

JOURNÉE RÉGIONALE

# LA PRISE EN CHARGE DES PUBLICS REFUGIÉS-MIGRANTS AU SEIN DES PASS

## LES ACTES

**18 octobre 2017 - DIJON**

Journée organisée par  
la **Coordination Régionale des PASS BFC**



Action réalisée avec le financement de  
l'Agence régionale de Santé de  
Bourgogne-Franche-Comté

En partenariat avec :



DRDJSC  
Direction régionale  
et départementale  
de la jeunesse, des sports  
et de la cohésion sociale





# PROGRAMME DE LA JOURNÉE

## Introduction par l'ARS et la DRDJSCS

Puis ouverture de la journée par la PASS régionale BFC

## MIGRATIONS : VULNÉRABILITÉ ET PROFESSIONNALITÉ

**Gwen LE GOFF**

Directrice adjointe à l'ORSPERE – SAMDARRA (Observatoire national Santé Mentale, vulnérabilités et Société)

**Nicolas CHAMBON**

Sociologue à l'ORSPERE – SAMDARRA

## SOINS ET DIFFÉRENCES CULTURELLES

**Anne-Lise FAVIER**

Anthropologue de la Santé, Université Montpellier III

## DE QUOI SOUFFRENT LES MIGRANTS ?

**Dr Jonathan AHOVI**

Psychiatre des hôpitaux, chef de service de la maison des adolescents du Jura – Dole.

### Atelier A

#### L'accès aux droits des publics réfugiés-migrants

Articulation avec les acteurs de la protection sociale, suivi et maintien des droits...

### Atelier B

#### Partenariats et articulations entre les acteurs accompagnant les publics réfugiés-migrants et les PASS

Repérage, orientation et suivi : quelle coordination, quels liens, quels partenariats ?

### Atelier C

#### La relation de soin au sein des PASS

Prise en compte d'une autre culture, des conditions de vie difficiles, de la langue, quel suivi du patient ...

### Atelier D

#### Les patients réfugiés-migrants acteurs de leur santé

Comment amener et accompagner vers le soin, quel suivi des traitements, quelle mobilisation ... ?

## Introduction de la journée

Mme Anne CORBIA (Agence Régionale de santé)

Mme Guillemette RABIN (Direction Régionale de la Jeunesse et de Sport et de la Cohésion Sociale)

L'ARS rappelle le cadre législatif qui vient définir les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) avec leur création par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, complétée par la circulaire du 18 juin 2013<sup>1</sup> qui vient confirmer et préciser le rôle des PASS. Deux objectifs se dessinent clairement :

- offrir l'accès aux soins
- agir à l'intérieur et à l'extérieur des établissements.

La Bourgogne-Franche-Comté se situe donc toujours dans ce cadre de réflexion législatif, qui est accompagné par la réécriture du Programme Régional de Santé (PRS) au cours de cette année 2017. Le PRS sera présenté en concertation publique au mois de janvier, avant d'être officiellement signé au mois de mai.

Au sein du PRS, il existe le PRAPS : le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins. L'ARS souhaite remercier la DRDJSCS avec qui elle co-pilote ce PRAPS, et la coordination régionale des PASS de BFC pour l'organisation de cette journée intitulée : « La prise en charge des publics réfugiés-migrants au sein des PASS ».

L'ARS souhaite rappeler que les PASS ne sont pas destinées uniquement aux publics réfugiés-migrants, mais bien à l'ensemble des personnes en situation de vulnérabilité sociale qui ne peuvent pas accéder à des soins de par leur absence de couverture sociale et/ou leurs difficultés à intégrer le système de soins de droit commun.

L'ARS et la coordination régionale des PASS BFC travaillent ensemble pour une meilleure reconnaissance des PASS au sein des hôpitaux via un travail avec les directeurs, mais également autour d'un rapport d'activité ou encore la mise en place d'un COFIL de la coordination régionale des PASS qui se déroulera le 7 décembre 2017. L'ARS rappelle aux PASS présentes dans la salle, que l'ensemble des décisions, des choix ne sera pas fait sans leur consultation.

Cette journée a pour objectif de créer un espace d'échanges entre les professionnels accompagnant les publics réfugiés-migrants et les PASS afin de savoir : qui fait quoi ? et comment il le fait ? quelle réponse à apporter face aux ressources qui manquent ? et quel lien peut être fait au sein de l'ARS avec le parcours santé mentale ?

La DRDJSCS complète les propos de l'ARS sur le fait que les travaux de cette journée sont fondamentaux. En 2017, la Bourgogne-Franche-Comté a connu une augmentation de 26% de la demande d'asile. Ce qui demande de s'adapter pour pouvoir accueillir et prendre en charge demandeurs d'asile, réfugiés, migrants. L'un des axes du Schéma Régional d'Accueil des Demandeurs d'Asile (SRADA) porte sur l'intégration de manière globale : éducation, ouverture des droits, santé.

Cette journée viendra alimenter le SRADA, en effectuant des liens importants avec le PRAPS que la DRDJSCS co-pilote avec l'ARS.

<sup>1</sup> Circulaire du 18 juin 2013

[http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/06/cir\\_37144.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/06/cir_37144.pdf)

## Présentation de la Coordination régionale

Maud PICHOFF (Membre de la coordination régionale des PASS BFC)

### Qu'est-ce qu'une PASS ?

- Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui ont pour mission de faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.
- 430 PASS en France, essentiellement situées dans des établissements publics de santé (80%)
- Réelle hétérogénéité dans les moyens en personnels qui les composent
- Activité variable (moins de 100 personnes par an dans ¼ des PASS, 20 PASS accueillent plus de 2000 personnes par an)

### État des lieux des PASS en BFC

Cet état des lieux a été réalisé en 2016.

La Bourgogne-Franche-Comté compte 20 PASS : 17 PASS généralistes et 3 PASS Psychiatriques.

La carte située ci-dessous représente les activités des PASS en 2016, nous constatons donc qu'il y a une grande hétérogénéité des PASS au sein de la région. Cet état des lieux sera réactualisé en 2018.

[Lien vers la carte de la région sur le site bfcpass.fr](#)

### Le rôle de coordination régionale des PASS BFC

- Rôle d'animation : journées de rencontre entre les PASS, se connaître et se reconnaître, profiter des expériences respectives...
- Rôle de lancement d'une démarche qualité : indicateurs, politique d'évaluation..
- Rôle de fédération: organiser des rencontres entre l'ARS et les différentes PASS, fédérer l'ensemble des PASS de la région dans le respect de leurs spécificités
- Rôle de publicité : la PASS régionale doit donner une visibilité au dispositif, mieux faire connaître la PASS dans les structures de soins

Cela s'est traduit par les actions suivantes :

- Plusieurs rencontres avec les PASS de la région pour soutenir les projets de développement au sein des PASS
- Organisation de journée thématique des PASS Bourgogne-Franche-Comté
- Mise en place d'un site internet (opérationnel janvier 2018)

- Amélioration du logiciel statistique, uniformisation les rapports d'activité de chaque PASS
- Mise en place du Comité de pilotage de la Coordination : **7 décembre 2017**
- Réalisation d'un rapport d'activité de la Coordination des PASS de Bourgogne-Franche-Comté
- Travail avec l'Agence Régionale de Santé autour d'un cahier des charges régional des PASS

Composition de la coordination régionale des PASS

- **Dr Olivier AUZAS** (Médecin à la PASS de Besançon)
- **Dr Aleth INNOCENTI** (Médecin à la PASS de Dijon)
- **Maud PICHOFF** (Assistante sociale à la PASS de Dijon)
- **Mathilde DUPRÉ** (chargée de mission santé à la Fédération des acteurs de la Solidarité – FAS BFC) – en appui technique et méthodologique.

Pour contacter la coordination :

[bfc.pass@gmail.com](mailto:bfc.pass@gmail.com)

## Présentation de l'enquête 'CAO – PASS' réalisée en mars 2017

Dr Olivier Auzas (Membre de la coordination régionale des PASS BFC)

Suite au démantèlement de Calais, et suite aux remontées des PASS du territoire, la coordination régionale a mené une enquête flash auprès des PASS de la région.

**Des constats de cette enquête est née l'idée de cette journée, afin que les PASS et les acteurs accueillant les publics réfugiés-migrants puissent se rencontrer et échanger.**

[Lien vers l'enquête sur le site bfcpass.fr](http://bfcpass.fr)

### Résultats de l'enquête :

La moitié des PASS de la région ont été sollicitées suite à l'arrivée de migrants sur les territoires, cela entraînant parfois des tensions ou des réajustements à réaliser afin de pouvoir prendre en charge l'ensemble des publics précaires. La répartition sur le territoire était inégale (mais a évolué à ce jour).

### Les difficultés rencontrées par les PASS dans le cadre de cette enquête :



- Les PASS n'ont pas (ou peu) été sollicitées sur le plan social. Les partenaires ont fait appel aux PASS pour des questions médicales.
- Une majorité de personnes reçues était en attente d'ouverture de droits, ou sans droits ouverts.
- 1/3 des patients reçus étaient malades. Les autres personnes reçues étaient en demande d'examen complémentaire ou de dépistage.
- Pour certaines PASS, l'accueil du public hébergé en CAO a été préjudiciable du point de vue de l'organisation interne des PASS.
- Les PASS sont autant sollicitées sur les questions somatiques que sur les problématiques liées aux souffrances psychiques.

## LE SOIN DES MIGRANTS : ENJEUX ET CONTEXTE

Interventions de l'ORSPERE- SAMDARRA – Observatoire national Santé Mentale, vulnérabilités et société.

Gwen LEGOFF – Politiste - Directrice adjointe à l'ORSPERE- SAMDARRA

Nicolas CHAMBON – Sociologue à l'ORSPERE-SAMDARRA

L'ORSPERE-SAMDARRA est un observatoire national, hébergé par le Centre Hospitalier *Le Vinatier* et dirigé par le médecin psychiatre Halima Zeroug Vial. Cet observatoire, unique en France, s'intéresse aux liens entre les questions de santé mentale et problématiques sociales (précarités, vulnérabilités, migrations...). L'ORSPERE a été créé en 1996 sous l'impulsion de Jean Furtos et Christian Laval.

C'est un pôle ressource :

- Formations continue et initiale, Diplôme Inter Universitaire "Santé, société, migration" depuis 2011
- Actions de sensibilisations / Outils : groupes de travail thématiques, séminaires cliniques, permanences téléphoniques, films d'animation
- Organisation de journées d'études : ex. "Vulnérabilités et demande d'asile" à Lyon le 06/12/2017
- Publication de la revue *Rhizome*

C'est aussi un pôle recherche sur les questions de l'habitat, des migrations, des publics vulnérables et de la participation

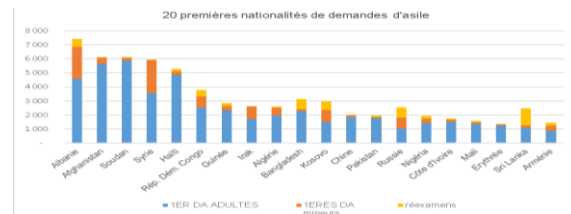
Pour en savoir plus, voir le site internet de l'ORSPERE- SAMDARRA :

<http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html>

### I. Contexte

#### a. Crise de l'accueil, crise de l'asile

Avant de débiter il est important de poser le **contexte migratoire** dans lequel nous nous trouvons aujourd'hui. Entre 2007 et 2016 il y a eu une augmentation de 142 % de la demande d'asile en France. En 2016, 85 000 personnes ont déposé une demande d'asile (contre 65 000 en 2014). Cette hausse amorcée en 2015 (+22%) se poursuit aujourd'hui à un rythme plus modéré (6,6% d'augmentation en 2016). En France, les premières nationalités à déposer l'asile en 2016 sont : Soudan, Afghanistan, Haïti, Albanie et Syrie.



En 2016, le taux d'acceptation (Ofpra + CNDA) est de 37,6%. En 2015, ce chiffre s'élevait à 31,4%, cela représente donc une augmentation importante (cependant variable selon les nationalités).

Pour l'ORSPERE-SAMDARRA, le terme « **migrants précaires** » se justifie plus que de parler de demandeur d'asile. En effet, au vu du taux d'acceptation cité ci-dessus, la norme reste d'être débouté du droit d'asile, et le plus souvent les personnes restent sur le territoire. À ce jour, nous ne connaissons pas le nombre exact : l'AME peut être un moyen pour avoir cette information, mais qui sera *a minima* puisque pour bénéficier de l'AME il faut avoir un problème de santé et faire les démarches d'ouverture de droits.

#### Une problématique de l'hébergement malgré une augmentation du nombre de places.

Un réel effort a été fait au niveau du DNA – Dispositif National d'Accueil, avec une augmentation des places d'hébergement pour demandeurs d'asile : fin 2016, 54 145 places -> + 23% en 2016.

En Bourgogne-Franche Comté, la capacité installée au 1<sup>er</sup> septembre 2017 est de :

- CADA : 2 999
- HUDA : 594 (places pérennes)
- PRAHDA : 339
- ATSA : 290
- CPH : 138

On assiste cependant un **nivellement de l'hébergement vers le bas**. La norme d'accueil en CADA-HUDA est de 1 ETP pour 15 à 20 personnes avec 50 % d'intervenants sociaux. En ce qui concerne les CAO (Centre d'accueil et d'orientation) et les PRAHDA (programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile) c'est d'un salarié pour 20 à 25 personnes avec au moins

40 % intervenants sociaux. De plus, on observe une **saturation des dispositifs** puisque 43 % des demandeurs d'asile sont hébergés au sein du DNA – quid des autres ?

En 2015, la France a connu une réforme de l'asile. Cependant cette dernière a entraîné des effets (non désirables) :

- Une prise en compte de la vulnérabilité qui conduit à hiérarchiser les demandeurs d'asile et à en considérer certains comme non vulnérables. Cette priorisation s'effectue sur des critères sociaux et/ou médicaux, apportant un malaise du côté des professionnels de l'hébergement (notamment sur les certificats de vulnérabilités).
- Les délais sur certains territoires pour accéder à un dépôt de demande d'asile, ce qui donc a un effet direct sur les PASS.

## b. Conséquences sur les pratiques professionnelles et les territoires

### Des professionnels de l'asile débordés

Comme dit précédemment, il y a **moins professionnels** dans les centres d'hébergement pour demandeurs d'asile, mais également **moins de temps pour exercer les missions** (raccourcissement des procédures, moyenne de 13 mois en 2016, plus de *turnover* dans les centres d'hébergement : 103 jours en moins de durée de séjour en Cada en 2016 par rapport à 2014).

À cela s'ajoutent des personnes hébergées qui cumulent les vulnérabilités et notamment des problématiques de santé.

### Les professionnels de la santé sont également impactés notamment dans les PASS

Il existe des dispositifs à destination des populations précaires (les PASS par exemple) qui reçoivent des migrants (les proportions varient d'un territoire à l'autre, cela peut atteindre jusque 100% de la file active dans les grandes agglomérations). En France, il n'a pas été créé de dispositif pour personnes étrangères dans un **principe d'universalité**.

Pour les professionnels de santé les problématiques peuvent concerner :

- l'ouverture de droits sur certaines périodes
- les difficultés liées à la langue
- l'orientation ensuite vers le droit commun.

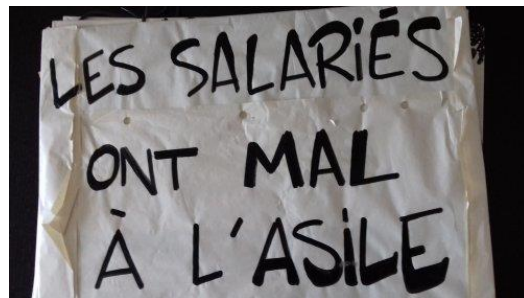
Photographie issue du diaporama de l'ORSPERE – SAMDARRA



Photographie issue du diaporama de l'ORSPERE – SAMDARRA



Photographie issue du diaporama de l'ORSPERE – SAMDARRA



### Un maillage territorial à reconfigurer

Un certain nombre de territoires jusqu'alors peu concernés par la migration voient s'implanter des centres d'hébergement (notamment implantation des CAO dans des zones rurales). En Bourgogne-Franche-Comté, c'est une augmentation de 30,2% entre 2015 et 2016, avec des disparités importantes selon les territoires. De plus, le public accueilli cumule les vulnérabilités, dès lors un véritable enjeu du travail en réseau entre institutions, pluridisciplinaire, se pose : les questions de l'implication des professionnels de santé libéraux, ou encore de la sectorisation en psychiatrie.

## II. Migration et soins : enjeux

### a. Quelles demandes en santé ?

#### Un public en souffrance



Les persécutions sont nombreuses, la procédure de demande d'asile est longue, entraînant souvent une précarisation ; les conséquences de la migration sur la santé mentale sont nombreuses. En effet ce public a un fort besoin d'écoute, quand les récits sont « baladés » d'un professionnel à l'autre, se pose alors la question de « quel » métier pour répondre à cette souffrance ? D'autre part la question de l'évaluation se pose lorsque, dans les dispositifs étudiés, la souffrance « psychosociale » est estimée à 80% de la patientèle. Pour les personnes, il est également difficile d'identifier qui est qui.

Le champ sanitaire balance entre toute-puissance (épreuve de sélection) et impuissance (nosographie et procédures pas adaptées).

Comme dit précédemment, on assiste à un **recours « administratif » à la santé**, notamment avec la demande de certificats, notamment de vulnérabilité. Ou bien encore les demandes du titre étranger malade qui est un titre de séjour d'un an (renouvelable) si notamment l'état de santé nécessite une prise en charge médicale (aujourd'hui, 45770 demandes). Le médecin doit **attester**.

Il y a donc confusion entre parcours administratif et parcours de soin, et les professionnels sont en difficulté avec la visée utilitariste.

### **La santé comme recours pour les professionnels du champ de l'asile**

Dans la majorité, l'accompagnement des demandeurs d'asile est mis en échec, l'invocation de la santé est alors ce qui permet de concevoir une continuité au suivi de la personne.

C'est un public dont l'accompagnement est accolé à son statut administratif et non forcément à une personne et ses demandes/besoins.

### **b. Les différentes épreuves pour les intervenants sociaux en santé**

Il existe d'importantes transformations des organisations et des institutions. Par exemple, dans le champ de l'asile, où il existe une forte tension entre professionnalisation et militance, dans un contexte où les problématiques gestionnaires sont de plus en plus importantes. Pour prendre un autre exemple : le monde de l'entreprise où il existe une usure professionnelle, un manque de reconnaissance, un « fétichisme des règles » avec de plus en plus de protocoles à respecter, une crispation sur les identités professionnelles.

C'est donc des **épreuves de professionnalité** : avoir la capacité de s'adapter aux situations, quitte à s'écarter des normes et des règles prescrites.

Au niveau de la santé, cela oblige à repenser les missions. La PASS est un dispositif au sein de l'institution. Le parcours de soins des publics migrants précaires peut être plus long et plus complexe. Un public qui demande un « effort supplémentaire » (ex : recours à l'interprétariat), pas forcément reconnu par les institutions. Cela oblige donc à s'adapter à chaque situation, à se mettre parfois en risque en tant que professionnel. La figure du demandeur d'asile ne correspond pas à celle de la réalité de terrain : les professionnels sont en difficulté avec un public qui dérange.

De plus, les professionnels sont soumis à des **injonctions contradictoires** entre l'encadrement et les demandes de la personne. **L'évaluation et l'objectivation** peuvent être complexes : indétermination entre ce qui est du registre du psychique ou du social. Cela questionne le sens de l'accompagnement et du soin : de la non-demande à l'hyper-demande ? Quel régime de priorisation ?

Les professionnels du champ de la santé justifient d'une activité qui peut prendre sens à travers une préoccupation quant à la santé et au bien-être du migrant. Il y a là un déplacement d'un souci politique relatif aux raisons d'un exil dont il s'agissait de se rendre solidaire, vers un souci éthique à l'égard de la souffrance psychique et sociale endurée par des migrants.

### **Les questions de la coordination – les questions sur nos missions :**

- Injonction à la pluridisciplinarité (et donc à la circulation des savoirs, sur un mode moins hiérarchique)
- Recalibrage des postures professionnelles, voire remise en question de la posture médicale ?
- Redimensionnement du collectif de prise en charge
- Questionnement des modes d'intervention auprès des plus vulnérables

### **Échanges avec la salle :**

*L'universalisme tendrait à disparaître ? Il existe les LHSS par exemple pour un public cible sans domicile, et cela présente des difficultés pour les possibilités de sorties de ces LHSS.*

➔ Plus on cible des populations avec des dispositifs spécifiques, plus on a de probabilités d'en oublier. Si ce sont des dispositifs pour tous, ils sont également pour les personnes invisibles. Même si on constate des programmes spécifiques mis en place sur les territoires par l'ARS.

*Existence de tensions entre les corps médical et social, comment cela est-il perçu ?*

→ Au sein des PASS on retrouve des professionnels plutôt sensibilisés, engagés dans leur travail qui butent comme les travailleurs sociaux sur le refus du droit commun à la prise en charge / prise en compte du public migrant. Les tensions sont donc surtout présentes à l'extérieur de la PASS (en interne à l'hôpital ou vers les partenaires extérieurs). La PASS est un dispositif qui relève des politiques publiques, et qui doit être bricolé sur les territoires : il existe un flou entre le soin, l'accès aux soins et l'accès aux droits, qui amène des PASS à faire du soin par défaut d'accès au droit commun.

*Quelles évolutions imaginer du dispositif PASS ? Dans ses relations institutionnelles, etc. ?*

→ L'institution hospitalière doit s'intéresser à ce dispositif qui se distingue par son caractère innovant. On va aller vers une reconnaissance de ces dispositifs d'accueil à bas seuil, notamment dans la dimension de prise en charge de difficultés multifactorielles. Mais également la dimension montante d'aller vers la personne (logement d'abord). On tend vers une prise en compte de cette nécessité par les pouvoirs publics et acteurs institutionnels.

Cela vient questionner la place du social à l'hôpital, une question plutôt politique, cette question traverse tous les publics mais ce public-là oblige à la coordination et à penser un autre type de priorisation, de l'interdépendance des champs de la vie (sanitaire, habitat, relationnel...).

*Les PASS n'ont pas / ont peu pris en charge les enfants ?*

→ Il existe des PASS pédiatriques (peu courant), il en existe une à Lyon. Les PASS généralistes ont dans leur mission l'accès aux soins des enfants.

*Difficultés majeures des « petites PASS » : le temps médical disponible*

→ À l'origine, sur certaines PASS, c'était « octroyer du temps social aux urgences ».

À ce jour, réflexion au sein de la région (et nationale) pour que chaque PASS puisse avoir un temps médical dédié.

*Les travailleurs sociaux connaissent le plus souvent les PASS, mais non connaissance par le milieu médical des PASS. Les travailleurs sociaux se retrouvent donc à expliquer ce qu'est la PASS aux médecins à l'hôpital ou à l'extérieur. Difficultés des professionnels de la PASS pour travailler dans un lieu dans lequel ils ne sont pas reconnus.*

→ La PASS est à l'image de ses patients : à la marge. Cela peut également poser la question d'une culture des gens qui interviennent dans les PASS de se mettre en auto-exclusion du milieu hospitalier. Mais également du manque de communication sur ce qu'on fait tant sur le social et sur le médical. Il peut exister une colère et des revendications, mais ce n'est pas pour autant qu'une collaboration est mise en place. Une revalorisation du social à l'hôpital n'est pas tant la question, mais plutôt la revalorisation d'une prise en charge globale du patient sans dissocier social et médical.

## SOINS ET DIFFÉRENCES CULTURELLES

Anne Lise FAVIER

Anthropologue de la santé, Université Montpellier III

Il est nécessaire de rappeler la complexité des dispositifs dans lesquels vous travaillez.

Dans la rencontre avec l'autre, on doit se mettre dans cette **double posture** :

- « Je ne sais rien » : c'est la première fois que je rencontre l'autre, chaque rencontre est une nouveauté
- « Je sais beaucoup de choses » : l'utilisateur vient chercher nos compétences professionnelles, et on ne peut pas faire table rase (se départir de ses connaissances, de ses préjugés, de ses idées reçues).

Cette double posture est en fait une injonction paradoxale ; ceci est courant dans le métier des travailleurs sociaux. Erving Goffman disait que toute situation sociale est une interaction. La rencontre avec l'autre place les professionnels dans un dépouillement vis-à-vis du connu et des apprentissages dont on est souvent fier, et dans une démarche de compétence professionnelle. C'est donc une double posture de connaissance et de méconnaissance.

Le terme de *prendre soin* n'appartient pas qu'au secteur médical, mais également au secteur social. Je souhaite également mettre à l'interrogation ce « prendre en charge ».

Faut-il envisager les conditions de la rencontre sur des bases qui « posent problème » ? C'est un public qui dérange, cependant est-on en possibilité de le prendre comme quelque chose de très positif ? Cela vient bousculer nos représentations, le cadre du politique et des rapports de domination.

### Parlons de l'anthropologie de la santé

Qu'est-ce que « l'évènement maladie » ? La maladie ne nous intéresse pas en tant que maladie (sa dimension nosologique), mais dans ce qu'elle vient signifier dans le parcours des individus et/ou du groupe auquel il appartient. La maladie se focalise sur un/des individus mais les répercussions sont sur le groupe.

Pour Marc Augé et Claudine Herzlich dans *Le Sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, la maladie doit être considérée comme une des différentes catégories qui se conjuguent avec le mot Mal : malheur, malédiction, maléfice...

On se retrouve dans un système pervers qui oblige à produire un certificat de vulnérabilité pour avoir une prise en charge, où l'individu doit mettre son corps en travers pour bénéficier d'une prise en charge. On est alors en droit de se demander quelle complexité la question des migrants vient introduire dans la compréhension de la souffrance des individus (souffrance réelle de leur parcours, et/ou souffrance construite), pour s'inscrire dans les cadres que l'on assigne ?

Ces éléments se sont traduits par des afflux au sein des PASS, entraînant souvent des désorganisations. Je souhaiterais faire deux remarques : tout d'abord il est primordial de prendre soin de ceux qui prennent soin. Deuxièmement, je vous amène à réfléchir sur cette question de flux, comme par exemple dans la vallée de la Roya, (Cédric Herrou)... La complexité créée par la perversion des dispositifs...

Pour Didier Fassin (anthropologue du Comede) - l'étranger n'a que son corps à mettre en travers pour faire l'objet d'une certaine considération.

Il existe de nombreuses normes, formalités, protocoles hospitaliers... Les personnels soignants ou travailleurs sociaux se retrouvent en porte-à-faux entre ce qui est demandé et la transgression des normes pour pouvoir accueillir des personnes au parcours complexe, que les dispositifs complexifient parfois encore plus. Cela vient interroger l'éthique, à deux entrées :

- Ethos, de la déontologie professionnelle d'agent de la République Française que la profession m'impose.
- Êthos, mes valeurs, mes principes.

Les citoyens sont balancés entre ces deux éthiques, obligation de respecter la République, et être en accord avec ses valeurs, surtout lorsque la République me demande de faire des choses en désaccord avec mes valeurs. Une autre injonction paradoxale, propre aussi du travail social.

### Ne pas dissocier le social du médical

*Soins et différences culturelles* : Si l'évènement maladie vient interroger le parcours/trajectoire de vie individuelle et collective, la maladie serait comme une épiphanie, cette fête du 6 janvier, la manifestation de la lumière et du sacré.

Maladie vient traduire dans sa dimension corporelle ce que l'individu est en train de dire :  
« Je suis malade, en mal-être car mon « sacré personnel » n'a pas été reconnu, mon identité n'a pas été reconnue (stigmatisée par rapport au « normal » : femme, homosexuel, toxico, militant, etc...). Celui qui se sent désigné (stigmatisé) va se sentir infériorisé. La maladie est une lumière qui vient interroger mon rapport au social. Les cadres de pensée de l'anthropologie de la santé est l'interaction du bio-logique et socio-logique. Le corps et l'esprit ne peuvent être séparés. Il est donc important de parler d'une prise en charge globale, chacun n'a qu'une vision parcellaire de l'individu, et heureusement. Avoir une vision globale et totale de l'individu reviendrait à nier l'individu dans sa singularité.

Il est compliqué de donner des enseignements sur les différences culturelles : le risque est d'empiler les pratiques, de tomber dans le réductionnisme culturel, le culturalisme... d'accueillir l'autre avec un protocole tout établi (il vient de cette région donc je fais ça...) et de faire comme si la culture était le propre d'un collectif sans distinction individuelle (comme si l'ensemble des personnes d'une culture avaient tous les mêmes valeurs, les mêmes envies...).

Malgré tout, de manière inconsciente, sommes-nous encore contaminés par les notions de culture dominante, dominée, savante, ignorante, et ne sommes-nous pas sortis du cadre de la domination ?

Les parcours sont complexes, les réponses à apporter sont souvent complexes également.

## DE QUOI SOUFFRENT LES MIGRANTS ?

**Docteur Jonathan AHOVI**

Psychiatre des hôpitaux - Centre Hospitalier Louis Pasteur - Dole

Je voudrais ici exprimer ma profonde reconnaissance pour les organisateurs de cette réunion régionale, en particulier le docteur Auzas qui m'a invité aujourd'hui ; il sait ce que je lui dois ! Merci à l'ARS de BFC pour les efforts pour la permanence des soins. Merci à vous pour votre engagement pour l'autre.

Pardon si vous trouvez mon propos éloigné de votre expérience sur le terrain. Ce propos me vient cependant de ma pratique et ma passion pour elle. Je ne puis m'exprimer autrement. Cet après-midi se fera, j'en suis certain, une traduction de cet exposé qui peut se résumer ainsi : "Les migrants ont besoin que nous soyons libres de les rencontrer et d'être responsables pour eux comme pour des frères et des sœurs."

De quoi ont besoin les migrants ?

D'abord ils ont soif et donc ils ont besoin de boire de l'eau.

Mon propos sera plus clair. À qui est-il déjà arrivé de se trouver dans une place de nuit sans argent ni boisson et d'avoir soif non pas parce que l'on est misérable ou nécessiteux mais parce que l'on a choisi la liberté et l'aventure ? Je parle des années soixante-dix.

Et je dois confesser que j'ai une certaine nostalgie... mais la soif de liberté existe toujours, du moins je le crois, même si, comme beaucoup parmi nous, cette liberté fait peur en particulier quand on pense aux risques ; c'est pourquoi nous avons tendance à limiter nos enfants dans leur soif de liberté parfois, et c'est une bonne chose je pense.

Quoi qu'il en soit, une des manifestations de cette liberté est le mouvement. La capacité de se déplacer ; de quitter une place pour une autre et de le faire quand ça vous chante. Cette mobilité qui est si valorisée aujourd'hui et qui caractérise la jeunesse. Ils ont tous leur mobile et ils sont très mobiles dans tous les sens du terme.

J'ai rencontré dans mon travail avec les adolescents, nombre de jeunes qui avaient quitté la maison ou l'école d'abord parce qu'ils en étaient capables.

Il suffit de partir. De prendre ses jambes et de prendre de la distance.

La plupart d'entre eux ne savaient pas où ils se rendaient ou pourquoi ils se rendaient ici où là. Tous exprimaient un sentiment enivrant de liberté et cette expérience fabuleuse avait une valeur initiatique.

Ces jeunes n'étaient pour autant pas malades mentalement comme on a tendance à le répéter un peu trop vite après leurs familles et trop facilement dans les services d'urgences dans les hôpitaux ou même des services spécialisés pour jeunes, parce qu'il faut les contenir à défaut de pouvoir les détenir, en tout cas les tenir quelque temps sans d'ailleurs réussir à déterminer leur besoin et la durée de cet accueil.

Donc je disais que les jeunes agissaient ainsi parce qu'ils le peuvent et pour rien d'autre.

Parce qu'ils sont maintenant capables de se déplacer quand ils le souhaitent pour agir leur liberté ressentie et attendue depuis tout petit lorsque déjà dans le berceau, dans notre culture française, ils jouaient à "Coucou ! Oh ! Le voilà !" ou plus tard à cache-cache.

Donc ce sentiment ou plutôt sensation de liberté qu'on éprouve depuis la plus petite enfance est utile pour faire l'expérience de soi et de l'autre et se séparer, s'individuer vers l'âge de deux-trois ans dans un premier processus comme le décrivait M. Mahler (et dans notre culture française pour pouvoir aller par exemple à l'école et ailleurs pour aller à la pêche ou autre...). Plus tard, à l'adolescence, d'autres auteurs ont décrit un second processus de séparation individuation.

Plus tard encore, le sujet devra se séparer, mariage, travail ... au fond l'homme et la femme sont mobiles.

Cette mobilité dont on fait tant l'éloge concerne tout le monde. Tout compte fait la vie n'est qu'une succession d'épreuves de séparation (et de retrouvailles) mais essentiellement séparations. Et ceci jusqu'à la mort qui en est pour les vivants l'ultime modèle.

Donc les enfants, après avoir appris à jouer, jouent à cache-cache mais comme le disait D.W Winnicott "si jouer à cache-cache est un plaisir, ne pas être découvert est une catastrophe". Donc le migrant a besoin d'être découvert aussi parce qu'il est humain.

Bon, vous me direz quel rapport tout cela a avec la question du jour qui est: "De quoi ont besoin les migrants ?"

Vous voyez que tous ces processus de séparation qui sont universels concernent aussi les migrants quelle que soit la raison pour laquelle ils sont partis...

Alors notre auto-stoppeur a soif et a besoin d'eau mais la place étant déserte il a besoin de quelqu'un pour lui offrir cette eau qui n'est autre que la vie.

Ainsi ce jeune migrant que j'ai trouvé un matin devant la maison des adolescents, que j'appellerai Gringo, et qui attendait depuis deux jours et demi, avait soif.

Gringo avait besoin d'être d'abord trouvé, vu, connu, reconnu, consolé, réchauffé et soigné, nourri comme un petit moineau qui tombe du nid et que l'on trouve par terre...

Aimer, être aimé. Comme le jeune Werther dont la publication par Goethe connut un succès international et changea notre vie. Car c'est depuis ce roman dont la première partie a été vécue par l'auteur Goethe lui-même (la suite sort de son imagination).

Goethe dont Klinger dira: "la postérité s'étonnera qu'un tel homme ait existé". Le mot de Napoléon 1<sup>er</sup>, trop simple en apparence, est plus profond: "Vous êtes un homme, Monsieur Goethe". (1808)

Migrant, arrivé à Wetzlar au printemps de 1772, pour y acquérir la pratique du droit, Goethe se trouva en relation avec une famille et fut amoureux de la fille aînée Charlotte mais cette passion fut aussi vive que malheureuse, Charlotte étant déjà fiancée.

Mais quand la passion fait en lui des ravages tels que sa raison doit s'en alarmer, Goethe et non pas un Werther et encore bien moins un personnage de basse comédie, trouve en lui, legs précieux d'une honnête hérédité et d'une solide éducation de famille, la force de faire son devoir : le 11 septembre 1772, à 7 heures du matin, il quitte Wetzlar sans prendre congé de ses amis, fuite courageuse, vaillance rare à cet âge (à cette époque).

C'est là que s'arrête pour Goethe la partie vécue du roman *Les souffrances du jeune Werther*. Werther au contraire après avoir eu le courage de partir, a la faiblesse de revenir et il se perd.

Voici quelques-unes de ses lettres à un ami :

*Le 4 mai 1771.*

*Que je suis content d'être parti ! Ô le meilleur de mes amis, qu'est-ce donc que le cœur de l'homme ? Je t'ai quitté, toi que j'aime, toi dont j'étais inséparable, je t'ai quitté, et j'éprouve du plaisir ! Mais je sais que tu me pardonnes.*

*Le 10 mai.*

*Il règne dans mon âme une sérénité étonnante, semblable à ces douces matinées du printemps, dont le charme enivre mon cœur. Je suis seul, et la vie me paraît délicieuse dans ce séjour fait pour des esprits tels que le mien. Je suis si heureux, mon cher ami, si absorbé dans le sentiment de ma tranquille existence, que mon art en souffre : je ne puis dessiner : pas un coup de crayon, et jamais je ne fus si grand peintre.*

*Le 12 mai.*

*Je ne sais si ce sont des esprits enchanteurs qui errent dans cette contrée, ou si c'est l'imagination céleste qui s'est emparée de mon cœur, et qui donne un air de paradis à tout ce qui m'environne. Tout près d'ici est une source où je suis ensorcelé comme Mélusine et ses sœurs. Après avoir descendu une petite colline, on se trouve devant une voûte profonde d'environ vingt marches, au bas de laquelle l'eau la plus pure tombe goutte à goutte à travers le marbre. Le petit mur qui environne cette grotte, les arbres élevés qui la couronnent, la fraîcheur de l'endroit, tout inspire je ne sais quel sentiment de vénération et de terreur. Il n'y a point de jour que je n'y passe une heure. Les jeunes filles de la ville viennent y puiser de l'eau : fonction la plus modeste, mais la plus utile, et que les filles mêmes des rois ne rougissaient point jadis de remplir. Lorsque j'y suis assis, l'idée de la vie patriarcale revit en moi ; il me semble voir ces vieillards faire connaissance à la fontaine, et se demander mutuellement leurs filles pour leurs fils ; je crois voir des esprits bienfaisants errer autour des puits et des sources. Mon ami, celui qui ne partage pas ces sensations n'a jamais goûté le frais au bord d'une source pure, après une journée de marche pendant les chaleurs brûlantes de l'été.*

*Le 13 mai.*

*Tu me demandes si tu dois m'envoyer mes livres ? Au nom de Dieu, mon ami, laisse-moi respirer. Je ne veux plus être conduit, excité, aiguillonné. Ah ! Mon cœur est un torrent qui roule avec assez de véhémence. Il me faut des chants qui me bercent, et mon Homère m'en fournit assez. Combien de fois n'y-ai-je pas eu recours pour apaiser le*

*bouillonnement de mon sang ! Car tu n'as rien vu de si inégal, de si inquiet que mon cœur. Ai-je besoin de te le dire, à toi qui as eu si souvent le déplaisir de me voir passer tout à coup de la douleur à des transports de joie, et d'une douce mélancolie aux orages de la passion ? Je traite mon cœur comme un enfant malade : tout ce qu'il veut lui est accordé. Ne dis cela à personne ; il y a des gens qui m'en feraient un crime.*

*Le 15 mai.*

*Je suis déjà connu ici des gens du hameau, qui m'aiment beaucoup, surtout les enfants. J'ai fait une fâcheuse observation. Au commencement, lorsque je les approchais, et que je les questionnais avec amitié, quelques-uns d'entre eux me quittaient brusquement, dans l'idée que je voulais me moquer d'eux. Je ne me rebutai pas pour cela, mais je sentais bien vivement ce que j'ai plus d'une fois observé. Les hommes d'un certain rang se tiennent toujours dans un froid éloignement du peuple, comme s'ils craignaient, en s'en rapprochant, de perdre quelque chose de leur dignité, et puis il y a de certains étourdis, de mauvais plaisants, qui semblent ne se rapprocher du peuple que pour le blesser de leur mépris moqueur.*

*Je sais bien que nous ne sommes pas tous égaux, et que nous ne saurions l'être ; mais il me semble que celui qui croit avoir besoin de se tenir à une certaine distance de ce qu'il appelle peuple, pour s'en faire respecter, n'a pas moins de torts qu'un poltron qui se cache de son adversaire parce qu'il craint de succomber.*

*La dernière fois que je suis allé à la fontaine, j'y ai trouvé une jeune servante qui avait posé son vase sur la dernière marche ; elle regardait autour d'elle pour voir si elle n'apercevait pas quelqu'une de ses amies qui pût l'aider à le poser sur sa tête. Je suis descendu, et, après l'avoir considérée un instant : « Ma belle enfant, lui ai-je dit, voulez-vous que je vous aide ? – Oh ! Monsieur, a-t-elle répondu en rougissant. – Allons, sans façons. » Elle arrangea son coussinet ; je l'aidai à mettre son vase sur la tête. Elle m'a remercié, puis elle est remontée.*

*Du 17 mai.*

*J'ai fait des connaissances de toute espèce, mais je n'ai point encore de société. Je ne sais ce que je puis avoir d'attrayant aux yeux des hommes, mais ils me recherchent avec empressement ; ils sont, pour ainsi dire, pendus autour de moi, et je suis bien fâché toutes les fois que notre chemin ne nous permet pas d'aller longtemps ensemble. Si tu me demandes comment les hommes sont ici, je te dirai qu'ils y sont comme partout ailleurs. L'espèce humaine est uniforme : la plupart travaillent une*

*bonne partie du jour pour gagner leur vie, et le peu de liberté qui leur reste leur est tellement à charge, qu'ils cherchent tous les moyens possibles de s'en délivrer. Ô destinée de l'homme !*

*Après tout, ce sont d'assez bonnes gens. Lorsque je m'oublie quelque fois, et que je me livre avec eux à la jouissance des plaisirs qui restent encore aux hommes, comme de s'amuser avec cordialité autour d'une table bien servie, d'arranger une partie de promenade en voiture, un bal ou autres choses semblables, cela produit sur moi un heureux effet, mais il ne faut pas qu'il me vienne alors dans la pensée qu'il y a en moi tant d'autres facultés dont les ressorts se rouillent faute d'être mis en jeu et qu'il faut que je cache avec le plus grand soin. Ah ! cette idée rétrécit le cœur et cependant, mon ami, c'est souvent notre sort, de nous voir méconnus.*

Il est vrai que le monde a changé et la situation que je décris est devenue exceptionnelle pour l'autochtone vieux et relativement aisé que je suis devenu.

Mais ceux qui ont jadis voyagé en auto-stop savent de quoi je veux parler lorsque tous les bars sont fermés et que l'on se trouve au milieu de nulle part. Certains d'entre vous ont connu la belle époque où les gares de la SNCF restaient ouvertes toute la nuit. On pouvait y rencontrer quelqu'un avec qui converser et ne pas être seul.

Donc les migrants ont d'abord besoin de migrer c'est-à-dire se déplacer.

C'est un besoin cela signifie qu'ils ressentent la nécessité impérieuse de se déplacer, de changer de place, de quitter un lieu pour aller "vers" un autre lieu.

Aussi, le jeune lutteur Albanais ayant quitté l'Italie, vit depuis le train, dans lequel il se cachait, une inscription en anglais. Il descendit à Besançon se croyant à Londres.

Ce déplacement ne connaît aucune frontière ou douane. Quitter une place pour une autre place en principe plus "confortable" c'est-à-dire meilleure. Ce déplacement fait suite à une crise dans l'existence du sujet et en constitue la sentence.

Ce déplacement, voyage ou passage au même titre que la grossesse, la naissance, la puberté, l'adolescence ou encore le couronnement d'un roi n'a aucun sens sans l'ensemble des séquences ou rites dits "de passage" nécessaires dans ces situations humaines ailleurs, ici, autrefois ou maintenant dans notre société moderne et métissée.

Le migrant part avec le nécessaire : d'abord lui-même, sa culture c'est-à-dire sa langue, ses souvenirs, bons ou mauvais. Son expérience, son histoire.

Qu'est-ce qu'il laisse ? Une partie de lui, sa famille, en tout cas une partie ; ses amis, sa société. Son milieu, son lieu, sa place, ses sensations, ses amours, ses joies et ses peines.

Il en retrouvera d'autres s'il continue d'exister.

Arrivé à l'étape qui peut être le but, il a besoin d'être reconnu. « Ah ! C'est toi ! Je te reconnais ». Comme bébé, enfant, adolescent, adulte, jeune, vieux, homme, femme, cultivé, courageux, triste, fâché. Avec la même soif de liberté que le stoppeur des années soixante-dix.

Fort, vif, fougueux, foutraque.

Souffrant, il a besoin d'être pris en charge avec du sens pour lui. Comprendre et être compris. Se reconnaître dans l'autre autochtone du même statut. Non pas enfant quand il est grand ; pas sourd quand il entend ; pas stupide quand il cherche. Et surtout pas menteur quand il n'est pas compris. Quoi qu'il en soit, nous ne soignerons pas un demi-jeune bien de chez nous si nous ne pouvons pas accueillir ceux que nous appelons MIE ou MNA comme nous aurons de la peine à soigner des jeunes migrants quand nous nous sentons débordés par le petit voisin.

Le migrant n'a pas besoin de méfiance. Une collègue de l'ASE m'a un jour dit cette phrase qui est encore puissante en moi : "il ne faudrait quand même pas que nous ayons peur de ceux que nous accueillons !"

Le migrant a besoin d'un jardin, comme le dirait P. Perret "pour y faire des bêtises".

Il a besoin aussi de connaître. D'apprendre des nouvelles choses et manières et de raconter, de donner et de recevoir des nouvelles.

Alors il a besoin de soin comme le moineau ramassé... et de berceuse comme Goethe dans *Werther* avec son Homère.

Il ne faut pas chercher le migrant trop loin, trop différent de nous-mêmes.

Nous proposons un dispositif adapté à la prise en charge des souffrances y compris des migrants.

C'est d'abord Georges Devereux qui a fondé cette "nouvelle" pratique d'inspiration analytique aux États-Unis. Il peut venir des bonnes choses d'Amérique !

Les consultations classiques et le cadre de travail habituel psychiatrique ne parviennent pas toujours à faire advenir la rencontre avec le patient. D'autres dispositifs ont été pensés, par ceux qui

permettent de tenir compte des représentations du patient et qui intègre ses propres théories dans les soins dont il a besoin. On parle de consultation transculturelle.

Il s'agit surtout d'un dispositif permettant aux uns et aux autres de se rencontrer et d'apprendre à se connaître et d'augmenter mutuellement.

Attention le migrant ici c'est le soignant

G. Devereux né György Dobó en 1908 en Roumanie. Il a migré aux USA à l'âge de 10 ans changeant de langue et de religion. Il était juif puis baptisé chrétien un peu avant la 2<sup>nde</sup> guerre mondiale, changeant de nom mais sans reniement de la judéité (complémentaire). Et est devenu Franco-américain.

Anthropologue et psychanalyste, il a su ne pas s'enfermer dans l'une ou l'autre de ses disciplines mais les a obligatoirement mais non simultanément conjugués pour mieux comprendre sans comparaison mais en complémentarité les souffrances du patient.

L'histoire se souvient que c'est dans un hôpital militaire du Kansas, au lendemain de la 2<sup>nde</sup> guerre mondiale, que des médecins lui ont proposé de travailler auprès d'un patient, Jimmy P. qui avait la particularité d'être de culture amérindienne, vétéran de l'armée américaine, blessé de guerre et qui était réputé "insoignable", manifestant des symptômes schizophréniques.

Le film éponyme d'Arnaud Desplechin, tiré du livre *Psychothérapie d'un indien des plaines*, retrace cette histoire, la rencontre entre deux hommes, fondatrice de l'ethno psychanalyse. L'histoire montre comment la pratique de Devereux a permis que les éléments culturels soient utilisés pour mieux soigner ; quand par exemple il s'intéresse aux rêves de son patient et l'interprétation que les Blackfoot en font prédictive de l'avenir.

Il faut retenir ici que le patient ici, Jimmy P. est autochtone !

C'est le soignant qui est migrant au sens où c'est lui qui est concerné par le déplacement dans tous les sens de ce terme.

Devereux a été l'initiateur d'une pratique transculturelle de la psychiatrie, expliquant les relations entre le psychisme et la culture, entre les normes sociales et les désordres de l'esprit. Il lutte en faveur d'une prise en compte des facteurs culturels dans le diagnostic et la prise en charge psychiatrique des patients; prendre en compte la langue, les représentations, la manière de penser, de faire et les propres ressources du patient. (Entre nous c'est tellement moins coûteux et tellement plus efficace à condition d'analyser sans cesse son propre contre transfert...).

Dans la suite de Devereux on peut citer Tobie Nathan et Marie Rose Moro, amie auprès de



laquelle nous avons pu partager et développer notre propre expérience depuis une petite vingtaine d'années. (Que le temps passe vite!)

Alors je vais m'arrêter ici avec le mot du philosophe Roger-Pol Droit : "l'exil (la migration) est la condition humaine".

Je vous remercie.

### **Échanges avec la salle**

*Vous avez beaucoup parlé de psychiatrie, mais dans les soins somatiques, on est bien amené à traiter les gens avec la science. Comment faire accepter cette culture dominante pour le soigner ?*

→ Il faut d'abord rencontrer la personne (Goethe n'était pas illettré mais il souffrait tout de même du manque). Il faut les deux, et il n'y a pas de différence entre la souffrance du corps et celle de l'esprit.

*Est-ce que le fait que la médecine soit une science, ce n'est pas un mythe ? Question sur le somatique et le soin : question de la rencontre et de la négociation. « L'on est bien obligé », si l'on est en face d'un patient qui ne veut pas...*

→ (Réponse de Mme FAVIER) Les sciences dites « dures » ont beaucoup évolué : médecine « pasteurienne », protocoles de soin, hôpitaux... Mais toute la question est d'aller à la rencontre et dans la négociation. Nul ne peut contraindre l'autre à se soigner, même si l'on a le sentiment d'être en non-assistance à personne en danger. La question de la « non-assistance à personne en danger » ne se pose pas si les risques ont bien été expliqués, et que la rencontre a bien eu lieu.

Cela pose la question du « je sais où on va ? » mais aussi du souci des souhaits de la personne. Nous sommes face à des personnes qui adhèrent de moins en moins, lorsque cela advient de plus en plus ça questionne ce que l'on propose. Ce n'est pas parce que c'est médical que l'on doit agir, on ne peut plus tout faire et c'est peut être tant mieux. Ça ne veut pas dire que le soin disparaît, mais il replace le soignant dans le mieux-être, ce n'est pas le seul, qu'en est-il des communautés ? Les professionnels sont amenés à travailler avec les leaders communautaires, une inscription sociale qui est à prendre en compte. Même chose dans les campagnes. Si on n'est pas capable de soigner un migrant on ne sera pas capable de soigner un demi-autochtone, et vice versa.

*Il est également question d'humilité quand on accueille des mineurs-migrants... Comment ont-ils pu traverser tout ça ? En plus des problématiques d'ados, il y a des contraintes de toutes part (administratives, juridiques...).*

→ Oui, on se sent petit... Sur un temps très court on se sent démuni à savoir comment le discours médical va résonner chez lui. Une technique peut être de lui demander ce qu'il pense de ce qui lui arrive (mais le plus souvent, un traducteur est nécessaire.).

## LES ATELIERS

Les ateliers de l'après-midi ont été mis en place pour favoriser la parole et les échanges entre l'ensemble des participants. Ces derniers ont pu échanger autour de deux thèmes parmi les quatre thèmes proposés :

- **Atelier A - L'accès aux droits des publics réfugiés-migrants**  
Articulation avec les acteurs de la protection sociale, suivi et maintien des droits.
- **Atelier B - Partenariats et articulations entre les acteurs accompagnant les publics réfugiés-migrants et les PASS**  
Repérage, orientation et suivi : quelle coordination, quels liens, quels partenariats ?
- **Atelier C - La relation de soin au sein des PASS**  
Prise en compte d'une autre culture, des conditions de vie difficiles, de la langue, quel suivi du patient...
- **Atelier D - Les patients réfugiés-migrants acteurs de leur santé**  
Comment amener et accompagner vers le soin, quel suivi des traitements, quelle mobilisation... ?

*Une même thématique a pu être amenée dans plusieurs groupes en fonction des échanges.*

*Les éléments ci-dessous sont issus d'une prise de notes durant ces ateliers et peuvent comporter certaines erreurs ou imprécisions.*

Les échanges ..... p 19  
Le tableau récapitulatif des propositions.....p 26

## DISCUSSION ATELIERS

### UN ACCES AUX DROITS DIFFERENT EN FONCTION DU TERRITOIRE

- Certaines PASS ou acteurs associatifs entretiennent de bonnes relations avec les CPAM (délai d'ouverture cours, référents CPAM identifiés et réactifs, nombreux échanges), d'autres au contraire sont obligés de passer par la plateforme, avec des délais d'attente longs. Ces différences se situent également au niveau des conventions, signées ou pas, avec la CPAM.

De plus, chaque CPAM peut interpréter de manière plus ou moins ferme les directives nationales, entraînant ainsi débats et tensions entre les acteurs.

- Cependant, pour les acteurs entretenant des relations étroites avec les CPAM, le groupe s'accorde à dire que la difficulté majeure reste **le délai d'attente en préfecture**. Car sans document attestant la dépose d'un dossier de demande d'asile, la CPAM ne peut pas ouvrir de droits à la personne. Ces délais sur certains départements peuvent atteindre les 5 mois.

À cela s'ajoute le problème de **la domiciliation** durant cette période, ou pour justifier les 3 mois de présence sur le territoire.

→ **Axe de travail** : signature de convention entre les CPAM et leurs partenaires afin de faciliter les échanges, l'ouverture de droits, et la coordination autour des situations complexes.

→ **Pratique inspirante** : plusieurs CPAM ont désigné un **interlocuteur privilégié (référént identifié)** pour répondre aux questions concernant la CMU-c ou l'AME (ou à défaut un numéro de téléphone ou mail réactif), cela facilitant les échanges entre les acteurs et permettant de se coordonner autour des situations complexes.

### DELAI D'ATTENTE D'UN PREMIER RENDEZ-VOUS EN PREFECTURE

- Sur certains territoires les délais d'attente pour passage en GUDA est de 4 à 5 mois. Pendant ce temps, les personnes n'ont pas de droits ouverts, et sont donc orientées vers les PASS.

- La gestion de places entrave la logique du travail social.

### MANQUE D'INFORMATION CONCERNANT CERTAINS DISPOSITIFS OU PROCEDURES SUR L'ACCES AUX DROITS

- Au sein du groupe A sur l'accès aux droits, de nombreux débats ont pu émerger concernant le dispositif des soins urgents et vitaux, les médicaments, l'accès aux transports sanitaires pour les bénéficiaires de l'AME ou encore certaines procédures administratives. Lors du groupe ces discussions ont le plus souvent trouvé une réponse. Cependant nous pouvons noter **un manque d'information sur de nombreux sujets précis concernant l'accès aux droits**.

→ **Axe de travail** : former ou sensibiliser les partenaires de la CPAM du territoire afin que tous puissent connaître les dernières législations et procédures concernant l'accès aux droits des publics qu'ils accompagnent, ou à défaut savoir qui solliciter au sein de la CPAM afin d'obtenir ces informations.

→ **Pratique inspirante** : certaines CPAM forment leurs agents régulièrement, afin d'être à jour sur les dernières instructions ou circulaires. Ces formations permettent aux agents de répondre aux partenaires, voire de les former une fois par an comme cela se fait sur certains départements.

→ **Pratique inspirante** : le GISTI et le COMEDE peuvent être de bons appuis pour répondre aux questionnements concernant les droits des personnes et les procédures à mener. Leurs sites sont souvent bien fournis au niveau des législations européennes et internationales. Ils comportent également des trames de lettres, ainsi que des permanences téléphoniques.

## L'ACCOMPAGNEMENT SANTE DES PRIMO-ARRIVANTS AVEC DE GRAVES PROBLEMATIQUES DE SANTE

- Les acteurs de terrains rencontrent des personnes dans un état de santé que l'on peut qualifier de grave (accompagnement à la fin de vie, soins palliatifs, pathologies chroniques avancées...). Pour ces personnes récemment arrivées sur le territoire, l'AME n'est pas adaptée puisqu'il n'y a pas les trois mois de présence en France, ni de convocation en préfecture. Ces personnes, en fonction de leur état de santé, peuvent donc être hospitalisées au titre du DSUV.

- Face à ces situations complexes, les acteurs du social se sentent souvent **démunis**, au même titre que les personnes concernées qui ne comprennent pas toujours l'organisation du système de soins en France. Ces situations étant aggravées par le défaut d'hébergement que ces publics peuvent rencontrer.

- Il est possible de faire appel à des acteurs associatifs tels que Médecins du Monde, cependant ce n'est pas le cas pour des pathologies graves comme évoqué ci-dessus.

- **Axe de travail** : favoriser l'éducation et la promotion de la santé afin de rendre les personnes actrices de leur parcours de santé/ parcours de vie. (Ne pas faire « à la place de » mais faire « avec »)
- **Axe de travail** : rendre accessible et compréhensible l'organisation du système d'accès aux droits et aux soins pour ces publics.

## LA NON-MEDICALISATION DE CERTAINES PASS

- Les travailleurs sociaux au sein des PASS non médicalisées sont parfois obligés de d'effectuer le suivi médical du patient (tenter de repérer/deviner les problèmes médicaux) ; or ce n'est ni leur rôle, ni leur langage. Les PASS ont besoin d'un médecin pour effectuer cette mission qui ne peut pas être déléguée à l'assistant social, ou d'autres missions comme effectuer des actes médicaux (ex : vaccination).

- Certains médecins sont bénévoles par manque de budget spécifique pour financer des postes médicaux au sein des PASS. Ces médecins bénévoles évoluent sans cadre réglementaire sur lequel se baser. C'est un réseau qui peut être parfois informel, dans lequel la continuité des soins se pose.

- Certains acteurs réfugiés-migrants ont dû gérer en urgence des situations, directement en lien avec l'ARS (ex : cas de gale – concernent plusieurs territoires). Ces situations sont en urgence, il a fallu trouver des médecins rapidement pour réaliser les ordonnances, ils étaient pour la plupart bénévoles. Lors de la deuxième arrivée de migrants accueillis par cette structure, cela a pu se préparer en amont, en lien avec le centre de santé.

- Sans médecin au sein d'une PASS, les patients attendent aux urgences sur des durées très longues, n'étant pas prioritaires. Les urgences, déjà engorgées, ne sont pas adaptées à ces prises en charges de médecines générales.

- **Axe de travail** : médicalisation des PASS avec un référent médical identifié et disponible pour la PASS.
- **Axe de travail** : anticiper au mieux, afin de pouvoir gérer en urgence certaines situations de crise. Pour cela, l'interconnaissance des acteurs est primordiale.
- **Axe de travail** : faciliter la formalisation de partenariats entre les acteurs du social et du médical (création d'outils de liaison, de coordination).
- **Axe de travail** : formalisation des pratiques existantes et réflexion autour de nouveaux modes de prise en charge coordonnées.
- **Pratique inspirante** : mise en place de la fiche du service social des patients du CHU Dijon pour anticiper les entrées et sorties d'hospitalisation et créer/consolider les liens entre partenaires (échelle régionale).
- **Pratique inspirante** : certains médecins (bénévole dans cet exemple) se déplacent dans les CADA pour les primo-consultations. L'aller vers permet d'être au plus proche des populations.

## UNE DIFFICULTE A ORIENTER / ACCEDER AU DROIT COMMUN

- De nombreuses PASS sont confrontées à la difficulté de faire sortir les personnes du dispositif PASS, et à les orienter vers le droit commun.

- Il y a des territoires où l'absence de spécialistes oblige les patients à se déplacer parfois à plus de 50 km. Ces territoires ont également souvent une démographie de médecins généralistes faible. La PASS devient donc le seul point d'entrée dans le système de soin.

Exemple : à Paray-le-Monial (Saône-et-Loire), les ophtalmos ou dentistes sont à 40-60km, le CADA à 15 km de Paray-le-Monial, il compte 250 personnes en CAO CADA et ATSA. (Deux médecins généralistes sur une ville de 8000 habitants, il y a également l'hôpital avec une PASS.)

- Certains médecins refusent de prendre en charge des patients qui ne parlent pas français (le problème se pose souvent en psychiatrie du fait du biais de l'interprétariat). Certains patients réfugiés-migrants ont donc des droits et sont tout de même orientés vers la PASS pour pouvoir accéder aux soins. Cela est sûrement dû à une démographie médicale complexe, mais également à une stigmatisation de ce public.

(Voir paragraphe ci-dessous sur le refus de soins).

- Il y a de plus en plus de facturation pour les parcours hors-soins parce que de nombreuses personnes n'ont pas de médecin traitant. Cela ne pose cependant pas de problème au niveau de la facturation pour les patients AME ou CMU-C.

◆ ➔ **Axe de travail** : travailler au sein de chaque PASS sur les partenariats externes à l'hôpital, en lien avec la médecine libérale, afin de faciliter les prises en charge coordonnées et la sortie du dispositif PASS.

➔ **Pratique inspirante** : la PASS de Besançon a mis en place un courrier adressé aux professionnels de santé lors d'une fin de prise en charge. À ce jour, peu d'éléments sont disponibles pour en évaluer le véritable effet. Une thèse va être menée au sein de la PASS sur : « où vont les patients après la PASS ? ».

➔ **Pratique inspirante** : Dans le Nord Côte-d'Or, un médecin accepte de prendre les personnes (même en attente de renouvellement).

## LE REFUS DE SOIN

### REFUS DE SOINS concernant les questions d'interprétariat.

- Certains médecins (généralistes ou spécialistes) refusent d'utiliser l'interprétariat au téléphone. Ces situations semblent encore plus courantes en psychiatrie, la place d'un interprète incluant un biais dans l'échange.

- Les travailleurs sociaux mettent en place des stratégies d'évitement afin de pouvoir obtenir un rendez-vous.

- Lutter contre le refus de soin prend du temps, et les travailleurs sociaux préfèrent prioriser l'accès aux droits effectif des publics réfugiés migrants.

- Certains médecins acceptent la prise de rendez-vous (le travailleur social indiquant bien que la personne ne parle pas français), mais le jour du rendez-vous, la personne n'est pas reçue du fait de la barrière de la langue. (Cela retardant parfois de plusieurs mois la prise en charge médicale).

### REFUS DE SOIN concernant les traitements

- Certaines pharmacies n'acceptent plus la CMU-C avec un numéro provisoire. Ces situations devraient être signalées, cependant les travailleurs sociaux n'ont pas le temps pour signaler (démarches longues), et ces signalements doivent être nominatifs (pouvant donc tendre les relations entre les acteurs).

- Certains pharmaciens refusent les patients AME.

◆ ➔ **Axe de travail** : la formation des médecins / infirmiers / travailleurs sociaux est écrite au sein du PRAPS, un module pourrait être consacré par l'accompagnement des publics réfugiés-migrants et notamment à l'interprétariat en santé

➔ **Axe de travail** : il existe de nombreuses applications en ligne pour la traduction : donner l'information aux médecins de ville et aux pharmacies pour un meilleur contact avec les publics réfugiés-migrants. Accompagner la diffusion de ces outils.

- ➔ **Pratique inspirante** : le conciliateur de la CPAM peut être l'un des recours.
  - ➔ **Pratique inspirante** : la Fédération des Acteurs de la Solidarité a publié un guide régional sur les différents recours possibles au refus de soin (qui contacter, modèle de lettre, fiche de définition du refus de soin, mise en place d'un observatoire du refus de soin anonyme).
- [Lien vers le guide](#)

## BARRIERE DE LA LANGUE

- Ne pas avoir l'ensemble des informations (barrière de la langue), entraîne forcément une zone d'incertitude. Par exemple, si l'on parle vaccination, et que le médecin n'a pas l'ensemble des éléments, cela peut amener une part de risque qui ne peut être totalement contrôlée.
- Les durées de séjour raccourcies en CADA ne facilitent pas l'accompagnement vers le soin. Auparavant les personnes arrivaient en CADA avec du temps (relation plus sereines, trouver des réponses complexes... ). Les personnes ne parlent souvent ni français, ni anglais. Les travailleurs sociaux utilisent des dessins, mais cela s'avère insuffisant dans la plupart des cas.
- Certaines PASS ont des budgets prévus pour l'interprétariat, mais ce n'est pas la majorité. Il existe des outils mais c'est généralement du « bricolage ».
- La barrière de la langue semble d'autant plus compliquée lorsqu'il y a une réelle souffrance psychique que l'on ne peut pas comprendre si les psychologues n'ont pas d'interprètes.
- Les médecins n'ayant souvent pas connaissance des moyens d'interprétariat, ils n'ont donc qu'une partie des informations données par la personne. (Les travailleurs sociaux ont souvent ces informations, ayant eu recours à un traducteur notamment pour remplir la demande d'asile). L'utilisation des outils de traduction existants « repose sur la bonne volonté du médecin, on ne peut pas les obliger. »
- L'utilisation d'un tiers pour la traduction est souvent utilisée faute d'autres outils, cependant « Avoir des informations sur une personne, c'est avoir un pouvoir sur elle » (N. Chambon), et cela peut avoir des conséquences sur la personne et ses relations avec ce tiers. Il existe une solidarité, mais est-ce que c'est souhaitable par rapport au secret médical ?

- ➔ **Axe de travail** : prévoir un accès à l'interprétariat avec un budget pour l'ensemble des PASS de la région.
- ➔ **Axe de travail** : permettre l'accès à une offre d'interprétariat téléphonique accessible financièrement et disponible pour l'ensemble des acteurs.
- ➔ **Axe de travail** : il existe de nombreuses applications en ligne pour la traduction : donner l'information aux médecins de ville et aux pharmacies pour un meilleur contact avec les publics réfugiés migrants. Accompagner de la diffusion de ces outils.
- ➔ **Pratique inspirante / outil** : Recueil des outils de traduction via le lien suivant [Lien vers le site de la FAS BFC](#)
- ➔ **Pratique inspirante** : lors d'un entretien tripartite avec un interprète téléphonique, afin que la discussion soit la plus fluide possible, prendre un petit temps au début du rendez-vous pour expliquer qui est dans la pièce (le nombre de personnes) et leur rôle.

## LES MISSIONS DU SOCIAL / LES MISSIONS DU MEDICAL : QUEL LIEN, QUEL RELAI ?

- Les CADA ont dans leur mission l'accompagnement vers le soin, cependant jusqu'où va cet accompagnement ? Les travailleurs sociaux des acteurs réfugiés-migrants sont souvent le premier contact, et deviennent la personne de référence pour les nouveaux arrivants. Une difficulté est bien entendue celle de la langue, mais également celle de leur positionnement qui souvent peut sortir du cadre établi, notamment sur

les questions médicales. Les questions de santé sont des questions qui touchent à l'intime, parfois à des situations « honteuses » qu'il n'est pas toujours facile d'appréhender.

De plus les travailleurs sociaux peuvent percevoir des signes ou des symptômes, sans forcément savoir quoi en faire ni les interpréter, le médical doit prendre le relais.

- ◆ → **Axe de travail** : soutenir la mise en place d'un centre de ressources régional pour appuyer les professionnels (formation, information, appui psychologique et technique, interprétariat ...)
- **Axe de travail** : faciliter la formalisation de partenariats entre les acteurs du social et du médical (création d'outils de liaison, de coordination).
- **Pratique inspirante** : Des centres ressources régionaux existent dans d'autres régions : en Rhône Alpes : avec l'ORSPERE SAMDARRA <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html> : en Bretagne avec le réseau Louis Guilloux <https://rlg35.org/>

- Positionnement du travailleur social lors d'un rendez-vous médical.

Le travailleur social peut être présent, mais cela entraîne souvent un biais : le médecin s'adressant essentiellement à lui, oubliant le patient. Cependant, lorsque le travailleur social n'est pas présent lors du rendez-vous, l'accompagnement dans la poursuite des démarches est parfois complexe, la personne pouvant avoir des difficultés à retranscrire ce qui s'est échangé lors de ce rendez-vous et que le lien travailleur social-médecin n'a pas été fait.

- ◆ → **Axe de travail** : La sensibilisation des médecins / infirmiers / travailleurs sociaux est importante, un module au sein des formations initiales pourrait porter sur l'accompagnement des publics réfugiés-migrants. Il en est de même pour la formation au sein des MSP – Maison de Santé Pluridisciplinaire.
- **Pratique inspirante** : La PASS de Dole intervient sur la formation des futurs infirmiers.

## LES RENDEZ-VOUS MANQUES

- Malgré les difficultés à trouver des praticiens, certains rendez-vous sont pris, mais les personnes ne se présentent pas une fois, deux fois... C'est donc d'autant plus compliqué avec les médecins par la suite.

- Les rendez-vous manqués peuvent aussi relever d'une priorisation qui est moindre. Comme par exemple aller chercher un panier repas, c'est légitime car pour la famille c'est la priorité. La personne a-t-elle osé s'exprimer (dire non) sur l'heure du rendez-vous ?

- Les rendez-vous manqués peuvent être également dus au fait que la personne se soit perdue pour aller au rendez-vous (par exemple dans les nombreux couloirs des hôpitaux ou dans une autre ville).

Cela peut également être dû à une méconnaissance plus globale de l'organisation du système de soins par les usagers.

- ◆ → **Axe de travail** : favoriser l'éducation et la promotion de la santé afin de rendre les personnes actrices de leur parcours de santé/ parcours de vie.
- **Axe de travail** : rendre accessible et compréhensible l'organisation du système d'accès aux droits et aux soins pour ces publics.
- **Axe de travail** : faciliter l'orientation dans les lieux de soins. Avoir la possibilité d'accompagner la personne lorsque cela est nécessaire.

## SUIVI DES EXAMENS / TRAITEMENTS....

- Le Dispositif National d'accueil (DNA) est, comme son nom l'indique, national. Cela rend le suivi (médical et social) d'autant plus difficile. Certaines personnes arrivent en CADA et ont déjà eu des soins. Les travailleurs sociaux ne savent pas ce qui a déjà été mis en place. De plus, les personnes sont amenées à changer parfois de lieu, cela nécessite donc un suivi, et peut occasionner des ruptures dans le parcours de soins.

De plus certaines personnes ont effectué des tests à la PASS et ne reviennent parfois pas chercher leurs résultats ; si les résultats sont positifs cela pose la question de comment « retrouver » la personne pour engager des soins si cela est nécessaire.

Exemple : sur Dijon, plusieurs acteurs du soin « spécialisés » peuvent être amenés à prendre en charge les publics réfugiés-migrants (la PASS, l'antenne médicale, le dispensaire). La question du suivi est donc primordiale pour ne pas faire plusieurs fois les mêmes examens.

- Il y a peu de suivi des patients dans les PASS transversales, les travailleurs sociaux « bricolent » sur des situations où ils rencontrent de nombreuses difficultés. Cela crée des tensions chez les professionnels, et ces angoisses se répercutent sur les patients.

- ◆ ➔ **Axe de travail** : travail autour d'un dossier partagé, avec une trace écrite dans le dossier social, ne comportant pas les résultats, mais les contacts et les examens réalisés par la personne. Le dossier sous forme électronique semble rencontrer des freins trop importants. Il est également possible de remettre un exemplaire du dossier au patient.
- ➔ **Axe de travail** : créer (ou renforcer) des lieux de rencontre et d'échange : en effet il est important de se connaître et de savoir quelles sont les missions de ses partenaires.
- ➔ **Pratique inspirante** : la PASS de Dijon va tester l'outil numérique E-ticss avec ses partenaires durant trois mois.
- ➔ **Pratique inspirante** : Réflexion à Dole sur mise en place prochaine d'un dossier médical pour que les personnes puissent le garder car il y a un vrai souci de traçabilité des antécédents médicaux. La question de la rupture du secret médical se pose, cependant. Actuellement les assistantes sociales prennent connaissance des dossiers car en charge de questions de santé bien que cette mission ne leur appartienne théoriquement pas. Le lien est fait avec la PMI, pour rappel de vaccinations et dépistage tuberculose, on est dans une dynamique de réseau informel qui se « bricole ».

## TRAITEMENT

- Certains traitements ne sont pas pris en charge à 100% (la gale par exemple).  
- Pour certaines PASS, les traitements sont une grosse partie du budget. Certains traitements ont un coût élevé.

- ◆ ➔ **Axe de travail** : débiter ou conforter un travail de proximité avec les pharmacies de ville pour l'obtention de médicament (création de partenariat).

## SANTE MENTALE DES REFUGIES- MIGRANTS

- Les délais d'attente pour un premier rendez-vous en préfecture est long, sans parfois possibilité d'hébergement (situation identique pour les mineurs ou les majeurs), ce qui aggrave la souffrance des personnes, avec un risque d'agression accru (idem pour les personnes déboutées).

- Le travail en réseau avec le CMP est très complexe sur certains territoires, notamment dû à la barrière de la langue. Certains CMP acceptent l'interprétariat téléphonique, d'autres non.

- ◆ ➔ **Axe de travail** : favoriser la prise en charge adaptée de la santé mentale des publics réfugiés-migrants.
- ➔ **Pratique inspirante** : certains CADA travaillent avec un psychologue autour des troubles post-traumatiques (dessins, mimes).
- ➔ **Pratique inspirante** : la PASS de Vesoul travaille avec une psychiatre, et cela fonctionne bien, mais les rendez-vous en CMP sont impossibles à avoir.
- ➔ **Pratique inspirante** : l'EMPP de Dijon permet au public débouté de parler de troubles post-traumatiques avec symptômes. (Événements vécus dans le pays d'origine, parcours, arrivée en France, procédures qui durent qui durent et qui échouent...)



## L'ACCOMPAGNEMENT DES MINEURS ISOLES

- L'accompagnement des mineurs isolés est devenu plus complexe – voire inexistant – en raison d'une augmentation des arrivées que les services de l'ASE ont des difficultés à absorber, mais aussi du fait des modalités et démarches d'évaluation de la minorité.
- L'accès aux droits est complexe, justificatifs de minorités et autres examens peuvent être demandés. En théorie, pour les mineurs isolés l'AME est accordée de manière immédiate (sans délai de 3 mois)
- De plus, les délais s'allongent, certaines CPAM ouvrent des droits plus ou moins « dormants », c'est-à-dire des droits créés, mais qui ne sont pas actifs.
- L'accueil des mineurs a également entraîné quelques difficultés dans le cadre des examens ou des suivis des traitements. Le responsable légal n'étant pas présent pour donner l'autorisation de soin, cela pose question sur la légalité des actions des personnels des PASS. Ainsi que la question de la responsabilité concernant la prise de médicament.



→ **Axe de travail** : favoriser la prise en charge adaptée de la santé mentale des mineurs isolés.

## LES CITOYENS EUROPEENS

- Le droit au séjour des citoyens européens au-delà de 3 mois reste soumis à certaines conditions, notamment avoir des moyens de subsistances suffisants (concernant les européens inactifs). L'accès aux droits des personnes européennes inactives est complexe, les dossiers de demandes d'ouverture de droits sont envoyés au CREIC (centre des ressortissants européens inactifs CMUistes), situé à Nîmes, qui statue sur l'ouverture de droits PUMA/CMUC ou AME, uniquement si la personne n'est plus affiliée dans son pays d'origine. Attention cela ne concerne que les personnes de nationalité européenne et pas celle titulaire d'un titre de séjour délivré par un pays européen.
- Les PASS sont sollicitées par des personnes venant en France avec des VISAS :
  - Visa C : ces personnes sont touristes et ne peuvent prétendre à des droits Assurance Maladie en France.
  - Visa D : Visa long séjour ( + de 3 mois) : étudiants, regroupements familiales ... l'ouverture de droits PUMA et CMU C est possible sous conditions.



→ **Axe de travail** : formation des professionnels de terrain, contact avec les personnes ressources à la CPAM.

→ **Pratique inspirante** : le service social des patients CHU de Dijon organise une session de formation avec la CPAM, 1 fois par an sur des thèmes précis. L'ensemble des assistants sociaux hospitaliers du Département sont invités.

## Tableau récapitulatif des Axes de travail et pratiques inspirantes

Difficultés	Axes de travail	Pratiques inspirantes
<b>Un accès aux droits différents en fonction des territoires</b>	<p>→ <b>Axe de travail</b> : signature de convention entre les CPAM et leurs partenaires afin de faciliter les échanges, l'ouverture de droits, et la coordination autour des situations complexes.</p>	<p>→ <b>Pratique inspirante</b> : plusieurs CPAM ont désigné un <b>interlocuteur privilégié (réfèrent identifié)</b> pour répondre aux questions concernant la CMU-c ou l'AME (ou à défaut un numéro de téléphone ou mail réactif), cela facilitant les échanges entre les acteurs et permettant de se coordonner autour des situations complexes.</p>
<b>Délais d'attente d'un premier rendez-vous en préfecture</b>		
<b>Manque d'information concernant certains dispositifs ou procédures sur l'accès aux droits</b>	<p>→ <b>Axe de travail</b> : former ou sensibiliser les partenaires de la CPAM du territoire afin que tous puissent connaître les dernières législations et procédures concernant l'accès aux droits des publics qu'ils accompagnent, ou à défaut savoir qui solliciter au sein de la CPAM afin d'obtenir ces informations.</p>	<p>→ <b>Pratique inspirante</b> : certaines CPAM forment leurs agents régulièrement, afin d'être à jour sur les dernières instructions ou circulaires. Ces formations permettent aux agents de répondre aux partenaires, voire de les former une fois par an comme cela se fait sur certains départements.</p> <p>→ <b>Pratique inspirante</b> : le GISTI et le COMEDE peuvent être de bons appuis pour répondre aux questionnements concernant les droits des personnes et les procédures à mener. Leurs sites sont souvent bien fournis au niveau des législations européennes et internationales. Ils comportent également des trames de lettres, ainsi que des permanences téléphoniques.</p>
<b>L'accompagnement santé des primo-arrivants avec de graves problématiques de santé</b>	<p>→ <b>Axe de travail</b> : favoriser l'éducation et la promotion de la santé afin de rendre les personnes actrices de leur parcours de santé/ parcours de vie. (Ne pas faire « à la place de » mais faire « avec »)</p> <p>→ <b>Axe de travail</b> : rendre accessible et compréhensible l'organisation du système d'accès aux droits et aux soins pour ces publics.</p>	

<p><b>La non médicalisation de certaines PASS</b></p>	<p>→ <b>Axe de travail</b> : médicalisation des PASS avec un référent médical identifié et disponible pour la PASS.</p> <p>→ <b>Axe de travail</b> : anticiper au mieux, afin de pouvoir gérer en urgence certaines situations de crise. Pour cela, l'interconnaissance des acteurs est primordiale.</p> <p>→ <b>Axe de travail</b> : faciliter la formalisation de partenariats entre les acteurs du social et du médical (création d'outils de liaison, de coordination).</p> <p>→ <b>Axe de travail</b> : formalisation des pratiques existantes et réflexion autour de nouveaux modes de prise en charge coordonnées.</p>	<p>→ <b>Pratique inspirante</b> : mise en place de la fiche du service social des patients du CHU Dijon pour anticiper les entrées et sorties d'hospitalisation et créer/consolider les liens entre partenaires (échelle régionale).</p> <p>→ <b>Pratique inspirante</b> : certains médecins (bénévole dans cet exemple) se déplacent dans les CADA pour les primo-consultations. L'aller vers permet d'être au plus proche des populations.</p>
<p><b>Une difficulté à orienter / à accéder au droit commun</b></p>	<p>→ <b>Axe de travail</b> : travailler au sein de chaque PASS sur les partenariats externes à l'hôpital, en lien avec la médecine libérale, afin de faciliter les prises en charge coordonnées et la sortie du dispositif PASS.</p>	<p>→ <b>Pratique inspirante</b> : la PASS de Besançon a mis en place un courrier adressé aux professionnels de santé lors d'une fin de prise en charge. À ce jour, peu d'éléments sont disponibles pour évaluer le véritable effet. Une thèse va être menée au sein de la PASS sur : « où vont les patients après la PASS ? ».</p> <p>→ <b>Pratique inspirante</b> : Dans le Nord Côte-d'Or, un médecin accepte de prendre les personnes (même en attente de renouvellement).</p>
<p><b>Le refus de soin</b></p>	<p>→ <b>Axe de travail</b> : la formation des médecins / infirmiers / travailleurs sociaux est écrite au sein du PRAPS, un module pourrait être consacré par l'accompagnement des publics réfugiés-migrants <u>et notamment à l'interprétariat en santé</u></p> <p>→ <b>Axe de travail</b> : il existe de nombreuses applications en ligne pour la traduction : donner l'information aux médecins de ville et aux pharmacies pour un meilleur contact avec les publics réfugiés-migrants. Accompagner la diffusion de ces outils.</p>	<p>→ <b>Pratique inspirante</b> : le conciliateur de la CPAM peut être l'un des recours.</p> <p>→ <b>Pratique inspirante</b> : la Fédération des Acteurs de la Solidarité a publié un guide régional sur les différents recours possible au refus de soin (qui contacter, modèle de lettre, fiche de définition du refus de soin, mise en place d'un observatoire du refus de soin anonyme). <a href="#">Lien vers le guide</a></p>

<p><b>La barrière de la langue</b></p>	<p>→ <b>Axe de travail</b> : prévoir un accès à l'interprétariat avec un budget pour l'ensemble des PASS de la région.</p> <p>→ <b>Axe de travail</b> : permettre l'accès à une offre d'interprétariat téléphonique accessible financièrement et disponible pour l'ensemble des acteurs.</p> <p>→ <b>Axe de travail</b> : il existe de nombreuses applications en ligne pour la traduction : donner l'information aux médecins de ville et aux pharmacies pour un meilleur contact avec les publics réfugiés migrants. Accompagner de la diffusion de ces outils.</p>	<p>→ <b>Pratique inspirante / outil</b> : Recueil des outils de traduction via le lien suivant <a href="#">Lien vers le site</a></p> <p>→ <b>Pratique inspirante</b> : lors d'un entretien tripartite avec un interprète téléphonique, afin que la discussion soit la plus fluide possible, prendre un petit temps au début du rendez-vous pour expliquer qui est dans la pièce (le nombre de personnes) et leur rôle.</p>
<p><b>Les missions du social / les missions du sanitaire : quels liens, quel relai ?</b></p>	<p>→ <b>Axe de travail</b> : soutenir la mise en place d'un centre de ressources régional pour appuyer les professionnels (formation, information, appui psychologique et technique, interprétariat ...)</p> <p>→ <b>Axe de travail</b> : faciliter la formalisation de partenariats entre les acteurs du social et du médical (création d'outils de liaison, de coordination).</p> <p>→ <b>Axe de travail</b> : La sensibilisation des médecins / infirmiers / travailleurs sociaux est importante, un module au sein des formations initiales pourrait porter sur l'accompagnement des publics réfugiés-migrants. Il en est de même pour la formation au sein des MSP – Maison de Santé Pluridisciplinaire.</p>	<p>→ <b>Pratique inspirante</b> : Des centres ressources régionaux existent dans d'autres régions : en Rhône Alpes : avec l'ORSPERE SAMDARRA <a href="http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html">http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html</a> : en Bretagne avec le réseau Louis Guilloux <a href="https://rlg35.org/">https://rlg35.org/</a></p> <p>→ <b>Pratique inspirante</b> : La PASS de Dole intervient sur la formation des futurs infirmiers.</p>
<p><b>Les rendez-vous manqués</b></p>	<p>→ <b>Axe de travail</b> : favoriser l'éducation et la promotion de la santé afin de rendre les personnes actrices de leur parcours de santé/ parcours de vie.</p> <p>→ <b>Axe de travail</b> : rendre accessible et compréhensible l'organisation du système d'accès aux droits et aux soins pour ces publics.</p> <p>→ <b>Axe de travail</b> : faciliter l'orientation dans les lieux de soins. Avoir la possibilité d'accompagner la personne lorsque cela est nécessaire.</p>	

<p><b>Le suivi des examens / le suivi des traitements</b></p>	<p>→ <b>Axe de travail</b> : travail autour d'un dossier partagé, avec une trace écrite dans le dossier social, ne comportant pas les résultats, mais les contacts et les examens réalisés par la personne. Le dossier sous forme électronique semble rencontrer des freins trop importants. Il est également possible de remettre un exemplaire du dossier au patient.</p> <p>→ <b>Axe de travail</b> : créer (ou renforcer) des lieux de rencontre et d'échange : en effet il est important de se connaître et de savoir quelles sont les missions de ses partenaires.</p>	<p>→ <b>Pratique inspirante</b> : la PASS de Dijon va tester l'outil numérique E-ticss avec ses partenaires durant trois mois.</p> <p>→ <b>Pratique inspirante</b> : Réflexion à Dole sur mise en place prochaine d'un dossier médical pour que les personnes puissent le garder car il y a un vrai souci de traçabilité des antécédents médicaux. La question de la rupture du secret médical se pose, cependant. Actuellement les assistantes sociales prennent connaissance des dossiers car en charge de questions de santé bien que cette mission ne leur appartienne théoriquement pas. Le lien est fait avec la PMI, pour rappel de vaccinations et dépistage tuberculose, on est dans une dynamique de réseau informel qui se « bricole ».</p>
<p><b>Traitement</b></p>	<p>→ <b>Axe de travail</b> : débiter ou conforter un travail de proximité avec les pharmacies de ville pour l'obtention de médicament (création de partenariat).</p>	
<p><b>La santé mentale des réfugiés-migrants</b></p>	<p>→ <b>Axe de travail</b> : favoriser la prise en charge adaptée de la santé mentale des publics réfugiés-migrants.</p>	<p>→ <b>Pratique inspirante</b> : certains CADA travaillent avec un psychologue autour des troubles post-traumatiques (dessins, mimes).</p> <p>→ <b>Pratique inspirante</b> : la PASS de Vesoul travaille avec une psychiatre, et cela fonctionne bien, mais les rendez-vous en CMP sont impossibles à avoir.</p> <p>→ <b>Pratique inspirante</b> : l'EMPP de Dijon permet au public débouté de parler de troubles post-traumatiques avec symptômes. (Événements vécus dans le pays d'origine, parcours, arrivée en France, procédures qui durent qui durent et qui échouent...)</p>
<p><b>L'accompagnement des mineurs isolés</b></p>	<p>→ <b>Axe de travail</b> : favoriser la prise en charge adaptée de la santé mentale des mineurs isolés.</p>	
<p><b>Les citoyens européens</b></p>	<p>→ <b>Axe de travail</b> : formation des professionnels de terrain, contact avec les personnes ressources à la CPAM.</p>	<p>→ <b>Pratique inspirante</b> : le Service social des patients CHU de Dijon organise une session de formation avec la CPAM, 1 fois par an sur des thèmes précis. L'ensemble des assistants sociaux hospitaliers du Département sont invités.</p>

La prise en charge des publics réfugiés-migrants au sein des PASS.  
18 octobre 2017

Coordination Régionale des PASS de Bourgogne-Franche-Comté  
Contact : [bfc.pass@gmail.com](mailto:bfc.pass@gmail.com)