



« Santé des migrants, mineurs et majeurs : quels accompagnements ? »

Samedi 24 septembre 2022

**Conseil Départemental 54
48, Esplanade Jacques BAUDOT
NANCY**

ACTES DE LA JOURNEE

SOMMAIRE

Programme de la journée	page 3
Préambule	page 5
Discours d'ouverture	page 6
Evolution du droit à la santé des étrangers et repères déontologiques Dr Arnaud VEÏSSE	page 8
Les questions liées à l'interprétariat Dr Yvon RUCH	page 16
Table Ronde N°1 « Approche du parcours de soins »	page 18
Association « Initiales » Présentation d'un film et d'un livre réalisé avec des MNA	page 23
Table Ronde N°2 « Santé et sexualité »	page 25
Table-ronde N°3 « Santé mentale »	page 31
Conclusion par le Dr Arnaud VEÏSSE Grand témoin de la journée	page 38
Conclusions de la journée	page 40
Les contacts	page 41

« Santé des migrants, mineurs et majeurs : quels accompagnements ? »

Samedi 24 septembre 2022

**Conseil Départemental 54
48, Esplanade Jacques BAUDOT
NANCY
(Parkings accessibles à l'intérieur du CD54)**

La santé physique ou mentale des personnes migrantes, au regard souvent de leur parcours, est une préoccupation quotidienne pour les institutions et leurs personnels, ainsi que pour les associations, les professionnels et les bénévoles qui œuvrent à leurs côtés. Nous vous invitons à partager les réflexions de ces acteurs et leurs initiatives, afin d'envisager les développements possibles.

Grand témoin de la journée : Dr Arnaud VEISSE, médecin et Directeur général du COMEDE (Comité pour la santé des exilés)

8h30 : Accueil

9h : Mme Marie-José AMAH, Vice-Présidente du Conseil départemental
M. Gérard TOUSSAINT, Président de Citoyenneté Active Lorraine (CAL)

9h30 : Conférence de M. Arnaud VEISSE, Directeur général du COMEDE
« Evolution du droit à la santé des étrangers et repères déontologiques »

10h30 : Les questions liées à l'interprétariat. M. Yvon RUCH, médecin interniste et secrétaire de Migrations Santé Alsace

11h : **Table Ronde « Approche du parcours de soins »**

Dr Françoise MAISSE, médecin du Réseau Educatif de Meurthe & Moselle (REMM)

Mme Maryline NOEL, infirmière REALISE

Mme Aude LAURENT, cheffe de service PADA, ARS

Mme Nadège DROUOT, coordinatrice régionale Lorraine Médecins du Monde

Dr Marie-Julie JACQUES, Cabinet Le Maine, CTPS

M. Jérémie JACQUES, « Réciprocité »

M. Rodrigue VARNIER, responsable PASS « Michel Maignan » et maternité, coordinateur parcours de santé/publics précaires

Grand Témoin : M. Mathieu KLEIN, Président du Haut Conseil du Travail Social, Maire de Nancy (sous réserve)³

Animation : M. D. POISSON, vice-président Citoyenneté Active Lorraine

12h30 : Buffet par « Fleur de sucre »

Projection en boucle de vidéos réalisées avec de jeunes migrants nancéens

13h30 : Présentation de film et livre réalisés avec des MNA. Association INITIALES

14h : Table Ronde « Santé et sexualité »

Mme Carole MIGLIERINA, chef de service AHI / ARELIA

Mme Michèle MONFORT, infirmière REMM-« SAMixité »

Mme Valérie GEORGES, Gynécologie sans Frontières

Mme Manon LECLERC, Association Libert'Elles

M. Frédéric LABICH, ANTIGONE, service de l'ARS

M. Ibrahim SEYNI-MOUSSA, Association EQUINOXE

Grand Témoin : Mme Marie-José AMAH, vice-présidente du CD54 déléguée à la protection de l'enfance et à la famille

Animation : Mme Katia DELECROIX, directrice Pôle Demande d'Asile ARS

15h15 : Table Ronde « Santé mentale »

Mme Laetitia BROUILHET-LABOISSIERE, psychologue clinicienne, REALISE

Equipe Mobile d'Intervention en Ethnopsychiatrie

Mme Nadia MARC, psychologue, Consultation psycho-traumatisme

Dr Bernard NORROY, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

Mme Jeanne FRANCHET, infirmière, Equipe Mobile Ados

Grand Témoin : Dr Djamel RADJI, psychiatre vice-président Migrations Santé Alsace

Animation : M. Guy DIDIER, administrateur ORIV, membre de CAL

17h : Conclusion

Dr. Arnaud VEÏSSE, Directeur du COMEDE

Participation pour la journée : 15€ (buffet inclus). Règlement sur place.

Inscriptions : Denis POISSON. Tél : 06 08 61 93 25

Mail : dpoisson@wanadoo.fr

Pendant quelques jours, l'exposition de Pascal BLANCHARD « Portraits de France » sera visible dans les locaux du Conseil départemental (Espace « La Rue »)



Préambule

Cette journée du 24 septembre 2022 fait suite aux rencontres du 16 mars 2019 qui ont réuni près de 140 participants au Centre des Ecraignes, mis gracieusement à notre disposition par la mairie de Villers-Lès-Nancy, sur le thème « **Migrations : quelles actions citoyennes ?** ».

La période de pandémie nous a naturellement empêchés de programmer d'autres rencontres plus proches.

Cette nouvelle journée sur le thème « **Santé des migrants, mineurs et majeurs : quels accompagnements ?** », avec 130 inscriptions, montre de nouveau à quel point les questions de migrations mobilisent, tant les partenaires institutionnels que les bénévoles associatifs et quel que soit l'angle retenu. Bien sûr, le Groupe Organisateur (voir la composition avec les logos figurant en 4^{ème} de couverture) aurait aimé aborder d'autres sujets autour du thème de la santé (Vieillesse, handicap,...) mais il a fallu faire des choix.

Lors d'une rencontre de présentation de l'association Citoyenneté Active Lorraine, Madame Chaynesse KHIROUNI, présidente du conseil départemental de Meurthe & Moselle, nous a spontanément proposé de nous accueillir gracieusement dans ses locaux, ce dont nous tenons à la remercier de nouveau.

Soulignons également la mise à disposition pour cette journée, grâce au Réseau Mémoire et Histoire de l'Immigration Grand-Est, de l'exposition « Portraits de France » réalisée par l'historien Pascal BLANCHARD et son équipe de chercheurs, l'ACHAC.

Nous espérons que la lecture de ce document de synthèse permettra à chacun de retrouver les éléments-clés qui ont jalonné ces rencontres particulièrement riches en informations et en développement des partenariats.

Pour le Groupe Organisateur
Denis Poisson
Vice-président Citoyenneté Active Lorraine

Discours d'ouverture



Gérard TOUSSAINT, président de Citoyenneté Active Lorraine, ouvre la journée en remerciant tout d'abord la présidente du conseil départemental, Chaynesse KHIROUNI, pour avoir spontanément et chaleureusement proposé les locaux du Département pour la tenue de cette journée. Il remercie également Marie-José AMAH, vice-présidente en charge de la protection de l'enfance, pour sa présence à ses côtés.

L'assemblée de plus d'une centaine de personnes montre tout l'intérêt pour le sujet du jour, et il remercie les partenaires institutionnels et associatifs du groupe organisateur pour leur investissement dans la préparation, Citoyenneté Active Lorraine n'en étant que le coordinateur.

Il remercie également pour leur présence l'association Initiales et le Réseau Mémoire et Histoire de l'Immigration en Grand Est, qui ont permis de mettre à disposition des participants l'exposition de Pascal BLANCHARD sur les « Portraits de France », visible dans ces locaux.

Ils sont également venus de Chalons avec une équipe éducative et de jeunes témoins qui nous présenteront leurs réalisations littéraires et visuelles.

Il rappelle ensuite que Citoyenneté Active Lorraine a été créée il y a maintenant 7 années, avec le soutien fort de la préfecture de l'époque, à la suite des attentats de Charlie Hebdo et de l'Hyper Kasher, pour promouvoir, avec de nombreux membres engagés, les valeurs de la République, la laïcité et la citoyenneté dans une approche universaliste. L'idée force est de se rencontrer, de comprendre et d'agir. C'est tenter de rassembler chercheurs, décideurs et acteurs pour une meilleure action concertée, en espérant que cette journée participera à concrétiser cette ambition.

En conclusion, il invite à consulter le site « *citoyenneteactivelorraine.fr* », riche en informations et en dossiers qui éclairent sur le travail de l'association.

Marie-José AMAH, vice-présidente du Conseil départemental de Meurthe & Moselle, déléguée à la protection de l'enfance et à la famille, souhaite la bienvenue à tous les participants, dans la maison commune du Département. Elle salue la richesse et la diversité du programme proposé et annonce les Journées départementales de la protection de l'enfance qui se dérouleront fin novembre dans ces locaux.

Elle rappelle l'engagement du Département dans la prise en charge de 250 MNA et 345 jeunes majeurs, soit près de 600 jeunes étrangers sur 2500 mineurs pris en charge au titre de la protection. Elle informe également que l'assemblée départementale a voté récemment la possibilité d'accompagner ces jeunes jusqu'à 25 ans dans certaines circonstances, allant ainsi au-delà des dispositions de la loi Taquet de février 2022.

Elle réaffirme que ces jeunes ont effectivement besoin de protection, au regard de leurs parcours bien souvent jalonnés de drames et de blessures, tant physiques que psychiques et qu'il convient de prendre en compte leur histoire, de leur garantir un accompagnement éducatif, des soins et le droit au séjour. Mais la barrière de la langue est souvent un obstacle supplémentaire, il en sera question ce matin.

Le Réseau Educatif de Meurthe & Moselle effectue un accueil inconditionnel, les droits à la santé sont rapidement ouverts et l'accompagnement éducatif, médical et paramédical est mis en route.

Des améliorations sont bien sûr possibles et cette journée permettra de dégager des pistes. Il faudrait sans doute créer des lieux de soins, le COMEDE nous éclairera sur ces questions. Il faut considérer que près de 25% des jeunes présentent des troubles psychiques et on sait combien la pédopsychiatrie est en souffrance actuellement.

Il reste enfin le délicat problème de la rupture quasi systématique des parcours à l'issue de la prise en charge par le Département, à 18 ou 21 ans. Cette rupture interroge la cohérence des parcours de ces jeunes et l'investissement des équipes. Elle interroge au fond le sens de l'action éducative, sanitaire et psychologique.

La mobilisation citoyenne est la preuve qu'il y a d'autres solutions que le rejet. Il faut aujourd'hui un débat apaisé et intelligent.

Marie-José AMAH conclut en affirmant que le Conseil départemental saura s'appuyer sur les réflexions issues de cette journée d'étude et de travail.

Evolution du droit à la santé des étrangers et repères déontologiques

Dr Arnaud VEÏSSE



Dr Arnaud VEÏSSE, Directeur général du Comede (Comité pour la santé des exilés), à partir de l'expérience du Comede, dresse un panorama de l'évolution du droit à la santé des étrangers, en matière d'accès aux droits et aux soins, et indique les repères déontologiques qui permettent aux soignants, et par extension à l'ensemble des équipes médico-psycho-sociales actives sur le plan de la santé, de s'appuyer sur des textes existants pour mener leurs missions, dans un contexte tendu avec des objectifs divergents, d'une part de protection de la santé, et d'autre part de contrôle de l'immigration.

I) Présentation du Comede : dispositif d'intervention et d'observation de la santé des exilés

L'association Comede existe depuis 43 ans, et a pour mission d'« *agir en la faveur de la santé des exilés, et de défendre leurs droits* ». Le terme « *exilé* » souligne l'expérience traumatique de l'exil, sous toutes ses formes, quels que soient les motifs de la migration contrainte et du fait du retour impossible dans le pays d'origine, par les risques de persécutions ou de morts violentes, notamment pour les demandeurs d'asile. Il s'agit d'un terme qui englobe un ensemble de situations très diverses mais qui ne correspond pas à une catégorie administrative, dont on sait qu'elles ont beaucoup évolué ces dernières années, au fur et à mesure des politiques d'immigration. Le terme « *étranger* » est utilisé quand on parle de droit, car lié au statut administratif et à la nationalité.

Le Comede est un dispositif d'observation, qui recueille et analyse un certain nombre de données (socio-démographiques, facteurs de risques, état de santé), à partir de ses interventions de terrain (centres de soins et d'accompagnement en Ile-de-France, Saint-Etienne, Marseille et Cayenne), et de ses permanences téléphoniques nationales et régionales (que peuvent solliciter particuliers, professionnels, médecins, travailleurs sociaux, juristes / avocats, associations, citoyens actifs), afin de mettre en évidence les principaux besoins des personnes rencontrées.

(1) Un difficile « parcours d'intégration »

- **7 717 personnes accompagnées en 2021,**
- **de 129 nationalités différentes**, principalement Afrique de l'Ouest (36%, Guinée, Côte d'Ivoire, Mali), Afrique du Nord (18%, Algérie), Afrique centrale (14% Congo RD), Asie du Sud (11%, Bangladesh), Europe de l'Est (6%), Asie centrale et Europe de l'Ouest (3%). Ces données montrent une réalité toute autre que celle montrée dans les media, s'agissant de migrations plus variées et plus anciennes que les grands et graves mouvements de populations récents ;
- **récemment arrivées en France**, rencontrées le plus souvent au début de leur parcours d'intégration, lorsqu'elles sont en plus grande vulnérabilité ;
- **avec un certain niveau de formation initiale** : 63% ont complété le cycle scolaire, dont 19% avec une formation universitaire ; Ces données vont à l'encontre de stéréotypes et montrent l'ampleur du gâchis pour les personnes concernées, du fait de leurs difficultés d'insertion (non-reconnaissance de leurs diplômes par exemple, pas d'autorisation de travail), alors qu'en

travaillant, elles pourraient subvenir directement à leurs besoins et contribuer aux ressources globales de la société ;

- **en situation de séjour précaire pour plusieurs années** : il s'agit en partie de personnes sans-papiers, dont il est difficile d'avoir le nombre, mais aussi d'étrangers avec des titres de séjour précaires (environ 800 000 personnes avec des cartes de séjour temporaire, des autorisations provisoires de séjour sans autorisation de travail, des convocations à la préfecture, etc.), lesquels maintiennent les personnes dans une grande précarité avec une complexité croissante pour bénéficier des droits sociaux assortis à ces documents, c'est le cas de la protection maladie en particulier ; avec peu de perspectives, sans aucune garantie en terme de renouvellement, qui peut durer plusieurs années.

(2) Un cumul de vulnérabilités

Le Comede relève que si une partie des besoins de santé sont liés aux violences, persécutions, depuis le pays d'origine ou pendant le parcours d'exil (pour exemple des mineurs non accompagnés qui sont 80% à avoir survécu à un naufrage en Méditerranée), **la santé continue aussi d'être altérée par des facteurs de vulnérabilité, liés aux conditions de survie en France.**

Il a identifié 8 critères de vulnérabilité, lui permettant de déterminer le niveau de détresse sociale des personnes rencontrées, soit 23% de la totalité des patients qui cumulent au moins 5 critères : (1) Sans ressources ; (2) Séjour précaire ; (3) Sans protection maladie ; (4) Logement ; (5) Allophones ; (6) Isolement relationnel ; (7) Difficultés de déplacement ; (8) Obstacles alimentation

Cf rapport d'observation du Comede, pour la version détaillée des données, en téléchargement gratuit sur le site de l'association

(3) Un parcours de violences, qui augmentent les psychotraumatismes

- L'expérience de l'exil, une migration plus douloureuse que d'autres : ruptures, pertes et deuils multiples
- Violences : plus de 80% parmi les demandeurs d'asile, 65% pour l'ensemble des exilés
- Tortures (violences intentionnelles) : 21% des demandeurs d'asile, 15% pour l'ensemble,
- Violences de genre (mariages forcés, excision, viols...) : 30% des femmes
- Poursuites des violences en France : 15% des femmes enceintes le sont à la suite de viol sur le territoire français
- Enfermement (prison au pays, séquestration sur le trajet, zones d'attentes, rétention)

Pour autant, si la grande majorité des personnes a subi des choses épouvantables, le Comede constate la **très grande résilience** des personnes rencontrées. « **Les gens dont on parle sont des survivants et vont étonnamment bien par rapport à ce qu'ils ont subi** ». Une partie non négligeable de ces personnes n'a *a priori* pas besoin d'une prise en charge spécialisée en santé mentale, mais du reste, c'est à dire de bilans de santé, de dépistages d'autres maladies, de la sécurité sociale, de l'accès aux soins...

(4) La maladie, une nouvelle épreuve

Il est important de pouvoir proposer rapidement, comme le préconise le ministère de la Santé, un bilan de santé, auquel les personnes doivent consentir librement. Les bilans de santé ne sont souvent pas proposés, ou de manière incomplète dans un certain nombre de dispositifs de soins. C'est malheureusement le plus souvent quand la maladie apparaît avec ses complications que l'on se rend compte du dommage de ne pas avoir dépisté plus tôt telle ou telle maladie grave que l'on pourrait mieux soigner.

- **Fréquence importante des maladies chroniques** : 40% (maladies cardiovasculaires, diabète), troubles psychiques 35% (psychotraumatismes), maladies infectieuses 25% (VHB, VIH, VHC, tuberculose), et également de plus en plus de cancers ;
Contrairement à certaines idées reçues, ce ne sont pas les maladies infectieuses les plus fréquentes, mais les maladies chroniques (l'OMS alerte sur « l'épidémie » des maladies non transmissibles, cause des trois quarts des causes de mortalité prématurée dans le monde, ce qui est donc aussi vrai pour les personnes exilées) ;
Les maladies infectieuses sont importantes à dépister et à soigner mais ne représentent finalement qu'un quart des maladies graves chez les personnes exilées. La tuberculose apparaît 100 fois moins qu'une maladie cardiovasculaire ou un diabète ;
- **Découvertes en France dans 80% des cas, souvent tardivement sur le parcours de soins** ; ce sont les maladies que l'on trouve quand on les cherche, mais la plupart des personnes qui en sont atteintes les ignorent ; cela ne veut pas dire non plus que les 20% qui connaissaient leur maladie sont venues en Europe et en France pour motif médical. Ce sont des données tout à fait utiles pour lutter contre les fantasmes des étrangers malades qui viennent en France se faire soigner. Il s'agit d'un fantasme, par rapport au nombre de personnes que cela représente, mais aussi par rapport au fait que ce n'est pas un problème de santé publique ;
- **Avec une surreprésentation de certaines maladies graves** : cancers, insuffisance rénale, maladies rares, pour des personnes par ailleurs confrontées à des refus ou de retard de prise en charge dans les hôpitaux publics, alors que le droit le prévoit.

II) Evolutions en matière d'accès aux soins et aux droits

Arnaud VEÏSSE fait état des principales évolutions ces 30 dernières années en matière d'accès aux droits et aux soins. A mesure que progressait l'accès aux soins théoriquement pour tous, se sont mises en place de plus en plus d'entraves à l'accès la protection maladie et donc aux soins pour une partie des étrangers.

(1) Accès à la protection maladie des étrangers : précarisation et restrictions progressives

- **Précarisation du statut des étrangers au cours des lois successives sur l'immigration depuis 30 ans**, avec ce paradoxe en matière de santé publique que ce sont les personnes les plus vulnérables qui rencontrent le plus d'obstacles à l'accès aux soins ;
- **De manière corollaire, restrictions progressives du droit à la protection maladie à l'encontre des étrangers**, concernant la sécurité sociale (1993, 1998) puis l'Aide médicale Etat (depuis 2003 jusqu'à ce jour) :
 - **1993 : Exclusion du droit à la Sécurité sociale des personnes sans-papiers**, alors que jusque-là, les sans-papiers qui travaillaient et qui par conséquent cotisaient, avaient la sécurité sociale ; les sans-papiers ont été renvoyés intégralement, même ceux qui travaillaient, sur l'aide médicale qui existait déjà (Il s'agit d'ailleurs d'une autre idée reçue : l'aide médicale n'a pas été créée en 1998 (au moment de la création de la CMU), mais existait déjà depuis un siècle (1893), pour les personnes indigentes françaises ou étrangères vivant en France ;
 - **1998 : Création de la CMU, Couverture Maladie dite « Universelle »**, progrès indéniable pour la majorité de la population en difficultés d'accès aux soins, mais pas si universelle, car elle n'a pas réintégré dans le droit à la sécurité sociale les personnes sans-papiers, et les a conduits **dans un dispositif parallèle, stigmatisant, réservé aux seuls sans-papiers, l'Aide Médicale d'Etat** ; cela a ouvert la voie de ce que l'on pouvait craindre et de ce que l'on observe depuis 2003, à savoir un enjeu politique et parfois politicien de restreindre petit à petit les droits à l'aide médicale des personnes sans-papiers.

- **2003 : Instauration d'un délai de résidence de 3 mois** avant de pouvoir bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat ; avant cette étape, c'était une logique de prévention et de coûts, en termes d'économie pour le système de santé, qui prévalait, valant mieux soigner les personnes quand elles étaient malades que d'attendre qu'elles soient encore plus malades et que cela coûte encore plus cher.
S'en est suivi un certain nombre d'autres réformes de plus en plus restrictives.
- **A cela se sont ajoutées au fil des ans des restrictions d'application du droit par les caisses de sécurité sociale**, en matière de CMU / Complémentaire santé solidaire, Aide Médicale d'Etat, Dispositifs soins urgents et vitaux (DSUV), avec pour effet un allongement des délais et un renvoi des personnes sur les urgences des hôpitaux ou les Permanences d'accès aux soins de santé d'ores et déjà saturées, alors que les personnes pourraient être soignées en médecine de ville, avant que leur état de santé ne s'aggrave.

Se référer aux rapports d'observations réguliers du Comede, Médecins du Monde, de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, pour avoir un détail des pratiques restrictives qui empêchent les personnes d'accéder à leurs droits.

(2) Une sécurité pas très sociale

- **2019 : Restrictions sans précédent à l'encontre des demandeurs d'asile et des sans-papiers, qui vont rester sans accès aux droits pendant plusieurs mois supplémentaires, avec l'instauration d'un délai de carence.**
Les demandeurs d'asile doivent maintenant attendre un délai de carence de trois mois pour pouvoir bénéficier de la Sécurité sociale, alors qu'ils n'avaient jamais été concernés par les restrictions de délais, notamment au titre de la Convention de Genève. C'est d'autant plus spectaculaire que ce délai de carence n'a pas été appliqué pour les exilés ukrainiens, qui ont eu heureusement le droit à la sécurité sociale et à des documents de séjour sans délai d'attente. Les Ukrainiens sont un bon exemple pour montrer qu'il est possible de respecter la Convention de Genève, quand on le veut.
- **Dysfonctionnements de certaines CPAM** : opacité des consignes et de la traçabilité des dossiers, restrictions de l'accueil du public, refus d'application des procédures d'instruction accélérée, exigences abusives de documents...

(3) Retards, refus et renoncement aux soins

Toutes ces restrictions conduisent à reculer le moment où les personnes auront des droits, avec un effet dramatique de renoncement et de retard de recours aux soins. Subsistent par ailleurs des refus de soins opérés par les professionnels de santé :

- **Des refus de soins « en ville »** : mis en évidence et documentés par des associations depuis une vingtaine d'années, mais aussi plus récemment par des organismes indépendants comme le Défenseur des Droits, à l'encontre des bénéficiaires de la CMU/CSS et de l'AME, alors que c'est illégal et qu'il s'agit de discrimination ;
- **Mais aussi à l'hôpital**, avec des retards et refus de soins aux conséquences médicales graves, pour des personnes étrangères récemment arrivées en France, dans l'attente d'ouverture de droits, dans un contexte de pression financière et parfois de discrimination à l'égard des étrangers.
Si la plupart des hôpitaux publics reçoivent et soignent les gens, il y a de plus en plus de témoignages d'acteurs, qui font état de conflits avec les directions qui disent ne pas pouvoir prendre en charge les personnes en l'absence de droits, alors qu'il existe depuis 2003 un dispositif spécifique, le dispositif soins urgents et vitaux (DSUV). Il ne s'agit pas d'une protection maladie mais d'un dispositif compensatoire, qui permet à l'hôpital de se faire

rembourser des frais engagés pour les personnes qui n'ont pas encore le droit à la Sécurité sociale ou à l'AME, et pour lesquelles l'absence de soins pourrait entraîner une altération grave et durable de leur état de santé. Il ne s'agit pas uniquement des « *soins urgents et vitaux* », comme son nom laisse à penser. Il est encore trop souvent peu mobilisé, et serait bien utile s'il était mieux appliqué.

Il faut distinguer le droit à la protection maladie du droit aux soins. Sur le plan déontologique, il n'est pas possible d'attendre de démarrer une prise en charge de personnes qui pourraient avoir une altération grave et durable de leur état de santé. Ces situations ne sont pas majoritaires mais sont extrêmement graves, avec des préjudices encore bien plus importants.

Se pose maintenant la question des missions respectives du ministère de la Santé et du ministère de l'Intérieur : **est-ce qu'il s'agit de protéger les malades ou contrôler les étrangers ?**

III) Protéger les malades ou contrôler les étrangers ?

Cette question est abordée au travers de la création des lois de 1997 conduisant à la protection contre l'éloignement des étrangers malades, puis à celle de 1998 leur reconnaissant le droit au séjour, ainsi que l'évolution au fil des ans du cadre d'application.

(1) Du droit à la santé des étrangers...

- **La loi de protection contre l'éloignement des étrangers malades (loi Debré de 1997) et celle leur reconnaissant le droit au séjour (loi Chevènement de 1998)**, ont été créées dans une logique de protection de la santé, avec des enjeux d'accès et de continuité des soins, qui prévalait sur le contrôle de l'immigration.

Le problème était le suivant : une personne a une maladie grave, elle est soignée en France, si elle est renvoyée dans son pays d'origine pour des motifs d'immigration, elle ne sera plus soignée. La question posée était de savoir quel est le préjudice. Si le préjudice est d'une exceptionnelle gravité, la loi de 1998 dit que cette personne doit continuer à vivre en France avec un titre de séjour. Ce critère était évalué par des médecins, dans le respect du secret médical.

La particularité de cette régularisation était que c'est la seule qui échappait en théorie au contrôle des services du ministère de l'Intérieur ; en effet, cela ne relevait pas d'une appréciation du ministère de l'Intérieur, mais de celle d'une équipe médicale, qui examinait si les critères médicaux de la loi étaient appliqués ou pas.

Cela a été appliqué de manière assez large jusqu'en 2003.

- **Des menaces et des premières restrictions d'application**, très fortes selon les préfectures, sont apparues en 2003, avant un changement de loi opéré en 2016 : pressions des services de l'immigration contre les médecins qui avaient pour mission d'évaluer ces critères médicaux, auxquels il était reproché de donner trop d'avis médicaux favorables et qui en appelaient à l'arbitrage de leur ministère de tutelle, celui de la Santé ; résistance des autorités de santé (circulaires Santé 2006, 2007, 2011) notamment pour les personnes vivant avec le VIH, qui rappelaient régulièrement, sous la pression amicale des associations, que la loi s'appliquait dans une logique de protection de la santé, et pas dans une logique de quotas d'immigration.

Mais dans le même temps, nous avons observé une main mise progressive du ministère de l'Intérieur sur les questions de santé des migrants.

(2) vers le « contrôle de l'immigration »

- **Mainmise progressive du ministère de l'Intérieur sur les questions de santé des migrants** depuis la création du ministère de l'Intérieur, de l'Immigration et de l'Identité nationale en 2007,

où un certain nombre de services et de budgets qui relevaient du ministère de la Santé ou des Affaires sociales ont été placés sous la coupe du ministère de l'Intérieur,

- **avec des conséquences assez graves notamment depuis la réforme de 2016**, qui a transféré l'évaluation médicale pour le droit au séjour pour raisons médicales à l'Ofii (Office français d'immigration et d'intégration), un organisme placé sous tutelle du ministère de l'Intérieur ; même si les critères et instructions du ministère de la Santé n'ont pas changé, le taux d'accord a chuté à la moitié des demandes, un quart pour les troubles psychiques ;
- Pour les personnes vivant avec le VIH, qui étaient historiquement traitées plus favorablement encore que les autres malades, on voit une **multiplication des avis médicaux défavorables, en contradiction avec les instructions du ministère de la Santé**. Ces personnes perdent leur titre de séjour, alors qu'elles étaient intégrées et pouvaient vivre normalement, elles ne seront pas pour autant soignées dans leur pays d'origine. Les avis défavorables sont rendus le plus souvent sur le motif de la possibilité de se soigner dans le pays d'origine, ce qui est contraire aux instructions du ministère de la Santé qui confirme la non-accessibilité des traitements VIH.

L'autre mission historique de l'OFII est **le contrôle sanitaire des étrangers**, ce qui montre que l'on ne se situe pas dans une logique de protection de la santé, mais bien de contrôle.

(3) Le contrôle médical de l'OFII

- Créé en 1945, il s'agissait à l'époque de l'Office national de l'immigration, « *en charge du recrutement des travailleurs étrangers ainsi que du contrôle du flux migratoire* », devait « *sélectionner selon les aptitudes physiques et intellectuelles et faire passer une visite médicale* ».
- **En 2006, ce contrôle sanitaire est devenu une « visite médicale obligatoire, de contrôle et de prévention »** (Arrêté du 11 janvier 2006) : le contenu du contrôle sanitaire n'a pas changé, et reste obligatoire ; ce caractère obligatoire est en violation de l'article 100 du Code de déontologie médicale ;
- **Cette visite obligatoire est inadaptée aux besoins de bilan de santé des exilés.**
Dans son instruction du 8 juin 2018, relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants, le ministère de la Santé rappelle que tous les étrangers, quelle que soit leur situation ont droit à la santé, l'importance des besoins de santé, la nécessité d'axer les bilans de santé sur la prévention, le dépistage, l'orientation et l'accompagnement dans le système de santé de droit commun, de l'interprétariat professionnel proposé systématiquement, **et rappelle qu'il doit être libre et éclairé.**

IV) Repères juridiques et déontologiques

(1) Code de déontologie médicale (R4127 CSP)

Liste des articles concernés :

Art. 2 - Respect de la vie et de la dignité de la personne : « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité (...) »

Art. 5 - Indépendance professionnelle : « Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. »

Art. 12 - Concours apporté à la protection de la santé : « Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire ».

Art. 47 – Continuité des soins : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée [...] »

Art. 50 : - Faciliter l'obtention d'avantages sociaux : « Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit [...] ».

Art. 95 - Respect des obligations déontologiques : « Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce. »

Art. 100 - Non-cumul des rôles de contrôle, de prévention, de soins : « Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ou, sauf urgence, médecin traitant d'une même personne. »

Art. 105 - Non-cumul des rôles d'expert et de médecin traitant « Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services. »

Le code de déontologie médicale a une portée légale. Le médecin doit toujours agir dans l'intérêt de la santé publique et l'intérêt du patient.

L'article 100 du code de déontologie médicale dit qu'un médecin exerçant la médecine le contrôle (cas des médecins de l'OFII), ne peut pas être à la fois médecin pour la prévention. On ne peut pas faire les deux choses à la fois, sinon être en infraction par rapport au code de déontologie médicale.

Or, la visite médicale obligatoire de l'OFII s'appelle désormais selon l'arrêté ministériel de 2006, une visite de « *contrôle et de prévention* » : c'est donc frappant de constater que dans les textes de notre République, il y a des éléments en violation directe du code de santé publique.

(2) Impartialité n'est pas neutralité

Un autre enseignement pouvant être tiré des divers textes de déontologie médicale, c'est qu'il ne faut pas confondre impartialité et neutralité.

Pris entre le marteau et l'enclume de la protection de la santé et du contrôle de l'immigration, une tendance d'un certain nombre de soignants est de dire : « *je suis neutre, je ne prends pas position* ».

Or, les soignants ne peuvent pas être neutres et ont une mission de prendre position selon leurs compétences et leur discernement professionnel, vu qu'il y a des avantages sociaux liés à une évaluation de l'état de santé.

Le médecin est « *au service de l'humanité* », comme le proclame l'Association médicale mondiale depuis le serment de Genève de 1948, serment proclamé suite aux graves dérives de la médecine pendant la deuxième guerre mondiale, pour signifier que la médecine n'est jamais faite pour opprimer, mais toujours pour protéger.

Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins, ce service implique non seulement « *donner des soins aux malades, mais aussi, être le défenseur de leurs droits, de l'enfant dès sa conception, du vieillard, du mourant, du handicapé et de l'exclu des soins, lutter contre les sévices quels qu'ils soient*

*et quelles que soient les circonstances. Il doit être un acteur vigilant et **engagé** dans la politique de santé publique. »*

Cette notion d'engagement est importante pour dissiper les confusions associées au « *devoir de neutralité* » dans un contexte socialement sensible. Lorsqu'elle contrevient au devoir de protection de la santé individuelle et de la santé publique, la «neutralité» constitue souvent une erreur et parfois une faute professionnelle.

Il s'agit d'être impartial lorsque l'on délivre un certificat médical, ou que l'on fait une évaluation, et être impartial n'est pas être militant, accusation souvent faite aux médecins qui soignent des étrangers. L'impartialité est un devoir de déontologie.

Les questions liées à l'interprétariat

Dr Yvon RUCH



Y.RUCH, médecin infectiologue/interniste, secrétaire adjoint de l'association Migrations Santé Alsace (MSA), présente en quelques mots les missions principales de MSA, qui est née il y a près de 50 ans. Elle développe l'interprétariat professionnel qui sera l'objet de cette intervention.

Par ailleurs, elle est engagée dans la promotion de l'accès aux droits des personnes migrantes, l'éducation à la santé et la lutte contre les discriminations.

Elle bénéficie du concours d'une centaine d'interprètes dans 38 langues, qui interviennent physiquement mais aussi parfois téléphoniquement, notamment lorsqu'il s'agit d'endroits isolés d'Alsace.

L'association souhaite également pouvoir étendre ses compétences sur l'ensemble du Grand-Est.

Pour ce qui concerne l'interprétariat, Y.RUCH souligne l'importance de cette dimension pour l'établissement d'un lien de confiance, déjà compliqué par l'asymétrie des deux parties, tant par la place occupée que par la barrière de la langue, d'autant que le langage fait souvent partie intégrante de la thérapie. Il remarque que la proportion de primo-arrivants est importante dans le Grand-Est et ce sont justement les personnes qui sont le plus en difficulté avec la langue du pays d'accueil.

Y.RUCH liste quelques conséquences majeures liées à la barrière de la langue :

- Difficulté d'établir un lien thérapeutique
 - Risques d'erreurs de diagnostic et par suite d'erreurs de prescriptions
- Difficulté de garantir le consentement aux soins (ce qui a été particulièrement sensible pendant l'épidémie de COVID)
 - Risque de dépersonnalisation, le patient n'étant plus engagé dans le processus de soins
 - Retards importants dans la prise en charge avec les risques afférents
- Renforcement des difficultés avec la dimension sociale (couverture des soins entre autres)
 - Risque de morbidité plus importante

Il aborde ensuite les différentes modalités possibles d'interprétariat, en soulignant les avantages et les inconvénients.

- Google-Trad : la qualité technique est très discutable. Y.RUCH considère que c'est une illusion de traduction qui entraîne plus d'incompréhensions qu'autre chose.
- Interprètes de proximité (amis, membres de la communauté, personnes de la même nationalité, famille, etc.) : dans ce cadre, il est d'abord difficile d'évaluer la compétence de l'interprète. Se pose ensuite la question du secret médical, particulièrement (mais pas seulement) dans le cadre de maladies graves. Lorsqu'il s'agit d'un membre de la famille, c'est encore plus compliqué, car comment demander à un enfant d'annoncer une pathologie grave à son parent ? De même, un parent pourra cacher certaines difficultés par pudeur vis-à-vis d'un membre de sa famille (autocensure).

- Soignants bilingues : la difficulté majeure à ce niveau est la charge de travail déjà très importante de ces personnels, ainsi que leur disponibilité. La question de la compétence linguistique est également centrale. A ceci s'ajoute également parfois la charge mentale liée aux situations les plus graves.
- Interprètes professionnels : Y.RUCH précise que c'est un réel métier à reconnaître comme tel. Les interprètes de MSA sont strictement sélectionnés, ils bénéficient d'une formation initiale et continue et participent à des groupes d'analyse des pratiques, car il s'agit de dépasser la simple maîtrise de la langue. Ils ont un code de déontologie qui intègre l'impartialité, la distance et le secret professionnel. Ils sont invités à ne pas « enfermer » le patient dans des références culturelles qui peuvent être délicates à gérer, mais peuvent également éclairer les soignants sur ces questions d'interculturalité. Pour ce qui concerne la psychiatrie (qui sera abordée ultérieurement en table ronde), ils bénéficient d'une formation spécifique, tenant compte de l'importance de la parole dans ce champ particulier.

Pour conclure, Y.RUCH souhaite balayer quelques idées fausses :

- L'interprétariat freine l'accès à la langue : cette idée ne se vérifie pas sur le terrain, dans la mesure où, au contraire, cela facilite l'intégration, l'aide et l'accès aux droits.
- Le coût est très important : il est vrai qu'il faut prévoir la rémunération, la formation, les déplacements, etc.). A Strasbourg, c'est l'hôpital qui prend en charge. Mais le coût est au final moindre que ne seraient les conséquences de mauvais soins, ou la multiplication d'exams souvent onéreux par manque de bonne compréhension de la pathologie et des processus de soins à engager. Y.RUCH conclut en soulignant qu'on ne se pose pas cette question dans la population générale, au regard du coût des soins et exams, particulièrement à l'hôpital.

On retiendra notamment de cette intervention :

Les nombreux risques liés à la barrière de la langue et qui nécessitent, notamment dans le domaine médical, mais pas seulement, d'avoir dès le début de la prise en charge les éléments les plus fiables sur la situation des personnes.

L'importance de faire appel à des interprètes compétents, formés et encadrés, apportant les garanties techniques et déontologiques indispensables, qui permettent d'éviter les risques d'une interprétation effectuée par un proche, ami ou famille.

Table Ronde N°1

« Approche du parcours de soins »



Denis POISSON, vice-président de Citoyenneté Active Lorraine et animateur de cette table ronde, précise que les objectifs sont d'une part de mieux faire connaître les différents aspects des parcours de soins ainsi que les difficultés rencontrées, et d'autre part, comme pour les autres tables rondes à venir, de présenter de nombreuses initiatives et des partenariats qui se sont développés au fil du temps.



Dr Françoise MAISSE, médecin du Réseau Educatif de Meurthe & Moselle, présente l'équipe de soins du SAMIE (Service d'Accueil des Mineurs Isolés Etrangers), composé de 3 infirmières et de 2 psychologues, auxquels s'ajoute un travailleur social référent de santé au sein de chaque unité de vie. Les équipes éducatives sont chargées de l'accompagnement aux consultations ainsi que de l'observance des traitements. De plus, la présence d'un médecin référent Protection de l'enfance au sein du département permet des échanges fréquents, avec un objectif de création d'un carnet de santé spécifique, en association avec REALISE.

Le nombre de MNA varie régulièrement en fonction des flux migratoires, avec actuellement 180 jeunes accueillis et un maximum de 298 sur le site en 2019, ce qui nécessite une adaptabilité permanente. Pour les primo-arrivants, une évaluation est réalisée, théoriquement 5 jours, en pratique de 5 à 20 jours pour le Conseil départemental mais avec un retour de la préfecture pouvant prendre plusieurs mois pour certaines situations. Pendant cette période, il n'y a pas de couverture santé (sauf urgence si nécessaire) et les jeunes sont adressés à la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé). Dès l'arrivée, et sans nécessité de couverture santé, un bilan infirmier est effectué, en lien avec le CLAT pour ce qui concerne la tuberculose, ainsi que les dépistages d'IST, notamment l'hépatite B. Le lien est également fait avec le centre de vaccinations pour les rattrapages nécessaires.

Dès que le jeune est considéré comme mineur et confié à l'ASE, une couverture santé lui est attribuée et un bilan médical plus complet est réalisé, en général par le cabinet libéral *Le Maine*, avec qui le travail est régulier et qui connaît donc bien les particularités de ces publics.

A ceci s'ajoute un dispositif interne de permanence infirmière et de nombreux partenariats existent, tant pour les jeunes eux-mêmes qu'en soutien aux équipes, entre autres par exemple le planning familial au regard de l'augmentation de l'accueil de filles, ou des ateliers de sensibilisation sur des thèmes variés.

Un des freins principaux est naturellement la différence des cultures qui nécessite une adaptation permanente et une organisation spécifique en fonction des situations. Il faut aussi développer beaucoup de patience face aux refus de soins, souvent liés à ces particularités culturelles et aux traumatismes vécus durant le parcours migratoire.

Enfin, reste la difficulté à préparer la continuité du suivi médical lors du passage à la majorité ou à la fin de la prise en charge des jeunes majeurs par le Département.



Maryline NOËL, infirmière REALISE-DAMIER (Dispositif d'Accueil des Mineurs Isolés Etrangers), présente la composition de l'équipe au sein de l'association, soit 2 infirmières et 1.5 psychologue, pour l'accompagnement d'une centaine de MNA et 90 jeunes majeurs sous contrat avec le Département.

Elle confirme qu'une des plus grandes difficultés dans la prise en charge concerne les fragilités dues aux traumatismes de la migration, physiques et psychiques. Bon nombre de ces jeunes arrivent de pays qui n'ont pas de politique de santé et où l'accès aux soins est très difficile et/ou très onéreux.

Le rajeunissement et la cohabitation de cultures différentes sont également des obstacles à la qualité de l'accompagnement.

Il est parfois aussi difficile d'assurer une cohérence dans les suivis de soins pour des jeunes qui changent de service (par exemple passage de mineur à jeune majeur). C'est pourquoi un gros travail d'accompagnement à l'autonomie est effectué, aussi bien au niveau individuel que collectif : éducation à la santé, hygiène corporelle générale, sexualité, comportements à risques, etc.

Ce qui explique la nécessité de développer plus encore les partenariats, curatifs et préventifs, tant pour la santé physique que psychique et de collaborer étroitement avec les plateformes d'interprétation.



Aude LAURENT, cheffe de service ARS-PADA (Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile) couvre trois services dans ses missions.

La SPADA (Structure de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile) ne prend en compte les problèmes de santé que lorsqu'ils sont déclarés par les personnes, avec auquel cas une orientation vers la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé).

La MADA (Mise à l'Abri des Demandeurs d'Asile) permet une phase d'évaluation avec des possibilités d'orientation vers les réseaux de partenaires hospitaliers, libéraux, associatifs, ..., ce qui est essentiel pour un travail cohérent et complémentaire. Malheureusement, il n'est pas toujours possible, en termes d'équipement, de suivre toutes les recommandations de ces partenaires, tout comme d'assurer tous les accompagnements individuels au regard des effectifs en personnel. C'est pourquoi les travailleurs sociaux ont plutôt un travail de coordination dans ces accompagnements.

Le CAES (Centre d'Accueil et d'Evaluation des Situations), assure des hébergements d'une durée d'un mois, souvent pour des personnes réorientées de Paris. Beaucoup de pathologies telles que la gale par exemple. Là aussi, le suivi reste difficile car les personnes sont souvent orientées de nouveau vers d'autres départements. On constate toutefois une augmentation des situations de handicaps et de pathologies lourdes.

Dans toutes ces situations, on prouve à l'évidence la richesse des partenariats et la nécessité de les développer plus encore.



Nadège DROUOT, coordinatrice régionale Lorraine Médecins du Monde.

Cette association de solidarité, ONG médicale, dont l'objet est de militer pour le droit à la santé de toutes les personnes en situation de vulnérabilité, de façon inconditionnelle, veille à faire valoir et respecter les droits fondamentaux des personnes, favoriser l'accès au système de droit commun.

Si la mise en place des PASS dans les hôpitaux et la création de la Couverture Maladie Universelle sont des avancées majeures en 2000 pour près de 5 millions de personnes, les difficultés administratives sont croissantes notamment pour les étrangers en situation précaire, les sans-papiers ont été maintenus dans un système parallèle : l'Aide Médicale Etat.

C'est donc en réalité un fossé grandissant entre la théorie et la pratique.

De nombreuses barrières persistent, comme la méconnaissance des lieux et des droits, les barrières psychologiques, la peur de la stigmatisation, refus de soins des professionnels de santé qui restent une vraie réalité, les barrières socio-culturelles, de la langue, les difficultés financières, la priorité à d'autres besoins primaires, les ruptures dans les parcours administratifs.

Autant d'obstacles qui justifient la présence de MdM notamment l'existence de centres de soins, pour accueil, écoute, soins, prévention, accompagnement orientation, passerelle vers le droit commun (PASS) ou la médecine de ville.

Mais on constate une concentration des difficultés et une dégradation croissante de l'accès à la santé des étrangers, ainsi qu'un recul sans précédent ces trois dernières années, avec un système encore plus complexe, illisible pour les professionnels de santé et de fait inaccessible pour les personnes concernées. Par exemple, le délai de carence reporte la charge des soins sur les hôpitaux, en particulier sur les urgences, et sur les PASS.

Si le but affiché est de décourager la fraude, l'immigration dite médicale et de faire des économies, toutes les études sérieuses montrent qu'elle est quasi inexistante (moins de 3% au niveau européen). Et pour les pathologies graves, les traitements ne sont la plupart du temps pas accessibles dans les pays d'origine. Il faut donc déconstruire ces préjugés et c'est le plus souvent en France que les personnes découvrent leur pathologie avec les examens de santé (Données Comede VIH : 96% des personnes découvrent leur sérologie en France).

Ce qui est massif en revanche, c'est le non recours aux droits, et donc ce qui coûte, ce sont les retards de soins et le recours aux urgences et aux services hospitaliers, alors que les prises en charge devraient être organisées de façon préventive ou tout du moins plus précoce.

Des solutions existent qui reposent sur des engagements citoyens, des porteurs d'initiatives, qui ont besoin de soutiens et d'entendre des voix politiques s'élever.

Ainsi l'exemple de l'accueil des exilés ukrainiens, grande mobilisation citoyenne mais aussi politique, qui permet de saluer les moyens mobilisés pour les personnes fuyant la guerre et d'en être solidaires, de leur permettre l'accès aux soins en levant les délais de carence, de constater que cela est donc possible et par conséquent de le demander pour toutes les personnes exilées sur le territoire, quel que soit leur pays d'origine, en se gardant de rentrer dans la concurrence des solidarités, même si le « deux poids, deux mesures » est inadmissible pour les professionnels qui les accompagnent

A notre niveau, acteurs de terrain, il faut

- documenter, partager nos états des lieux et constats, porter ou donner la parole aux personnes concernées, argumentant conjointement pour une allocation de moyens à la hauteur de la réalité des besoins,
- influencer dans certaines sphères au niveau local-régional, contribuer au plaidoyer au niveau national,
- travailler à la déconstruction des préjugés et sur les représentations.



Dr Marie-Julie JACQUES, médecin généraliste de la MSP (maison de santé pluri professionnelle) de Laxou Provinces et membre de la CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) de la métropole nancéienne, (réseau de professionnels de santé du territoire en direction des problématiques de santé publique). La MSP, installée dans un secteur classé Quartier Politique de la Ville, a commencé à travailler d'abord avec les MNA du REMM, puis les MNA et jeunes adultes de REALISE. Elle est composée entre autres de médecins spécialistes en médecine générale, d'infirmières, d'une orthoptiste. L'interprétariat est largement utilisé via la plateforme d'ISM interprétariat (interprétariat téléphonique). Il est assuré par un financement de l'Agence Régionale de Santé. Le fait qu'il soit distanciel garantit l'anonymat, le secret médical et une parole plus libre, ce qui représente une grande amélioration dans la qualité des consultations. Cependant il reste chronophage et n'est pas valorisé au niveau de la cotation du prix de consultation.

Le fait de disposer d'une couverture maladie facilite l'accès aux soins.

En cas d'absence de couverture maladie, on discute, on oriente vers le médiateur d'accès aux droits de « Réciprocité », on relaye vers la PASS dans la mesure du possible et en dernier recours vers Médecins du Monde.

Un travail important est réalisé autour de l'autonomie des jeunes, par l'utilisation de Doctolib. Ils peuvent prendre rendez-vous eux-mêmes et se déplacer en bus. De plus, le logiciel disponible au sein de la maison de santé permet une meilleure coordination entre les médecins, quel que soit celui que le patient consulte.

Des réunions de coordination sont organisées avec les partenaires institutionnels. Il est possible de faire des concertations en fonction des situations. De plus, à chaque consultation est établie une fiche de liaison avec les infirmières. Cela facilite les relations, par l'interconnaissance et la confiance, notamment dans les situations les plus difficiles.

Les MSP bénéficient d'un financement spécifique en fonction du nombre de « patients médecin traitant » les numéros provisoires n'étaient pas comptabilisés. À l'heure de l'écriture du texte, les MNA ont désormais un NIR définitif lorsqu'ils sont confiés.

Il y a également la complexité de l'interculturalité qui demande une adaptation constante. De plus, dû à la spécificité du système de soins du pays d'origine, on méconnaît le plus souvent les antécédents familiaux.



Jérémy JACQUES, de l'association « Réciprocité », présente sa structure qui existe maintenant depuis plus de 20 ans. Elle assure une permanence d'accès aux droits à la maison de santé Le Maine, à Laxou-Provinces depuis près d'un an.

Un médiateur en contrat d'insertion assure cette permanence 2 demi-journées par semaine, ce qui a permis à ce jour de recevoir 128 personnes, à raison de 3 rendez-vous pour chacune.

L'essentiel de l'activité est consacrée au renouvellement des couvertures de santé et sociales, de la constitution de dossiers MDPH pour les situations de handicap, ainsi que de l'accès au logement social. Le financement est assuré par la maison de santé, et le médiateur en contrat d'insertion est financé par la DDETS. L'association est actuellement en recherche d'autres ressources.



Rodrigue VARNIER, responsable des PASS du CHRU de Nancy (Permanence d'Accès aux Soins de Santé, présente ce dispositif national présents dans les centres hospitaliers publics et destinées aux personnes sans couverture sociale. Il en existe 3 à Nancy, l'une en gynéco-obstétrique rattachée à la maternité, une PASS généraliste (PASS « Michel Maignan ») et une PASS dentaire.

Après une consultation à la PASS généraliste, les personnes qui le nécessitent peuvent être orientées vers l'ensemble du plateau technique du CHRU si nécessaire.

La PASS mène également des actions « hors les murs », par exemple de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire, à l'alimentation, etc.

L'interprétariat professionnel est mobilisé pour tous les soins, mais comme pour la médecine libérale, le dispositif est chronophage.

L'accès aux médicaments se fait par la pharmacie de l'hôpital.

Des partenariats sont engagés, par exemple avec l'association ARS pour les demandeurs d'asile, sachant que le public de la PASS est à 80% étranger, notamment en provenance des pays des Balkans et Caucase avec de nombreux problèmes de santé et des besoins de soins immédiats. Un dispositif de certificats médicaux pour soins urgents permet également une hospitalisation sans couverture santé.

En ce sens, le délai de carence de 3 mois existant actuellement conduit les patients à fréquenter plus longtemps le dispositif, ce qui pénalise la rotation des publics et conduit à une augmentation des délais de prise en charge (parfois jusqu'à 2 semaines).

Une autre difficulté concerne les situations de handicap, car la PASS n'a pas de moyen d'action pour répondre aux problématiques d'autonomie des personnes qui ont des difficultés pour assurer les actes de la vie quotidienne, tels que les portages de repas par exemple.

Interventions de la salle :

Un jeune mineur étranger s'interroge sur l'appellation « Mineur Non Accompagné ». En effet, il n'a pas ses parents et sa famille avec lui, mais il y a les professionnels qui l'entourent et donc l'accompagnent ! Il souligne également la difficulté d'être accompagné parfois plusieurs années, et à 18 ans, ou un peu après s'il bénéficie d'un contrat jeune majeur, tout s'arrête. Il se demande si l'ASE ne pourrait pas fournir un papier qui permettrait que le suivi puisse continuer ?

Association « Initiales »

Présentation d'un film et d'un livre réalisé avec des MNA



Edris ABDEL SAYED, directeur d'Initiales et membre du réseau « Mémoire et Histoire de l'immigration en Grand-Est » fait applaudir Marie-José AMAH, vice-présidente du Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, qui nous a accueillis admirablement pour cette journée : « Avec une main, on peut juste faire du bruit. Avec deux mains, on peut applaudir » et il salue l'intelligence collective de cette journée : « Seul on va plus vite mais ensemble on va plus loin ». Il présente ensuite, en lien avec Guy DIDIER, représentant le Réseau *Mémoire et Histoire de l'Immigration*, l'exposition *Portraits de France* (réalisé par Pascal BLANCHARD et les chercheurs de l'ACHAC), visible dans les locaux du CD à l'occasion de cette journée, en évoquant son parcours personnel, venu de la vallée du Nil. Il rend hommage à tous ces hommes et toutes ces femmes venus d'ailleurs et qui ont fait la France, « notre » pays, que nous connaissons aujourd'hui. Il parle de Luis Ortiz, vendeur ambulant de crèmes glacées, qui s'est installé à Saint-Dizier en 1921 et y a créé la société Miko, qui a tant fait pour le développement économique local, régional, national. Nos « mineurs non accompagnés », nos réfugiés, en tout cas beaucoup d'entre eux, seront demain parties intégrantes du développement social, économique, culturel de notre pays.

Edris ABDEL SAYED fait ensuite venir à la tribune Alizée MONS, formatrice FLE et médiatrice sociale au sein d'Initiales à Saint-Dizier, Bruno PAPINI, chef de service des mineurs non accompagnés à Saint-Dizier, Ismaël et ses collègues, jeunes mineurs « isolés » étrangers.



Alizée MONS raconte la démarche d'atelier d'écriture avec les jeunes (se connaître, parler, échanger – dans une relation interculturelle permanente – et finalement créer), qui a permis à partir d'un conte ivoirien de raconter les aventures du héros dans ce voyage au long cours entre le pays d'origine et la France. Elle salue le courage des garçons qui ont « osé », toujours dans un esprit convivial et chaleureux.



Bruno PAPINI intervient pour faire part, lui aussi, de l'émotion qui a été forte tout au long du projet, tant chez les jeunes eux-mêmes que chez leurs accompagnateurs. Mais le résultat est là et tous peuvent en être fiers.

L'atelier d'écriture a été conduit avec l'appui de l'écrivain haut-marnais Thierry BEINSTINGEL et l'équipe de l'association Relais 52.

Le film est présenté à l'assistance ainsi que le livre, dédié.

L'expérience a été présentée au Conservatoire de musique de Saint-Dizier et est aujourd'hui démultipliée dans les départements voisins, notamment dans la Meuse avec l'appui du Conseil départemental 55.



Ismaël puis Mada : « L'ouvrage comprend mon histoire, ce que j'ai traversé. Tous les mots que je peux y lire me rappellent mes souvenirs : ceux de mon frère resté dans la Méditerranée que j'ai vu mourir sous mes yeux. Pendant longtemps, je n'arrivais plus à parler. Mais grâce à Dieu et grâce à Alizée, j'ai pu remettre des mots sur ma vie et je vous remercie tous. Vraiment je veux vous dire merci ». Sur ces mots, une larme coule des yeux de la vice-présidente du Conseil départemental, Ismaël sort un mouchoir jetable de sa poche et vient la lui essuyer. Alizée lui en demande un à son tour.

De retour au micro, Edris ABDEL SAYED donne à tous la bonne nouvelle reçue le jour-même, les financeurs ont décidé de renouveler l'atelier d'écriture en 2023.

Table Ronde N°2

« Santé et sexualité »



Katia DELECROIX, directrice du Pôle Demande d'Asile-ARS et animatrice de cette table ronde, ouvre les travaux en insistant sur l'importance d'un sujet très sensible, qui fait bien sûr référence au plaisir mais pose aussi de grandes questions sur l'accompagnement de ces publics spécifiques que sont les migrants, mineurs et majeurs, pour ce qui touche à l'intime. Questions liées naturellement à l'accès aux soins, mais aussi à des parcours de vie souvent dramatiques, émaillés de maltraitements et de violences, souvent sexuelles, presque systématiques chez les filles mais concernant aussi bien les garçons.

Il s'agira dans cette table ronde de situer les enjeux et les problèmes pour les institutions puis de proposer 4 « vignettes » sur des initiatives qui illustrent l'action au quotidien, avec leurs réussites et leurs difficultés.



Michèle MONFORT, infirmière au Réseau Educatif de Meurthe et Moselle (REMM) présente en quelques mots le service dans lequel elle est plus particulièrement impliquée, le Service Mixte d'Accueil des Mineurs Isolés (« SAMIXITE ») qui, sur deux unités, accueille des mineurs de 13 à 18 ans, plus rarement des 11-12 ans, confiés au titre de la protection de l'enfance. Ce sont majoritairement des garçons mais depuis quelques temps la population féminine est en nette augmentation (aujourd'hui 17 filles sur 25 jeunes sur l'unité). Bien sûr, pour les mineurs, les autorisations de soins sont rapidement délivrées, au pire et en urgence il y a la PASS.

Les difficultés résident plutôt dans les différences, de parcours, de cultures, de religions, qui compliquent souvent la question de vivre ensemble et dans la mixité. Il faut alors nouer des liens de confiance, mais les réalités sont souvent difficiles à dire, elles sont traumatiques et/ou réveillent des traumatismes, les somatisations sont nombreuses. Souvent les jeunes filles enceintes ont été victimes de viols (cette violence concernant aussi les garçons, il ne faut pas l'oublier), la pudeur et la gêne sont présentes dans les relations avec les professionnels, qui provoquent aussi chez eux un sentiment d'incompréhension et d'impuissance.

La prévention est également délicate à développer, à cause là aussi de la confrontation des cultures, des représentations de la femme, etc. Entre autres, peur que la pilule ne provoque de l'infertilité, ou l'idée que ce ne sont que les garçons qui utilisent des préservatifs. Tout ceci interroge beaucoup la question du consentement...

C'est pourquoi le soutien de nombreux partenaires est sollicité, en premier lieu les psychologues du REMM et la mise en place d'entretiens individuels ou collectifs. A ce titre, des « tables rondes » avec un accompagnement psychologique permettent de libérer la parole en séance, mais aussi par la suite avec les professionnels impliqués, ce qui est très positif.

Des ateliers communs et des groupes de travail interinstitutionnels sont également mis en place avec les collègues de REALISE pour un meilleur partage autour de la même population, qui là aussi permettent des avancées utiles et efficaces.

Un travail important est aussi réalisé avec le Planning familial notamment, et il est fait appel aux associations extérieures, dont il va être fait témoignage dans la suite de cette table ronde.

Si la COVID a beaucoup freiné ces travaux en partenariat, la dynamique reprend maintenant et Michèle MONFORT tient à profiter de l'occasion pour remercier chaleureusement l'ensemble des partenaires impliqués aux côtés des professionnels.



Carole MIGLIERINA, cheffe de service AHI-ARELIA fait part de son expérience avec la population adulte. Elle gère des appartements à Laxou qui ont hébergé, en 2021, 24 femmes et 31 hommes. Dans ce cadre également, la question du lien de confiance est essentielle, mais demande du temps et de la patience.

Il faut beaucoup de vigilance, au regard des parcours complexes et traumatisants de ces personnes. On sait par exemple que beaucoup ont été victimes de passeurs, qui confisquent les papiers à l'arrivée et imposent, en remboursement des « frais » engagés, l'engagement dans des réseaux de prostitution ou autres, n'hésitant pas à recourir à de grandes violences.. On sait aussi que ces réseaux sont susceptibles d'être encore actifs, ce qui génère un « nomadisme » qu'il est très difficile d'enrayer.

Il convient donc d'exercer une surveillance bienveillante et aussi d'être très à l'écoute des vulnérabilités particulières. Les professionnels sont confrontés bien souvent à des troubles du comportement, à des tentatives de « récupération » tels que développés précédemment et contre lesquels il faut lutter.

Aujourd'hui, les professionnels ont acquis une certaine expérience, tant dans une meilleure connaissance des cultures différentes, que dans le repérage des souffrances des personnes suivies.

Reste le problème des femmes enceintes, avec lesquelles les difficultés rejoignent celles rencontrées avec les mineures, c'est pourquoi il est ici aussi important de développer des partenariats avec les associations et partenaires extérieurs, ce qui se remet lentement en place après la période compliquée de la pandémie.



Valérie GEORGE, sage-femme bénévole à Gynécologie Sans Frontières. GSF travaille depuis une trentaine d'années à l'international dans différents pays du monde, notamment pour la formation des soignants. Depuis quelques années, GSF intervient sur le territoire français, dans les camps de migrants, dans le cadre de sa mission « CAMI-France » (Camps de Migrants en France). A ce jour, une douzaine de villes sont concernées. Cette mission vise principalement un accompagnement psycho-médicosocial des femmes exilées présentes sur le territoire. Elle rappelle à ce titre que la très grande majorité des femmes accueillies ont été victimes de violence et que notamment 100% des femmes qui sont passées par la Libye ont été violées.

Depuis environ 1,5 an, GSF travaille par convention avec l'ARS pour l'animation d'ateliers de 6 à 10 femmes, en collaboration avec les travailleurs sociaux, autour de la promotion de la santé. Il n'y a pas à ce jour de consultations médicales dans ce cadre, mais il peut y avoir des entretiens individuels à la maternité, avec les femmes enceintes, pour la préparation à l'accouchement et afin de les rassurer en

rencontrant les professionnels et visitant les lieux. Il faut rappeler ici que dans la très grande majorité, dans leurs pays d'origine, les accouchements n'ont jamais lieu dans des services médicaux, avec tous les risques que cela comporte, tant pour les mères que pour les enfants. L'accompagnement médical à l'accouchement est pour eux quelque chose de totalement inconnu et génère beaucoup de crainte.

Les thématiques des ateliers sont choisies avec les professionnelles et sont très variés. On peut citer en exemple : l'anatomie, les cycles menstruels, la contraception, l'hygiène, les mutilations, les soins au nouveau-né et au bébé, les relations hommes/femmes, etc.

L'objectif fondamental est de les accompagner à l'autonomie, à leur apprendre à savoir dire ce qu'elles veulent et ce qu'elles ne veulent pas. La difficulté est de les soutenir dans le respect de leur culture.

Valérie GEORGES rappelle que ces femmes vivent dans une grande solitude et ces ateliers sont créateurs de lien. Tous les efforts sont faits pour développer de la convivialité en étant attentifs à ne pas juger. Quelques outils pédagogiques réalisés par GSF sont disponibles et des dons permettent de mettre à disposition des produits d'hygiène..

Elle souligne que les freins les plus importants sont liés à la peur du milieu médical qu'elles ne connaissent pas, de la mauvaise expérience qu'elles ont pu avoir des soins dans leur pays d'origine, de la langue bien sûr et de la méconnaissance de leurs cultures propres.

C'est pourquoi, souligne-t-elle en conclusion, il faut travailler à faciliter et renforcer les liens, proposer plus de visites, aller à leur rencontre pour installer la confiance et enfin avoir recours à un interprétariat avisé et compétent.



Manon LECLERC, présidente de l'association Libert'Elles, présente les deux grands thèmes de ses actions, autour de la défense des droits de toutes les femmes d'une part, de l'accompagnement des femmes migrantes d'autre part, dans une totale neutralité politique et confessionnelle.

Trois grands pôles d'actions :

- Accueil de jour des femmes victimes de violences : avec avocat, psychologue et groupes de paroles.
- Accueil des femmes migrantes : soutien administratif, juridique, formation Français Langue Etrangère (FLE) et dimension socio-culturelle (avec de nombreux partenaires de ce domaine).
- Prévention et sensibilisation (consentement, mutilations sexuelles, etc.) en milieu culturel : festival, milieu social (REMM, etc.) et scolaire.

Elle présente un projet soutenu par la Fondation de France, la région Grand-Est et la Ville de Nancy. Il s'agit d'un kit « Emoi-Et Moi » en 500 exemplaires (dont 250 déjà réalisés) en direction des femmes précaires, migrantes et étudiantes. Il comprend des protections hygiéniques, des préservatifs internes et externes, des lingettes intimes et une mascotte « Super-Clito » (avec une cape !) qui a un grand succès notamment en milieu festif et permet d'engager des échanges intéressants.

Des ateliers ont été créés avec ARELIA en direction de familles monoparentales.

Des ateliers mixtes et non-mixtes ont été également mis en place avec des MNA du REMM, sur les questions de genre, d'apparence, de sexualité. Il semble que la parole a circulé plus librement avec les garçons, posant beaucoup de questions très « pratiques », ce qui peut peut-être s'expliquer par une certaine pression autour de ce qu'on pourrait nommer la « performance » (taille du pénis, durée de l'acte, etc.). Une autre expérience avec des adolescents du département accueillis au REMM de Pont-à-Mousson a aussi été intéressante sur les questions de l'acceptation, mais les échanges sur la sexualité ont été plus difficiles.

La parole est plus compliquée avec les filles, ce qui pourrait ici s'expliquer par les origines ethniques (Afrique, Pakistan, Inde,...) où la pression culturelle conduit les femmes à « s'offrir » à l'homme et à garder la plus grande discrétion sur les contraintes féminines intimes.

Elle souligne combien ces expériences sont riches et la volonté de l'association de les développer, afin de lever les tabous et d'apporter plus de connaissances aux publics concernés. Le frein principal est là aussi celui de la langue et des difficultés d'interprétations précises.



Frédéric LABICH, travailleur social à Antigone-ARS, présente les objectifs de sa structure, visant la prévention et la réduction des risques dans le milieu de la prostitution, la lutte contre le SIDA et les IST et la prévention des addictions. Il s'agit surtout d'améliorer les conditions d'existence, de favoriser les parcours d'insertion quand c'est possible, de développer un réseau de veille pour le dépistage et l'accueil des publics en difficulté autour de ces questions.

Le public est en majorité une jeunesse en rupture et en difficultés sociales, les migrants représentant environ 80% de cette population. Depuis quelques années est mise en place une « maraude numérique » dont les résultats commencent à se faire sentir.

Le service développe également beaucoup de travail « hors les murs » et de travail de rue pour se rapprocher des publics, qui bien souvent passent « sous les radars » des services sociaux.

Une difficulté supplémentaire est apparue en 2016 avec la loi pénalisant les clients de la prostitution, diminuant ainsi fortement cette prostitution dans les rues et rendant les contacts plus compliqués à établir. C'est ainsi qu'Antigone est passée de l'accompagnement d'une centaine de personnes en 2016 à un peu plus d'une vingtaine en 2021 !

Antigone travaille aussi au développement de réseaux de « pairs » pour mieux approcher les publics en rupture. La priorité est donnée à la santé, aux soins et à la réduction des risques ainsi qu'à la vaccination. La volonté serait de pouvoir aller plus loin, dans un esprit de santé globale.

Frédéric LABICH conclut avec quelques chiffres pour 2021, soit 1744 interventions pour 106 personnes. 42% de ces interventions sont liées à la santé, le reste concernant les difficultés sociales, dont l'insertion professionnelle et la recherche de logement pour bon nombre d'entre eux.



Ibrahim SEYNI-MOUSSA, administrateur d'Equinoxe, présente l'objet de son association qui est de défendre les droits des personnes LGBTQ+. Créée en 2008, elle assure des permanences hebdomadaires et articule son action autour de deux commissions.

D'abord l'accueil, l'écoute et l'orientation des personnes LGBTQI qui se présentent et les accompagnent dans leurs démarches administratives de demande d'asile.

Elle travaille également sur les questions de santé sexuelle, par la sensibilisation, la réduction des risques liés aux IST et SIDA en lien avec l'association Aides, elle offre également ses services en matière de dépistage.

Elle garantit naturellement l'anonymat et la confidentialité.

Une des grandes difficultés est, ici aussi, la langue ainsi que les références culturelles avec beaucoup de tabous, ce qui rend difficile l'évaluation des besoins. Ainsi, au cours des permanences ou séances de sensibilisation, peu de prise parole, mais par contre les préservatifs mis à disposition disparaissent petit à petit !

Une autre solution réside dans l'information via internet, mais l'accès est très difficile pour les demandeurs d'asile.

L'association remarque surtout que la vulnérabilité est un véritable facteur de risque, lié également à l'inactivité qui ajoute un facteur d'oisiveté.

Une autre constatation est que, lorsque les dépistages révèlent une séropositivité, les concernés se font suivre pour leur prise de traitement par les services compétents.

Un autre constat est que les personnes arrivent souvent à l'association en fin de parcours, ce qui pose d'autres problèmes. C'est pourquoi Equinoxe tente de développer des partenariats avec les structures d'hébergement, afin que ces dernières puissent orienter au plus vite vers l'association les personnes LGBTQ+. Ce travail reste encore à renforcer.



Marie-José AMAH, grand témoin de cette table ronde, s'interroge en premier lieu sur l'influence et l'importance que peut avoir le lieu d'accueil (par exemple un ancien centre maternel ou une ancienne maternité ?).

Elle a entendu les nombreuses difficultés liées aux différences de cultures, mais se demande toutefois s'il n'y a pas quelques invariants universels autour des questions de sexualité, par exemple du côté des tabous, des incompréhensions, des méconnaissances. N'y aurait-il pas une forme de destin commun des femmes à travers le monde ?

C'est pourquoi elle penserait utile d'organiser des groupes « mixtes », au sens de l'interculturalité entre des personnes étrangères et françaises, par exemple au REMM entre MNA et jeunes du département. En effet, il ne doit pas être évident pour les personnes étrangères d'imaginer et de développer une sexualité dans un pays qui n'est pas le leur et dont les approches sont souvent très différentes.

Elle souligne l'importance du travail effectué par Antigone et Equinoxe en direction de la prostitution, car c'est un phénomène qui semble se développer au sein de la population accueillie par l'Aide sociale à l'enfance et auquel il semble très difficile de faire face et d'enrayer.

Par contre, échapper à la discrimination pour les personnes LGBTQ+ paraît beaucoup plus compliqué et malheureusement cela ne concerne pas que les étrangers.

C'est pourquoi elle conclut en insistant encore sur l'importance de travailler les dimensions universelles de ces questions.

Echanges avec la salle

Q. : Quel travail est accompli pour ce qui concerne des personnes porteuses d'IST ou du VIH et qui s'engagent dans une perspective de procréation ?

R. : Ces questions semblent peu évoquées de façon générale, avec toutefois le souci d'orientation médicale lorsque les dépistages sont positifs. En revanche, lorsque les professionnels sont informés d'un projet d'enfant, les personnes sont encouragées, dans la mesure du possible, à enclencher les démarches utiles pour prévenir les différentes formes de contamination.

Q. : Lorsque des personnes accueillies font état de viols, quelles suites judiciaires peuvent être données ? Quel accompagnement face aux difficultés de la victime ?

R. : Dans ces situations, il est souvent plus facile pour ces personnes de parler avec les associations partenaires plutôt qu'avec les institutions, avec toujours la crainte du jugement et des conséquences pour elles et leur famille. Il arrive par exemple que ces femmes retirent leur plainte par peur des représailles que les passeurs pourraient engager envers leur famille restée au pays. Tout un travail est mené pour des orientations adaptées vers des services sociaux, des professionnels médicaux et de la justice, mais il faut beaucoup rassurer car ces femmes craignent qu'on leur retire leur enfant ou qu'elles soient expulsées. Cela nécessite souvent beaucoup de temps et de patience.

S'il s'agit de mineurs, il y a obligation d'alerter la justice, cela engage les professionnels et des procédures existantes sont respectées. Si le viol a été commis en France, il y a dépôt de plainte et

poursuites judiciaires. Par contre, si les évènements se sont produits à l'étranger, il est évident que, malheureusement, les moyens judiciaires de poursuites sont quasiment inexistantes et il faut travailler avec cette dimension traumatique supplémentaire.

Katia DELECROIX rappelle en conclusion que pour des mineurs ayant subi des violences, il est important de déposer une demande d'asile, lorsque c'est justifié. Contrairement à une idée reçue, il n'est pas nécessaire d'attendre les 18 ans des jeunes pour ce dépôt et qu'il peut au contraire être très utile de s'y prendre assez tôt afin d'éviter d'ajouter les traumatismes des ruptures dans les parcours.

Table-ronde N°3

« Santé mentale »



Guy DIDIER, membre de Citoyenneté Active Lorraine, administrateur de l'ORIV et animateur de cette table ronde, rappelle que celle-ci avait un double but : partager les constats sur les difficultés d'accès aux droits, aux soins, de prise en charge, mais également faire valoir des expériences et initiatives positives de terrain, à travers différents angles et différentes approches, pour lever les obstacles, malgré les reculs. Tous nos remerciements pour la préparation et l'organisation de cette table-ronde à Mme Nadège DROUOT, coordinatrice régionale Lorraine de Médecins du Monde, à Mr Olivier AILLOT, directeur du DAMIER-REALISE, le dispositif d'accueil des mineurs non accompagnés, et Mme Fanny PRONO, directrice du Réseau Educatif de Meurthe-et-Moselle (REMM).



Djamel RADJI, psychiatre et vice-président de Migrations Santé Alsace, a accepté d'être le Grand Témoin de cette table-ronde. Il a, en ouverture de celle-ci, tout d'abord présenté le concept de « santé mentale », qui recouvre une approche plus large que la seule psychiatrie. La santé mentale ne concerne pas uniquement les psychiatres mais la société tout entière. Il s'agit d'une priorité des politiques de la santé publique. L'OMS définit la santé mentale comme un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». « la santé mentale positive » recouvre donc le bien-être, l'épanouissement personnel et le bien-être psychologique. L'OMS insiste sur la notion de « bien-être ». L'idée de « contribution à la communauté » a été beaucoup débattue, car elle induit une vision productiviste et néolibérale de la santé mentale (voir le livre « La santé mentale, vers un bonheur sous contrôle », de Mathieu Bellhasen). La santé mentale est bien plus que l'absence de troubles mentaux. Elle dépend de nombreux autres facteurs : les conditions socioéconomiques, les contextes environnementaux (habitat, cadre de vie, environnement au travail), les facteurs de stress climatique. Ce sont les situations éprouvantes qui vont entraîner des difficultés existentielles et qui pourront révéler un trouble mental. Cela peut générer de l'anxiété et des symptômes dépressifs, mais qui pourront n'être que transitoires et ne pas entraîner de troubles majeurs ou caractérisés. Dès lors que l'intensité devient majeure et que les troubles perdurent, on va se diriger vers un trouble mental et donc vers la maladie mentale. ». C'est lorsqu'un individu se trouvera dans l'incapacité de « faire face aux difficultés normales de la vie » qu'il pourra basculer dans la « maladie mentale », ce qui devra dès lors mobiliser l'intervention de la psychiatrie. Les troubles mentaux ou psychiques sont la principale cause de maladies non mortelles dans le monde. Ils représentent globalement 23% des causes de handicap. En résumé, la santé mentale est l'affaire de tous et la maladie mentale est l'affaire de la psychiatrie. Mais en pratique, la distinction n'est pas si simple et ce n'est pas si clivé que cela, comme on va le voir au fil des interventions qui suivent...



Laetitia BROUILHET – LABOISSIERE, psychologue clinicienne à REALISE, revient sur les facteurs qui peuvent venir altérer la santé mentale chez les jeunes majeurs.

« L'accompagnement présuppose une posture qui sera celle d'"aller vers". Les jeunes que nous accompagnons ne vont pas d'emblée nous raconter leurs histoires. Il nous faut créer le lien. C'est la rencontre avec "l'autre" qui a une culture différente, « l'autre » qui va nous reconnaître comme membre de sa famille par délégation, "l'autre" qui va nous mettre dans une posture de décentration, pour être plus disponible pour mieux l'écouter. Nous accompagnons des jeunes qui ont connu une rupture et des situations particulières. Au moment où nous les rencontrons, ils sont dans cet entre-deux, entre l'endroit d'où ils viennent et l'endroit où ils arrivent. Avant d'être complètement intégrés, cette phase est transitionnelle. Nous accueillons des jeunes qui vont avoir à se construire. Il va y avoir des périodes d'acculturation, des périodes d'adaptation, des périodes d'intégration qui vont leur permettre de rester là en France. Cela va exiger de leur part beaucoup d'énergie. Ce sont des jeunes qui, dans un temps très restreint, devront à la fois apprendre la langue, se mettre au travail... C'est un moment clé de leur vie. Si l'administration ne répond pas à leurs attentes, cela va réactiver les traumatismes qu'ils ont connus. Comment organisons-nous cet accompagnement, cet "aller vers" ? Nous allons à leur domicile pour assurer un suivi psychologique. Nous mettons en place un partenariat qui va mobiliser toute une « communauté » (on dit qu'"il faut tout un village pour élever un enfant"), formée de tous ces intervenants qui vont permettre de poser ces jeunes et de réaliser ce travail. Parmi ceux-ci, il y a l'Equipe d'Ethno-Psy avec qui nous collaborons beaucoup lorsque nous constatons des blocages. Au sein du Damier, il y a une grande transversalité entre les services, avec des ateliers communs, des regroupements interculturels entre mineurs et jeunes majeurs, des partages d'expériences, des projets construits en commun. »

Coraline HINGRAY, responsable du Centre de psycho-traumatisme (CPT) de Nancy Lorraine Sud, qui ne pouvait pas être avec nous pour cette journée, nous a adressé une communication écrite :

« Actuellement, au regard des moyens alloués, le Centre du Psychotraumatisme de Lorraine Sud (en sigle le CPT) offre une prise en charge essentiellement psychothérapeutique auprès de psychologues. La prise en charge pharmacologique et psychiatrique est très compliquée au sein du CPT du fait d'un temps psychiatrique très limité. Le CPT de Lorraine Sud accueille des patients ayant vécu des événements traumatiques dans leur vie, ayant une souffrance intense liée à ces événements et réunissant différentes conditions : Remplir un dossier d'évaluation des troubles (questionnaires sur les événements et les troubles, motivation, attente) ; Motivation et détermination à travailler spécifiquement sur les événements traumatiques en psychothérapie ; Etat psychique compatible au fait de se réexposer aux scénarios traumatiques en thérapie ; Prise en charge effective, en dehors du CPT, des comorbidités : anxiété, dépression, addictions et autres ; Sentiment de sécurité socio-économique et relationnel suffisant pour affronter un travail spécifique éprouvant sur les traumas ; La nécessité de remplir un questionnaire qui sera étudié par le médecin responsable et l'équipe pluridisciplinaire.

Dans l'état actuel des moyens psychiatriques du CPT, aucune prescription de psychotropes d'urgence ne peut être réalisée.

Le Centre a conscience de l'insatisfaction de la situation et du besoin énorme de la population migrante et réfléchit à l'installation d'un projet et à une demande de moyens pour assurer un accompagnement psychiatrique et pharmacologique de la population migrante. »



L'équipe de l'EMIE (Equipe

Mobile d'Intervention en Ethno-Psychiatrie) était présente au complet, avec Mesdames Agathe BARTHIER et Ophélie COTTIER, psychologues cliniciennes, Madame Sabah HERRAD et Monsieur Sébastien ROUSSERY, infirmiers spécialisés, Madame Magali SADJI, cadre de santé, et enfin Docteur Festus BODY-LAWSON, pédopsychiatre et chef de service.

« Pour l'EMIE, la dimension groupale est essentielle dans la façon d'accueillir les gens venus d'ailleurs. La psychiatrie transculturelle est plus qu'un concept, c'est une pratique de croisement des cultures. C'est généralement un professionnel de la santé qui s'adresse à nous. Ce sont ensuite des liens de partenariat qui sont mobilisés avec l'école, avec la justice, si nécessaire, car, comme cela a été dit, la santé mentale est l'affaire de tous, et dans tous les domaines. Nous intervenons donc lorsqu'un professionnel constate, dans son protocole de soin, chez son patient, des blocages, des incompréhensions mutuelles. Nous intervenons pour apporter un éclairage sur une situation, pour permettre de créer des ponts entre deux cultures. L'Equipe mobile est basée au CPN à Nancy. Nous ne nous déplaçons pas chez les patients mais sur les lieux professionnels. Notre secteur d'intervention s'agrandit aux quatre départements lorrains. Des consultations peuvent avoir lieu à Nancy. Nous interrogeons les professionnels pour repérer où peuvent se situer les blocages, même si nous ne pouvons pas être spécialisés dans toutes les cultures. A titre d'exemple, je vous parlerai d'un jeune garçon venu d'Afrique présentant un diagnostic d'autisme et de psychose. Au pays d'origine, il sera plutôt question d'un enfant "spécial", "sorcier". Face à des diagnostics différents, nous ne mettons pas en place un traitement classique, nous irons voir un imam, un tradopraticien ; nous verrons des praticiens capables de mobiliser des rituels. Il faudra trouver un sens commun dans les deux diagnostics. Nous partons du principe que nos visions différentes ont une valeur équivalente. Nous commencerons donc par un décentrage, c'est-à-dire d'oublier le plus possible notre culture, ce qui inclut notre culture professionnelle, notre vision du monde, pour comprendre la culture de la personne en face de nous, comprendre les tenants et les aboutissants et la logique. Nous laissons largement la parole à la personne pour qu'elle puisse nous expliquer comment elle voit les choses. Le professionnel qui nous interpelle est présent. Son regard va alors changer. Il aura de nouvelles pistes pour prendre en charge et accompagner la personne. De la même manière, nous pourrions expliquer au patient comment cette prise en charge peut se faire « ici » ; nous ferons comprendre comment il est possible de pratiquer en même temps un rituel et de recevoir un traitement. Ces consultations permettront ainsi de faire le lien entre les deux cultures. La personne pourra trouver elle-même ce qui pourra lui être utile.

Notre activité existe depuis 2016 mais cela fait 15 ou 20 ans que notre équipe pratique l'ethnopsychiatrie, qui s'est ouverte au fil des années à d'autres champs, comme la pédopsychiatrie. Nous proposons un groupe unique transculturel au sein duquel des professionnels d'horizons assez ouverts peuvent venir (les lundis et les jeudis, dans des séances d'une heure et demie, en fin d'après-midi), pour présenter des situations. Nous proposons aussi un groupe Périnatalité et Cultures qui a lieu une fois par mois les vendredis, où nous allons nous focaliser sur cette période qui va d'avant la naissance jusqu'aux trois ans des enfants, dans une démarche toujours transculturelle. Nous proposons aussi de façon régulière un groupe "Bébé d'ici, maman d'ailleurs". Dans beaucoup de cultures, une maman n'est jamais seule ; il y a des "co-mères" (une sœur, une mère) qui apportent leur aide pendant que maman se repose. Vous avez aussi qu'on parle beaucoup ici d'autonomie pour les personnes migrantes, mais dans la culture d'origine, cela n'a pas de sens où ce sont plutôt les relations communautaires qui sont valorisées. Nous allons donc proposer autour de la maman un groupe de "co-mères".

Nous pouvons proposer des interprètes (généralement sur la liste du Tribunal ou avec ISM) si c'est souhaité, ce qui ne l'est pas toujours, parce que la langue d'origine peut parfois renforcer le trauma ou opposer des groupes entre eux. Le choix de la personne est toujours essentielle, y compris dans celui de la langue où il pourra s'exprimer.

Il faut donc collectivement réfléchir à tout cela : la transculturalité, l'interprétariat.

Pour finir, deux petits exemples :

Nous avons été sollicités par un collège, parce que la classe était bloquée, avec des tensions, les filles d'un côté, les garçons de l'autre ; la classe n'était pas suffisamment reconnue dans le collège. Nous sommes intervenus avec cinq rencontres dans cette classe. Nous avons mis en place "un voyage d'Ulysse", partant de l'idée que ce voyage comportait plusieurs étapes. L'enseignante avait préparé le sujet avec sa classe. Cela a permis de créer une dynamique collective, où les enfants pouvaient parler sans trop mettre l'accent sur leurs parcours personnels, simplement de parler du voyage. Mais cela a permis à notre psychologue de repérer quelques enfants qui avaient besoin de soin.

Une autre expérience, concernant l'accompagnement de mineurs suivis par l'Armée du Salut, pour lesquels nous avons organisé un groupe de parole une fois par mois. Nous cherchions à démythifier auprès d'eux l'image très négative de la psychologue dans leur représentation, qui pour eux les stigmatise. Les sujets d'échange portaient par exemple sur les bilans sanguins ou d'autres analyses sur le corps qui, dans certaines cultures, font craindre une utilisation pour jeter un sort. Cela nous permet de comprendre où est le blocage culturel qui peut, dans certains cas, se traduire par des accès de violence chez certains jeunes qui vont refuser certains soins, ce qui va considérablement freiner l'intervention des professionnels de santé ou l'explication de certaines maladies, etc. Nous avons connu des situations où des bilans de santé avaient été faits mais sans que les résultats aient été donnés aux jeunes, alors que cela aurait été fait pour des enfants nés en France et français.

Nous avons tiré de ces expériences des leçons très positives. J'insiste sur l'inventivité qu'il faut avoir dans les situations que nous rencontrons et sur l'importance du travail de partenariat. Chacune de nos interventions nécessite de la part de notre équipe à chaque fois plusieurs heures de préparation et d'évaluation, de discussion avec les partenaires, d'organisation des meilleures conditions de travail. Mais c'est bien ce qui permet de débloquent des situations et cela permet de gagner du temps après face à des situations qui avaient été longtemps bloquées. »



Jeanne FRANCHET, infirmière, pour l'Equipe Mobile Ados, prend en charge des adolescents âgés de 12 à 18 ans. Ce sont des professionnels (du REMM, des CMP, infirmières scolaires, travailleurs sociaux,...) qui font appel à l'Equipe dans des situations de refus de soin ou de rupture de soin (*sa collègue Mme Mélanie PERNET, qui n'a pas pu être présente, avait participé avec beaucoup d'enthousiasme à la préparation de cette table-ronde*).

« Nous sommes une équipe mobile, c'est-à-dire qui va vers l'adolescent, là où il se trouve, là où il accepte de nous recevoir. Comme il s'agit de mineur, nous devons avoir l'accord de l'autorité parentale. Nous travaillons en collaboration avec nos collègues de l'EMIE, pour des interventions communes, eux avec leurs compétences culturelles et nous, avec nos compétences Adolescents, ce qui permet d'élargir et de multiplier nos capacités d'analyse. Ce qui facilite cette prise en charge, c'est que nous avons un médecin commun à nos deux équipes, Dr Festus BODY LAWSON, pédopsychiatre. L'équipe est composée de deux infirmières qui interviennent sur tout le territoire du PUPEA (le Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent), correspondant à la Meurthe-et-Moselle Sud. Le partenariat est pour nous essentiel. Une permanence au Tribunal pour enfants nous permet d'être en lien avec des juges, lorsque des adolescents se trouvent en difficultés ou en vulnérabilités. Nous intervenons au niveau scolaire pour la prévention des risques sur la santé mentale. Nous faisons aussi appel à des traducteurs, particulièrement pour les mineurs non accompagnés. Nous sommes une passerelle entre le jeune et les institutions, en premier lieu le SAMIE. Nous allons rechercher ensemble la structure de soin à laquelle le jeune devra être adressé. Le but est de l'accompagner vers une structure qui pourra apporter une aide sur la durée. »



Bernard NORROY, responsable de l'Equipe mobile Psychiatrie Précarité, fait part de son expérience concernant la prise en charge des migrants demandeurs d'asile.

« L'Equipe mobile Psychiatrie Précarité a pour objectif l'accès aux soins des personnes en situation de précarité (terme relativement vague qu'il conviendrait d'abord de définir). Il existe dans les différentes agglomérations françaises des équipes de ce type.

A Nancy, comme dans les autres villes, la volonté est que tous devraient pouvoir bénéficier de prises en charge dans le droit commun, en l'occurrence au sein des Centres Médico-Psychologiques (CMP). Vous savez que la psychiatrie est découpée géographiquement de façon à ce que l'on puisse se faire soigner au plus proche de chez soi. Les CMP ont des psychologues, des infirmiers, un ensemble de dispositifs qui vont permettre de faire des évaluations de ces personnes qui leur sont adressés par les services sociaux, ou l'ARS notamment. En fait l'offre est assez disparate selon les territoires.

Il n'est pas possible à Nancy de créer un CMP spécifique pour les demandeurs d'asile, car cela exigerait trop de moyens. Pourtant ils ont besoin d'une prise en charge adaptée à leur situation spécifique.

Je vous donnerai quelques exemples de patients qui me sont adressés :

- Premier exemple : Monsieur souffre de troubles mentaux (schizophrénie) pour lesquels il était soigné depuis 20 ans dans son pays d'origine par des médicaments sans avoir jamais été soumis à une prise de sang, alors que le protocole en France pour obtenir les médicaments l'impose. Mais pour avoir une ordonnance, il fallait attendre trois mois pour avoir un rendez-vous chez un psychiatre. C'est là que j'ai pu intervenir en urgence.

- Le deuxième type de personne que je suis amené à prendre en charge ont des traumatismes du fait de leurs antécédents dans le pays d'origine, pour lesquels certaines pratiques de soin, pourtant classiques habituellement, telles que les hypnoses, pourraient aggraver la situation.

Comme le disait le Dr Hingray, il faut que les gens aient une stabilité psychologique et une certaine stabilité sociale, avant l'accès aux soins. Vous imaginez les difficultés que cela peut représenter pour les personnes qui arrivent. Il faut une prise en charge longue, dans des situations souvent complexes

- Le troisième type de personne, ce sont ceux qui sont dans la rue, qui sont tout seuls, ou qui se baladent de foyer en foyer, qui viennent de Longwy pour me voir, ou de Briey (ville sans psychiatre). Ce sont pour eux les conditions de vie qui entraînent des troubles, l'anxiété, les insomnies... qui vont s'aggraver avec la lenteur des procédures.

Les personnes en grande précarité : est-ce que l'on doit les soigner ou est-ce que l'on doit en prendre soin ? Comment peut-on soigner des troubles si les situations qui les ont engendrées perdurent ? Faut-il donner un sédatif à quelqu'un qui dort dehors ? Mon intervention ne peut pas se résumer à délivrer quelques antidépresseurs – ce que je fais pour atténuer les angoisses – mais je me trouve dépourvu de solutions pour résoudre les questions essentielles telles que l'emploi ou le logement. Là encore un exemple.

Je reçois un patient nigérien qui souffrait d'hallucinations et était sous le coup d'une OQTF. J'obtiens, en lien avec son avocat, un sursis d'exécution lui permettant de faire appel, attestant qu'il était engagé dans des soins qu'il ne pouvait pas recevoir dans son pays d'origine. Se posent à nous en permanence des questions de déontologie.

Vous voyez que nous sommes sans cesse placés devant cette interrogation : soigner ou prendre soin. Nous devons non seulement comprendre la pathologie mais d'abord comprendre la personne.

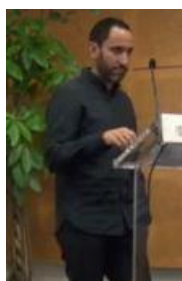
La psychiatrie ne peut pas résoudre les problèmes sociaux et politiques mais elle peut donner de l'espoir. Elle peut proposer des alternatives à l'hospitalisation, car notre but n'est pas d'hospitaliser. Si nous sommes réunis aujourd'hui, c'est pour trouver des solutions durables à des situations pourtant très complexes et chacun y apporte sa petite pierre.

Questions de la salle : « Quid du passage à la majorité ? Après avoir donné de l'espoir aux jeunes mineurs, tous ces efforts peuvent être vains à ce moment fatidique. » « Question pragmatique : combien de temps faut-il ici à Nancy pour obtenir un rendez-vous chez un pédopsychiatre lorsque l'on est jeune

migrant ? » A la suite d'une intervention de Jean-François Clément, évoquant l'évolution des parcours migratoires depuis 60 ans, qui ont changé de nature, les intervenants répondent que les traumatismes post-migratoires ont toujours existé, mais la psychiatrie, elle, a évolué et la société, elle-même, a changé. A Nancy, nous bénéficions aussi de la présence des interprètes qui ont un rôle essentiel pour « aller vers », cela n'existait pas dans le passé.

La psychiatrie n'existe pas ex-nihilo : elle doit tenir compte de tous les phénomènes sociaux qui sont en jeu lorsqu'il est question de migrations, d'accueil et d'intégration : la question de l'emploi, la question du logement, les représentations (autrement dit le regard porté sur le migrant). Le système de soins prend place dans ce faisceau de "phénomènes". Le professionnel de soin va s'intéresser à l'histoire du patient, à l'inconscient, aux facteurs culturels, à l'expression des identités. La psychopathologie est le miroir de la société. Nous avons autant à soigner (prendre soin de) notre hospitalité qu'à soigner le migrant (prendre soin du migrant). En France, l'intervention psychiatrique reste très individualisée : ailleurs, c'est collectif.

Aujourd'hui, nous travaillons dans nos services pour préparer les jeunes à toutes les éventualités, à comprendre le système social dans lequel ils sont arrivés, et cela repositionne nos métiers et en particulier le métier des éducateurs. Ce n'est pas seulement réussir à l'école, ce n'est pas seulement bien se comporter, ces exigences-là malheureusement pourront ne pas suffire pour les jeunes migrants et nous ne leur cachons jamais la vérité. »



Djamel RADJI conclut la table-ronde, d'abord par une comparaison entre les situations à Strasbourg et à Nancy. Strasbourg dispose comme d'autres villes d'une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) et d'une permanence d'accès aux soins de santé psychiatrique (PASS PSY) à destination du public précaire présentant des troubles psychiatriques. Le public migrant y représente plus de 70% de la file active. L'association Migrations Santé Alsace basée à Strasbourg mais orientée Grand-Est, permet un interprétariat en présentiel, avec des interprètes professionnels formés à l'interprétariat médical et social qui est bien sûr un luxe énorme. Le luxe a néanmoins un coût et les hôpitaux sont de moins en moins enclins à l'assumer. Il félicite les acteurs nancéiens qui, malgré un contexte bien moins favorable, savent se mobiliser en réseau riche en compétences. Par exemple, il rêverait de pouvoir bénéficier à Strasbourg d'une équipe en ethnopsychiatrie. Il revient enfin sur la complémentarité nécessaire entre l'interprétariat en présentiel et l'interprétariat téléphonique. Ce dernier est utile voire indispensable dans les situations d'urgence, mais dans "le programmé", il faut vraiment privilégier le présentiel. Il y a nombreux écueils dans l'interprétariat téléphonique, particulièrement en présence de psychoses. L'interprète n'est pas un simple traducteur : il détecte par exemple les erreurs de syntaxe, souvent révélatrices de problèmes de psychose.

Pour conclure : les demandeurs d'asile sont des combattants. Les stress répétés ont un impact fort sur leur santé mentale. On retrouve de nombreux traumatismes au cours des parcours prémigratoires, migratoires et post migratoires. Il y a ainsi un continuum allant de la santé mentale jusqu'à la maladie mentale. Les migrants, et c'est un phénomène bien connu, sont souvent dans une meilleure santé lorsqu'il arrive dans la société d'accueil qu'on appelle le Health Migrant Effect toutefois de plus en plus contesté : c'est une fois ici qu'ils vont rejoindre le niveau de santé de notre société pour se détériorer par la suite pour toutes les raisons que nous pouvons comprendre. Les PASS se retrouvent seules pour assumer les soins des demandeurs d'asile en raison d'un délai de carence de trois mois avant l'ouverture des droits CPAM. Il faut savoir que, depuis 2019, les demandes de titre de séjour étranger malade doivent être effectuées en même temps que les demandes d'asile dans un intervalle de 3 mois qui correspond au délai de carence. Ils vont donc dans les PASS qui ne sont pas suffisamment financés pour faire face à ce flux.

De façon générale, ce que nous pouvons constater, c'est bien un manque de moyens. Il est nécessaire de sensibiliser à ces questions les étudiants en médecine au sein de leur formation.

Soyez certains en tout cas d'une chose : les demandeurs d'asile ne sont par nature ni des malades ni des menteurs.

Conclusion

Dr Arnaud VEÏSSE

Grand témoin de la journée



Arnaud VEÏSSE qualifie la journée d'extrêmement riche, motif d'espoir et d'enthousiasme, avec une variété et une diversité d'actions présentées, une complémentarité et une diversité des acteurs libéraux, institutionnels, associatifs, qui montrent que l'on peut réaliser beaucoup de choses dans le contexte actuel.

Il retient plusieurs sujets, sans qu'ils ne soient exhaustifs, eu égard à la richesse de la journée :

- Combien l'interprétariat professionnel est dorénavant reconnu et devenu une nécessité, après de longues années et la prise de conscience de la nocivité des fausses solutions d'interprétariat, mais encore faut-il trouver les budgets pour le mettre en place ;
- La frustration des soignants et des travailleurs sociaux qui ne peuvent répondre à l'intégralité des besoins primaires des personnes rencontrées ;
- La nécessité de donner des informations objectives face à un grand nombre de préjugés ; il mentionne l'exemple dans les années 70, de la santé des migrants perçue comme une santé post-coloniale, tropicale, exotique, avec des concepts très répandus a priori racistes et xénophobes, dont il n'est plus question aujourd'hui ;
- Des dimensions dans lesquelles il faudrait encore davantage d'actions que ce que ne l'on peut faire aujourd'hui, comme dans le champ du handicap ou de l'autonomie des personnes âgées ;
- L'importance des actions d'aller vers, avec des services complémentaires, qui se développent de plus en plus, pouvant être menées en plusieurs temps, adaptables en fonction des besoins et des situations des personnes
- Des actions de prévention et de la promotion de la santé qui présentent aussi des vertus quand elles sont menées en collectif (exemple des visites préalables de la maternité pour les femmes enceintes) ;
- L'insuffisance des moyens dans le système de santé, non spécifique aux migrants, mais qui les concerne aussi, comme dans le champ de la santé mentale, avec les difficultés d'accès aux CMP, psychologues et psychothérapies de soutien, alors qu'elles sont fondamentales pour soulager les personnes ayant subi des psychotraumatismes ;
- La frustration du fait qu'une partie de ce que l'on est amené à essayer de faire ou d'inventer en matière de réponse pour la santé des migrants n'est pas uniquement du ressort des professionnels ou du système de santé, mais impactée par des obstacles supplémentaires, dressés par des politiques d'immigration déconnectées des besoins, avec un certain nombre d'effets pervers ;
- A cet effet, l'absurdité de renvoyer vers l'hôpital public ou les Permanences d'accès aux soins de santé, des personnes qui pourraient tout à fait être soignées correctement en ville, si on leur donnait la possibilité de le faire plus tôt (*effet des délais de carence*)
- ou encore l'absurdité d'imposer aux personnes de se déclarer malades dès le début de la procédure d'asile, alors qu'elles ne le savent pas encore et qu'elles n'ont pas eu accès aux bilans de santé, et qu'on les taxe de mentir sur leur état de santé, quand elles finissent pas demander un titre de séjour pour soins lorsqu'elles sont déboutées

- L'impact sur notre travail et l'énorme pression des acteurs sociaux en première ligne qui doivent trouver des solutions là où il n'y en a pas
- L'intérêt des groupes d'analyses pratiques pour supporter l'insupportable dans l'exercice de notre métier, et rester en soutien, quand on entend les horreurs que les personnes ont subi, avec une écoute bienveillante et nécessaire ;
- Quels moyens pour avoir le sentiment que nos constats individuels dans l'exercice de nos missions sont portés collectivement et relayés aux décideurs politiques

Comment s'appuyer sur des relais citoyens ? Comment relayer de façon ciblée vers les décideurs locaux, départementaux, nationaux, ce qui est exprimé de colloque en colloque, de journée d'étude en journée d'étude, que ce soit par des associations d'aide aux étrangers, mais aussi par les soignants, les travailleurs sociaux qui sont en première ligne ?

A l'issue d'une journée comme celle-ci, A. VEÏSSE suggère l'idée de rédiger une motion qui rassemblerait les points communs des constats posés par les différents acteurs, afin qu'elle soit transmise aux décideurs politiques pour les prochaines échéances.

Arnaud VEÏSSE souhaite terminer son propos par une réponse à une question évoquée plus tôt dans les échanges : que doit-on dire aux personnes migrantes, de ce qui va leur arriver en France ? Au Comede, une partie du travail d'accompagnement des demandeurs d'asile consiste à dire aux personnes concernées, que l'on espère que cela va marcher, mais que si cela ne marche pas, ce n'est pas de leur faute, dans l'état actuel de la situation, qu'il y a malheureusement 80% de chances qu'elles ne soient pas reconnues réfugiées, qu'il faut se préparer au coup suivant, et que cela risque de durer plusieurs années. Cela fait partie de la préparation psychologique au parcours d'intégration.

Conclusions de la journée



Marie-José AMAH, Vice-présidente du Conseil départemental en charge de la protection de l'enfance et de la famille, considère que les éléments-clés de cette riche journée pourraient être mis en valeur pour une meilleure information des décideurs.

Elle remercie Citoyenneté Active Lorraine ainsi que l'ensemble des organisateurs et des intervenants. Pour elle, ces séances de travail sont une forme de réconfort au regard du nombre d'acteurs engagés, institutionnels, professionnels, associatifs et bénévoles.

Elle souhaite partager les éléments de cette journée avec d'autres élus, afin que ces enseignements ne restent pas lettre morte, d'où l'importance qu'il y aurait à produire des actes, si cela était possible.

Si elle ne peut faire de promesses formelles dans l'immédiat à l'issue de ces travaux, elle s'engage néanmoins à rester attentive à tout ce qui s'est dit, au travers des nombreuses notes qu'elle a consignées. Reste naturellement la question des OQTF, dont il a été de nombreuses fois question et sur laquelle il y a encore sans doute des combats à mener. Mais elle veut insister sur le fait que, si cette mesure représente la fin d'une étape, elle n'est pas non plus la fin d'un parcours et il y a encore sans doute beaucoup à faire.

Il convient donc de continuer à tous se mobiliser pour accueillir, accompagner, soutenir, réconforter et donner le plus possible à toutes ces personnes qui en ont un si grand besoin.



Gérard TOUSSAINT, Président de Citoyenneté Active Lorraine, remercie l'ensemble des participants pour leur présence attentive et souhaite que ces travaux aient vocation à se poursuivre et à s'amplifier.

Il souligne l'importance de la dimension territoriale ainsi que les possibilités d'exporter les meilleures initiatives sur d'autres territoires, dans une dynamique de santé publique réunissant l'ensemble des acteurs, institutionnels et associatifs. Il faut continuer à travailler ces questions.

Il conclut en invitant les participants à consulter régulièrement le site « citoyenneteactivelorraine.fr », très riche en dossiers et informations diverses.

Les contacts

Marie-José AMAH
mjamah@departement54.fr

Arnaud VEÏSSE
Arnaud.veisse@comede.org

Denis POISSON
dpoisson@wanadoo.fr

Maryline NOEL
maryline.noel@realise.asso.fr

Nadège DROUOT
nadege.drouot@medecinsdumonde.net

Jérémy JACQUES
j.jacques@reciprocite.fr

Edris ABDEL-SAYED
initiales2@wanadoo.fr

Michèle MONFORT
fberne@departement54.fr

Manon LECLERC
libert.elles.fr@gmail.com

Ibrahim SEYNI-MOUSSA
ibrahimseyni2013@gmail.com

Laetitia BROUILHET-LABOISSIERE
laetitia.brouilhet@realise.asso.fr

Jeanne FRANCHET
Jeanne.FRANCHET@cpn-laxou.com

Equipe Mobile d'Intervention en Ethnopsychiatrie
equipe.emie@cpn-laxou.com

Djamel RADJI
Djamel.radji@ch-epsan.fr; Djamel.radji@chru-strasbourg.fr

Gérard TOUSSAINT
gerard.toussaint54@yahoo.fr

Yvon RUCH
yvon.ruch@gmail.com

Françoise MAISSE
fmaisse@departement54.fr

Aude LAURENT
alaurent@asso-ars.org

Marie-Julie JACQUES
mjj334@hotmail.com

Rodrigue VARNIER
r.varnier@chru-nancy.fr

Carole MIGLIERINA
carole.miglierina@arelia-asso.fr

Valérie GEORGE
valerie.george222@orange.fr

Frédéric LABICH
flabich@asso-ars.org

Katia DELECROIX
kdelecroix@asso-ars.org

Bernard NORROY
Bernard.NORROY@cpn-laxou.com

Guy DIDIER
guy.didier@free.fr



Réseau
Educatif de
Meurthe &
Moselle



arélia
la solidarité en action



Ligue
des droits de
l'Homme
Section
de Nancy

Un loft
pour
les
migrants

Réseau
MÉMOIRE
& HISTOIRE
de l'immigration
Grand Est
“Connaitre notre histoire
pour construire l'avenir.”