistes notamment en santé mentale. La question de la coordination entre les structures de santé se pose. Cette coordination est la mission de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France. Est-il possible d'améliorer cette coordination ?

**Représentant.e de l'ARS Ile de France**

Un travail de coordination est déjà mis en place à l'échelle des PASS d'Ile-de-France en plus de la coordination des PASS à l'échelle nationale. Autour de la question de l'accès aux soins des personnes migrantes plusieurs instances de coordination ont été mises en place et les dispositifs se sont adaptés aux nouveaux publics.

**Isabelle SIFFERT**

L'étude que nous avons menée a montré que ce qui manque c'est surtout une articulation de tous les dispositifs au niveau local. Il serait nécessaire de mettre en place des plateformes d'échanges de ressources, des documents traduits, des annuaires de contacts au sein des hôpitaux du territoire, etc.

**Géraldine TENNEAU**

Il serait nécessaire d'inviter la DGEF et l'OFII à des journées d'échanges comme celle-ci afin d'aborder avec eux la question des moyens pour garantir un meilleur accompagnement des personnes relevant de l'asile dans leur parcours de soins.

**Hélène De CHAMPS LEGER**

Il est également possible de mettre en place des partenariats et de travailler ensemble efficacement sans attendre des moyens des autorités de tutelles. Il est cependant vrai que bien souvent, le manque de personnel et le turn over des équipes dans les structures rendent plus difficile la création de partenariats.

## ECHANGES AVEC LA SALLE

**Une professionnelle d'une PMI** de Paris témoigne de la plus-value d'avoir en son sein une permanence CPAM hors les murs pour faciliter l'accès aux droits des personnes.

**Représentante du Pôle Santé de la Cimade**

Dans le cadre de la centralisation de l'instruction de l'AME y aura-t-il une réduction des délais d'instruction des dossiers ? Par ailleurs, il est prévu la mise en place d'un imprimé spécifique : sera-t-il possible pour les bénévoles d'associations de remplir les dossiers avec les personnes sans avoir de convention signée avec la CPAM ?

**Samuel LAURIER**

Toutes les demandes seront prises en compte y-compris venant

d'associations non conventionnées avec la CPAM. Les agences CPAM numériseront les dossiers et les transmettront aux caisses instructrices. Concernant les délais, c'est la première fois que la CPAM impose un délai de 25 jours entre la réception du dossier et l'envoi d'une lettre à la personne pour qu'elle aille chercher sa carte AME. A Paris, tous les reports de dossiers seront vérifiés et supervisés. Le délai de 25 jours pourra être tenu sur un nombre maximum de dossiers.

# Santé des femmes

**Modératrice : Jeanine ROCHEFORT, déléguée régionale Ile-de-France, Médecins du Monde**

**Etude : « ANRS Parcours », présentée par Annabel DESGRÉES DU LOÛ, directrice de recherche, Institut de Recherche pour le Développement**

**Ouvrage « Parcours » / Parcours de vie et santé des africaines immigrées en France**

Il s'agit d'une enquête réalisée entre 2012-2013 auprès de 2500 personnes d'origine subsaharienne et vivant en Ile-de-France, suivies dans 74 services hospitaliers, PASS et centres de santé, réparties en trois groupes :

- personne vivant avec le VIH-PVVIH- (573 femmes) ;
- personne vivant avec une hépatite B chronique (220 femmes) ;
- personne suivie en consultation de médecine générale (407 femmes).

Méthodologie adoptée : l'étude a été menée à partir de questionnaires biographiques (histoire résidentielle, professionnelle, conjugale et familiale, trajectoire de santé etc.). Cette étude s'est faite sur une population générale et n'a pas été ciblée sur les personnes les plus précaires. Les patients étaient originaires majoritairement d'Afrique de l'Ouest.

Pour ce qui concerne les femmes, la moitié d'entre elles sont arrivées célibataires. La santé n'est pas le principal motif de départ, moins de 10% d'entre elles venaient pour se faire soigner et 20% pour fuir des menaces. Dans plus de 90% des cas, le diagnostic d'infection a été posé après la migration. Le délai médian pour accéder à un logement personnel était de 3 ans et en ce qui concernait l'accès au combo « logement + titre de séjour + travail » : il était en médiane de 6 ans.

Cette étude a permis de mettre en évidence que :

- Une part importante des infections VIH ont eu lieu après l'arrivée en France (35% en estimation stricte à 49% en estimation médiane) : 30% pour des femmes et 44% des hommes.
- Ces femmes étaient plus à risque de contracter le VIH quand elles avaient été victime de violences sexuelles après leur arrivée en France. On notait une concentration de ces violences au moment de l'entrée en vie sexuelle dans le pays d'origine, et sous forme de deux pics : au cours du parcours migratoire et à l'arrivée en France.
- On note également un score élevé de syndrome anxio-dépressif dans cette population avec une prévalence de 30% chez les femmes vivant avec le VIH, 22% en cas d'infection par l'hépatite B et 25% dans le groupe témoin (7% en population générale en moyenne).
- La précarité sociale était un facteur de risque d'acquisition du VIH après leur arrivée en France. En effet, l'absence de logement ou de titre de séjour étaient tous deux associés à une forte proportion de femmes subissant une sexualité transactionnelle et des violences sexuelles.
- Pour ce qui était de l'accès aux soins : l'accès à la couverture maladie et au dépistage médical en France était beaucoup plus rapide qu'à un logement ou un titre de séjour. En revanche, les expériences de refus de soin étaient plus fréquemment associées : au fait d'être infecté par le VIH ou une hépatite, d'être bénéficiaire de l'AME ou d'être sans papiers.

**Rose NGUEKENG, conseillère en santé sexuelle et droits humains, Ikambere**

IKAMBERE signifie « la maison accueillante » créée en 1997 par madame Bernadette RWEGERA. L'association est située à Saint-Denis, destinée aux femmes vulnérables infectées par le VIH/Sida. Le défi de l'association est de permettre aux bénéficiaires d'accéder aux soins, aux droits sociaux, au logement, à une alimentation saine et équilibrée et aux diverses activités vectrices de lien social permettant la reconstruction de l'estime de soi et de la réappropriation de la confiance en soi. L'objectif principal d'IKAMBERE est de rompre l'isolement, améliorer

leurs conditions de vie afin qu'elles deviennent actrices de leur santé, voire leur destin.

Les femmes accompagnées par IKAMBERE sont majoritairement d'origine subsaharienne. Les motifs migratoires sont divers et variés : certaines migrent du fait des persécutions liées au genre (mutilations génitales féminines, mariages forcés, crimes d'honneur, traite des êtres humains, etc.) d'autres pour raisons économiques. L'association met en place des animations collectives et entretiens individuels afin d'informer les femmes sur les questions de santé sexuelle : IST/VIH/Hépatites, traitements, dispositifs de prévention (préservatif, dépistage, TasP, PreP, TPE), etc. Au travers d'ateliers collectifs de prévention secondaire et d'échanges sur la santé sexuelle, il est apparu que les femmes d'origine subsaharienne s'adonnaient à certaines pratiques sexuelles à risques sans en connaître l'impact sur leur sexualité et leur santé. Ces pratiques pourraient faciliter les passages de IST/VIH, fragiliser la muqueuse vaginale et sont de trois types : assèchement/rétrécissement du vagin, toilettes intimes et stimulation des sécrétions vaginales.

Le recueil des représentations sur les pratiques d'assèchement vaginal auprès des usagères de l'association IKAMBERE permet de comprendre les pratiques tant individuelles que collectives et de relever que certaines de ces représentations sont analogues d'un pays à un autre. Elles se transmettent de mère en filles en passant par les tantes, les amies. Ces représentations sont liées à la notion de propreté, de pureté, de fidélité au partenaire sexuel. Ainsi, à titre d'exemple, la sécheresse vaginale est associée à une femme sérieuse, digne de respect et propre. Les pratiques d'assèchement sont censées favoriser le plaisir de l'homme, sans que celui des femmes soit pris en considération.

Les discussions autour de la sexualité, par le biais de la conseillère en santé sexuelle et des médiatrices de santé, sont l'occasion idoine de déconstruire ces représentations sans choquer. Aussi, l'intervention des pairs joue un rôle important, et les femmes qui participent aux ateliers peuvent par la suite avoir un rôle de relai de l'information dans la famille proche et la communauté.

Aujourd'hui, un des enjeux pour l'association consiste à former les professionnels de santé sur cette problématique. Pour cela, des livrets sur les pratiques sexuelles ont été réalisés et sont mis à leur disposition. Ils sont également accessibles à tout public. Livret Ikambere sur les pratiques sexuelles à risque./ <http://www.ikambere.com/ressources.php>

### **Dr Claire TANTET, médecin en Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Avicenne et Hôpital Bichat**

Les patientes originaires d'Afrique sub-saharienne peuvent être concernées par les mutilations génitales (MG). Elles peuvent être dépistées au cours d'une hospitalisation ou d'une consultation puis orientées vers un réseau de prise en charge à Bichat ou Avicenne en maladies infectieuses avec des sexologues, diététiciens, gynécologues, médecin de la douleur et psychologues (combattre.excision@aphp.fr à Bichat ou santesexuelle.avc@aphp.fr à Avicenne. A noter qu'aucune des patientes suivies dans ce parcours n'a souhaité de reconstruction, leurs problématiques étaient plutôt d'ordre social.

Dans cette consultation de suivi de femmes victimes de mutilations génitales, 70% des femmes sont demandeuses d'asile, isolées et soumises souvent à la pratique d'une sexualité transactionnelle. Il est nécessaire de former les professionnels de santé au dépistage des mutilations génitales et des violences faites aux femmes.

### **Mireille EBERHARD, Etude DSAFHIR, sociologue, Université Paris Diderot, URMIS et Ar-melle ANDRO, Etude DSAFHIR, Institut de Démographie de l'Université Paris<sup>1</sup>**

En 2017, 21 000 ménages et 33 500 femmes étaient mis à l'abri dans 600 hôtels gérés par le Samusocial de Paris. L'enquête DSAFHIR (Droits, Santé et Accès aux soins des Femmes Hébergées, Isolées, Réfugiées) a été mise en place auprès des femmes migrantes hébergées en hôtel. Son objectif est de mieux identifier les obstacles à l'accès aux soins et aux services compétents en matière de santé sexuelle et reproductive, d'autre part, tester des modalités d'intervention visant à faciliter cet accès.



Une partie de cette enquête a été réalisée en 2017, auprès de 480 femmes, d'origines variées mais majoritairement originaire d'Afrique sub-saharienne (50 %), d'Afrique du Nord ou du proche orient (14%), de l'Union Européenne (principalement Roumanie – 12%) et d'Europe de l'Est.

L'âge moyen ces femmes était de 34 ans. S'agissant de leur situation administrative, quatre sur dix étaient sans titre de séjour, une sur dix était demandeuse d'asile et deux sur dix avaient un titre de séjour de moins de 1 an. La moitié de l'échantillon était en France depuis 4 ans ou plus, et un quart d'entre elles était arrivé il y a 6 ans ou plus. Parmi les déter-

minants au départ, plus de la moitié d'entre elles évoquait des raisons de sécurité (la leur ou celle de leur enfants) et moins d'une sur dix évoquaient des raisons médicales. Un quart d'entre elle déclarait s'être souvent sentie en danger durant son parcours migratoire.

Selon les hôtels dans lesquels elles étaient hébergées (N=15), trois types d'interventions expérimentales ont été testés. Ces interventions reposaient sur un « aller vers » visant à faciliter leur accès aux structures de soin, et à une amélioration de leur niveau de connaissance s'agissant de la santé sexuelle et reproductive :

- Un accompagnement collectif a été mis en place dans 3 hôtels, sous forme de réunions collectives hebdomadaires pendant 6 semaines, animées par le le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) qui dispose des outils et de l'expertise pour animer ces actions. Il s'appuie sur son expérience des entretiens collectifs menés sur ces questions depuis plusieurs années.
- Un accompagnement individuel, de type « médiation en santé » a été mis en place dans 3 autres hôtels, sous forme de visites effectuées dans les chambres des femmes par des intervenantes socio-sanitaires, suivi d'un accompagnement au rythme et sous la forme souhaitée par les femmes pendant 6 semaines.

La totalité des femmes s'est également vu remettre un livret d'information sur les services les plus proches de l'hôtel offrant soins et/ou prévention en matière de santé sexuelle et reproductive.

Nombre de ces femmes n'avaient pas de suivi de grossesse en dehors des urgences (résultats encore en cours de consolidation) et un tiers d'entre elle ne se sont jamais vu proposer un test de dépistage pour le VIH. La moitié d'entre elles a déjà renoncé à des soins (le plus souvent une consultation de médecine générale), pour des raisons financières mais aussi du fait de la distance et des difficultés à quitter la chambre (a priori prévalence très importante des syndromes anxio-dépressifs).

<sup>1</sup> Le rapport final de cet étude sera disponible sur le site de l'observatoire du Samusocial de Paris : <https://www.samusocial.paris/observatoire>



# Accompagnement de la santé mentale des personnes migrantes

**Modérateur : Alain Mercuel, chef de service, Santé Mentale-Exclusion Sociale (SMES)**

**Laure WOLMARK, coordinatrice du pôle santé mentale, COMEDE - présentation de l'étude: « Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés »**

*L'intégralité de l'étude est disponible en ligne.*

Le COMEDE est une association créée en 1979 par 3 autres associations (Amnesty International, Accueil Solidarité, La Cimade). Au départ, le COMEDE portait uniquement un centre de santé au Kremlin Bicêtre. Aujourd'hui le COMEDE s'est développé dans toute la France (St Etienne, Marseille, Guyane, Pantin, Avicenne, etc.) et a également une activité de « centre ressource » se concrétisant notamment par la tenue d'une permanence téléphonique (3800 appelants par an).

Cette étude s'est déroulée en 2017 à la suite d'une étude publiée en 2012 dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, intitulée « Santé mentale des exilés, mieux caractériser pour mieux soigner ». Cette étude, a permis de pousser plus loin les liens entre santé mentale, traumatisme et exil.

Cette étude a été menée en étudiant les caractéristiques de 16 000 patients reçus en bilan de santé librement consenti par les équipes du COMEDE. Parmi ces patients, 40% présentaient une pathologie chronique et 35% des troubles psychiques grave, notamment des psycho-traumatismes. A cette prévalence importante des troubles psychiques graves ne correspondaient pas suffisamment d'actions prises en compte dans les politiques de santé publique.

Le COMEDE déplore un contexte où l'exercice du droit à la santé des personnes est souvent complexe. Ces dernières années, nous pouvons observer une chute du taux d'accord du droit au séjour pour soins pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Par ailleurs, plus de la moitié des appels reçus par la plateforme téléphonique santé mentale du COMEDE concerne des obstacles dans l'accès aux soins. Parmi les personnes appelant la permanence téléphonique pour des difficultés d'accès aux soins en santé mentale :

- 58% ont fait remonter le problème de la barrière de la langue et de l'absence d'interprètes professionnels ;
- 9% rencontraient des difficultés liées à la sectorisation des soins en santé mentale ;
- 6% avaient été victimes de refus de soins de la part de professionnels de santé ;

L'étude présentée avait pour objectifs de mesurer et caractériser trois phénomènes associés dans l'observation du COMEDE : les violences subies par les exilés, la vulnérabilité sociale des personnes, les troubles psychiques graves dont elles sont atteintes (diagnostic par des médecins et psychologues) ; ainsi que d'évaluer les liens entre ces trois phénomènes. La vulnérabilité sociale des patients rencontrés a été évaluée à partir de 8 critères de définition depuis l'absence de titre de séjour jusqu'au fait de ne pas avoir mangé dans les 48h précédents la consultation.

- Pour l'ensemble des personnes reçues en consultation médicale par le COMEDE : 62% ont des antécédents de violence, 14% de torture et 13% de violence liée au genre. 74% des femmes reçues déclarent des antécédents de violence liée au genre 52% des antécédents de torture.
- Sur l'ensemble des personnes en situation de détresse sociale 69% ont des antécédents de violence.
- L'étude a permis de montrer une corrélation importante entre détresse sociale (personnes répondant à 5 des 8 critères de vulnérabilité du COMEDE) et des antécédents de violence.
- Concernant le lien entre la vulnérabilité sociale et les troubles psychiques, il a été observé que la détresse sociale était fortement corrélée à la dépression. Par ailleurs, la qualité de l'accompagnement social et la reconnaissance politique des violences vécues (notamment via l'octroi d'une protection internationale) sont des facteurs déterminants dans l'évolution des troubles psychiques des personnes.

## ECHANGES AVEC LA SALLE

Question d'un médecin généraliste de la salle pour savoir comment a été défini le stress post-traumatique dans le cadre de l'étude du COMEDE.

Le COMEDE préfère utiliser le terme de syndrome psycho-traumatique, proche du syndrome de Stress Post-Traumatique mais permettant de se décaler méthodologiquement par rapport à la logique du DSM. Pour diagnostiquer un stress post-traumatique il est nécessaire de remplir un questionnaire spécifique, ce qui n'est pas fait au COMEDE. Le syndrome psycho-traumatique a un caractère chronique. Pour son diagnostic, le COMEDE prend en compte les troubles du sommeil, les réactions de sursaut, l'hypervigilance, etc. La méthode de diagnostic est plus souple que celle définie par le DSM pour le SPT. Pour mettre en place la méthodologie de diagnostic, le COMEDE s'est appuyé sur un livre de Claude Barrois : Les névroses traumatiques.

Question de la salle sur les différences entre trauma complexe et syndromes de stress post-traumatique

La notion de trauma complexe a été développée à la fin des années 1990 par Judith Herman qui a étudié le trauma complexe pour les victimes d'abus répétés durant l'enfance. Le trauma complexe entraîne une altération pérenne de la personnalité, dissociation, etc. Cette notion permet de parler des formes « borderline » de trauma, qui se situent entre la psychose et le syndrome de stress post-traumatique.

Question de la salle sur l'impact des demandes effectuées dans le cadre de la procédure d'asile et des entretiens OFPRA sur la santé mentale des personnes. Peut-il y avoir des conséquences du psycho-traumatisme sur l'expression du récit par les personnes ?

Dr Alain MERCUEL : Il y a un aspect clinique d'inhibition dans le psycho-traumatisme mais également la peur d'exprimer oralement les événements traumatisants, ce qui peut réactiver le traumatisme. Lorsque l'on demande à la personne de raconter ce qu'elle ne peut pas exprimer, se crée un traumatisme répété, administratif et institutionnalisé.

## Sibel AGRALI, directrice, centre de soin Primo Levi

Le centre Primo Levi est un lieu spécialisé pour les personnes victimes de torture et de violence politique. Depuis 1995 le centre accueille, soigne et soutient près de 420 personnes par an avec une équipe pluridisciplinaire adaptée (médico-psycho-kiné-social et juridique) et des interprètes professionnels.

A sa création, le centre proposait une prise en charge globale qui durait un an à un an et demi en moyenne. Aujourd'hui, nous sommes à trois années de suivi des personnes en moyenne du fait de la précarisation très prononcée des conditions d'accueil et l'absence de perspectives de séjour stable.

L'exil en soi est déjà un phénomène qui bouscule, qui chamboule, qui n'est pas facilitateur pour le soin en santé mentale. A cet exil s'ajoute le fait qu'un certain nombre de patients n'est pas hébergé dans des dispositifs dédiés aux demandeurs d'asile du fait d'un sous-dimensionnement du dispositif d'accueil et les personnes dans les dispositifs d'hébergement d'urgences ne sont pas accompagnées dans leur procédure d'asile.

Il est difficile de travailler et d'espérer que les personnes puissent aller mieux dans un contexte de précarisation constante de leur accueil et alors qu'elles ont déjà vécu des violences multiples et cumulées. Comment parler des traumatismes lorsque les personnes vivent à la rue ? Comment prescrire des médicaments à prendre après chaque repas lorsque l'on sait que les personnes ne mangent pas ?

En 2016, le centre Primo Levi a publié un rapport [Persécutés au pays, déboutés en France – Rapport sur les failles de notre procédure d'asile] illustrant l'ampleur de la méconnaissance du psycho-traumatisme et ses effets à l'étape de la demande d'asile et la difficulté que cela peut créer auprès des personnes. Le système fabrique de faux déboutés ! La fragilité des personnes n'est pas prise en compte au moment de l'entretien à l'OFPRA ce qui peut accentuer cette fragilité. Il a été observé que la reconnaissance politique du vécu par l'OFPRA ou la CNDA est très importante pour les patients. Le refus de protection est interprété comme une impunité accordée aux bourreaux et comme un déni de ce qu'ils ont vécu. Cela peut être très néfaste dans le parcours de soin.

Il existe la possibilité de demander une dispense d'entretien à OFPRA pour les personnes en situation d'extrême vulnérabilité psychique mais cela représente toujours un risque pour la demande d'asile de la personne ; le récit et les documents soumis doivent suffire.

### **Marjorie ATTOU, psychologue clinicienne et Sophie RAMOS, infirmière, équipe MIJAOS d'Aurore**

L'équipe MIJAOS est composée de 3 psychologues et 2 infirmières et intervient depuis septembre 2018 au sein de 9 HUDA et 2 CPH de l'Association Aurore. Sous la forme de permanences santé d'un binôme psychologue et infirmière, ces interventions consistent en un accueil journalier, à une fréquence d'une semaine sur deux dans chaque centre. Elles s'inscrivent dans une démarche d'innovation des pratiques de soin, orientée par « l'aller-vers », qui s'articulent autour de trois axes : l'intervention directe ; l'étayage du réseau de soin et l'accompagnement des professionnels des centres.

Soutenue par l'accès à l'interprétariat (par téléphone ou présentiel), l'activité principale sur le terrain est l'intervention directe qui consiste en : une disponibilité du binôme de type "maraudage" ; des temps de consultations santé (à orientation médicale et/ou psychologique) de personnes adressées par les travailleurs sociaux ; la conduite d'activités de médiations psychothérapeutiques (ateliers artistiques, groupe de parole, etc).

Ce dispositif opérationnalise une prise en charge groupale de la personne, dont se dégage deux modalités principales.

- Dans le cadre des ateliers artistiques, organisés dans deux centres, la psychologue et l'infirmière travaillent avec un groupe de résidents (sur participation libre). Le dessin devient une surface d'expression et de créativité qui soutient la création de lien. Dans les dessins des hébergés, il y a beaucoup de références à leur vécu et parfois une reproduction de leurs conditions de vie actuelles. Sans interprète, c'est au moment d'une certaine expression de soi, avec la médiation artistique, que se trouve sollicité le lien à l'autre dans l'activité collective.

- Avec l'accompagnement psychologique individuel, le groupe est représenté par trois professionnels : l'infirmière, l'interprète et le psychologue. La personne exprime ses problématiques somatiques et/ou psychologiques dans sa langue maternelle. L'infirmière coordonne et médiatise l'accès au système de soin de droit commun. Le psychologue reçoit et étaye un questionnement de première importance des personnes migrantes : situer « d'où l'on parle... » et « ce que l'on a à dire de là où on se trouve ». L'écoute psycho-somatique suit l'itinérance d'une expérience de soi et des autres, bouleversante. Le corps en est le témoin et le corps témoigne tandis que l'intensité de l'expérience traumatique est telle que la pensée bute sur le langage.

Dans ce contexte où l'expérience de la parole se réalise, traduite, le langage compose avec l'imaginaire et l'impuissance « des mots pour le dire ». Un premier pas vers le soin psychique.

Ce binôme infirmière et psychologue, auquel se joignent les interprètes, trouve sa pertinence sur le terrain, dans les centres d'hébergement d'urgence, parce que les résidents se saisissent de cette présence conjointe et des formes qu'elle peut prendre.

### **Dr Halima ZEROUG VIAL, médecin psychiatre et directrice, ORPSERE-SAMDARRA**

L'Orspere Samdarra est un observatoire national sur la santé mentale et les vulnérabilités créé en 1996. Cet observatoire mêle les regards de sociologues et de psychiatres.

Les personnes migrantes sont aujourd'hui une nouvelle figure de la précarité. En 2007, la DRASS en Rhône Alpes a demandé à l'Orspere de travailler autour de la question de la santé mentale des demandeurs d'asile, un réseau pour les professionnels a alors été mis en place. En 2013, l'Orspere a fusionné avec le réseau Samdarra.

L'Orspere Samdarra mène plusieurs actions relatives à la question de la santé mentale des personnes migrantes en situation de précarité : organisation d'un Diplôme Inter-Universitaire « Santé, migrations et sociétés », permanence téléphonique régionale sur les questions de santé mentale, organisation de journées d'études, édition d'une revue « Rhizome », etc... Le dernier numéro de la revue « Rhizome » est consacré à la question du psycho-traumatisme .

Ce public de migrants en situation de précarité peut présenter des problématiques de souffrance psychique et parfois de troubles mentaux. Même s'il est important de ne pas psychiatriser toute détresse psychologique, la psychiatrie a tout de même un rôle à jouer auprès de ces publics à risque et doit prendre sa part dans l'évaluation, la prise en charge si elle est nécessaire, de ces personnes en lien avec les autres professionnels de l'accompagnement. Chez ces publics, les troubles post-traumatiques ont une prévalence plus importante que dans la population générale et sont complexifiés par l'intrication de dimension sociale et administrative.

De plus en plus de travaux internationaux montrent par ailleurs que la discrimination est un facteur de risque d'apparition de trouble psychique, il en est de même pour l'adversité sociale.

**Dr Alain MERCUEL :** Les questions de sensibilisation, d'information et de formation autour de la thématique de la santé mentale des personnes migrantes sont très importantes. Au niveau national il n'existe que peu de diplômes universitaires sur ce thème. De plus, depuis l'étude SAMENTA en 2009, peu d'études sont effectuées sur la santé mentale des publics les plus précaires. Depuis 10 ans, la massification et la diversification des publics à la rue entraînent une modification de la population étudiée et rendent nécessaire la mise en œuvre d'une nouvelle étude SAMENTA afin de mieux évaluer les caractéristiques en santé mentale de ce public.

### **Chloé HAMONIC, infirmière diplômée d'État, Mission Migrants du SSP**

La Mission Migrants du SSP existe depuis 2016 et propose des bilans infirmiers aux personnes présentes sur les campements parisiens et dionysiens, sur les centres d'accueil et d'examen de la situation administrative (CAES) des Hauts-de-Seine et de Paris ainsi que sur le CHUM d'Ivry. Les entretiens infirmiers se déroulent avec un interprète. La mission migrants travaille en partenariat avec différents acteurs tels les EMPP (Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité) ou TRACES – réseau clinique international.

Souvent, les plaintes somatiques des personnes rencontrées sont révélatrices de troubles psychiques que les patients n'arrivent pas toujours à exprimer ou à comprendre.

Sur les maraudes, jusqu'à 25 personnes par jour sont rencontrées en entretien infirmier et/ou médical avec parfois des états psychiques très dégradés liés aux problèmes dans le pays d'origine, durant le parcours ou à l'errance dans le/les pays d'accueil. Le syndrome de stress post traumatique est souvent diagnostiqué. Le CPOA est un partenaire privilégié en cas d'urgences. Parfois des hospitalisations sont nécessaires pouvant même aboutir à une prise en charge en centre médico-psychologique.

Parmi les personnes suivies régulièrement par la Mission Migrants beaucoup sont déboutées de leur demande d'asile longue et complexe. Fréquemment, les personnes sont dans la survie et anesthésient leurs affects. Les orientations conduisent trop rarement à des prises en charge de long terme pour des raisons diverses (instabilité géographique, non priorisation du problème de santé mentale, barrière linguistique...).

### **ECHANGES AVEC LA SALLE**

**De la salle, médecin à la PASS de la Salpêtrière**

Y-a-t-il des questions à poser ou ne pas poser en lien avec le psycho-traumatisme pour ne pas « rater » certaines situations ?

**Sibel AGRALI**

Cela peut être une bonne chose de poser la question des antécédents

de violence à la personne mais à condition d'avoir des lieux pour ensuite orienter les personnes vers un suivi adapté. Il y a une dizaine d'années, le questionnaire « Protect » a été présenté comme un outil pour que les associations identifient en 10 questions les personnes en situation de détresse psychique. In fine, ce sont les équipes sociales qui se sont retrouvées en détresse car une fois l'état de stress ou de souffrance psychique détectée ils n'avaient nulle part où orienter les personnes. Il est nécessaire de s'organiser en amont pour préparer le terrain d'orientation et créer des partenariats.

### Professionnelle sociale d'un CADA

L'utilisation du questionnaire « protect » peut être utile pour les travailleurs sociaux et pour les résidents. Il permet de se rendre compte de l'importance d'un suivi urgent. C'est un outil qui a beaucoup aidé et aide beaucoup l'équipe sociale sur le CADA.

### Cheffe de service d'un Centre d'Hébergement d'Urgence

Les équipes sociales sont souvent confrontées à des personnes migrantes présentant des pathologies psychiques. Lorsque des troubles psychiques sont identifiés il faut attendre 9 mois pour une prise en charge par un psychiatre. Pour une personne, il a fallu plus d'un an et demi pour obtenir un titre de séjour pour soins. Lorsqu'une personne allophone décompense les urgences psychiatriques renvoient la personne vers le centre d'hébergement car ils ne comprennent pas ce qu'elle dit. Les équipes sociales sont démunies vis-à-vis de ces situations, nous aurions besoin de postes d'infirmier dans les dispositifs d'hébergement en général car nous accueillons de plus en plus de personnes avec des troubles psychiques et les équipes sociales ne sont pas formées pour les accompagner sur le volet de la santé.

### Dr Alain MERCUEL

Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) ont notamment pour mission de couvrir ces besoins des structures d'hébergement. Cependant à l'heure actuelle, sur les 5 EMPP couvrant Paris, le Périphérique, les voies sur berges, le bois de Boulogne, etc. il n'y a que 3,6 ETP médicaux, ce qui limite la capacité d'interventions.

### Marjorie ATTOU

En visitant toutes les deux semaines les centres d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile, nous pouvons nous rendre compte que les équipes sociales sont également en détresse. Le manque de solutions d'aval pour les personnes peut avoir un impact sur les risques psychosociaux pour les équipes sociales.

### Laure WOLMARK

Concernant le questionnaire « protect », beaucoup d'équipes ont cessé de l'utiliser. Ce pouvait être questionné pour plusieurs raisons :

- Quelle validité scientifique d'une détection en 10 questions de la détresse psychique ?
- Le questionnaire servait-il à détecter la souffrance psychique ou alors à vérifier si les personnes avaient véritablement été victimes de tortures ? La question s'est posée, en particulier lorsqu'il était question que les équipes sociales transmettent ce questionnaire à l'OFPPA.

### Luc GINOT, ARS Ile-de-France

Les questions abordées lors de cette table ronde sont des questions difficiles pour notre agence mais également un enjeu majeur pour l'ARS. Dès que nous avons été confrontés à la question de la santé mentale des personnes migrantes nous avons travaillé pour pouvoir y apporter des réponses. Aujourd'hui nous n'avons pas encore la bonne réponse, nous devons apporter des réponses adaptées à tous les publics tout en tenant compte des moyens humains et financiers. A titre d'exemple, il y a aujourd'hui des postes de psy-

chiatres non pourvus au sein des EMPP que nous souhaiterions voir occupés. Il est également nécessaire de renforcer le maillage de proximité autour des structures accueillant les personnes migrantes, et de s'assurer que ce maillage puisse être construit dans la durée. Aujourd'hui, du fait d'un turn over important, nous rencontrons des travailleurs sociaux qui ne connaissent pas, ou mal, les EMPP.

Mettre du temps infirmier et psychologue dans l'ensemble des structures d'hébergement ne serait ni une réponse adaptée ni possible.

L'ARS essaye de sanctuariser les moyens des EMPP dans les choix des établissements de santé et souhaite mobiliser l'ensemble du système public et lui donner les moyens pour répondre à cette problématique de la santé mentale. La continuité de la prise en charge, en France, c'est la mission du secteur de psychiatrie. Nous devons trouver les moyens de répondre aux interrogations exprimées lors de cette table ronde et les moyens de répondre aux besoins des personnes.

Ces questions sont véritablement des questions sur lesquelles l'ARS travaille.

### Marjorie ATTOU

Aujourd'hui, le secteur public est débordé, n'a pas d'interprètes, et l'attente pour un rendez-vous est de plusieurs mois. Les dispositifs comme celui de l'équipe MIJAOS viennent combler un vide du droit commun, dans l'attente que le droit commun puisse prendre en charge ces personnes.

### Dr Halima ZEROUG VIAL

En Rhône Alpes, l'Agence Régionale de Santé a financé un service d'interprétariat chez des médecins et psychiatres libéraux ce qui a permis de faciliter l'accès aux soins des personnes allophones. Peut-être serait-il nécessaire de revoir les parcours de soins des personnes, utiliser les outils de la télémédecine, avoir un premier accueil infirmier des personnes avant une réorientation, etc. Il est nécessaire de réinventer et de recréer des parcours et des outils.

### Pr Alain MERCUEL

L'accès à l'interprétariat représente un véritable enjeu pour l'accès aux soins des personnes. Il serait peut-être nécessaire de penser un réel service public de l'interprétariat ?

# Santé maternelle et infantile

**Modérateur : Dr Richard BEDDOCK, gynécologue obstétricien, maternité du Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon et Vice-Président, Gynécologie Sans Frontières**

## Présentation des actions du réseau Solidarité Paris Maman (Solipam)

### Thierry Harvey

« Solidarité Paris Maman », ou Solipam, est un réseau de santé en périnatalité fondé en 2006 à destination des femmes enceintes et leurs enfants en situation de grande précarité sur le territoire francilien. Les membres fondateurs du réseau sont le Centre d'Action Sociale Protestant, le Samusocial de Paris, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, la Direction de de la Famille et de la Petite Enfance de la Ville de Paris ainsi que le Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon situé dans le 12ème arrondissement.

A la genèse du réseau : le constat de 1000 femmes enceintes en situation précaire à Paris. Cette précarité peut être évaluée selon plusieurs critères (femmes isolées, sans logement ou dans un logement précaire ou insalubre, sans revenu personnel).

Les membres du réseau Solipam cherchent à construire ensemble un parcours de santé adapté pour chaque femme face aux constats partagés des difficultés d'accès des femmes en situation de grande précarité à une prise en charge médicale liée à leur grossesse. Ainsi, le réseau Solipam a pour but d'améliorer les parcours de soins de ces femmes en leur proposant une offre de soins périnataux complète via la coordination du parcours de soin et la mise en lien des différents partenaires.

Au sein du réseau est constituée une équipe de coordination comprenant une directrice, une assistante de direction administrative et une coordination médico-sociale composée de sages-femmes et d'assistantes sociales. Les femmes enceintes en situation de précarité peuvent être accompagnées dans le réseau selon différentes modalités :

- L'inclusion dans le réseau qui permet une coordination médico-sociale jusqu'au troisième mois de l'enfant ;
- Un soutien ponctuel via le numéro vert du réseau ;
- « support plus » qui permet d'accompagner les familles dans leurs démarches d'accès aux droits et de leur permettre par la suite d'être autonomes dans leur parcours de santé.

Les femmes peuvent se rendre directement au siège du réseau Solipam, généralement orientées par les membres et partenaires du réseau – via une fiche de liaison - ou entrer en contact avec Solipam via le numéro vert mis en place en 2015.

Le nombre de demandes au réseau s'est accru de 18,9% en 2018 par rapport à 2017 à la fois du fait du nombre de femmes enceintes en situation de grande précarité sur le territoire francilien mais également du fait d'une augmentation de 36% des demandes via le numéro vert.

Solipam organise, en plus des actions de coordinations de parcours, des séances d'éducation à la santé.

Parmi les femmes suivies par le réseau, en 2018, 80% ont eu un suivi de grossesse mené à terme dans la même structure et seulement 3 femmes ont décroché de leur suivi obstétrical. Ces indicateurs positifs sur le plan du suivi médical contrastent avec les difficultés rencontrées par le réseau dans l'accompagnement des femmes sur le plan social.

En effet, sur le plan social, 122 femmes ont eu des décrochages durant leur parcours d'hébergement et seulement 35% des femmes suivies ont eu un hébergement stabilisé durant la période prénatale. Ce taux d'hébergement stabilisé durant la période prénatale est le plus faible depuis 2013 ce qui peut indiquer une difficulté croissante des acteurs du réseau à trouver des solutions d'hébergement stables pour les femmes durant la grossesse.

Durant la période post-natale nous retrouvons ce contraste entre les indicateurs de suivi médical et les indicateurs sociaux. Si 84% des enfants étaient suivis en PMI durant cette période et 81% des femmes avaient bénéficié d'une

consultation gynécologique durant les 6 semaines suivant l'accouchement ; seulement 15% d'entre elles étaient logées dans une structure stable durant la période post-natale.

### **Séverine COLOMBEL, EJE et Jeanne FILLION, psychologue, La colline aux enfants (Association des Cités du Secours Catholique)**

La Colline aux Enfants est un service de soutien à la parentalité.

Concrètement, c'est un lieu d'accueil collectif à destination de parents et de leurs enfants, de la grossesse aux 10 ans révolus de l'enfant. Les familles viennent librement mais s'engagent néanmoins à venir régulièrement, une fois par semaine, sur la même journée.

Elles constituent un groupe connu qui se retrouve autour du repas, du café, d'activités pour les enfants et les parents. Des entretiens individuels peuvent être programmés en avance ou proposés le jour même, avec les éducateurs ou la psychologue.

Cette organisation crée des repères, un cadre, qui permet de proposer un contenant sécurisant pour petits et grands.

#### **L'importance du groupe et de l'informel**

Si le travail des professionnels est important, le groupe est primordial. Les mères entre elles échangent beaucoup de conseils, d'adresses. C'est souvent au détour d'une conversation informelle qu'une question personnelle, d'éducation, de santé ou de tout autre domaine de la vie, du quotidien, est évoquée.

L'articulation du collectif à des temps individuels permet de les accompagner et de les orienter vers les partenaires appropriés, au plus près des problématiques singulières rencontrées, quelles qu'elles soient, allant au-delà de la relation directe parent-enfant

#### **Les grossesses**

Les femmes peuvent être accueillies dès la grossesse. Cela permet de briser l'isolement, de pouvoir parler avec d'autres parents, se projeter, aborder la grossesse sous un autre angle que la santé uniquement. Cela peut être aussi un temps pour reprendre ce qui a été dit en entretien avec le médecin ou la sage-femme, pour avoir le temps de se réapproprier ces paroles, les comprendre, d'exprimer des inquiétudes, de préparer les prochains rendez-vous.

Lors des échanges, avec les mamans, les questions sur le suivi de grossesse, les démarches obligatoires, les droits en matière d'accompagnement pendant la grossesse sont posées. Des accompagnements physiques peuvent être proposés. L'équipe de la Colline aux Enfants peut être amenée à participer à des staffs parentalité dans les hôpitaux et maternités. L'équipe rend également visite aux mères et à leur nourrisson au moment de la naissance (salariés, et/ou bénévoles, selon les liens tissés avec la mère et les disponibilités des uns et des autres).

#### **Accepter la différence, le décalage de son enfant**

Il arrive que des parents dont l'enfant montre des difficultés, un retard, une étrangeté, fréquentent le service de la Colline aux Enfants. Le travail de l'équipe se situe dans l'invitation à l'observation par les parents de leur enfant, dans l'identification de ces difficultés et dans la co-création d'un cadre adapté qui soutienne l'enfant dans son évolution et lorsque nécessaire, dans l'orientation vers les lieux de soins adaptés.

Le service peut les accompagner également concrètement, au niveau administratif, (inscriptions diverses, MDPH..) et surtout autour de leurs représentations et des effets que ces annonces, ou prise de conscience, ont sur eux.

#### **Trauma et fragilité du lien, reconstitution d'un intime**

Un grand nombre de personnes accompagnées ont vécu dans leur vie des événements traumatiques, qui les fragilisent dans leur lien aux autres. Certaines ont déjà eu l'occasion d'en parler, d'être accompagnées, d'autres refusent tout lieu de parole.

Parfois, il leur est compliqué d'aller au bureau d'une psychologue, étant toujours accompagnées de leurs enfants, ne souhaitant pas, ou se voyant refuser leur présence pendant les entretiens.

L'organisation de la Colline aux Enfants permet parfois aux mères de s'autoriser à dire des choses douloureuses, de se replonger dans des souvenirs violents, car elles savent que leurs enfants ne sont pas loin, et en sécurité, qu'après l'entretien elles auront la possibilité de prendre le temps seule un peu dans les couloirs, ou d'aller rire avec d'autres mamans, de voir leur enfant jouer, de reconstituer une enveloppe qui leur permettra à la fois d'évoquer ces dou-

leurs et de ne pas être mises à nu une fois dehors.

#### **L'importance du temps**

La Colline est souvent décrite comme une bulle, un temps un peu ailleurs, à part, qui permet de sortir des soucis, des problèmes. C'est un lieu où il est autorisé de souffler, de pleurer, de douter, mais aussi de rire. Ce n'est pas un lieu d'urgence.

Les familles ont le temps de s'installer, de se poser, de vivre des temps ensemble. Elles ont le temps pour penser ce qu'elles traversent, pour identifier elles-mêmes ce qu'il se passe, ce qui va, ce qui ne va pas. L'équipe est là pour accueillir ces mouvements et les accompagner. Nous sommes soucieux des réalités des exigences d'un enfant qui grandit, du temps qui passe et de son poids sur son développement, de son inscription dans des institutions mais aussi et surtout, de respecter le temps psychique de chacun, qui n'est pas le même, qui ne suit pas le même tempo.

Même si certaines familles sont à la rue ou dans des situations administratives et psychiques extrêmement précaires en arrivant, la régularité des rencontres à la Colline permet de sortir de ces formes d'urgences. Nous pouvons prendre le temps d'identifier, de nommer, d'orienter...

Nous prenons le temps d'expliquer comment fonctionne le système de santé français, de reprendre avec elles leurs parcours, leurs expériences, les liens qu'elles font avec leurs expériences passées. Il s'agit de dédramatiser parfois, d'émettre des doutes ou des précautions d'autres fois, créer des liens de confiance avec nous, entre eux, et avec un réseau de proximité autant que possible.

*A la suite de ces présentations et au cours de la table ronde, plusieurs professionnels ont échangé sur leur expérience auprès des femmes et enfants migrants en situation de grande précarité au sein du Centre d'Hébergement d'Urgence Migrants d'Ivry ou de la Mission Migrants du Samusocial de Paris.*



# Interprétariat et médiation en santé

Modératrice : **Marie PAINDORGE**, directrice de la branche accès aux droits, CASP

**Pavla ZATVRSKA**, coordinatrice du service interprétariat-interprète de liaison du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse, **Dr Karine PARIENTE**, médecin à la PASS du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse.

## Présentation du protocole interprétariat de la PASS du CHU de Toulouse et la collaboration autour des parcours patients.

Le centre hospitalier universitaire de Toulouse a fait le choix de mettre en place en son sein un service interprétariat et d'internaliser en partie l'interprétariat pour la langue la plus représentée de façon constante (le russe). Le service d'interprétariat du CHU de Toulouse est basé sur deux piliers de la fonction du Coordonnateur-interprète de liaison, à savoir d'une part l'interprétariat de la liaison et d'autre part l'organisation de l'accès à l'interprétariat au sein de l'institution (procédures, outils, sensibilisation, formation...). La première facette de la fonction assure une présence de terrain auprès des personnes allophones fréquentant le centre hospitalier. En interne, elle permet d'avoir plus de flexibilité, mobilité et disponibilité au sein même de l'établissement que les interprètes externes organisés « sur commande ». Cette présence terrain permet d'avoir une bonne connaissance des équipes hospitalières et des organisations ainsi que de leurs évolutions. Des actions à l'extérieur de l'établissement en intervention auprès d'une équipe hospitalière (HAD, liaisons, ...) peuvent également être menées.

La seconde facette de la fonction : la coordination de l'interprétariat, permet de gérer l'activité par la coordination des demandes d'interprétariat, ainsi que d'offrir un référent linguistique et organisationnel au sein du centre hospitalier ayant une connaissance détaillée de cette problématique spécifique. Un cahier des charges de l'interprétariat, dans le cadre d'un marché à multi-attributions, a été mis en place au sein du CHU de Toulouse. Il vise à en garantir la qualité, déterminer le cadre d'intervention des interprètes professionnels mis à disposition par les partenaires externes, ainsi qu'une procédure d'accès simple et harmonisée aux interprètes et à des outils dédiés.

Le service interprétariat-médiation interculturel du centre hospitalier s'organise en facilitant la collaboration tant entre les équipes d'interprètes, notamment au travers des formations qui leur sont proposées, qu'avec les équipes hospitalières et les partenaires en extérieur de l'hôpital. Un travail en réseau, notamment sur les parcours et facilitation d'accès aux soins, fait partie de cette fonction.

Au sein de l'hôpital, une procédure unique est mise en place pour l'ensemble des professionnels de santé, permettant de mobiliser des interprètes par téléphone ou en présentiel pour des soins programmés pour des interventions immédiates. Pour certains services comme la PASS, des protocoles spécifiques ont été mis en place.

Les patients reçus à la PASS de Toulouse sont pour 80% d'entre eux des publics immigrés, la moitié d'entre eux ont des difficultés avec la langue française, 2/3 n'ont pas de couverture sociale et un tiers d'entre eux n'a pas de titre de séjour. La PASS permet aux patients d'être accueillis, d'accéder aux soins et aux droits et de bénéficier d'un accompagnement pluridisciplinaire.

Lorsqu'un patient arrive à la PASS, il est reçu par plusieurs professionnels en fonction de la problématique : personne d'accueil, infirmier diplômé d'Etat, médecin et assistant social. Le protocole interprétariat mis en place avec la PASS permet, lorsque c'est nécessaire, une intervention de l'interprète immédiate par téléphone ou en présentiel et systématiquement en présentiel pour ce qui est des rendez-vous programmés. Chacun des professionnels a l'accès à l'interprète (téléphonique et/ou physique) par des séquences appartenant à son propre entretien. Un système de traçabilité pour du téléphonique est mis en place entre les professionnels de santé pour garantir, dans la mesure du possible, qu'un même patient soit suivi par un seul interprète afin de favoriser le lien thérapeutique, construire la confiance et la compréhension dans les situations complexes et cumulant des vulnérabilités.

Le recours à l'interprétariat crée une relation triangulaire entre l'interprète, le professionnel de santé et le patient. Il permet de mieux comprendre le patient, d'être mieux compris et ainsi de pouvoir envisager une prise en charge globale et adaptée

A trois, le cadre de la relation de soin se déplace, le professionnel de santé se retrouve aussi témoin ou spectateur de sa consultation. Cet entretien triangulaire modifie la temporalité de la consultation, donne du temps à la réflexion et du temps à l'observation d'un langage non verbal. La communication mutuelle entre l'interprète, le professionnel de santé et le patient permet de créer une situation de confiance indispensable au bon déroulement des consultations médicales. Elle permet d'accueillir, d'étayer, l'accueil qui est la première condition du soin.

**Marion DOLLAT**, cheffe de clinique du service des Maladies infectieuses et tropicales - Hôpital Bichat

Au sein du SMIT de l'Hôpital Bichat, de nombreux patients reçus sont allophones, originaires d'Amérique Latine, d'Afrique de l'Ouest ou encore d'Europe de l'Est.

A l'hôpital, en ce qui concerne l'interprétariat, le mot d'ordre est de dire que le moins cher est le mieux. Au SMIT de Bichat, nous avons la chance d'avoir deux médecins hispanophones qui peuvent donc recevoir les patients hispanophones dans leur langue en consultation. Dans les autres cas, les professionnels de santé sollicitent le personnel de l'hôpital qui parle la langue du patient, ou le plus fréquemment, utilisent des traducteurs en ligne.

Lors des consultations d'annonce de diagnostic, où la charge émotionnelle peut être très élevée, les professionnels de santé font appel au service d'interprétariat professionnel par téléphone d'ISM. Au sein de l'hôpital Bichat, l'interprétariat en présentiel reste rare.

L'interprétariat est pourtant un choix gagnant pour le patient et le professionnel : il permet la mise en confiance du patient et lui donne un espace de parole qu'il n'a pas souvent eu l'occasion d'avoir au cours de son parcours, et il permet bien sûr au médecin d'affiner son diagnostic et d'adapter la prise en charge. Sur le long terme, c'est donc un gain de temps, et un gain économique, du fait d'une meilleure orientation du patient.

**Amina BENZALEM**, interprète, mission migrants du Samusocial de Paris

Au sein de la mission migrants du Samusocial de Paris, les interprètes réalisent des consultations en binôme avec des professionnels de santé (médecins, psychiatres, infirmiers diplômés d'Etat, etc.). L'interprétariat va au-delà d'un simple travail de traduction. La traduction consiste en effet à traduire des faits, des mots. Le positionnement de l'interprète implique de mettre la personne dans une situation de confiance en adaptant son comportement, par le sourire, etc. L'interprète a également un rôle d'écoute, d'orientation, d'accompagnement, d'apaisement des personnes.

Sur les pratiques d'interprétariat, l'interprétariat physique a pour avantage de permettre de jouer un rôle de médiateur culturel avec la personne, de transmettre les maux et les mots. Cependant il peut y avoir une gêne qui s'installe vis-à-vis de certaines questions posées par le professionnel de santé du fait de la pudeur des interprètes ou des personnes. L'interprétariat téléphonique peut alors permettre de poser ces questions difficiles plus facilement car l'interprète n'est pas face à la personne et n'interfère pas dans la relation patient/médecin.

**Sylvie DECHANCIAUX**, psychologue, psychanalyste association Traces

TRACES est un réseau de psychologues et psychanalystes dédié à la prise en charge des souffrances provoquées par la guerre, la torture et la violence politique.

TRACES apporte un soutien psychologique à des exilés ayant fui la guerre, à des défenseurs des droits humains cibles de persécutions, aux victimes et témoins engagés dans une action en justice devant des tribunaux nationaux ou internationaux. L'équipe assiste les professionnels confrontés aux personnes souffrant de traumatismes liés à la

guerre.

Sans interprète, il n'y a pas de rencontre possible. Alors comment tirer profit de la présence de l'interprète dans la consultation ?

Cette présence instaure une relation triangulaire et modifie le cadre de travail habituel du psychologue. Il doit accepter l'abandon d'une certaine maîtrise de la consultation, ce qui demande de la souplesse, de la créativité et rend cette pratique singulière passionnante. Cela nécessite un accordage avec l'interprète.

Cela change également le maniement d'un des « outils » du psychanalyste : les mouvements transférentiels sont différents et plus complexes.

Il perd l'accès direct à la langue maternelle du patient et modifie ses associations.

Dans ce triangle l'interprète a une position particulière : il est pris entre 2 systèmes symboliques et 2 systèmes de représentations différents, celui du patient et celui du psychologue, et son travail consiste à rendre possible une circulation entre eux. Il s'agit là d'une opération complexe dans laquelle sa subjectivité et son inconscient interviennent. La subjectivité s'exprime aussi dans tout ce qui n'est pas linguistique : le corps de l'interprète, sa présence physique, sa voix etc... font partie intégrante de la consultation.

Nous entendons la même personne, les mêmes récits, qui éveillent en nous des échos très personnels en fonction de notre histoire. C'est cela qui se partage avec l'interprète dans la consultation psychothérapeutique. En tant que psychologues, nous sommes attentifs à l'impact que cela peut avoir sur la personne des interprètes.

L'interprète partage avec nous son savoir culturel, sa connaissance de la société et de ses codes.

Sa présence permet de faire « groupe », de se mettre à plusieurs à l'écoute du patient. C'est particulièrement intéressant lorsque nous sommes dans une clinique de la violence intentionnelle dont les effets sont la déshumanisation du sujet, la rupture du lien à l'autre, la perte des repères sociaux et culturels. Le patient a la possibilité de multiplier les liens d'identification.

Pour nous, l'interprète fait partie intégrante du soin.

### **Maryse KARRER, chargée de mission au sein de la direction prévention et promotion de la santé, Santé Publique France.**

Santé Publique France a élaboré et édité avec le COMEDE des « livrets de santé bilingues » dans le but d'améliorer l'état de santé globale des populations migrantes. Ces livrets existent depuis 2006 et sont parus dans une nouvelle édition en 2018.

L'outil que représentent ces livrets est un outil complémentaire à l'interprétariat, il ne s'y substitue pas mais permet aux professionnels de santé et aux personnes de mieux communiquer. 15 langues sont disponibles.

Ces livrets se composent de trois grandes parties, avec pour chaque double-page, le texte en français d'un côté et le texte dans la langue du livret de l'autre :

- une première partie dédiée à l'explication du système de santé en France ;
- une deuxième partie autour des questions de prévention et de santé ;
- une troisième partie dédiée à la santé dans la vie quotidienne (école, transports en commun, etc.)

Les livrets de santé bilingues sont disponibles en téléchargement en ligne sur le site du COMEDE ils peuvent également être commandés auprès de Santé Publique France.

## Clôture



### **Isabelle Rouger, Directrice Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement**

Tout d'abord, j'adresse mes remerciements au Samusocial de Paris et à la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France pour l'organisation de cette journée qui semble avoir été d'une très grande qualité.

Travailler plus fortement sur la prise en charge sanitaire des personnes hébergées est un enjeu sur lequel nous avons beaucoup de progrès à faire en général et plus particulièrement sur le sujet des personnes migrantes.

Il est important de remettre en perspective un sujet de répartition géographique. L'île de France concentre les migrations internationales de manière forte et de manière croissante. 50% de la demande d'asile est aujourd'hui faite en Ile-de-France. En un an, la demande d'asile sur la région a augmenté de 30%. Certes, la question de l'accueil des personnes migrantes est un enjeu numériquement limité à l'échelle de la France mais la concentration territoriale en Ile-de-France en fait une question à laquelle sont associés des besoins croissants et spécifiques.

De plus en plus de familles migrantes et donc d'enfants se retrouvent à la rue, c'est une question préoccupante. De plus, l'accès aux soins est variable selon les statuts et d'autant plus compliqué lorsque les personnes se retrouvent en situation de grande précarité. Il est aujourd'hui plus que jamais nécessaire de mieux articuler les différents acteurs du champ sanitaire et de l'hébergement, pour répondre aux besoins de santé des personnes migrantes.

Ainsi, nous travaillons en articulation avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France sur les questions de santé des personnes hébergées. Dans le cadre du PRAPS ont été définies des mesures très concrètes pour faciliter l'accès à la santé des personnes hébergées :

- Création de postes sur la santé au sein des SIAO (75 et 93) ;
- Actions pour favoriser la continuité des parcours entre l'hébergement et l'accès aux soins, notamment avec la mise en place d'une articulation entre les SIAO et les EMPP dans les départements de Seine-et-Marne et Seine-Saint-Denis ;
- Orientation d'une partie croissante des crédits de l'aide alimentaire au profit des 40 000 personnes hébergées chaque jour par l'Etat à l'hôtel.

Le deuxième cadre de travail entre la DRIHL et l'ARS est le SRADAR . Le nouveau schéma comprendra un volet important sur les questions de santé en prévoyant :

- la formation du personnel au contact des demandeurs d'asile à détecter les psycho-traumatismes et orienter les personnes vers des structures adaptées ;
- le renforcement du lien entre les opérateurs et les délégations départementales de l'ARS pour améliorer l'orientation des personnes vers les structures de soin qui accueillent les personnes sans couvertures et renforcer l'articulation avec les EMPP ;
- le développement de l'accès aux bilans de santé pour les personnes en cours de demande d'asile hébergées.

La DRIHL et l'ARS sont ainsi conjointement engagées pour mettre en place des actions concrètes pour mieux répondre aux enjeux de santé des personnes hébergées et des personnes migrantes.



## Aurélien Rousseau, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France

J'adresse pour commencer mes remerciements au Samusocial de Paris et à la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France pour leur invitation et l'organisation de cette journée.

Je ne vais pas tenter de faire une synthèse sur la synthèse mais plutôt d'affirmer quelques convictions que je ne voudrais pas confondre avec quelque chose de sentencieux ou de définitif.

Nous avançons en marchant, nous savons que nous ne faisons pas assez et que nous devons constamment faire avancer nos dispositifs.

Je dois dire avec beaucoup de modestie pour l'Agence que je suis fier que l'Agence se soit engagée un peu à découvrir pour aller au contact, pour inventer une politique et pour continuer à inventer depuis la bulle en passant par Ivry et allant vers les campements. Nous sommes lucides sur ce qu'il y aurait à faire mais je dois dire qu'à l'échelle nationale, nulle part ailleurs n'ont été projetés autant de moyens, de compétences, de valeurs sur cette question.

Nous ne sommes pas dans une question numériquement accessoire. Ce sont 2040 entretiens sanitaires réalisés par le Samusocial de Paris en maraudes, 6200 bilans infirmiers dans les CAES et à Ivry, nombre de ces bilans sont suivis par des consultations médicales et psychiatriques. Nous sommes dans une politique publique que nous avons dû inventer dans l'urgence et que nous devons apprendre à mettre en œuvre au fil de l'eau. Je ne veux pas dire que nous avançons à l'aveugle mais plutôt que nous évoluons. Certains dispositifs évoluent en même temps que le premier accueil et le droit au séjour.

Sur les questions relatives aux personnes migrantes nous sommes dans un contexte d'instabilité des personnes, des parcours et de leurs profils. Cela impose pour une agence comme la nôtre d'évaluer en permanence la pertinence de ce que nous faisons dans un contexte mouvant. Dans ce contexte, avec des sujets de priorisation des moyens, ce qui compte c'est se rattacher à l'intérêt des personnes et à l'éthique de la prise en charge : globale, inconditionnelle et continue.

C'est un engagement de l'agence et de la Ministre, même si nous savons qu'assurer l'accueil inconditionnel est une chose facile à dire et à écrire mais plus difficile à mettre en œuvre de façon opérationnelle.

Ce qui a fonctionné dans la mise en place des actions en faveur de l'accès aux soins des personnes migrantes c'est que la mobilisation n'a pas été trop segmentée en silos. Nous savons que nous avons des sujets de désaccords, parfois des contradictions, mais globalement nous sommes parvenus et nous parvenons à franchir ces contradictions au nom de l'éthique de la prise en charge. Nous continuons à dialoguer même si nous avons conscience de nos forces et de nos faiblesses. Il est important de se rendre compte des acquis, de ce qui a été fait sur des politiques qui n'existaient pas.

Ce qui est également très important c'est que ce sujet de la santé des migrants, depuis le départ a été conçu comme un objectif et un sujet majeur y compris par d'autres acteurs publics que l'ARS, je pense à la Préfecture de région et à la DRIHL notamment.

C'est une politique publique de santé dans une région marquée par des inégalités sociales et des inégalités en santé.

Ces politiques publiques nous ont permis d'innover sur certains aspects de la prise en charge :

- les bilans infirmier en CAES sont un mode d'intervention qui aurait peut-être vocation à irriguer d'autres de nos politiques publiques ;
- l'utilisation des nouvelles technologies avec le développement du dossier médical partagé pour les personnes migrantes ;

Il est important de pouvoir capitaliser sur ces expériences qui pourront permettre une amélioration de la prise en charge sanitaire d'autres publics précaires.

Au nom de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France je peux réitérer certains engagements :

- Nous sanctuariserons les moyens dédiés aux personnes en situations d'errance et aux missions d'aller-vers ;
- Nous renforcerons les moyens sur le champ de la santé mentale, nous maintiendrons et élargirons ce soutien en

2019 ;

- Nous devons renforcer encore les passerelles vers le droit commun, c'est pourquoi en 2018 l'Agence a créé de nouvelles PASS ambulatoires et augmenté les crédits des PASS de 2 millions d'euros ;
- Nous pouvons et nous devons faire un grand pas au niveau de l'interprétariat, c'est une politique publique à construire pour l'efficacité de la prise en charge, l'égalité, et la mise en capacité des personnes de comprendre et être actrices de leur prise en charge.

Pour l'agence, la manière dont sont prises en charge les personnes migrantes et plus généralement les personnes fragiles doit être traitée comme une question qui représente un risque sanitaire. La qualité de notre système global se mesure à la qualité de la prise en charge des plus fragiles.

Je parle au nom des équipes de l'ARS : la modestie, la lucidité n'enlèvent rien à notre résolution pour considérer que notre identité et le cœur de ce que nous sommes se jouent dans notre manière d'accompagner la prise en charge sanitaire des migrants.

# Grand témoin

**Pr Alfred SPIRA, Professeur honoraire de santé publique et d'épidémiologie, membre de l'Académie nationale de médecine**

Je souhaite vous apporter ma vision de cette riche journée, venant d'une personne extérieure au fonctionnement de nos dispositifs existants sur la question de la santé des personnes migrantes.

Médecin de santé publique, j'ai fait toute ma vie de la recherche en épidémiologie et santé publique, essentiellement sur les questions liées à la santé sexuelle et reproductive. Il est important qu'il existe un dialogue entre l'Académie de Médecine dont je fais partie et les milieux que vous représentez.

Ce qui me frappe dans le domaine de la santé des personnes migrantes, c'est la grande difficulté, lorsqu'on vient de l'extérieur, pour comprendre ce qui se passe et comment les questions sont traitées. Les dispositifs mis en place sont d'une complexité inimaginable. C'est quasiment illisible. On peut se demander si ce n'est pas à dessein que ce qui a été construit est illisible, inconsciemment ou consciemment. Devant des problèmes compliqués les réponses sont encore plus compliquées. Les réglementations sont compliquées et changent de façon incessante.

Un des moteurs sur lequel semble reposer le dispositif d'accueil des migrants est l'attente. Les personnes migrantes sont en permanence en attente de quelque chose. Souvent pendant des années. L'attente est le dénominateur commun de tous les dispositifs. Les personnes sont dans l'attente d'avoir accès à différents droits : titre de séjour temporaire, hébergement/logement, revenus, droit à travailler, droit à la santé. Ce système basé sur l'attente est la conséquence directe de ce qui a été souligné dans la magnifique introduction de Boris Cyrulnik concernant les différentes perspectives d'accueil des personnes. La première est la marginalisation. Il y a en France un dispositif de marginalisation de certaines populations migrantes.

On a mis en place des dispositifs qui ne sont pas des dispositifs de droit commun et l'évolution dans ces dispositifs est basée sur l'attente, la fragilisation des personnes. La précarité qui en découle verrouille l'accès aux droits, qui est pourtant formellement garantie par nos textes constitutionnels.

Ceci est d'autant plus étonnant, et François Heran a beaucoup insisté là-dessus, que cela correspond à des flux très limités, de personnes qui in fine contribuent pleinement à notre développement.

Ces processus de fragilisation ont des conséquences sur l'état de santé des population et M. Anane l'a bien rappelé en introduction, la santé est fondamentale dans la prise en charge.

Quand on vient de l'extérieur, on pourrait penser que les personnes migrantes ont un bon accès à la santé. Nous avons un système de santé qui est celui de la 5ème puissance économique du monde – 12 à 13% du PIB y est consacré. C'est un système de santé qui fonctionne, certes avec de nombreuses difficultés, mais qui est d'excellente qualité et qui repose sur des professionnels qui nous sont enviés dans le monde entier. La formation des professionnels de santé en France est à un niveau remarquable.

Cependant, quand on se plonge dans les détails on constate que l'accès à ce très bon système de santé est cadenassé, verrouillé pour certaines personnes, dont en particulier les migrants en situation irrégulière, les sans-papiers. Les personnes en situation administrative à droits incomplets peuvent théoriquement bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (AME). Ce dispositif, assorti d'un dispositif particulier pour les personnes en situation d'urgence vitale, est d'un accès difficile non pas par ses conditions (3 mois de séjour ininterrompu en France), et conditions de ressources ne dépassant pas un certain seuil, mais par l'hétérogénéité de l'accès à l'AME sur le territoire. Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas assurés sociaux et n'ont pas de carte vitale, sésame d'entrée dans le système de santé, notamment pour consulter un professionnel de santé. Les conséquences de ce double système sont de nombreux retards ou renoncements aux soins, voire de refus de soins dans un pays qui a pourtant inscrit le droit à la sécurité sociale dans sa Constitution. Ce système particulier ne donne pas accès à ses bénéficiaires aux services de prévention, de dépistage dans certains cas, à l'ensemble du panier de santé des assurés sociaux.

Avoir mis en place le système d'exception qu'est l'AME a des conséquences directes sur les personnes et la santé publique. Lors de la table ronde santé des femmes ont été exposés les résultats de l'étude PARCOUS qui a montré que les personnes étrangères porteuses du VIH ont été, pour la moitié d'entre elles, contaminées en France. La prise en charge tardive, une des conséquences de ce double système d'accès à la santé, peut être génératrice de risques

accrus de transmission de l'infection.

C'est pour l'ensemble de ces raisons qu'un accès complet à la santé, par l'intégration de l'AME à l'Assurance Maladie est une priorité, afin que le droit à la santé soit le même pour toutes les personnes vivant en France.

Les dispositifs tels que les PASS, CMPP, EMPP sont des dispositifs qui fonctionnent sur une base volontariste et qui sont insuffisamment pourvus. A Paris, l'EMPP a seulement 3,6 ETP médicaux alors que l'on sait que les psycho-traumatismes, liés aux violences vécues à l'origine, durant le parcours et à l'arrivée, sont en grande partie responsable de la dégradation de l'état de santé des personnes une fois arrivées.

Enfin le sort réservé aux mineurs non accompagnés, trop souvent non reconnus dans leur statut de mineurs et livrés à la rue et aux réseaux de trafiquants, constitue une menace d'abord pour leur santé mais aussi pour la santé publique en général.

La question de la langue représente une difficulté majeure dans la prise en charge sanitaire des personnes migrantes à leur arrivée. On est un des rares pays au monde où l'on n'a pas réussi à développer des formations qui permettent une acquisition minimale et rapide de la langue française, qui serait un élément d'adaptation au système et mode de vie français. Dans le domaine de la santé, les professionnels sont aujourd'hui contraints à avoir recours à des systèmes de traduction qui imposent la présence d'une tierce personne ou le recours à une interface dans le dialogue entre le système sanitaire et social, ce qui rend extrêmement difficile l'échange entre les personnes et les professionnels. A mon sens, l'interprétariat doit faire partie intégrante des modalités d'accueil de même que l'apprentissage du français qui ne doit pas attendre l'obtention du statut de réfugié comme c'est aujourd'hui le cas.

Au-delà de ces éléments, il est nécessaire de fournir aux personnes qui arrivent les outils pour renforcer leur connaissance des dispositifs en vigueur et leurs capacités personnelles pour faire face à l'adversité. Il faut replacer la notion de renforcement personnel au cœur de nos pratiques d'accueil et d'accompagnement de personnes qui vont s'intégrer dans la communauté nationale.

Enfin, Boris Cyrulnik le soulignait ce matin : il faut s'occuper de ces personnes mais il faut également se préoccuper de leurs enfants, pour prendre en compte les conséquences d'un mauvais accueil sur la seconde génération faute de quoi nous ne pourrions empêcher que les problématiques de santé rencontrées s'intensifient, en particulier pour ce qui est de leur santé mentale. Nous le savons d'expérience, la bonne intégration de la seconde génération est la clé d'une immigration réussie.

Les défis de l'intégration des migrants, en particulier ceux concernant la santé, ne sont pas matériellement insurmontables pour le pays riche qu'est la France. Les barrières mises en place sont d'ordre politique. C'est en conjuguant volonté politique et savoir-faire que nous pouvons ensemble réussir dans ce domaine.

# Recommandations

Les riches échanges de la journée du 2 avril 2019 ont permis au Samusocial et à la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France de formuler des recommandations pour améliorer les parcours de santé des personnes migrantes en Ile-de-France.

## RECOMMANDATIONS POUR FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DES PERSONNES :

- Faciliter le maintien de droits à une couverture maladie en cas de changement de domiciliation et permettre le transfert de dossiers entre caisses dans des délais restreints sans que ce transfert n'affecte les délais d'ouverture des droits.
- Faciliter la mise en place d'une coordination territoriale de l'accès aux soins et aux professionnels de santé en veillant à l'équité territoriale afin de garantir une effectivité d'accès aux soins de proximité à chaque personne.
- Cette coordination territoriale devra notamment permettre de garantir à chaque personne hébergée dans une structure dédiée pour demandeurs d'asile de se voir proposer la réalisation d'un bilan de santé, tel que prévu dans le cahier des charges de ces structures d'hébergement et conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).
- Intégrer l'Aide Médicale d'Etat (AME) au sein de l'Assurance Maladie afin de mettre fin au système particulier de l'AME et aux difficultés d'accès aux soins qu'il engendre. Dans l'attente, maintenir ou élargir le périmètre actuel de l'AME et l'accès immédiat des demandeurs d'asile à la PUMa et à la CMU-C dès l'enregistrement de leur demande d'asile.
- Développer le recours à l'interprétariat par les professionnels de santé, tant à l'hôpital que dans la médecine de ville.
- De plus, face au constat de pratiques et de partenariats très hétérogènes entre structures d'hébergement pour faciliter l'accès aux soins et aux droits des personnes, il apparaît important de mettre en place des outils et espaces de mutualisation et d'échanges de bonnes pratiques entre acteurs de l'hébergement.

## RECOMMANDATIONS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS EN TERME D'ACCÈS AUX SOINS EN SANTÉ MENTALE DES PERSONNES :

- Renforcer les moyens des CMPP pour augmenter leur accessibilité en restreignant les délais de prise en charge des personnes et en augmentant les possibilités d'orientation vers ces dispositifs afin de faciliter l'accès aux soins.
- Ce renforcement des CMPP permettrait également la création d'équipes mobiles dont la mission serait d'aller-vers les publics de 6 à 15 ans en situation de souffrance psychique et en grande précarité pour effectuer un premier diagnostic en santé mentale et une orientation vers un dispositif de soin adapté le cas échéant.
- Renforcer l'accessibilité des CMP notamment en développant le recours à l'interprétariat médical professionnel, en assouplissant les règles de sectorisation pour les personnes en errance et, lorsque nécessaire, en adaptant les moyens des CMP aux besoins de soins en santé mentale sur le territoire du secteur.
- Garantir l'intervention des EMPP dans les structures d'hébergement pour demandeurs d'asile ou bénéficiaires d'une protection internationale pour effectuer un premier diagnostic et une orientation des personnes vers une structure de soins adaptée le cas échéant et venir en soutien des équipes sociales, souvent démunies face aux situations de troubles psychiques supposés des personnes hébergées.

- Cette mission des EMPP peut rendre nécessaire un renforcement de leurs moyens notamment en terme d'interprétariat médical professionnel.
- Financer et mettre en œuvre une enquête sur la santé mentale des personnes sans logement personnel afin d'actualiser les connaissances apportées par l'enquête SAMENTA en 2019 sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel. La massification et la diversification des publics à la rue en Ile-de-France depuis 2009 rend nécessaire cette actualisation par le biais d'une nouvelle enquête « SAMENTA 2 ».
- Recommandations pour accompagner le développement du recours à l'interprétariat professionnel en santé :
- Garantir un financement public suffisant pour développer le recours à l'interprétariat professionnel en santé par les professionnels de santé, en ville comme à l'hôpital.
- Développer les formations qualifiantes et diplômantes en interprétariat professionnel en santé pour permettre une meilleure formation aux interprètes et avancer vers la reconnaissance professionnelle de l'interprétariat en santé.
- Faire progresser la reconnaissance professionnelle de l'interprétariat en santé.

## RECOMMANDATIONS ISSUES DE LA TABLE RONDE DÉDIÉE À LA SANTÉ DES FEMMES :

- Faciliter la régularisation des femmes hébergées ou à la rue et régulariser les ménages, en situation administrative précaire hébergés depuis au moins deux ans afin de leur permettre d'accéder au travail et à des ressources financières.
- La régularisation administrative est un outil d'insertion mais également un outil pour faciliter l'accès aux soins en permettant l'accès à la PUMa et à une carte vitale, prévenir les pratiques de refus de soin. La stabilité apportée par la régularisation limite également les pratiques présentant un risque pour la santé liée aux activités économiques informelles.

## RECOMMANDATIONS ISSUES DE LA TABLE RONDE DÉDIÉE À LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE :

- Développer les dispositifs permettant d'assurer aux femmes qui en sont dépourvues un hébergement en période prénatale et post-natale afin d'éviter qu'elles ne soient en situation de rue durant ces périodes.
- Les dispositifs ainsi mis en place doivent garantir aux femmes et à leurs enfants un accompagnement social global et adapté, la possibilité d'accéder aux soins et une continuité de l'hébergement tant qu'une solution d'orientation adaptée ne leur a pas été proposée.

**Retrouvez-nous**  
[www.samusocial.paris](http://www.samusocial.paris)  
[www.federationsolidarite.org/accueil-idf](http://www.federationsolidarite.org/accueil-idf)