

9^{ÈME} JOURNÉE RÉGIONALE

RÉSEAU LOUIS GUILLOUX



**LA PRISE EN SOINS DES PATIENT.E.S EXILÉ.E.S :
UNE “ EXPERTISE ” ... À GÉNÉRALISER ?**

23 MAI 2024

CENTRE CULTUREL LE TRIANGLE RENNES
JOURNÉE GRATUITE - SUR INSCRIPTION



RENSEIGNEMENTS
ET INSCRIPTIONS
PROJETS@RLG35.ORG



ACTES DU COLLOQUE

9^e journée régionale
Réseaux Louis Guilloux -

Organisée à Rennes
Centre culturel du Triangle

Le 23 Mai 2024

Table des matières

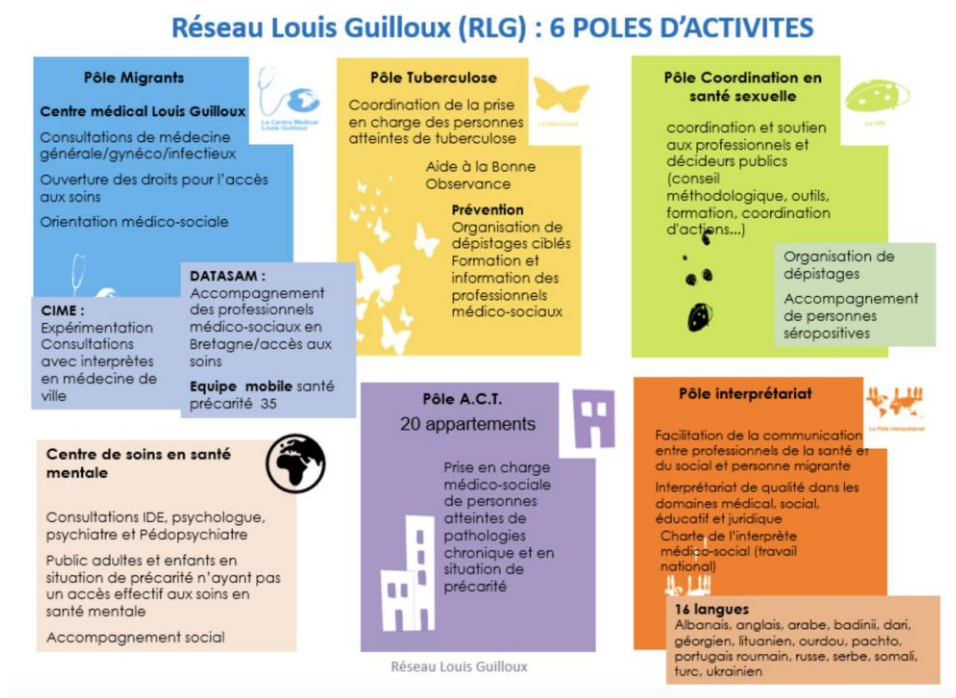
Le Réseau Louis Guilloux	4
Le DATASAM	4
Remerciements	6
Ouverture	8
TR1 : De nouveaux profils de migrant.es, de nouveaux profils de patient.es ?	9
I. Eléments généraux de contexte	9
1. Cartographie : Contexte et flux migratoires	9
2. Migrant.e, exilé.e, réfugié.e. : Impact sociologique et politique destermes	10
II. Evolution des profils	11
Des parcours migratoires de plus en plus durs	11
L'interprétariat comme outils	12
III. Contexte de la demande d'asile sur le territoire breton	13
TR2 : Politiques publiques de santé : la tentation d'une réponse en silo et lesrisques liés à la sanctuarisation des parcours fléchés "précarité"	15
I. Les politiques publiques : Comment les politiques à destination desmigrants s'ancrent dans le cadre de politiques publiques de santé plus large	15
II. L'exemple de l'AME : L'enquête premiers pas	16
L'enquête premier pas - une enquête sur l'accès aux soins des personnes étrangères sans titre de séjour -	16
III. Une prise de décision éthique dans un contexte impossible ?	17
TR3 : Travailler en libéral : les passerelles et formes d'accompagnement possible	18
I. Interprétariat	18
II. Médiation en santé	19
III. Revalorisation	20
IV. Formation continue	21
TR4 : Travailler en équipe : les réponses "intégrées" dans la prise en soin despatient.es, l'inspiration de la santé communautaire.	22
I. La santé communautaire : en théorie	22
II. La santé communautaire : en pratique	24
III. Bénéfices pour toustes (et perspectives)	25
Conclusion	25
Annexe	27

Le Réseau Louis Guilloux

Le Réseau Louis Guilloux est une association loi 1901. L'objet principal de l'association est d'œuvrer dans le domaine de la santé pour les publics migrants et précaires. L'association privilégie une approche globale du soin qui prend en compte les volets médicaux et sociaux.

Plus d'infos : www.rlg35.org

Le Réseau Louis Guilloux intervient aujourd'hui en Bretagne à travers l'action de 6 pôles :



Le DATASAM

Le DATASAM : le *Dispositif d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins et l'Accompagnement des Migrants* est un dispositif d'appui aux professionnel·le·s de santé et du social intervenant en Bretagne qui doit permettre d'améliorer l'accès aux soins des personnes migrant·e·s, notamment à travers des actions de :

Coordination : animation d'un réseau de partenaires impliqués sur le sujet de l'accès aux soins des exilé.e.s (au niveau territorial, régional et national).

Formation : Animation de modules de formation sur des sujets en lien avec la prise en charge des publics primo arrivants, organisation de colloques etc.

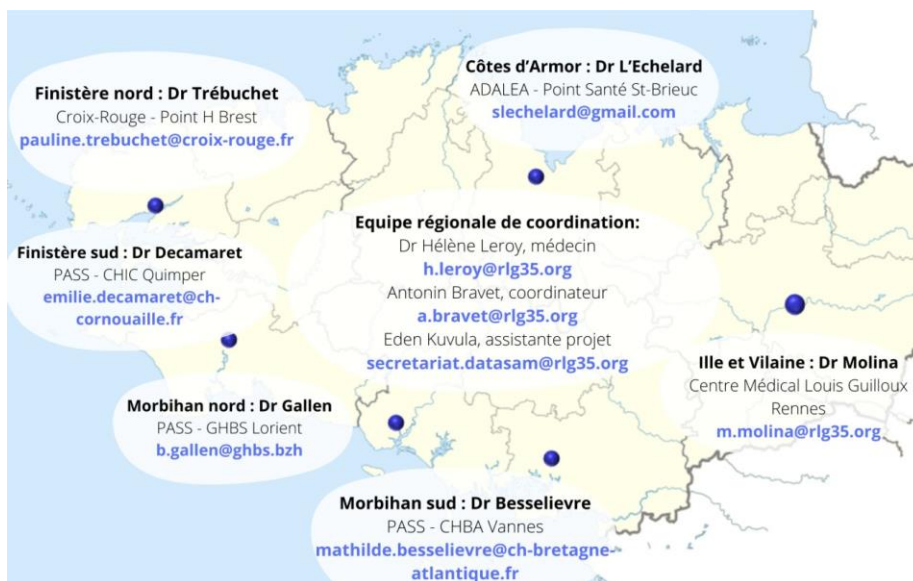
Mise à disposition d'outils : création et diffusion d'outils pratiques pour faciliter la sensibilisation et la prise en charge (guide, imagiers, carnets de santé traduits etc.)

Développement de l'interprétariat : promotion du recours à l'interprétariat médico-social professionnel au sein des structures sanitaires et sociales de la région.

Sensibilisation : animation de soirées d'information et de sensibilisation, participation à des instances de coordination et d'inter-orga nationales pour la rédaction d'appels et d'argumentaires etc.

Différents niveaux d'intervention :

- Une équipe régionale de coordination
- Une équipe de médecins référent.e.s qui assurent le déploiement opérationnel et la coordination des activités sur leur territoire d'intervention.



Remerciements

L'organisation d'un évènement comme la 9^{ème} Journée régionale du RLG est nécessairement le fruit d'un travail collectif. Construire un moment de réflexion et d'échange qui soit le plus pertinent et cohérent possible au regard du contexte et des préoccupations du public à qu'il s'adresse requiert en effet nécessairement la participation et la mise en synergie de tout un ensemble d'acteur·rice·s.

Que soit donc sincèrement et chaleureusement remercié·e·s tous ceux qui ont contribué à la belle réussite de cette journée :

L'ARS, pour sa contribution financière et son implication constructive dans les échanges

Les membres du groupe de travail dédié à la préparation de la journée, qui ont tou·te·s apporté leurs éclairages sur les différentes facettes du sujet et qui ont, ensemble, contribué à construire le contenu de la journée : Patrice Preter, Hélène Leroy, Gaylord Delobre, Sylviane l'Echelard, Virginie Metay, Mathilde Besselièvre et Johanna Abolgassemi.

L'ensemble des intervenant·e·s qui ont accepté l'invitation du RLG à participer à ce colloque et qui se sont gracieusement mobilisé·e·s pour préparer et animer cette journée :

Les intervenant·e·s de la TR 1 : Anne-Cécile Hoyez, Sandra Silvère et Arnaud Veisse.

Les intervenant·e·s de la TR 2 : Caroline Izambert, Antoine Marsaudon et Vincent Morel.

Les intervenantes de la TR 3 : Caroline Jehanno, Aimée Ndizeye et Delphine Payen-Fourment.

Les intervenant·e·s de la TR 4 : Jérôme Host, Benjamin Cohadon et Elinore Lapadu-Hargues.

Jean-Marc Chapplain : pour les propos d'introduction et de conclusion de la journée.

La complémentarité et la richesse de leurs contributions ont largement participé à rendre cette journée passionnante et constructive : qu'iels soient tou·te·s particulièrement remercié·e·s !

L'ensemble des modérateur·rice·s qui ont accepté d'animer les différents tables-ronde de la journée et qui ont assuré la difficile tâche de la gestion du temps : Hélène Leroy, Pascal Jarno, Mathilde Besselièvre et Martin Molina.

L'ensemble des personnes invité·e·s à contribuer à cette journée et qui ont apporté un éclairage parallèle au sujet de ce colloque : Fiona Houez avec sa performance dansée, Olivier Ceccaldi et son exposition photo, Zara Deirki et son food truck de cuisine syrienne.

L'ensemble des salarié·e·s du Triangle mobilisé sur l'évènement et qui ont accueilli nos équipes avec professionnalisme et gentillesse, en particulier Margaux Lefevre.

L'ensemble des salarié·e·s du RLG qui ont assuré la logistique le jour J et qui ont contribué à rendre l'évènement fluide et accueillant pour les participant·e·s.

L'ensembles des participant·e·s qui se sont mobilisé·e·s et qui ont assisté à cette journée : ce colloque n'est une réussite que parce qu'il a été suivi par des professionnel·le·s investi·e·s dans leur travail et désireux de consacrer un temps de réflexion sur leurs pratiques en marquant un petit pas de côté dans des agendas souvent surchargés.

L'équipe opérationnelle du RLG, qui a coordonné l'ensemble de l'évènement et qui a fait tenir ensemble tous les composants qui ont fait de cette journée une belle réussite : programme, communication, logistique etc. Un immense merci donc à Bleuenn Aulnette, et Juliette Millerieux (qui s'est également occupée de la rédaction des présents Actes !).

Un très grand merci à tou·te·s... et à dans 2 ans !

Antonin Bravet, coordinateur du DATASAM.

Ouverture

La prise en soin des personnes exilées est un sujet complexe, souvent abordé dans les débats publics et interrogé au regard de la loi.

Face à la récurrence de ces questionnements et dans un contexte particulièrement préoccupant ces dernières années concernant les droits de santé des étrangers (instauration du délais de carence, attaques de l'AME dans le cadre de la loi Asile-Immigration etc.), nous avons décidé d'organiser notre 9^{ème} Journée régional sur le thème de la généralisation de l'expertise concernant la prise en soin du public exilé et sur les différentes possibilités de prise en charge de ce public : ces patient·e·s doivent-ils rester l'apanage des professionnel·le·s « spécialisé·e·s » et des dispositifs fléchés « précarité », ou bien doivent-ils être considéré·e·s comme des patient·e·s comme les autres et intégré·e·s au droit commun ? Si c'est le cas, quels sont les leviers à actionner pour favoriser cette prise en charge par les dispositifs de droit commun ?

Jean Marc Chapplain, président du Réseau Louis Guilloux et médecin au CHU de Rennes, explique que la santé des exilé·e·s a toujours été une préoccupation collective. En constante évolution, elle nécessite une approche pluriprofessionnelle et multidisciplinaire. Rendre visible cette population et faciliter son accès au droit commun constitue un enjeu majeur.

Au fil du temps, les parcours migratoires sont devenus de véritables épreuves, exposant les exilé.es à des violences multiples et à des périodes de non-droit. Face à cette réalité, la santé et en particulier mentale sont devenues des composantes essentielles et incontournables de la prise en charge de ces personnes.

La prise en charge sociale de ces publics a également évolué, nécessitant une professionnalisation accrue des travailleur·se·s sociaux·ales et une spécialisation dans le droit des étrangers. La pratique médicale, quant à elle, doit désormais intégrer l'usage d'interprètes et différentes approches du soin.

La précarisation croissante de cette population soulève des questions sur l'efficacité des dispositifs existants et sur le risque d'invisibilité des exilé.es dans le débat public.

Des journées comme celle-ci nous offrent l'opportunité d'échanger entre professionnel·le·s, de

créer des réseaux, et de mutualiser les connaissances et les idées.

Un maillage d'acteur·rice·s territorial·e·s, issu·e·s de différentes disciplines est alors nécessaire pour la prise en charge de ce public.

Les tables rondes qui vont se succéder dans la journée nous permettront de réfléchir à différentes approches, *de nous écouter*, et de voir qu'elle place *chacun.e peut occuper dans le parcours de vie de ces personnes*.

TR1 : De nouveaux profils de migrant.es, de nouveaux profils de patient.es ?

Eléments généraux de contexte

I. Cartographie : Contexte et flux migratoires

Anne-Cécile Hoyez, géographe de la santé, chercheuse au CNRS et coordinatrice de MIGSAN¹ nous présente plusieurs cartes² afin de mieux comprendre les contextes migratoires.

[Une première carte](#), illustre une *question assez épineuse et un peu paradoxale* de l'accueil des migrants par l'Europe. Les personnes migrantes font face à des difficultés de plus en plus grandes aux frontières, dues à des politiques européennes. Ces politiques sont souvent réalisées en coopération avec des pays partenaires de la *politique européenne de voisinage*. Ces accords visent à *retenir, filtrer, et même arrêter les personnes empruntant des routes migratoires* identifiées comme menant à l'Europe.

La deuxième carte (Annexe 1) a été dessinée par Philippe Rekacewicz, géographe et cartographe³.

Elle illustre à nouveau la politique de voisinage de l'Europe, mettant en évidence les pré-frontières et les limites de l'espace Schengen. À l'intérieur de l'Europe, elle montre les postes

¹ Programme de recherche (Expériences de la santé et trajectoires de soins des populations primo-arrivantes en France)

² MIGREUROP. (s. d.). *MIGREUROP - Deciphering European migration policies*. <https://migreurop.org/>

³ Géographie et cartographie renommé pour ses travaux avec Le Monde Diplomatique et son site internet Vision Carto.net

frontières et les centres de rétention. De plus, cette carte met en lumière les conditions de circulation périlleuses, notamment en représentant le nombre de décès lors des traversées maritimes en Méditerranée, dans la Manche et dans l'Atlantique. A titre d'exemple, en mer Méditerranée, on estime le nombre de décès à 15 000 personnes depuis 2013.

Ainsi l'Europe, en plus d'être réticente à l'accueil des migrant·e·s, expose ces dernier·e·s à des risques mortels et à des traumatismes psychologiques.

La troisième carte (Annexe 2) change d'échelle pour offrir une vue sur le contexte migratoire mondial. Elle met en évidence un "arc des réfugié.e.s" s'étendant de l'Afrique au Moyen-Orient et à l'Asie orientale, ainsi que des zones en Amérique latine où de nombreux déplacements de populations ont lieu. Ainsi, contrairement à une idée reçue, l'Europe est un "*acteur mineur sur la réception des personnes en migration*" et la majorité des personnes se déplacent proches de leurs pays d'origine.

II. Migrant.e, exilé.e, réfugié.e. : Impact sociologique et politique des termes

“ Les définitions du réfugié sont, au contraire, toutes politiquement situées et elles en disent finalement bien plus long sur les sociétés qui les élaborent et les mettent en œuvre que sur les individus qu’elles sont censées désigner. ” - Karen Akoka

Anne-Cécile Hoyez nous présente ensuite les différents termes utilisés pour désigner les personnes migrantes, les personnes exilées, les personnes étrangères, etc. Les termes les plus souvent rencontrés sur le terrain sont : migrant·e·s, étranger·e·s, immigré·e·s, réfugié·e·s, exilé·e·s, demandeur·se·s d'asile, mineur·e·s non accompagné·e·s et sans-papiers.

On se pose aussi la question des migrant·e·s économiques, des expatrié·e·s, et des étranger·e·s malades.

Parfois, on entend aussi des termes tels que touristes, en particulier dans le domaine des soins (« touristes médicaux ») ; le *spectre des termes pour désigner les personnes en migration est donc assez large.*

Il est important de noter que chacun de ces termes à un “*sens précis et n'est pas neutre*”. En sciences sociales, Anne Cécile Hoyez explique qu’il est recommandé d’utiliser ces termes avec prudence et discernement. Ces différentes catégories “*ne posent pas forcément problème, tant que nous gardons à l’esprit que ces catégories ont un historique social et politique*”. Derrière ces désignations se cachent des catégories issues de la politique publique, de la politique migratoire et des dispositifs d’asile, ainsi que d’autres domaines.

Ces catégories sont dites performatives, car elles influencent les personnes qu’elles désignent. Par exemple, être sans papiers ou considéré.e comme tel peut engendrer un sentiment de non-légitimité à accéder aux soins.

III. Evolution des profils

1. Des parcours migratoires de plus en plus durs

Arnaud Veisse, directeur général du Comede (Comité pour la santé des exilé.e.s) met en évidence certains éléments des bilans de santé proposés aux personnes reçues en consultation :

Premièrement, la majorité des exilé.e.s, souvent jeunes et ayant vécu de nombreuses épreuves, est malgré tout en bonne santé et ne souffre pas de maladies graves. Malgré les violences subies, environ trois quarts d’entre eux n’ont pas besoin d’une prise en charge spécialisée en santé mentale.

Cependant, il reste un certain nombre de personnes atteintes de maladies graves, dont 80 %⁴ sont découvertes lors de ces bilans de santé : *Les personnes ne sont pas venues en France se faire soigner dans l’immense majorité des cas et le plus souvent elles ne savent même pas qu’elles ont une maladie donc il faut la découvrir le plus tôt possible.*

Les maladies graves se répartissent de la manière suivante :

Les maladies infectieuses, souvent mises en avant par les médias, ne représentent que 26% des cas⁵.

⁴ Rapport d’activité et d’observation. (2023). <https://www.comede.org/rapport-dactivite/#>

⁵ Ibid

Le reste concerne des troubles psychiques (37%) et des maladies chroniques non transmissibles (37%) telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et les cancers. Ces maladies, bien que non exotiques, sont de plus en plus fréquentes dans les populations du monde entier, dont l'espérance de vie a significativement augmenté au cours des 50 dernières années⁶.

Dans le centre d'accueil de jour de Médecins Sans Frontières à Pantin, dans lequel le Comede est intervenu pendant cinq ans sur des questions de psychothérapie de santé mentale des mineurs, environ 80 % des jeunes ayant traversé la Méditerranée ont assisté à des noyades lors de la traversée. Ce traumatisme est un facteur de risque psychologique majeur. *Le pic de psychotraumatisme se situe généralement entre 25 et 30 ans, particulièrement pour les syndromes complexes. Bien que les mineur·e·s soient légèrement moins touché·e·s, le dépistage reste crucial pour la prévention et les soins.*

2. L'interprétariat comme outil

"Le soin c'est aussi l'écoute." - Anne Cécile Hoyez

Un stéréotype fréquent est que les migrant·e·s sont difficiles à soigner car ils ne parlent pas bien français, voire pas du tout ; Anne Cécile Hoyez nous explique qu'il est important de dépasser cette idée et de reconnaître qu'il existe effectivement une "barrière de la langue" mais que la prise en charge de ces patient·e·s n'est, au fond, pas si différente une fois ce frein levé. Cependant, dans une consultation médicale, ce qui importe réellement d'après les patients, c'est que la compréhension soit mutuelle. Au-delà de la simple communication linguistique, il est essentiel que le médecin soit dans une démarche de compréhension du patient et vice-versa pour assurer les soins.

Cette difficulté à communiquer dans une langue commune accentue les inégalités sociales et de santé. Elle limite l'accès aux soins et remet en question la qualité des consultations médicales, notamment en l'absence d'interprètes. Pour les patient·e·s, cela peut entraîner une hésitation à consulter ou même un non recours aux soins nécessaires.

Du côté des professionnel·le·s de la santé, le non recours à l'interprétariat crée inévitablement des obstacles lors de l'accueil des patient·e·s en consultation. Cependant, une bonne

⁶ Ibid

communication ne se résume pas uniquement à la langue ; il est essentiel que le professionnel·le de santé ou le travailleur·se social·e comprennent également les attentes des patient·e·s.

Du côté des patient·e·s, Anne-Cécile Hoyez a observé que même lorsque des interprètes sont présent·e·s, des difficultés peuvent subsister pour se faire comprendre. Parfois, les médecins, sachant qu'ils ont un interprète, vont parler plus rapidement plutôt que ralentir pour faciliter la compréhension des patient·e·s moins à l'aise en français. Cette accélération du discours peut donner l'impression d'être exclu·e de l'interaction pendant la consultation. Cela est renforcé si le médecin commence à s'adresser directement à l'interprète, en oubliant la présence et les besoins du patient iel-même. Certain·e·s patient·e·s ont exprimé se sentir invisible·s, voire déshumanisé·e·s lors de ces moments, ayant l'impression d'être plus un sujet d'échange qu'un participant·e à une véritable discussion.

De plus en plus, on reconnaît que le soin ne se limite pas à la consultation médicale strictement définie par les questions de santé physique. Il englobe également l'écoute et la construction d'une relation de confiance. Le temps de la consultation peut être un moment où les patient.e.s peuvent exprimer des préoccupations, même si elles ne sont pas directement liées à la santé physique.

3. Contexte de la demande d'asile sur le territoire breton

Sandra Silvere, responsable de structures SPADA (Structure du premier accueil des demandeurs d'asile) pour l'association Coallia en Bretagne nous éclaire sur les différents profils, nationalités, et problématiques de santé des demandeurs d'asile sur le territoire.

Tout d'abord on constate qu'au niveau national l'augmentation du nombre de demandes d'asile est constante malgré un tassement en 2020/2021 dû à la crise sanitaire.

Données nationales : Évolutions des demandes d’asile de 2019-2023⁷ :

	2019	2020	2021	2022	2023
Premières demandes formulées en GUDA	138420	81531	104381	136724	145522
Réexamens, nouvelles demandes Dublin et réouvertures	12863	11733	16987	19049	21910
Total des demandes formulées en GUDA	151283	93264	121368	155773	167435

Région Bretagne : Évolution des demandes d’asile de 2019 à 2023

	2019	2020	2021	2022	2023
Côtes d'Armor	337	168	233	494	662
Finistère	377	157	209	301	377
Ille-Et-Vilaine	2231	1080	1544	2624	2445
Morbihan	459	217	252	476	556
Bretagne	3404	1622	2238	3895	4040

Source: GUDA de Rennes

Ces demandes prennent uniquement en compte les demandes directement effectuées en Bretagne, en excluant les orientations directives régionales. Une orientation directive est une procédure selon laquelle les demandeurs d’asiles sont redirigés vers d’autres régions.

Les nationalités les plus représentées dans la demande d’asile en Bretagne sont les suivantes en 2023: géorgienne, afghane, albanaise, guinéenne, angolaise, ivoirienne, congolaise RDC, ukrainienne...

⁷ Source : Ministère de l’intérieur et des outre-mer, SI-Asile, OFPRA.

Certains publics primo-arrivants sont particulièrement vulnérables du fait d'avoir subi des tortures, des mutilations sexuelles féminines, des violences sexuelles et/ou intrafamiliales, des mariages forcés et/ou précoces, une traite des êtres humains, de faire partie de la communauté Lgbt+, d'avoir un parcours de rue, d'être mineur non accompagné.

Après avoir exploré les nouveaux profils de migrant·es et les évolutions des parcours migratoires, et vu qu'il existait des outils comme l'interprétariat, il nous a paru pertinent de se pencher sur la manière dont les politiques publiques de santé répondent à ces enjeux. La deuxième table ronde s'est concentrée sur les risques d'une approche en silo et la sanctuarisation de ces parcours en prenant notamment l'exemple de l'AME.

TR2 : Politiques publiques de santé : la tentation d'une réponse en silo et les risques liés à la sanctuarisation des parcours fléchés "précarité"

I. Les politiques publiques : Comment les politiques à destination des migrants s'ancrent dans le cadre de politiques publiques de santé plus large

Les conditions d'éligibilité pour obtenir l'Aide Médicale d'État sont les suivantes :

Les personnes doivent résider en France de manière continue depuis au moins trois mois.

Elles doivent disposer de ressources financières très faibles. Par exemple, pour une personne seule, les revenus doivent être inférieurs à 860 € par mois.

Caroline Izambert, cheffe de service promotion de la santé et réduction des risques à la ville de Paris nous explique que l'AME est un dispositif *contradictoire* ; c'est un dispositif qui dit "*on va donner accès à une couverture maladie*", mais qui d'autre part, dit "*ce sont des personnes en situation irrégulière dont le destin juridique est de retourner dans leur pays d'origine*". Durant les années 80, il a été décidé d'utiliser la protection sociale (incluant la maladie, les allocations familiales, la retraite, la maternité, et le handicap) pour influencer les politiques migratoires. L'idée dominante était que des personnes viennent en France pour profiter d'un système de protection sociale plus généreux, et que, par conséquent, si l'on coupait l'accès à cette protection sociale, cela dissuaderait d'autres personnes de venir.

En réalité, le niveau de protection sociale d'un pays n'est pas déterminant dans le choix du pays d'immigration.

Caroline Izambert explique que ce qui est réellement déterminant, c'est la possibilité de trouver du travail, et l'existence d'une communauté d'origine pouvant offrir du soutien initial. Et parfois, les migrant.e.s visent un pays et se retrouvent dans un autre.

En résumé, la protection sociale n'attire pas les migrant.e.s, bien que l'idée persiste que restreindre les droits sociaux finira par influencer les flux migratoires. L'aide médicale d'État suscite une politisation extrême des questions d'accès aux droits pour les personnes en situation irrégulière. Depuis 25 ans, cette aide est défendue, alors que l'objectif réel devrait être l'intégration de ces personnes dans les dispositifs de droits communs. L'exemple de l'AME : L'enquête premiers pas

II. L'enquête premier pas - une enquête sur l'accès aux soins des personnes étrangères sans titre de séjour -

Cette enquête fut menée par Antoine Marsaudon, docteur en sciences économiques à l'IRDES, Paul Dourgon directeur de recherches à l'IRDES et Florence Jusot professeure en sciences économique, afin de répondre à deux questions :

Quels sont les déterminants du non-recours à l'AME ?

Quel est l'impact de l'AME sur le recours aux soins ?

L'objectif de cette enquête était de participer au débat public et de montrer les conséquences potentielles de la suppression de l'AME sur l'accès aux soins.

Antoine Marsaudon indique que les résultats démontrent qu'il n'y a pas de corrélation significative entre l'état de santé et l'obtention de l'AME, ce qui signifie que les personnes malades ne sont pas plus susceptibles d'avoir l'AME que les personnes en bonne santé. Le facteur le plus déterminant pour l'obtention de l'AME est la durée de séjour en France : plus une personne est en France depuis longtemps, plus elle a recours aux soins par l'intermédiaire de l'AME. La durée du séjour en France reflète plusieurs aspects importants, tels que la maîtrise du français, la compréhension du système de santé et l'accès effectif à l'AME. Cependant, cette

variable est complexe et difficile à mesurer de manière précise. En termes de santé, la seule variable significative est la santé mentale : les personnes ayant un état de santé mentale dégradé ont moins souvent accès à l'AME que les autres.

En conclusion :

Le déterminant principal du recours à l'AME est la durée de séjour en France.

La convergence reste incomplète puisque même après cinq années ou plus de résidence en France, 35 % des personnes sans titre de séjour n'ont pas l'AME.

L'accès au système de santé s'améliore pour les personnes couvertes par l'AME.

Plus les personnes sont couvertes par l'AME depuis longtemps et moins elles consultent un médecin dans des lieux de soins dédiés aux populations vulnérables.

III. Une prise de décision éthique dans un contexte impossible ?

Cette réponse en silo, de par la sanctuarisation des parcours par les politiques publiques, crée des tensions éthiques pour les professionnel·le·s. Selon Vincent Morel, président de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs CHU de Rennes, les professionnel·le·s se retrouvent dans une situation où ils doivent naviguer entre leur désir de faire bien et juste et les limitations imposées par des politiques qu'ils ne peuvent influencer.

Il précise que ce mélange de politiques migratoires et de santé crée des dilemmes éthiques considérables, car les politiques migratoires imposent des contraintes qui affectent directement les soins et la justice pour les individus concernés. *Il y a une confrontation et une tension éthique lorsque vous rencontrez une personne et que, selon la 'boîte' dans laquelle elle se trouve, vous ne pouvez pas lui offrir les soins ou l'approche que vous souhaitez. Cette tension peut même se transformer en une véritable souffrance éthique.*

Cela crée une dissonance entre les objectifs individuels de soin et les objectifs collectifs politiques. Il explique que la réflexion éthique, selon Ricœur, doit équilibrer le JE (l'individu), le TU (la personne en relation directe) et le IL (le collectif), mais dans ce cas, il semble que les politiques migratoires inversent ces rôles en se concentrant sur des considérations collectives au détriment de l'individu vulnérable.

De plus, il existe une tension entre les approches déontologiques axées sur des principes éthiques tels que l'accès équitable aux soins (principes généraux) et conséquentialistes (conséquences des actions). Les soins, souvent guidés par des principes déontologiques, se confrontent aux politiques migratoires qui adoptent une approche conséquentialiste, évaluant les décisions en fonction de leurs effets secondaires potentiels.

Cette discordance entre les principes généraux et les conséquences spécifiques amplifie les tensions éthiques pour les professionnel·le·s de santé.

Suite à cette partie sur les politiques publiques de santé et sur les dilemmes éthiques qu'elles soulèvent, la discussion s'est tournée vers les pratiques de terrain. La table ronde suivante s'est concentrée sur les passerelles et les formes d'accompagnement disponibles pour les professionnel·le·s exerçant en libéral, avec un focus particulier sur l'interprétariat, la médiation en santé, la revalorisation, ainsi que la nécessité de former et de sensibiliser à ces pratiques à travers une formation continue.

TR3 : Travailler en libéral : les passerelles et formes d'accompagnement possible

I. Interprétariat

L'interprétariat en santé est un dispositif qui permet d'assurer une prise en charge médicale pour les patient·e·s ne maîtrisant pas la langue française. Lors de cette table ronde, plusieurs professionnel·le·s de santé, ont partagé leurs différentes expériences.

Delphine Payen Fourment, directrice de la PASS de Ville de Marseille, explique son principe ; *c'est la transposition en médecine de ville du concept de pass hospitalière, donc l'idée c'est de permettre l'accès immédiat et sans frais à des soins de ville, à des personnes qui n'ont pas de protection maladie le temps qu'elles en obtiennent une.*

Dans le cadre de la PASS, un dispositif d'interprétariat est mis à disposition des professionnel·le·s de santé pour les patient·e·s qui leur sont adressé·e·s. Ce service, fourni par Osiris Interprétariat, est utilisé surtout pour des soins spécifiques, comme les soins dentaires, et peut être sollicité en présentiel ou à distance. Cependant, encore peu de professionnel·le·s

utilisent cet outil. Cela s'explique notamment par le fait que ce service n'est pas pérenne : il s'arrête une fois que la prise en charge en PASS de ville est terminée. Cette absence de continuité décourage certain·e·s professionnel·le·s de santé d'y recourir.

Aimee Ndizeye, responsable de l'antenne de Redon pour le Dac'Tiv (DAC Dispositif d'Appui à la Coordination en territoires d'Ille-et-Vilaine) explique que lorsqu'il y a un risque de rupture de parcours de soin, les professionnel·le·s contactent les interprètes du RLG. Le Dac'Tiv dispose d'une enveloppe budgétaire pour financer cette mission. Cependant, elle a constaté que ce dispositif est encore peu connu et sous-utilisé par les professionnel·le·s de santé.

Des référents parcours sont alors parfois mobilisés afin d'accompagner les personnes lors d'une consultation pour informer le praticien que le service interprétariat existe et qu'il peut y avoir recours. Ces référents parcours peuvent également accompagner la personne lui permettant ainsi de se sentir plus en confiance avec l'interprète.

L'objectif de Dac'tiv est donc de mieux informer les professionnel·le·s du secteur sanitaire, médico-social et social pour qu'ils prennent connaissance des outils disponibles, comme l'interprétariat, et qu'ils puissent les utiliser dans leur pratique.

L'interprétariat en santé est un service nécessaire, mais son utilisation reste limitée par un manque de continuité et de connaissance de la part des professionnel·le·s de santé. Une sensibilisation est donc importante afin de maximiser le recours à ce dispositif et garantir une bonne prise en charge des patient·e·s non francophones.

II. Médiation en santé

A la PASS de ville de Marseille, une médiatrice a pour mission d'accompagner physiquement les patient·e·s les plus vulnérables lors de leurs rendez-vous médicaux. Cet accompagnement est aussi l'occasion de sensibiliser les professionnel·le·s de santé aux difficultés d'accès aux soins que rencontrent ces patient·e·s. A titre d'exemple, les médiateur·rice·s peuvent discuter avec les dentistes des alternatives à la prescription de bains de bouche, qui ne sont pas pris en charge par l'AME, afin de trouver des solutions adaptées.

Aimee Ndizeye a poursuivi en précisant le rôle des médiateur·rice·s en santé sur le territoire,

dans le cadre de Dac'Tiv. Rennes est la seule antenne du Dac'Tiv à compter une médiatrice en santé. Le principe de subsidiarité des DAC signifie qu'elles doivent travailler en coordination avec les professionnel·le·s dont c'est la mission, sans se substituer à eux. L'idée est de collaborer pour chaque situation singulière, évaluer ce qui fonctionne ou non, et tisser des liens avec le droit commun.

Caroline Jehanno, Médecin dans le cadre du dispositif CIME (Consultation avec interprète en médecine de ville), a ajouté que, dans le cadre de l'ASVB, une médiatrice intervient spécifiquement sur le territoire de Villejean/Beauregard. Elle assure un accompagnement individuel des habitant·e·s et des usager·ère·s de la MSP, en soutenant les professionnel·le·s de santé et les travailleur·se·s sociaux ; l'idée *c'est d'avoir un suivi de proximité, sur le territoire, individualisé, de courte durée puisque l'objectif c'est de mener à l'autonomie des personnes*. Son travail permet de lever les barrières d'accès aux soins, notamment en facilitant l'interprétariat et en accompagnant les patient·e·s lors de consultations chez des spécialistes, ce qui peut contribuer à les protéger des discriminations.

III. Revalorisation

La question de la revalorisation des consultations est examinée dans le contexte de l'émergence de nouveaux outils destinés à soutenir les professionnels de santé, en particulier les médecins libéraux.

L'exemple de la prise en charge des addictions est donné par l'exemple de « l'ex-Réseau addiction 35 », actuellement intégré à la Dac'tiv). La revalorisation des consultations pour les médecins relais, soutenue par Dac'tiv, a été instaurée pour compenser le temps supplémentaire consacré aux patients souffrant d'addictions, souvent en dehors de leur patientèle habituelle. Aimee Ndizye a expliqué que cette revalorisation, inscrite dans une enveloppe budgétaire dédiée, vise à répondre efficacement aux demandes urgentes de soin. Lorsqu'une personne décide d'entamer un parcours de soin, il est crucial d'agir rapidement. La cellule de coordination d'appui en addictologie organise alors une consultation d'évaluation et d'orientation, réalisée par un·e médecin formé·e spécifiquement par la cellule, dans un délai de 2 à 7 jours. Si une hospitalisation pour sevrage est nécessaire, la cellule coordonne également cette étape ainsi que le suivi. Se pose alors la question de développer un dispositif équivalent concernant les patients

primo-arrivants.

Caroline Jehanno explique que la revalorisation est un outil pour *faciliter la prise en charge en médecine de ville*. Dans le cadre du dispositif CIME, deux types de consultations sont revalorisées à hauteur de 25 €, en plus des 26,50 € déjà couverts par le droit commun. Cette revalorisation permet aux médecins de prendre le temps nécessaire, souvent une heure, pour écouter et accueillir les demandes des patient·e·s, même si celles-ci ne sont pas toujours clairement exprimées. En libéral, où le temps est souvent compté, il est important d'entendre les parcours de vie des patient·e·s, de dépister les violences, de faire un point sur leur santé psychologique, et d'expliquer les possibilités de prise en charge en santé mentale.

IV. Formation continue

Les échanges sur la formation continue mettent en lumière l'importance de la formation pour les professionnel·le·s de santé, en particulier les médecins généralistes, pour qu'ils soient mieux équipé·e·s pour prendre en charge les patient·e·s en situation de vulnérabilité.

Mathilde Besselièvre, modératrice de la table ronde et coordinatrice DATASAM dans le territoire de Vannes, a introduit le sujet en soulignant la nécessité de sensibiliser, former, et rassurer les médecins, ainsi que de leur fournir les outils nécessaires pour aborder les complexités des parcours de soin.

Aimee Ndizeye explique l'importance de sensibiliser les médecins au cours de leurs études à la faculté. Effectivement, aujourd'hui, la prise en charge ne se limite plus aux soins médicaux ; *Prendre en charge ne passe pas que par le soin, il est important de considérer l'ensemble du panel du parcours de santé, qui passe également par le social, la famille...*

Caroline Jehanno ajoute que dans la formation initiale, il est important d'introduire la notion des inégalités sociales de santé. En médecine générale, la formation est axée sur la prise en charge de la complexité avec une approche globale qui ne se limite pas au soin médical, mais inclut aussi les aspects sociaux, psychologiques, et juridiques. La complexité concerne autant les patient·e·s exilé·e·s que les patient·e·s âgé·e·s en situation de précarité. Cependant, il n'existe pas encore d'enseignement spécifique sur la prise en charge des patient·e·s exilé·e·s,

bien que cette dimension s'intègre dans les cours sur la vulnérabilité.

Caroline Jehanno souligne également l'importance de la pratique, notamment grâce aux stages, où les internes en médecine peuvent être formé·e·s à l'interprétariat dans des environnements comme les PASS ou les cabinets des médecins CIME.

Pour elle, il est essentiel de connaître les outils et dispositifs disponibles, comme l'interprétariat, et de savoir comment travailler avec un·e interprète. Il faut aussi aborder des spécificités telles que la santé mentale, le dépistage des violences, et les bilans de dépistage des maladies infectieuses. Les patient·e·s n'auront pas toujours accès à un·e psychologue, donc les accompagner nécessite un soutien adapté.

Mathilde Besselièvre conclut en rappelant que les maladies infectieuses, par exemple, sont des problèmes que l'on retrouve chez tou·te·s les patient·e·s, tout comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires. Elle a soulevé l'idée que le message à transmettre aux médecins devrait être celui de normaliser la prise en charge de ces patient·e·s. La prise en charge des patient·e·s vulnérables n'est pas fondamentalement différente de celle des autres patient·e·s, si ce n'est la barrière de la langue, leur contexte socio-administratif et des problématiques de santé mentale en lien avec les traumatismes vécus. Enfin, il est important de rappeler que selon la déontologie, les médecins doivent recevoir tou·te·s les patient·e·s sans discrimination.

Après avoir abordé les leviers permettant aux professionnel·le·s libéraux de faciliter leur pratique, nous allons aborder la dimension collaborative dans la prise en charge. La quatrième table ronde s'est concentrée sur le travail en équipe et l'intégration des réponses dans la prise en charge des patient·e·s, en s'inspirant des principes de la santé communautaire.

TR4 : Travailler en équipe : les réponses "intégrées" dans la prise en soin des patient.es, l'inspiration de la santé communautaire.

I. La santé communautaire : en théorie

L'OMS définit la santé communautaire comme : "Le processus par lequel les membres d'une collectivité géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires

et participent activement à la mise en place, au déroulement, à l'évaluation des actions les plus aptes à répondre à ces priorités.”

Jérôme Host, co-fondateur de la case de santé à Toulouse souligne que la santé communautaire repose sur l'idée que *la santé n'est pas uniquement l'absence de maladie, ce n'est pas uniquement l'aspect curatif pour être en bonne santé, mais continuer aussi à vouloir avoir un toit, un travail, accéder à culture etc.* Ce concept implique que les membres d'une communauté participent activement à la gestion de leur propre santé, en prenant en compte leurs besoins globaux et en collaborant pour améliorer leurs conditions sociales et économiques.

Il explique que, au niveau international, des études montrent que le système de santé ne représente qu'entre 8 % à 15 % de la prise en compte des problématiques de santé globale des populations. En effet, même avec un système de santé idéal, sans problème de non recours, en étant suivi au bon moment et par la bonne personne, sans violence ni discrimination, cela ne réduirait que de 8 % à 15 % la mortalité évitable et les problèmes de santé prématurée. Cela signifie que les principales causes des problèmes de santé et des inégalités sociales résident dans les conditions de vie des individus. Il constate également que les personnes qui fréquentent les structures de soins ne viennent pas uniquement pour des raisons médicales, mais cherchent également une solution à des problèmes sociaux plus larges. Par exemple, un.e patient.e présentant un diabète déséquilibré mais vivant dans la rue aura besoin de soutien pour trouver un logement avant d'ajuster son traitement.

Ce principe souligne que la santé communautaire nécessite une approche intégrée, prenant en compte les déterminants sociaux de la santé.

Créer un climat de confiance est essentiel. Pour y parvenir, il est nécessaire de bâtir des relations solides avec les communautés locales et de les inclure dans le processus de soin. Historiquement, la santé communautaire s'est toujours appuyée sur des initiatives locales et des mouvements sociaux, tels que les Black Panthers ou Act Up, qui ont fondé des centres de santé pour répondre directement aux besoins des personnes concernées.

Nous étions convaincus qu'il était essentiel de ne pas agir à la place des gens, mais de travailler avec eux. Notre objectif était de co-construire, de collaborer étroitement avec les personnes, en leur donnant une place active dans le processus. Nous voulions véritablement construire ensemble, en tenant compte des besoins et des contributions de chacun.

II. La santé communautaire : en pratique

Le centre de santé communautaire le Village 2 Santé à Echirolles comporte 3 volets de prise en charge :

Un volet accueil ; *un lieu d'accueil qui est en même temps une salle d'attente, mais aussi un lieu de convivialité, un lieu où l'on peut venir parce qu'il y a de la lumière et rencontrer des personnes et des professionnels qui ont du temps et de l'énergie pour faire le premier accueil inconditionnel, pour faire de l'écoute active, pour comprendre les enjeux.*

Un volet sanitaire ; le centre de santé est composé de cinq médecins généralistes, d'un kinésithérapeute, une orthophoniste, une infirmière en éducation thérapeutique.

Un volet social ; social au sens relationnel, qui est composé de deux travailleuses sociales, une médiatrice de santé-pair, ancienne patiente recrutée dans l'équipe, et une conseillère conjugale et familiale à mi-temps et appelée "accompagnante à la vie relationnelle".

Benjamin Cohadon coordinateur du Village 2 Santé explique que l'idée, *c'est de créer une symbiose entre ces professionnel-le-s et ces volets avec un même objectif qui est l'éducation populaire en santé, c'est à dire comment on permet à des personnes d'avoir du poids sur des problématiques de santé qui les concernent.*

Elinore Lapadu-Hargues, Médecin au centre de santé communautaire du Blosne nous explique son fonctionnement : le centre communautaire du Blosne, comme celui du Village 2 Santé, est en autogestion horizontale. Les professionnel-le-s disposent de 4 heures de réunions par semaine pour discuter des thématiques et de la gestion collective, ainsi que des réunions de concertation pour traiter des situations complexes.

Avec la Case de santé, Jérôme Host explique qu'ils essayent de faire un modèle qui vise le droit commun, *l'idée c'était pas de créer un dispositif spécifique, c'était vraiment de réfléchir à une alternative d'un modèle, d'un lieu de santé de premier recours.*

III. Bénéfices pour toustes (et perspectives)

Martin Molina, médecin au RLG et modérateur de cette table ronde rebondit sur l'idée que l'approche de la santé communautaire ne se limite pas à soigner les patient.e.s, mais elle soigne également les professionnel·le·s. Il existe de nombreux professionnel·le·s en souffrance qui ne se reconnaissent pas dans le système, qui ne s'épanouissent pas au travail et qui en découvrant la santé communautaire ont trouvé un moyen de soigner comme iels le souhaitaient, se « soigner eux même » et ainsi essayer de « soigner la société ». Iels se sont réuni.e.s principalement en raison de diverses expériences douloureuses dans les parcours professionnels.

Dans sa réflexion sur la santé communautaire, Jérôme Host explique être parti sur la base de *comment on lutte contre les inégalités sociales de santé qui ne sont en fait que la traduction dans le corps des inégalités sociales*. Tout en faisant le constat que *les professionnel·le·s aussi sont tributaires du système de santé*. Ils ont cherché aussi à agir, à créer des conditions de travail qui leur paraissent satisfaisantes dans un ordre professionnel.

C'est ainsi que s'est organisée une rencontre de plusieurs professionnel·le·s avec un socle de valeurs en commun : une volonté de changement social, une lutte pour un système de santé plus équitable et une quête de davantage d'égalité des droits.

Benjamin Cohadon, explique que le projet un Village 2 Santé a commencé avec *un groupe de personnes qui savaient qu'elles ne voulaient pas exercer de la façon dont c'était proposé dans le cadre du système de santé*. C'est en s'inspirant du modèle de la Case de santé à Toulouse qu'ils ont pu eux aussi créer leur structure.

Le partage est nécessaire, le partage d'idées, de savoirs, de pratiques. Avoir des espaces pour créer *des stratégies collectives*.

Une vision autogestionnaire permet également une horizontalité dans les pratiques. C'est le cas au Village 2 santé, c'est-à-dire que ce sont les professionnel·le·s, les travailleur·se·s du village qui gèrent leur lieu de travail ; les salaires sont égaux, parce qu'iels considèrent que le travail d'accueil est aussi important que le travail des médecins. Ainsi, cela a de nombreux aspects très positifs sur l'engagement des équipes dans la problématique : *L'idée, c'est vraiment de comprendre que le travail d'équipe, il est poussé dans une idée vraiment très très loin, d'enlever des barrières des métiers et de s'épauler les uns/unes et les autres*.

Conclusion

Jean Marc Chapplain, qui a conclu cette journée, nous a partagé un constat : des journées comme celles-ci permettent d'illustrer la complexité croissante des défis auxquels sont confronté·es les professionnel·les de la santé et du travail social dans un contexte où il existe *un décalage entre des politiques migratoires qui utilisent la politique de santé à des fins de restriction*, et les besoins des professionnel·les qui cherchent à offrir une prise en charge adaptée.

L'analyse des dispositifs, notamment de l'AME, a révélé un décalage préoccupant entre les besoins de santé d'une population vulnérable et les contraintes administratives imposées par des politiques publiques de plus en plus restrictives. Cette situation met en difficulté les professionnel·les qui, malgré ces obstacles, continuent de s'efforcer d'offrir une prise en charge adaptée à chaque patient·e.

Les discussions de cet après-midi ont également souligné l'importance de repenser l'organisation des soins, en particulier dans le cadre de la médecine générale. Il est encourageant de constater que de plus en plus de jeunes médecins s'organisent en collectif et se pluri-professionnalisent ; *cela offre justement des réponses multidisciplinaires à des situations qui le méritent*.

L'exemple de la PASS de ville de Marseille illustre bien comment des dispositifs intégrés peuvent se fondre dans la pratique quotidienne des médecins, améliorant ainsi la coordination des parcours de santé tout en évitant de surcharger les professionnel·les.

Il est nécessaire de *bien se coordonner et de fluidifier ces parcours de santé déjà existants, mais sans trop alourdir la prise en charge*.

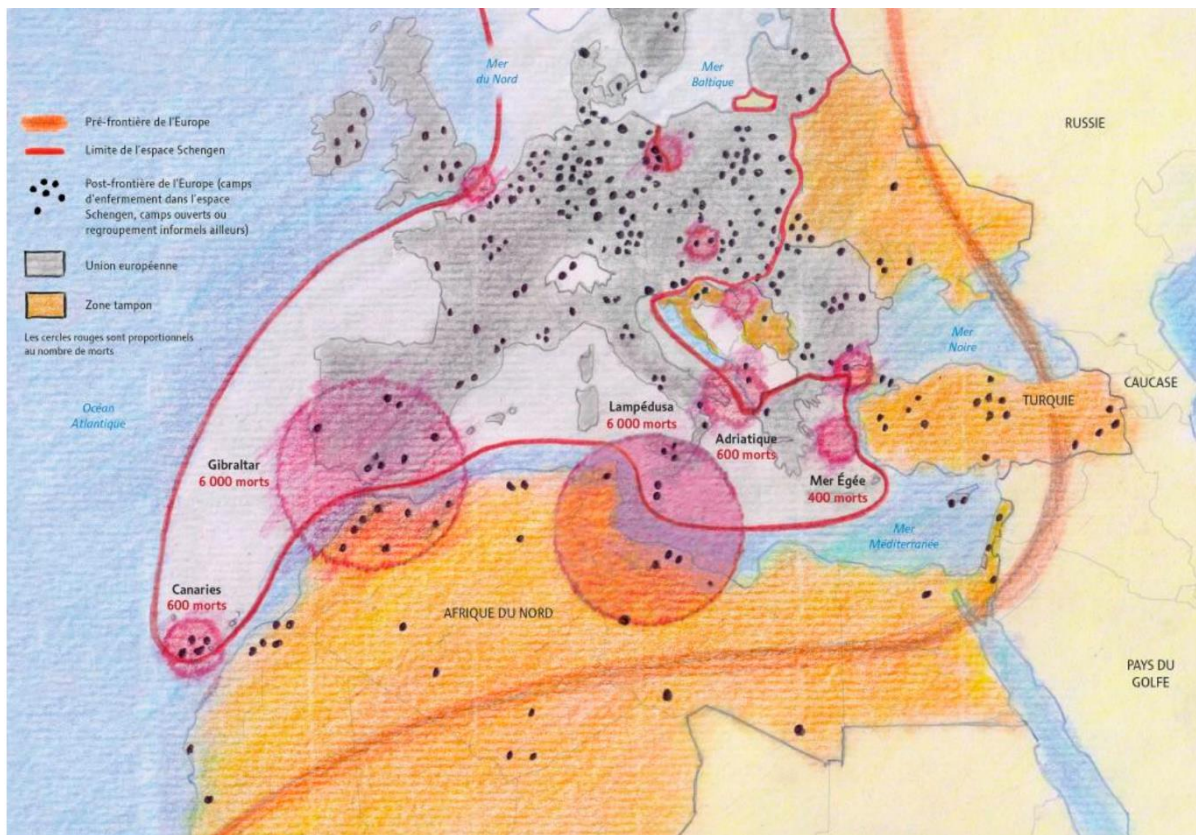
Cette journée a également mis en avant la nécessité de formations pour s'adapter à la patientèle et aux nouvelles réalités.

Enfin, des interventions ont rappelé l'importance de considérer les patient·es comme des partenaires à part entière dans le processus de soin ; *chacun·e a son expérience qu'il est important aussi d'écouter*. L'expérience patient·e est très importante pour établir une relation de confiance et améliorer la qualité de l'accompagnement social.

Ce colloque a ainsi permis de dégager plusieurs pistes de réflexion et d'action pour améliorer l'organisation des soins et l'accompagnement des populations vulnérables. Les solutions existent, comme en témoignent les initiatives présentées, et il est important de continuer à les explorer et à les partager lors de rencontres comme celle-ci.

Annexe

Carte (2)



Carte (3)

