

Bilan du travail de constitution du répertoire PACA des acteurs de la prise en charge des étrangers en situation précaire

UDV – Comede
5 septembre 2006

1. Rappel du contexte de mise en œuvre et des objectifs du projet

Suite aux rencontres régionales « Santé globale et accès aux soins des étrangers en situation de précarité », organisées à Toulon en juin 2005 par l'UDV, le Comede, le Réseau Régional Réfugiés et le SICHEM, un partenariat a été défini entre l'UDV et le Comede. L'objectif premier de ce partenariat est **l'identification des acteurs régionaux de la santé des étrangers en situation précaire** à travers **la constitution d'un répertoire PACA** pour les prochaines éditions du guide du Comede.

Au-delà de ce premier objectif, il a été souligné l'intérêt de prendre appui sur ce travail de constitution du répertoire pour promouvoir plus largement la santé des exilés auprès des professionnels confrontés au quotidien à la prise en charge médico-psycho-sociale de ce public spécifique.

Deux autres objectifs ont alors été dégagés :

- Facilitation et amélioration de la prise en charge médico-psycho-sociale des exilés dans la région PACA,
- Identification et mobilisation d'un réseau régional destiné à promouvoir la santé des exilés.

Pendant 6 mois, une chargée d'étude à mi-temps a contacté les principaux acteurs de la région susceptibles de contribuer à ce travail. Entretiens téléphoniques, rencontres d'acteurs, recherche sur le web ont servis de base au recueil d'information.

Pour répondre aux différents objectifs, le recueil de données a porté sur deux niveaux d'information :

- d'une part des informations pratiques destinées à être publiées dans le répertoire (coordonnées, conditions d'accès aux services proposés, horaires...) → cf. Répertoire.
- d'autre part des informations plus analytiques concernant les problèmes rencontrés pour la prise en charge médico-sociale et juridique des étrangers (afin de dresser un état des lieux synthétique) et les besoins exprimés par les acteurs en terme d'information, de formation, de travail en réseau ou de ressources à mobiliser → cf. Bilan.

2. Bilan du travail

2.1. Bilan global : état des lieux de l'accueil de l'étranger en PACA

Dans un premier temps, nous avons pu constater une importante disparité régionale en matière d'accueil des étrangers. Cette disparité est liée aux indicateurs démographiques mais aussi aux moyens mis en œuvre, notamment par les institutions.

La région PACA compte en 2004 environ 4 700 000 habitants (projection INSEE 2004) avec une proportion globale de 6,3 % d'étrangers (recensement 1999), dont plus de 50 % sont ressortissants d'Algérie, du Maroc et de Tunisie.

Le nombre de demandes d'asile enregistrées par l'OFPRA reflète les disparités entre les départements :

Département	2003	2004
04 – Alpes de Haute Provence	14	28
05 – Hautes Alpes	8	29
06 – Alpes Maritimes	406	465
13 – Bouches du Rhône	1928	2072
83 – Var	223	63
84 – Vaucluse	207	389

Source : Forum Réfugiés

Le département des Bouches du Rhône concentre plus de 40 % des habitants de la région et une forte proportion de population étrangère, dont beaucoup de réfugiés et demandeurs d'asile. La problématique de l'accueil des étrangers y est particulièrement prégnante. L'accueil des étrangers primo-arrivants est organisé dans le cadre du Plan Départemental d'Accueil à travers le réseau des Points d'appui ; une Plate-forme Asile assure l'accompagnement et le suivi des demandeurs hors dispositif national, et notamment des personnes en procédure prioritaire ; enfin de nombreuses associations prennent le relais, aussi bien pour le soutien juridique (Cimade, Croix-Rouge...), l'accès aux soins (Médecins du Monde, Médecins sans Frontières) ou l'urgence sociale (associations caritatives). Notons aussi qu'un collectif d'associations, le CODETRAS, intervient pour la défense des travailleurs agricoles saisonniers migrants qui sont particulièrement nombreux dans la région.

Le département des Alpes Maritimes représente environ 25 % de la population de la région. La problématique de l'accueil des demandeurs d'asile (dont 90 % sont originaires du Caucase) et des étrangers en situation précaire y est là aussi assez forte. Une plate-forme (financée en grande partie par la DDASS) coordonne l'accueil des demandeurs d'asile primo-arrivants tandis qu'une association, le COVIAM, est largement investie dans le soutien juridique aux étrangers. Médecins du Monde assure un soutien à l'accès aux soins des migrants en précarité. Un collectif, Inter-Secours Nice, permet aux différents partenaires de coordonner leur action.

Les départements du Var et du Vaucluse représentent respectivement 20 % et 10 % de la population régionale. Si la problématique de l'accueil des étrangers en situation précaire y est relativement importante, les moyens mis en œuvre paraissent insuffisants. Il n'existe pas dans ces départements de plate-forme d'accueil des demandeurs d'asile, ce qui pose des problèmes pour la domiciliation et l'accompagnement des personnes, notamment en début de procédure (aide au récit...). Les 2 CADA existants n'ont pas les places nécessaires à l'accueil de tous les demandeurs. Il existe dans le Vaucluse un réseau de Points d'accueil départementaux des étrangers (les PADE, sur le modèle des Points d'appui des Bouches du Rhône) agréés dans le cadre du Plan départemental d'accueil. Le MRAP s'investit également dans le soutien aux étrangers dans le Vaucluse. La dynamique du Plan départemental d'accueil du Var est quant à elle en sommeil. En dehors des associations qui y sont inscrites (ADAJETI, ASTI et l'Arbousier), le Secours Catholique s'investit de façon militante dans le soutien aux étrangers. Le réseau SICHEM regroupe des associations pluridisciplinaires impliquées dans la prise en charge globale du public migrant en précarité.

Enfin les départements des Alpes de Haute Provence et des Hautes Alpes regroupent ensemble seulement 5 % des habitants de la région. La proportion d'étrangers et demandeurs d'asile y est beaucoup moins importante, néanmoins la problématique existe et y est prise en compte, avec notamment des plates-formes d'accueil des demandeurs d'asile, une à Digne (CREOPS, ANAEM) et une à Gap (France Terre d'Asile). Des associations y sont aussi fortement impliquées dans le soutien aux étrangers (Secours Catholique, CREOPS), prenant en compte les caractéristiques spécifiques des populations présentes (notamment forte proportion de retraités originaires du Maghreb).

2.2. Principales difficultés rencontrées pour l'accès aux soins des étrangers

2.2.1. Ouverture des droits à la protection maladie et prise en charge des soins prioritaires

Les acteurs rencontrés ont fait part de certaines difficultés pour l'ouverture des droits à la protection maladie (ouverture CMU de base et/ou CMU-C, AME, renouvellements, maintien des droits, admission immédiate à la CMU-C...). Ces difficultés concernent notamment les délais de traitement (dépassant parfois les délais légaux), des demandes de documents non-obligatoire pour l'instruction des dossiers (comme par exemple des justificatifs de revenus), les refus injustifiés, le rôle des CDAS (Commissions départementales d'aide sociale) dans l'examen des recours, les déficiences de l'accueil en guichet et délivrance de fausses informations, le non-fonctionnement total de la procédure d'admission immédiate à la CMU-C, l'interprétation restrictive de la l'article L. 254-1 CASF en matière de soins urgents (on s'arrête au « pronostic vital », sans considérer « l'altération grave et durable de l'état de santé »).

Dans le cas des Alpes Maritimes, la CPAM se décharge totalement de l'instruction des demandes d'AME sur un acteur associatif (Médecins du Monde). Les demandes ne sont pas instruites en guichet, il est même arrivé que des personnes s'y présentent pour une demande d'AME et qu'on leur demande une carte de séjour...

Les relations entre les acteurs associatifs ou les travailleurs sociaux et les CPAM sont variables. Certains acteurs sont en contact régulier avec des référents AME/CMU-C des centres de gestion ou de l'administration centrale de la CPAM et peuvent ainsi régler certains problèmes avec ces interlocuteurs privilégiés. D'autres se contentent de passer par la plate-forme grand public pour toute question. A noter que la CPAM du Vaucluse a mis en place une cellule spécifique (cellule Action Contre l'Exclusion Sociale) chargée d'améliorer l'accès aux droits pour les personnes en difficultés.

2.2.2. Disparités dans le fonctionnement des PASS

De nombreux acteurs évoquent les déficiences des PASS. Sur le terrain, on constate en fait que les moyens sont très disparates et les situations très hétérogènes.

La majorité des PASS de la région fonctionnent comme unités sociales uniquement et non comme unités médico-sociales : pas de médecin référent, pas de consultation de médecine générale de porte, mais seulement des intervenants sociaux qui font principalement de l'ouverture de droits. Très souvent, les urgences restent la seule porte d'entrée vers la PASS (et encore seulement en cas d'hospitalisations, les consultations seules donnant souvent lieu à une facture). Quelquefois, les rendez-vous en consultations externes permettent aux personnes sans couverture sociale d'être pris en charge via la PASS, plus rarement les hospitalisations programmées. Dans de nombreux cas, la délivrance de médicament est impossible. Les travailleurs sociaux orientent alors les patients vers les associations (MDM, MSF, Promo-soins...). Les acteurs associatifs évoquent souvent des PASS « fictives » et les AS des PASS, malgré leur grande motivation (sauf quelques rares cas), se plaignent d'un manque de moyen

et de la mauvaise volonté de l'administration ne leur permettant pas de faire fonctionner l'unité conformément aux textes réglementaires.

A contrario, on peut souligner l'exemplarité de la PASS du CHU de Nice. Inscrite au sein de la Polyclinique, elle fonctionne réellement comme unité fonctionnelle médico-sociale animée par une équipe pluridisciplinaire (1 médecin responsable, 2 AS, 1 cadre de santé, 2 IDE...), ouverte aussi bien sur l'hôpital (un référent médical par spécialité, effort de communication interne...) que sur l'extérieur (travail en réseau avec les autres acteurs : réunions de coordination mensuelles, mise en place d'outils communs, de protocoles de soins, conventions...).

La PASS du centre hospitalier d'Arles, quant à elle, met en place des consultations médicales et sociales à l'accueil de jour municipal, situé au centre ville, afin de toucher plus facilement un public en grande précarité. Ici aussi, la prise en charge est proposée par une équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmier et AS).

Enfin les PASS de Fréjus (Var) et d'Apt (Vaucluse) proposent également des consultations médico-sociales sur une demi-journée par semaine (médecin généraliste ou urgentiste référent et AS). Le médecin référent de la PASS de Fréjus intervient également au sein de l'association Promo-soins Fréjus-Saint Raphaël.

2.2.3. Prise en charge en santé mentale lacunaire

L'ensemble des acteurs de terrain s'accorde pour souligner les déficiences de la prise en charge de la santé mentale des étrangers en situation précaire.

Les orientations en centre médico-psychologiques sont rendues difficiles, principalement à cause du problème linguistique, mais aussi d'une mauvaise appréhension des problèmes propres aux étrangers. De nombreux acteurs orientent alors, à défaut, les patients vers les associations (MDM, MSF, Osiris...) en soulignant que ce sont les seuls à accepter de travailler avec des interprètes, les CMP n'acceptant pas. Face à ces difficultés, les associations médicales mettent souvent l'accent sur la prise en charge psychologique dans le cadre de leur activités (MDM Nice propose, par exemple, 5 CS de psychiatrie par semaine ainsi que des groupe de paroles pour les femmes tchétchènes...). Beaucoup mènent une réflexion sur la manière de pallier les manques et sur les modes de prise en charge psychologique et psychiatrique des problèmes spécifiques au public étrangers : souffrance de l'exil, traumatismes liés aux mauvais traitements...

Les hospitalisations semblent aussi poser des problèmes (accueil dans les CAP...), mais ceux-ci semblent plus refléter l'état général de la psychiatrie en France (manque de lits...) qu'une problématique spécifique aux étrangers (en dehors de la question de la couverture maladie).

2.2.4. Des refus de soins de libéraux à l'égard des bénéficiaires de l'AME ou de la CMU-C

Enfin, en écho aux études menées par le Fonds CMU en juin 2006, les acteurs associatifs constatent dans toute la région PACA des refus de soins de la part des médecins de ville (généralistes, mais surtout spécialistes et dentistes) face aux personnes bénéficiaires de l'AME, et dans une moindre mesure de la CMU-C. Cette constatation amène les acteurs associatifs à mener des enquêtes pour identifier les libéraux acceptant l'AME afin de pouvoir orienter les personnes suivies, ou encore à se constituer un réseau de médecins de ville (liés par convention ou par accord tacite). Souvent ces médecins exercent aussi bénévolement dans les structures associatives ou sont engagés avec elles. L'intérêt de tels réseaux est avant tout de pouvoir orienter les personnes reçues vers des médecins qui ne refuseront pas de les prendre en charge, mais aussi qui seront attentifs aux problèmes spécifiques liés à leur situation.

Ainsi, si les associations se positionnent clairement comme relais vers les dispositifs de droits communs et mettent en avant la remise des personnes dans le circuit habituel de soins, elles

constatent dans les faits que l'accès aux soins reste difficile, au delà du simple accès à la protection maladie.

2.3. Les besoins soulevés par les acteurs

2.3.1. Faire émerger la thématique « Santé / étrangers »

Lors des différents entretiens réalisés, les acteurs rencontrés ont souvent souligné la nécessité de faire émerger la thématique « santé des étrangers » en tant que problématique distincte et autonome (mais cohérente), recoupant aussi bien la thématique de l'accueil des étrangers (le plus souvent centré sur l'aide juridique pour l'accès au séjour) que celle de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Cette volonté est en effet exprimée aussi bien par :

- des acteurs de la prise en charge des étrangers (associations de soutien juridique et administratif, plate-formes d'accueil des demandeurs d'asile...) qui souhaitent mieux prendre en compte la dimension « santé » dans la prise en charge globale de la personne ;
- des acteurs de la prise en charge médicale des personnes précaires (centres de santé associatifs, équipes des PASS...) qui souhaitent mieux cerner les spécificités de ce type de public (en tant que catégorie particulière parmi les personnes en précarité) afin d'adapter la démarche de soins et de prévention, sur le modèle des réflexions menées pour d'autres types de public tels que les SDF.

2.3.2. Besoin d'inter-connaissance régionale

Dans un premier temps, les acteurs rencontrés ont souvent exprimé le besoin de mieux connaître l'ensemble des actions réalisées dans la région, et notamment dans les autres départements. L'inter-connaissance et le travail en réseau sont en effet souvent fortement développés au sein d'un même département, mais peu au niveau inter-départemental, alors qu'on souligne une importante mobilité des personnes, Marseille et Nice étant les principaux pôles d'attraction.

2.3.3. Besoin d'appui en interprétariat / traduction

On note aussi qu'il existe un réel besoin en matière d'interprétariat et de traduction. Il n'existe en effet en PACA que deux services d'interprétariat, situés tous deux à Marseille (Inter Service Migrants et le service interprétariat de l'ADRM). De plus, les structures affirment manquer de moyens dédiés à la traduction et à l'interprétariat et font le plus souvent appel à des bénévoles, qui n'ont pas toujours une disponibilité ou une compétence linguistique suffisante pour assurer une véritable médiation entre les professionnels et le public accueilli. Ce manque de ressources en interprétariat est particulièrement déterminant dans le déficit de prise en charge psychologique des migrants.

2.3.4. Besoin d'information et de formation, notamment sur des questions techniques

D'autre part, on constate des besoins et une forte demande de la part des acteurs en matière de sensibilisation, d'information et de formation sur des sujets relatifs à la santé des étrangers :

- législation en matière d'accès aux soins et de couverture maladie (accès à l'AME et à la CMU, procédure d'admission immédiate, prise en charge soins urgents... avec notamment des problèmes soulevés par certains organismes en matière de compréhension et interprétation des textes législatifs),
- articulation entre parcours administratif (souvent long et chaotique) et parcours de soins et de prévention efficace,

- problèmes de santé spécifiques aux migrants en situation précaire (épidémiologie des affections chez les migrants, prise en charge en santé mentale ...)

En matière de formation, les thèmes les plus souvent et les plus expressément évoqués concernent les sujets techniques, en particulier ceux relatifs au droit au séjour pour raison médicale (article L. 313-11-11° du CESEDA). Les interrogations se portent ici aussi bien sur les aspects médicaux que juridiques : satisfaction des critères médicaux de régularisation, déroulement la procédure (différents niveaux de décision), recours (administratif ou contentieux), questions portant sur le rapport médical (rôle et responsabilités du médecin agréé ou hospitalier)...

Un autre sujet fait l'objet d'interrogations fortes : le certificat médical pour la demande d'asile (responsabilité du médecin, rôle du certificat dans la décision CRR...).

2.3.5. Besoin de mobiliser des ressources pour la prise en charge en santé mentale

Face aux difficultés de prise en charge psychiatrique / psychologique des étrangers en situation précaire, de nombreux acteurs s'interrogent sur la mobilisation de ressources qui permettraient d'améliorer cette prise en charge. Certains acteurs ont évoqué le besoin de formation afin de faire face aux difficultés psychologiques des personnes accueillies dans le cadre de leur activité habituelle (accueil social, médical, caritatif...). D'autres réfléchissent à la mise en place d'activité nouvelle au sein de leur structure (création de groupes de paroles, recrutement de médecins psychiatres ou de psychologues pour ouvrir une consultation...), mais ici encore ils évoquent des besoins en matière d'information et de partage d'expérience pour mieux connaître ce qui se fait ailleurs.

2.3.6. La question de la mobilisation des professionnels libéraux de la santé et du droit

Pour pallier au problème des refus de soins, les acteurs rencontrés soulignent la nécessité d'envisager un travail d'identification des médecins. Cette identification pourrait se faire selon différents niveaux d'implication : acceptation simple de l'AME et/ou CMU-C, sensibilisation aux problèmes spécifiques du public en précarité (volonté de s'informer ou de se former), volonté d'engagement bénévole dans une structure associative. L'utilité de ce travail concerne surtout les médecins spécialistes et les dentistes, qui sont plus nombreux à refuser les soins et les interventions et plus difficiles à mobiliser dans les structures.

Comme nous l'avons vu (cf. Note méthodologique), il n'a pas été possible de mener ce travail à partir des listes existantes dans les associations d'aide à l'accès aux soins. Cette méthode n'a pas été concluante et ne s'est pas avérée la plus pertinente selon les acteurs associatifs. Il semble que ce travail nécessite la mise en œuvre d'une méthodologie plus systématique : contacter tous les professionnels exerçant dans une zone géographique ciblée (agglomération, zone urbaine) afin d'obtenir une information plus exhaustive.

En ce qui concerne les avocats, le problème se pose différemment : le droit des étrangers, même s'il ne constitue pas une spécialité juridique en tant que telle, reste un domaine d'intervention particulier dans lequel se spécialisent de fait certains avocats militants, qui entretiennent des liens privilégiés avec les associations de soutien juridique (Cimade, MRAP, ASTI, Secours Catholique...). Les acteurs associatifs soulèvent néanmoins la nécessité de mobiliser davantage de professionnels du droit (en vérifiant l'acceptation effective de l'aide juridictionnelle), mais aussi d'avoir accès à des ressources d'information (jurisprudence notamment) ou à une expertise technique en matière de droit des étrangers.

3. Perspectives : envisager les suites du travail

3.1. Mise à jour et développement du répertoire

Il apparaît tout d'abord nécessaire de mobiliser des moyens afin d'assurer la maintenance du répertoire et la mise à jour des informations qui y sont contenues. En effet, le paysage associatif et institutionnel en matière d'accueil de l'étranger est mouvant et le répertoire ne peut donner qu'une image à un instant T de ce qui existe sur le terrain. Sans une maintenance de l'actualité des données, le répertoire risque de devenir rapidement obsolète, d'où la nécessité d'une veille informative permanente. Cela implique une réflexion sur la périodicité de la mise à jour des informations et la mobilisation des financements nécessaires.

3.2. Transfert du lien créé à l'occasion du travail de constitution du répertoire

Parmi les acteurs rencontrés ou contactés, on note que certains se connaissent et ont l'habitude de travailler ensemble. C'est notamment le cas lorsqu'ils font partie de réseaux interassociatifs locaux (Union Diaconale du Var, Inter-Secours Nice, Réseau Provence Solidarité...) ou nationaux (Médecins du Monde, Secours Catholique...). Pour les autres, il existe une volonté de mieux connaître ce qui se fait en matière de prise en charge médico-sociale des étrangers, notamment à l'échelon régional, et de participer à des espaces de réflexion et d'information/formation. L'enquête a en effet permis de mettre à jour l'isolement et le manque de travail en réseau de certaines structures malgré leur volonté de développer des partenariats au niveau local, régional et national.

Il s'agit donc, dans un premier temps, de **permettre la rencontre des acteurs et le transfert du lien créé à l'occasion de l'enquête**. Pour cela, l'UDV envisage d'organiser, en lien avec le Comede, un colloque régional sur le thème de l'accès aux soins et du droit à la santé pour les étrangers en situation précaire.

Cet événement devrait permettre d'une part de répondre aux attentes des acteurs par des interventions ciblées (droit au séjour à titre médical, prise en charge santé mentale, etc...), et d'autre part de favoriser l'échange d'expérience et la mise en réseau des acteurs.

Il pourrait également se faire l'écho d'événements nationaux, notamment la campagne nationale « Assez d'humiliation » de la Cimade (dont un volet concerne la précarisation sociale des migrants) ainsi que la publication du Livret de santé bilingue par l'INPES et le Comede.

3.3. Légitimité de l'acteur régional susceptible de porter un réseau « santé des étrangers »

La question de la légitimité de l'acteur régional susceptible de mettre en place les réponses aux besoins des acteurs a été abordée lors de certains entretiens.

Souvent, les acteurs rencontrés ne connaissaient pas l'UDV (quelques-uns connaissaient cependant certaines associations membres). Certains ne comprenaient pas pourquoi le travail de constitution du répertoire n'était pas porté par l'un des acteurs régionaux existants.

A ce sujet, on peut rappeler que le centre de ressources en ingénierie sociale de l'UDV a pour vocation de porter des projets de développement des associations membres et partenaires de l'UDV. Il est particulièrement mobilisé sur le thème de la santé des étrangers du fait de ses liens avec le SICHEM (Service interassociatif de coopération humanitaire pour les étrangers et les migrants) et les associations Promo-Soins. C'est cette préoccupation qui a amené l'UDV à organiser les premières rencontres « Santé globale des étrangers » en juin 2005, qui

ont donné suite au partenariat UDV–Comede pour la réalisation du répertoire PACA. Alors que les acteurs de terrain sont peu disponibles pour ce type de mission (car trop absorbée par leurs activités), l'UDV constitue une structure souple dont la vocation est de porter ce type de projet.

Dans un contexte de durcissement du cadre législatif et de difficulté croissante du dialogue avec les institutions, il est apparu nécessaire de mobiliser un acteur militant pour porter les préoccupations des intervenants de la santé des étrangers en situation précaire et être mieux à même de répondre aux besoins exprimés. En effet, il existe sur le terrain un décalage important entre l'action des associations militantes et celle des structures davantage liées aux institutions, souvent représentées dans les plans départementaux d'accueil des étrangers. La méthodologie définie pour le travail de constitution du répertoire reflète cette réalité : il ne s'agit pas de présenter des données exhaustives mais de recenser les partenaires effectivement opérationnels.

Quelque soit l'acteur choisi pour continuer à porter la mobilisation des acteurs du secteur, une double légitimité doit s'acquérir d'une part vis-à-vis des institutions, et d'autre part des partenaires engagés.