

Contribution Fédération des acteurs de la solidarité
Groupe de travail ACCES aux SOINS
Août 2017

1. Diagnostic

La prise en charge des problématiques de santé des demandeurs d'asile et des réfugiés est délicate pour plusieurs raisons, notamment liés au :

- défaut de traduction suffisante au sein des dispositifs de soins et d'accompagnement des BPI, menant parfois à des refus de consultation par les professionnels de santé (certains médecins refusant de faire appel à ISM par exemple) y compris des acteurs comme les PMI.
- faible accompagnement en matière de santé dans une approche de trans-culturalité auprès de ce public ayant des repères culturels différents notamment sur le soin et méconnaissant le système de santé français.
- un offre de soins complexe, insuffisante et inégale d'un territoire à l'autre sur les traumatismes et les troubles psychiques liés à l'exil, notamment auprès des enfants, nuisant à leur intégration scolaire. Il s'agit de traiter la question des violences, de la rupture familiale, du déracinement, de l'impact psychologique d'une gestion de l'attente, en particulier vis-à-vis de sa famille, d'angoisse, de dépression, de perte de repères... nécessitant une prise en charge spécialisée et une « clinique » différente d'une prise en charge psychiatrique de droit commun...
- Une méconnaissance globale des problématiques singulières des BPI par les acteurs de santé (sur le stress post traumatique ou les maladies tropicales ou parasitaires) qui recule d'autant l'accès aux soins de ce public. Le manque de spécialistes sur certains territoires ruraux est encore plus problématique pour l'accès aux soins de ces BPI (psy et gynéco par exemple) avec la barrière de la langue.
- De faibles programmes de prévention à l'égard des BPI, constatés par une absence de prise en charge au stade de la demande d'asile, notamment en PADA.

Ces différents constats ont une incidence sur la dégradation de l'état de santé, notamment des troubles psychiques et psychologiques des demandeurs d'asile et BPI amplifiée par la précarité de leur situation lorsqu'ils se retrouvent à la rue ou bénéficient d'un faible accompagnement.

L'intégration de ce public ne peut être pensée sans prendre en compte les problématiques de santé. L'orientation via la plate-forme DIHAL dans des dispositifs ruraux de ces publics sans accès à un dispositif de soins en cas de problème de santé par exemple freine leur intégration, même avec l'accès à un logement autonome.

2. Dysfonctionnements

• Difficultés d'accès aux soins / ouverture des droits

- Difficulté d'accès à la couverture santé du fait traitement long et des réponses contradictoires de la CPAM et difficultés pour le maintien des droits renouvellement CMUC, accès carte vitale... : il s'agit de version différente avec des documents exigés différents, des problèmes d'affiliation ou de rattachement des enfants, des interlocuteurs qui ne connaissent pas les droits des personnes réfugiés, des difficultés avec les enfants et conjoints rejoignant pour l'affiliation avec des demandes de documents divers et improbables, un accueil au guichet parfois déplorable malgré des prises de rendez-vous, des demandes de carte vitale qui n'aboutissent jamais malgré la présentation de

dossiers complets et des demandes de carte vitale sur l'espace AMELI qui ne fonctionne pas très bien non plus.

- Refus de soins avec une attestation PUMA, renforcé par l'absence d'interprétariat
- recours à la traduction des enfants par les organismes d'accès aux droits ou professionnels de santé, faute d'autres solutions, ce qui les place dans une position très délicate vis-à-vis des parents et a des conséquences sur leur place en tant qu'enfant.
- Maintien des droits de 12 mois n'est pas toujours respectés par les CPAM et occasionne une rupture de droits à l'issue de l'attestation de DA une fois l'obtention du statut de BPI.
- Certaines CPAM demandent à ce que les droits CAF soient ouverts pour instruire les dossiers.
- Problèmes occasionnés si les actes d'Etat civil OFPRA sont différents ou non édités (dans ces cas certaines CPAM acceptent que le centre d'hébergement atteste de la filiation, mais il faut un lourd plaidoyer de la part des Intervenants sociaux). Toutes n'acceptent pas les attestations des associations et attendent la procédure judiciaire pour rétablir les bonnes identités).
- Sur l'ouverture des droits PUMA, non prise en compte automatique de la domiciliation attestée par l'hébergement au sein d'une association.
- Refus des CPAM d'ouvrir les droits pour les enfants avant la réception des actes d'Etat civil délivrés par l'OFPRA ;
- Difficultés des parents de réfugiés et de la fratrie pour l'accès aux soins (voir fiche accès aux droits sur les parents de réfugiés).
- Transport médical non pris en charge tant que les droits ne sont pas ouverts alors assuré par les structures d'hébergement et d'accompagnement.

- **Offre insuffisante et inégalité de répartition territoriale d'associations ou d'organismes proposant des soutiens psychologiques, psychiatriques spécialisées dans les questions d'exil.**

Cela engendre :

- des délais d'accès beaucoup trop longs (parfois 6 mois), incompatibles avec des situations d'urgence ou le parcours du BPI, qui obligent les associations d'hébergement, faute d'orientation psychique adaptée, à remettre à la rue des BPI (lien avec le règlement de fonctionnement des lieux d'hébergement pour demandeurs d'asile en cas de violences ou de comportements incompatibles avec le collectif)
- une orientation ardue, et dans certains cas une orientation avec un descriptif précis de la situation de la personne par un travailleur social. Dans ce cas il est complexe pour une personne non accompagnée de s'y rendre.

- **Sur la reconnaissance du statut d'adulte handicapé**

- Problème de l'instruction des dossiers MDPH qui attendent les actes d'Etat civil OFPRA.

De plus, l'instruction des dossiers MDPH est excessivement longue et complexe et non accompagnée de traducteurs. Il est malaisé pour les personnes d'effectuer cette démarche (reconnaissance adulte handicapé, carte, demande d'aide matérielle). Le récit de vie que les personnes doivent produire est assez compliqué et pas facile à structurer. Il y a un RDV avec une personne si besoin, mais il n'est pas fait appel à des traducteurs en premier lieu (en tout cas dans le 94), ce sont d'abord les proches/parents/enfants/amis qui sont sollicités pour la traduction.

- Inégalité de traitement pour les réfugiés car les seuls réfugiés bénéficiant du programme de relocalisation bénéficient d'un traitement plus rapide à la MDPH

- **Difficultés liées à l'absence de soins pendant la demande d'asile**

Plusieurs difficultés impactant l'état de santé des réfugiés :

- Non accès à la PUMA pour les demandeurs d'asile en cours de rdv GUDA (parfois pendant 4 mois...) ou prise en charge que des actes urgents (pas de prévention).
- Défaut d'articulation avec les dispositifs médico-sociaux, non compatibles avec une admission pendant la demande d'asile (ex : pas de prise en charge compatible par un Appartement de coordination thérapeutique et le DN@ pour l'hébergement des demandeurs d'asile : les DA perdent leur ADA si admis dans un ACT...)
- non prise en compte de la situation de santé et de vulnérabilité dans les orientations OFII où il n'est pas rare que, fautes de places adaptées, l'OFII oriente vers des hébergements non adaptés à des personnes à mobilités réduites par exemple.
- Absence de personnel médical au sein des lieux d'hébergement pour demandeurs d'asile : iniquité de traitement entre DA car seule une consultation est prévue lors de l'arrivée en CADA (pas en HUDA ni AT-SA ou au sein des autres dispositifs). Souvent, la visite médicale n'intervient qu'au seul moment de la signature du CIR (pas d'accès aux programmes de dépistages ni à un accompagnement médical (si prise en charge PADA par exemple).

- **Absence de coordination dans le parcours de soin** lié à la mobilité des BPI, tout particulièrement pour un public allophone qui a du mal à accéder à un médecin généraliste. Saturation des dispositifs d'urgence ou dispositif hospitalier (pour enfant, soins dentaires etc...) mais également suivi maternité ou un abandon du soin jusqu'à situation d'urgence ou invalidantes. Peu d'aide proposée pour la continuité des soins auprès des BPI et d'une aide à la médication.

- **Risque de décompensation psychiatrique** lié à l'obtention de la protection difficile rendant, faute d'offre de soins adaptée et spécialisée, l'accompagnement très difficile pour ce public, notamment en structure collective. Les difficultés sont également posées par certaines PASS spécialisées sur la prise en charge psychiatrique qui refusent l'accompagnement des personnes si les droits sont ouverts.

3. Propositions

- En termes de programmation de l'offre de soins et d'articulation des acteurs :
 - **Intégration dans les PRAPS** de la question de l'offre de soins à l'égard du public migrants, en favorisant le développement d'appel à projets financés par l'ARS sur les territoires pour un accompagnement des professionnels et des migrants (cf réseau Louis Guilloux en Bretagne). Un réseau d'appui aux professionnels et d'accompagnement des publics migrants + mise en place des campagnes de dépistages santé publique au sein des lieux d'hébergement. Ces appels à projets devraient prioritairement permettre de développer ou de renforcer les programmes existants sur la prise en charge de la santé mentale du public migrant spécialisés sur les traumatismes liés à l'exil (avec budget d'interprétariat dédiés).
 - mise en place sur un territoire **d'un plan prévention santé** pour le soin des BPI (voir marion)
 - **Un référent par département au niveau CPAM** pour traiter des demandes de couverture santé qui posent problème notamment lors des réunifications familiales pour les affiliations et pour les mutations de dossiers très longs et avec ruptures de droits, pb de remboursement des soins chez les dentistes, spécialistes etc... avec un travail transversal avec la CAF.

-Pour les personnes handicapées, dossier MDPH long et complexe, **nécessité d'un référent social et médecin traitant ou spécialiste**. Élargir le traitement rapide à tous les réfugiés et pas seulement les relocalisés avec le recours à l'interprétariat automatique.

- **Développer des ponts entre les associations, les ARS, les préfetures et les Equipes mobiles de santé mentale** pour que la santé soit prise en compte dans l'accompagnement des réfugiés et ne pas réduire l'accompagnement santé à l'ouverture de leurs droits. Intégrer également l'éducation nationale

- Introduire dans l'ensemble des lieux d'hébergement pour demandeurs d'asile la **proposition obligatoire d'une Visite médicale** proposée à titre préventif dès le premier accueil en PADA de l'ensemble des demandeurs d'asile, ce qui implique de renforcer l'accompagnement au stade du pré-accueil des demandeurs d'asile. Des livrets d'information devraient être traduits en plusieurs langues et délivré en PADA (droits, parcours et dispositifs de soins en France). Le bilan de santé proposé par la CPAM devrait être adapté pour les personnes non allophones (traduction du questionnaire en plusieurs langues...)

-**Budget d'interprétariat** alloué aux ARS à destination des médecins généralistes, en CMP et structures de soins en santé mentale ou spécialistes en cabinet privé qui sont amenés à rencontrer et soigner des BPI allophones.

- Sur la formation des personnels médicaux :

-Sensibiliser les médecins généralistes et spécialistes aux problématiques des BPI, aux droits et aux dispositifs qu'ils traversent.

-Développer les formations du personnel hospitalier sur interculturelité/soin et interculturelité/maternité.

- Sur la prise en compte de la santé des enfants :
- Là tu avais : soutenir la parentalité des demandeurs d'asile et des réfugiés en reconnaissant le rôle

- **Développer des ateliers mère-enfant** auprès du public réfugiés : rôle du soutien à la parentalité pour améliorer l'état de santé des enfants (voir rapport de la Société française de santé publique : http://www.sfsp.fr/activites/file/rf_capitalisation_parentalite.pdf), et **favoriser l'accès aux lieux d'accueil du jeune enfant** (pendant la demande d'asile) pour favoriser le bon développement de l'enfant.

- **Favoriser le développement de consultations psychologiques familiales** dans les institutions spécialisées dans l'exil

- Permettre un meilleur accompagnement en **centre médicaux psychologiques infanto-juvéniles** avec budget interprétariat.

- Impulser une coordination avec **l'éducation nationale et les psychologues scolaires** dans le soutien à l'enfant pendant sa scolarité.