

2014

Master Coopération Internationale et
Communication Multilingue

Université Stendhal Grenoble III

LES OBSTACLES A L'ACCES AUX SOINS DES DEMANDEURS D'ASILE SUR L'AGGLOMERATION GRENOBLOISE

Agnieszka BASISTA

Diana DOS SANTOS

Sophie ESCOFFIER



REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier tous ceux qui ont rendu possible la réalisation de cette étude:

- Karine GATELIER pour le suivi et l'encadrement;
- Tous ceux qui ont répondu aux questionnaires et qui ont accepté de nous rencontrer en personne pour répondre à nos questions: les demandeurs d'asile, Bernard Montier de la PASS, Marie Peyronnard de la PASS Psy, Angélique Véré de MDM, Mathilde Toutain et Linda Boosman de la Relève, le Dr Annie Liber, médecin au PoPS, Laure Portay du Centre départemental de santé et Pauline Pipet de l'AGECSA Arlequin;
- Les médecins qui ont accepté de répondre au questionnaire par mail, leurs informations ont été précieuses ;
- Cécile NIER pour l'aide dans le recueil des données et le partage des résultats de ses recherches ;
- L'équipe de l'ADA pour les conseils et le suivi: Fanny BRAUD, Olivier TIRARD-COLLET et Sunaj DURAKOVSKI.

SOMMAIRE

Remerciements	2
Résumé.....	4
Introduction	6
Environnement institutionnel.....	6
Méthodologie.....	7
Etat des lieux.....	9
I. Manque d’homogénéité dans le traitement des Demandeurs d’asile	11
A. Obstacles liés au cadre législatif et règlementaire relatif à la demande d’asile	11
B. Manque de dialogue entre les acteurs	12
II. Déterminants socio-culturels de l’accès aux soins des demandeurs d’asile.....	14
A. Barrière linguistique et interprétariat.....	14
B. Interprétation du système de santé, craintes et refus de soins de la part des demandeurs d’asile	15
C. Comportements discriminants dans la prise de rendez-vous.....	16
III. Manque de financement	18
A. Un système de soin engorgé face à la demande	18
B. La précarité limitant l’accès aux soins.....	19
Recommandations.....	21
Conclusion.....	22
Glossaire.....	23
Bibliographie.....	24
Annexes.....	26

RESUME

Ce travail est le fruit des recherches faites auprès des demandeurs d'asile et des professionnels pour étudier l'accès aux soins des demandeurs d'asile (DA) à Grenoble. Il existe un cadre législatif et réglementaire spécifique régissant les droits des DA en matière de la santé (la directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres¹, la circulaire N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale d'Etat, notamment la situation familiale et la composition du foyer² et l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne du 27 septembre 2012 selon lequel chaque DA a le droit de bénéficier de la CMU-C). Pourtant, dans les faits, seuls les DA en procédure normale ont la CMU-C (Couverture Maladie Universelle complémentaire) à Grenoble et les DA en procédure prioritaire ainsi que les DA en procédure Dublin doivent justifier de trois mois de présence en France avant de pouvoir demander l'AME (Aide Médicale d'Etat). Cette exigence d'attente de trois mois ne concerne pas les enfants ni les femmes enceintes de huit mois. D'ailleurs, il est important de noter que la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) demande souvent des pièces complémentaires afin de compléter le dossier de demande de CMU-C ou d'AME, ce qui prolonge les délais d'attribution des droits. Nous supposons que les pratiques de la CPAM sont dues aux procédures internes de la structure.

Nous avons également relevé un manque de communication entre les différents acteurs qui sont concernés par la santé des demandeurs d'asile ce qui rend difficile le suivi comme la coordination des actions.

En ce qui concerne les déterminants socioculturels de l'accès aux soins des DA, la barrière linguistique est le premier obstacle cité dans l'ensemble des entretiens des retours de la part des médecins. En effet, les DA venant des pays non francophones (ex. pays des Balkans) ne maîtrisent pas le français, ce qui rend difficile leur communication avec les professionnels de santé. Les budgets des structures qui les accueillent ne disposent pas de fonds assez important pour assurer un interprétariat de qualité et les cours de français intensifs gratuits ou peu chers n'existent pas. Les demandeurs d'asile sont demandeurs de soins mais la complexité du système de santé français et la méconnaissance de leurs droits rendent difficile leur prise en charge. Ils ne rencontrent pas de difficultés majeures pour consulter des médecins généralistes ou avoir accès aux médicaments. En effet, la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) et MDM (Médecins du Monde) donnent des médicaments gratuitement aux personnes sans droits ouverts et une fois l'obtention de l'AME ou de la CMU-C, les médicaments sont remboursés. Les difficultés sont plus prégnantes lorsqu'il s'agit d'obtenir une consultation auprès d'un spécialiste qui sont plus réticents à recevoir des DA, pour plusieurs motifs (dépassement non autorisé, absence aux rendez-vous) Ce genre de pratique est difficile à dénoncer du fait que les spécialistes invoquent d'autres motifs de refus.

¹ Directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres.
Disponible sur : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003L0009:fr:HTML>

²CIRCULAIRE N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'Etat, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs). Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/09/cir_33805.pdf

Le manque de moyens alloués aux structures de soin pour assurer une prise en charge de qualité apparaît comme un élément déterminant, de plus en plus d'acteurs doivent assurer un service similaire pour un nombre croissant de DA et cela dans un contexte de stagnation des budgets.

Nous formulons des recommandations suivantes pour faire face aux obstacles énoncés:

- Création d'une PASS DENTAIRE afin de faciliter l'accès aux soins dentaires ;
- Création d'une PASS PEDIATRIQUE pour désengorger les urgences pédiatriques ;
- Réduction des délais d'attente pour l'ouverture des droits AME et CMU-C afin que les DA puissent bénéficier de leurs droits plus rapidement ;
- Divulgateion des outils réalisés par le Pops déjà existants (ex. dépliant Bonjour Docteur) auprès des médecins ;
- Création d'un groupe de travail en partenariat avec le Pops pour élaborer d'autres outils ;
- Ouverture de cours de langue intensifs gratuits ou peu chers pour les DA afin qu'ils puissent améliorer leur français et se faire comprendre plus facilement ;
- Promotion du bénévolat chez les DA pour palier aux problèmes générés par l'inactivité (estime de soi et pathologies liées à la sédentarité).

INTRODUCTION

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'un enseignement du Master 2 de Coopération Internationale et de Communication Multilingue (CICM) et d'un partenariat avec les associations ADA (Accueil demandeurs d'asile) et Modus Operandi³.

Cette enquête tente de répondre au besoin de données quantitatives et qualitatives fiables concernant l'accès aux soins, et à la santé en général, des demandeurs d'asile (DA) en Isère. Afin de mener à bien cette étude, nous avons choisi de considérer la santé telle que définie dans le préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé de 1946. Selon ce texte « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition, telle que présentée, implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels. De la même manière, il faut s'interroger sur le terme d'accès aux soins, la définition proposée par Pierre Micheletti, « *le bon accès aux soins peut être défini comme le pouvoir de bénéficier d'un soin de qualité dans un délai optimum par rapport à la pathologie en cause* », regroupe les notions de qualité et de délai, éléments essentiels lorsque l'on aborde le sujet de la santé.

ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL

Il y a une multitude d'acteurs qui interviennent dans le domaine de la santé des demandeurs d'asile sur l'agglomération grenobloise. Voici la liste et les attributions de ceux que nous avons rencontrés.

La PASS somatique

La PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) assure des permanences médico-sociales qui s'adressent aux personnes qui n'ont pas de couverture sociale et qui sont en situation de grande précarité. Les consultations y sont gratuites. L'objectif de la PASS est de faciliter l'accès aux soins avec un retour dès que possible vers un circuit classique de soins.

La PASS Psychiatrique

La PASS Psy assure un accueil et des consultations dans ses locaux et répond à des personnes demandeuses ou orientées avec ou sans rendez-vous. Elle relève de plusieurs missions: l'accueil, l'évaluation, l'orientation et les soins.

Médecins du Monde

Le Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde est ouvert à toute personne en difficulté d'accès aux soins, sans rendez-vous. Des consultations de médecine générale, soins infirmiers, consultations psychologiques, sociales et ophtalmologiques sont proposées gratuitement lors des permanences.

³MODUS OPERANDI. [Consulté le 7 janvier 2014]. Disponible sur : <http://www.modop.org/page.php?id=1>

La Relève

La Relève est une association créée en 1953 et située à Echirolles. Elle propose 8 services solidaires : Demande d'asile, la Plateforme d'accueil et d'orientation, C.H.R.S. (Centre d'Hébergement et de Réinsertion sociale), Hébergement temporaire, Fonds de solvabilisation, Sortants de CADA, Intermédiation locative et Service restauration. La Relève emploie deux AS au service de la Plateforme pour accueillir des primo-arrivants et deux AS de l'OFII qui ouvrent les droits à la CMU-C et l'AME pour les DA.

Le Point Précarité Santé (PoPS)

Le Point Précarité Santé a pour objectif de favoriser l'accès à la prévention et aux soins des populations démunies, de mettre à disposition des professionnels et des populations et d'informer sur l'offre de prévention et des soins et de développer le travail en réseau à partir des dynamiques locales.

Le Centre Départemental de Santé

Le Centre Départemental de santé assure des permanences de dépistage, d'accompagnement social, de vaccination et de consultation médicale. Les DA y sont orientés pour faire des dépistages pour la tuberculose, le VIH et l'hépatite.

Les Centres de santé de l'AGECSA

Les centres de santé de l'AGESCA (Association de Gestion des Centres de Santé Associatifs de Grenoble) ont pour mission d'améliorer l'accès aux soins et la santé à travers une offre médicale pluridisciplinaire et un accompagnement des patients dans l'accès aux droits liés à la santé et la mise en place d'actions de santé publique. Ils dispensent des soins médicaux et paramédicaux.

La CPAM

Il s'agit de l'organisme chargé de l'attribution de la CMU-C et de l'AME pour les DA.

METHODOLOGIE

Notre démarche était de réunir le plus grand nombre d'informations sur le sujet de l'accès aux soins. C'est pour cela que nous avons lu des rapports concernant le sujet et nous avons passé des questionnaires auprès des DA et des professionnels concernés.

Pour réaliser cette étude, nous avons privilégié les enquêtes auprès des acteurs de terrain en contact direct et quotidien avec des DA. Il nous a semblé intéressant de multiplier nos sources et d'aller à la rencontre d'acteurs institutionnels impliqués auprès des DA en fonction de leur avancée dans la procédure mais aussi de médecins généralistes qui interviennent au plus près des personnes. En ce qui concerne les institutionnels, nous avons interrogé Bernard Montier de la PASS le 04/12/2013 (annexe 1), Marie Peyronnard de la PASS Psy le 19/12/2013(annexe 2), Angélique Véré de MDM le 09/01/2014(annexe 3), Mathilde Toutain et Linda Boosman de la Relève le 22/01/2014 (annexe 4), le Dr Annie Liber, médecin au PoPS (annexe 5) le 04/02/2014, Laure Portay du Centre départemental de santé le 07/02/2014 (annexe 6), Pauline Pipet de l'AGECSA Arlequin le 18/02/2014 (annexe 10). Nous avons mené avec eux des entretiens semi directifs en vis-à-vis qui duraient environ une heure chacun.

Pour ce qui est des médecins généralistes, nous avons établi un questionnaire (annexe 8) que nous avons fait circuler par mail.

Nous n'avons pas pu interroger les assistantes sociales de l'OFII car elles nous ont dit qu'elles recevaient uniquement les étudiants inscrits dans des cursus de formation au métier d'assistante sociale. Par ailleurs, malgré notre insistance (téléphone, déplacement dans les bureaux et mèl), nous n'avons pas obtenu de rendez-vous avec les services de la CPAM. Cette rencontre aurait permis de mieux comprendre à quels types de difficultés sont confrontés ces services et mettre en avant les éléments qui pourraient contribuer à résoudre, ou tout au moins expliquer, certains des obstacles que nous avons recensés.

Enfin, nous avons fait le choix de ne pas nous rendre dans certains services du CHU tels que urgences, et le service de gynécologie-obstétrique parce que les prises en charge des patients se fait de la même manière pour tous. Nous n'avons pas visité non plus des structures liées aux soins pédiatriques (urgences de l'hôpital couple/enfant, ASTRIADE, service pédopsychiatrique).

Nous avons passé des questionnaires auprès des demandeurs d'asile dans la période entre le 13 novembre 2013 et 24 janvier 2014 afin de savoir si l'accès aux soins leur est garanti. Nous devons choisir un lieu approprié afin de poser nos questions. Nous avons interrogé deux personnes au sein de l'ADA et 4 personnes dans les locaux de MDM. L'ADA présente l'intérêt de recevoir uniquement des DA, et que seuls les demandeurs d'asile s'y adressent, par conséquent, chaque demandeur constitue un sujet potentiel du questionnaire. En ce qui concerne le MDM, une partie importante de leurs bénéficiaires sont des DA. Nous avons bénéficié des statistiques de Cécile Nier (Stagiaire à l'ADA en BTS Economie sociale et familiale) pour compléter notre enquête.

Nous nous sommes rendu compte que les questions que nous posions pouvaient être perçues comme «intrusives» du fait qu'elles touchent à la question de la santé. Ainsi, les refus de répondre au questionnaire ne nous ont pas surpris. Nous avons aussi l'impression que l'utilité de ce questionnaire n'était pas souvent comprise par nos interlocuteurs.

Il est parfois difficile d'avoir accès aux statistiques des différentes structures (PASS, PASS Psy) soit les DA ne constituent pas de catégorie à part (Centre départemental de santé). Certaines structures accueillent seulement des DA (p.ex. la Plateforme) et d'autres proposent des services pour des personnes en précarité ou des migrants en général (la PASS). Dans le deuxième cas de figure, les employés ne demandent pas de détails sur la situation administrative de la personne donc les DA sont confondus avec d'autres bénéficiaires. Ainsi, les DA ne constituent pas de catégorie à part dans les statistiques de certaines structures.

L'état de santé des DA évolue après leur arrivée en France. Tous les professionnels interrogés évoquent les pathologies psychologiques et psychiatriques liées aux traumatismes vécus par le DA dans son pays d'origine pendant son voyage et ceux relatifs aux conditions de précarité actuelles ainsi que le sentiment d'insécurité lié à leur situation administrative.

Les autres pathologies citées sont de nature cardiovasculaire, gastrique, respiratoire et infectieuse ou liées à l'endocrinologie. Il y a peu d'addictions. Mme Portay ajoute le diabète, VIH, hépatites, syphilis, problèmes dentaires, cardio-vasculaires, d'hypertension artérielle (HTA) et ophtalmologiques. Les médecins généralistes signalent des carences, des troubles musculo-squelettiques.

Selon les réponses obtenues par Cécile Nier, 12 personnes sur 26 interrogées ont trouvé que leur état de santé s'est dégradé depuis leur arrivée sur le territoire.

Il y a plusieurs obstacles à l'accès aux soins pour les DA en France qui ont été relevés par les associations œuvrant dans le domaine telles que la Comède, le Centre Primo Levi ou la Coordination française pour le droit d'asile (CFDA).

Il s'agit tout d'abord de la complexité du système de santé et d'un accompagnement insuffisant des plateformes d'accueil des demandeurs d'asile (PADA). Le référentiel de 2012 a exclu l'aide à la constitution du dossier de demande de l'Aide médicale d'Etat (AME) ou de CMU-C des devoirs des PADA. A Grenoble, seuls les DA en procédure normale (PN) sont accompagnés par la PADA pour compléter leur dossier CMU-C.

L'accès aux soins à Grenoble est aussi déterminé par rapport à la procédure de traitement de la demande d'asile qui est souvent choisie d'une manière contestable ou abusive. En effet, le critère de pays d'origine « sûr » fait débat et l'interprétation de la fraude par la préfecture est souvent mal justifiée compte tenu de la barrière linguistique entre le DA et l'administration. Deux types de protection maladie existent en France : l'assurance maladie avec la complémentaire (CMU-C) dont bénéficie un DA dont la demande d'asile est traitée selon la procédure normale (DA en PN) et qui dispose d'une autorisation provisoire de séjours (APS) ; et l'aide médicale d'Etat (AME) à laquelle ont accès des DA dont la demande d'asile est traitée selon la procédure prioritaire (DA en PP) ou des DA concernés par le règlement dit « Dublin II » (DA en PD) et qui prouvent leur présence sur le territoire français de trois mois minimum. Les droits à ces deux types de protection sont ouverts pour un an et doivent être renouvelés. L'AME comprend moins de soins pris en charge par rapport à la CMU-C. Depuis juillet 2012, l'AME est gratuite pour les DA (les PADA prennent en charge les frais de 30 euros par an). D'ailleurs, les enfants ont droit à l'AME dès leur entrée sur le territoire français.

En cas de besoin « *de soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital* », les étrangers qui ne bénéficient pas de l'AME et qui n'ont pas prouvé leur présence sur le territoire français de trois mois peuvent bénéficier de soins pris en charge par le fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV).

Les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) demandent souvent des documents et justificatifs supplémentaires d'une manière illégale et ne respectent pas la législation en vigueur.

Il est difficile de repérer des pratiques abusives de la CPAM. La circulaire du 8 septembre 2011 dispose que la convocation à la préfecture suffit pour ouvrir les droits à la CMU-C peu importe le résultat de la demande d'APS. Pourtant, à Grenoble, l'ouverture ne peut se faire qu'avec une APS. D'ailleurs, selon l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) du 27 septembre 2012, les DA en PD devraient bénéficier de la CMU-C.

La barrière de langue constitue aussi un obstacle majeur en ce qui concerne le remplissage et le dépôt du dossier ainsi que les consultations médicales. Les non francophones ont aussi du mal à négocier leurs droits au guichet et démontrer des preuves négatives auprès de l'administration. La maîtrise de l'écrit varie aussi selon des DA.

Le délai de traitement des dossiers est aussi un problème significatif.

Il faut aussi se pencher sur le cas spécifique d'accès aux soins en matière psychologique et psychiatrique. Les DA qui fuient leurs pays d'origine ont subi des traumatismes dans leurs pays d'origine et très souvent durant leur voyage pour arriver en France. A leur arrivée, ils doivent faire face à la

précarité qui empire encore leur état. S'ajoutent à cela la barrière linguistique, la pénurie de services et la méconnaissance des spécificités des DA de la part des spécialistes et des généralistes. Certains DA, du fait de leur spécificité culturelle ont aussi du mal à consulter un psychologue ou un psychiatre.

Selon les propos de Philippe Douste-Blazy, ancien ministre de la Santé, recueillis en 2005: « *En France, on estime que 20 % des réfugiés, environ 150 000 actuellement, ont été soumis à la torture. La majorité des victimes sont ignorées et lorsque ces personnes expriment une demande de soins, elle est souvent indirecte, en tout cas toujours complexe et multiforme. Cette demande exige pour s'exprimer un accueil particulier respectant le silence de la victime dû à la honte, à l'humiliation subie, à la violation de son intimité, et adoucissant la souffrance des réminiscences des atrocités vécues provoquées par la demande même. Elle nécessite également des conditions de consultation ne rappelant d'aucune manière les circonstances des sévices subis.* »

Selon le Centre Primo Levi, les obstacles à l'accès aux soins sont l'invisibilité des DA, les carences de l'hébergement, la stigmatisation des étrangers et la complexité des démarches administratives.

La précarité des DA est aussi un facteur d'empirement de l'état de santé. Cette précarité est due à l'insuffisance de l'hébergement et de l'ATA (Allocation temporaire d'attente) et l'impossibilité de travailler. En ce qui concerne l'ATA, son montant est d'environ 300 euros par mois, c.à.d. moins que le RSA. Ce qui encore plus inquiétant est que certains DA n'ont pas de temps de bénéficier de l'ATA, surtout ceux en PP, car le rejet de l'OFPRA vient avant l'ouverture des droits à cette allocation.

La domiciliation des demandeurs d'asile est aussi un problème car depuis juin 2013 seule la Relève peut domicilier des primo-arrivants jusqu'à la décision de l'OFPRA concernant la demande d'asile. Si la demande d'asile d'un DA en PP est rejetée par l'OFPRA, la domiciliation de l'intéressé à la Relève s'arrête et il doit chercher une autre domiciliation pour pouvoir faire un recours auprès de la CNDA. Ainsi le suivi des courriers et des relances est rendue plus difficile pour le DA en PP.

Les DA qui n'ont pas **d'accès à l'Internet** sont aussi fragilisés dans leurs démarches car ils sont obligés d'attendre les courriers pour savoir si leur demande a abouti ou pas. Cela leur empêche aussi d'anticiper leur situation.

Le PoPS a identifié cinq types d'obstacles d'accès aux soins : administratif, financier, géographique, utilisation des droits et psychoculturel. Ce qui doit alerter c'est que parmi les bénéficiaires du PoPs le nombre d'obstacles par personne augmente et est passé de 1,7 en 2007 à 2,9 en 2013. Il y a aussi une aggravation des difficultés administratives qui touchent 64% des patients en 2013 par rapport à 23% en 2007. (PoPS: Les accompagnements de santé individuels : un suivi de 2007 à 2013 p.5)

Problématique:

Nous allons montrer quels sont obstacles à l'accès aux soins auxquels des demandeurs d'asile (DA) sont confrontés à Grenoble.

Plan:

Dans un premier temps, l'étude portera sur le manque d'homogénéité dans le traitement des DA (I). Ensuite, nous allons nous intéresser aux déterminants socio-culturels de l'accès aux soins des demandeurs d'asile (II). Enfin, nous allons analyser le problème du manque de financement (III).

I. MANQUE D'HOMOGENEITE DANS LE TRAITEMENT DES DEMANDEURS D'ASILE

A. OBSTACLES LIES AU CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE RELATIF A LA DEMANDE D'ASILE

La santé est un élément important dans l'accueil des demandeurs d'asile (DA). Selon la loi **n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle**, les DA résidant en France ont le droit de recevoir des soins appropriés et de bénéficier d'une protection maladie complémentaire s'ils disposent de ressources faibles. De plus, **l'article 15 de la Directive « Accueil » de 2003** prévoit l'accès aux soins et une assistance médicale comme une garantie minimale d'accueil des DA au sein de l'Union européenne et selon **son article 20**, les personnes qui ont subi des viols, tortures ou autres violences graves doivent bénéficier des traitements spécifiques.

Pourtant, ces dispositions ne sont pas respectées. Il y a déjà une différenciation qui se fait entre les DA en PP et les DA en PN, les premiers bénéficiant, en Isère, de l'AME et les seconds de la CMU-C. Pourtant, comme c'était précisé dans l'introduction, selon **la circulaire du 8 septembre 2011**, la convocation à la Préfecture suffit pour ouvrir les droits pour les DA à la CMU-C.

Ce sont les deux assistantes sociales (AS) de l'OFII qui ouvrent les droits à la CMU-C et l'AME pour les DA. Elles attendent la décision de la Préfecture en matière de l'autorisation provisoire de séjour (APS) avant de faire des démarches auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Nous n'avions pas pu rencontrer les AS de l'OFII pour leur demander l'explication mais une AS de la Relève (Mélanie Miguet) a justifié le choix de ses collègues en disant que le dossier risquait d'être bloqué sans une APS. (voir entretien avec Mélanie Miguet, annexe 7)

En ce qui concerne l'ouverture des droits à la CMU-C pour les DA en Dublin, elle ne se fait pas car les AS de la Relève ne sont pas encore au courant du changement de la législation. (voir entretien avec Mélanie Miguet, annexe 7)

Nous voyons que les délais de rendez-vous à la Préfecture ont un impact sur l'ouverture des droits en Isère comme l'APS est nécessaire pour ouvrir les droits.

Parfois ce sont des structures d'hébergement qui ouvrent les droits pour les DA et les dossiers ne sont pas toujours complets (voir entretien avec la PASS, annexe 1) et cela engendre des retards d'attribution de la CMU-C ou AME.

Il est aussi intéressant de noter que les DA n'ont pas tous les papiers demandés sur eux, ce qui rend difficile le remplissage des dossiers.

Les délais d'ouverture des droits à la CMU-C ou à l'AME sont long. Sur 24 DA interviewés, 2 DA ont attendu moins d'un mois, 9 DA – 1 à 6 mois, 4 personnes - 6 mois à 1 an et une personne a patienté plus d'un an. 8 personnes n'avaient pas encore de couverture maladie.

La question des remboursements est aussi importante. Il est difficile de se faire rembourser pour une personne qui va aux urgences avant de passer à la PASS.

Si le dossier de la CMU-C ou AME a été déposé avant l'achat des médicaments à la pharmacie hospitalière, cette dernière avance des frais et devrait se faire rembourser par la CPAM. Pourtant, il y a des difficultés à se faire rembourser. Comme nous n'avons pas pu rencontrer de responsables de la CPAM nous ne savons pas à quoi sont dues ces difficultés.

Les DA ont aussi du mal à comprendre qu'une fois leurs droits ouverts, ils ne peuvent plus être soignés au sein de la PASS ou MDM et ils doivent trouver leurs médecins en dehors de ces structures.

L'impossibilité de travailler des DA est un facteur de précarité financière certes, mais a des répercussions au niveau de la santé. Plusieurs médecins ont pointé cette difficulté, surtout pour les hommes qui se sentent désœuvrés et qui rencontrent des problèmes psychologiques alors qu'ils subvenaient aux besoins de leurs familles au pays. C'est encore plus grave sachant que l'attente de décision concernant la demande d'asile est longue (18 mois en moyenne).

Il est difficile de repérer des actions abusives de la CPAM et d'en avoir des explications comme nous n'avons pas pu voir des responsables de la CPAM. Un des abus de la CPAM est de demander un récit de vie au DA (voir entretien avec MDM, Annexe 3).

Olivier Tirard-Collet de l'ADA a remarqué que certains dossiers des DA sont traités par la CPAM de Grenoble et autres par celle de Vienne. De ce fait, il y a des différentes pièces supplémentaires qui peuvent être demandées en fonction du centre qui s'occupe de la demande de CMU-C ou de l'AME. Les CPAM peuvent interpréter des textes. Le médecin du PoPS a évoqué des procédures internes à la CPAM de Grenoble comme raison de la lenteur dans l'ouverture des droits à la CMU-C ou AME.

L'ouverture des droits dans d'autres pays européens est aussi un obstacle comme les droits de la personne ne peuvent pas être ouverts en France tant qu'ils ne sont pas clôturés ailleurs.

B. MANQUE DE DIALOGUE ENTRE LES ACTEURS

Nous avons constaté qu'il y a une multitude d'acteurs qui s'occupent de la santé des DA. Pourtant, il y a un manque de communication entre eux causé par la distance entre leurs locaux et un manque de temps. Les employés de la Relève ne peuvent pas se déplacer en dehors de leurs bureaux donc ils ont un contact téléphonique avec d'autres acteurs pour échanger des informations (ouverture des droits de la personne) et effectuer des démarches diverses (prise de rendez-vous à la PASS). Les relations entre la Relève et la CPAM ne sont pas très bonnes comme il y a des dossiers qui reviennent p.ex. du fait des photos peu lisibles (entretien Relève).

Le PoPS collabore avec MDM et la PASS mais pas avec la Relève alors que 4% des bénéficiaires du PoPS, ce sont des DA (voir PoPS, Evaluation de l'accompagnement santé 2013 p.4).

Le Centre départemental de santé est en contact téléphonique avec des structures d'hébergement et des associations. Parfois les employés du Centre se rendent à la Relève pour des rencontres avec des AS.

Les travailleurs de la PASS ne peuvent plus se déplacer sur le terrain ex. dans les camps roms du fait de la charge de travail importante pour accueillir les patients à la PASS.

Pour un médecin libéral, il est difficile de construire un partenariat avec des associations.

Heureusement, les différents services de l'hôpital coopèrent entre eux pour prendre en charge les personnes en cas d'urgence.

Le suivi des personnes est quasi inexistant sauf pour des maladies lourdes ex. les séropositifs sont suivis par le Centre départemental de santé. Les AS de la Relève ne savent pas si les personnes orientées vers le Centre départemental de santé s'y rendent vraiment ce qui constitue une menace à la santé publique si la personne n'est pas rapidement dépistée pour la tuberculose. Les MDM ou les PASS n'ont pas vocation à suivre les patients mais à les orienter vers les structures du droit commun le plus vite possible.

Ce manque de suivi a comme conséquence le fait que des DA se retrouvent sans droits dans la période entre la fin des droits et le renouvellement.

II. DETERMINANTS SOCIO-CULTURELS DE L'ACCES AUX SOINS DES DEMANDEURS D'ASILE

Si l'accès aux soins des demandeurs d'asile est largement conditionné par des éléments législatifs et structurels, il convient également de faire allusion à des déterminants socio-culturels pouvant être considérés comme des entraves.

L'enquête de terrain qui a été menée pour cette étude a permis de mettre en lumière les trois points suivants: barrière linguistique et interprétariat ; interprétation du système de santé, craintes et refus de soins de la part des demandeurs d'asile ; et comportements discriminants dans la prise de rendez-vous.

A. BARRIERE LINGUISTIQUE ET INTERPRETARIAT

Les entretiens conduits à la fois auprès des institutions, des médecins et des demandeurs d'asile ont mis en évidence un obstacle majeur à l'accès aux soins : celui de la barrière de la langue. Le Point Précarité Santé (PoPS) estime qu'une personne sur quatre rencontre des difficultés vis-à-vis de la langue.⁴ La barrière linguistique entrave la communication entre le demandeur d'asile et les professionnels de santé lors de consultations et actes de soins. Cela est particulièrement le cas pour les personnes originaires des pays de l'Est tels que la Macédoine et l'Albanie⁵.

Le problème de la langue se fait d'autant plus sentir lors des consultations psychologiques et psychiatriques. La PASS psychiatrique doit consacrer un budget conséquent à la traduction lorsque la compétence n'est pas mobilisable dans le réseau : il est possible d'avoir recours à des infirmières qui se déplacent pour l'interprétariat mais cela demande une organisation importante en amont. La PASS psychiatrique peut aussi faire appel aux interprètes de l'ADATE. L'accès à l'interprétariat reste toutefois difficile dans plusieurs structures et la médecine libérale est confrontée aux mêmes difficultés. En effet, un médecin généraliste interrogé pour les besoins de l'étude dresse le constat suivant : *« la langue est un gros problème, les familles finissent en général par avoir des traducteurs attirés, cousins, voisins, etc..., et très souvent ce sont les enfants qui traduisent, il n'est pas rare d'avoir des gamins de huit ans qui traduisent pour leurs parents, souvent aussi la consultation se fait avec un portable allumé afin d'avoir un traducteur »*. (voir réponses des médecins, annexe 9)

Les assistantes sociales de la Plateforme maîtrisent plusieurs langues étrangères (anglais, français, allemand) et parviennent donc à surmonter en partie cet obstacle. Elles évoquent cependant un budget interprétariat par téléphone trop restreint et le fait que les personnes présentes pour accompagner les demandeurs d'asile ne le fassent peut être pas de manière gratuite. Il est aussi à noter que l'interprétariat par téléphone ne supprime pas toutes les entraves à la communication interpersonnelle comme le signale Mme Portay, assistante sociale au Centre Départemental de Santé : *« concernant le problème de la langue, il y a des interprètes par téléphone, ça aide mais ce n'est pas pareil »*.

⁴ Les chiffres se basent sur des statistiques générales de fréquentation et ne concernent pas seulement les demandeurs d'asile.

⁵ Entretien avec Bernard Montier, assistant social à la PASS

Face à ce problème, le dépliant “Bonjour Docteur” (voir Annexe 11) a été conçu par le Point Précarité Santé (PoPS) pour faciliter la compréhension entre médecins et patients non-francophones lors des consultations. Ce dépliant utilise des images transculturelles. Le PoPS regrette que très peu d’organismes ne l’utilisent et que les médecins de ville ne le connaissent pas.

D’autre part, il semble important de signaler que la majorité des demandeurs d’asile ont exprimé leur volonté d’apprendre le français. Cela reste cependant très compliqué du fait de l’inexistence de cours intensifs et parce que cela n’est possible qu’à partir de l’obtention des papiers.⁶

B. INTERPRETATION DU SYSTEME DE SANTE, CRAINTES ET REFUS DE SOINS DE LA PART DES DEMANDEURS D’ASILE

Les différentes personnes rencontrées au cours de cette enquête s’accordent à dire que les demandeurs d’asile sont plutôt en demande de soins. Les personnes viennent d’elles-mêmes vers les structures de soins ou sont orientées grâce au bouche-à-oreille, ce qui atténue la peur en relation avec les soins de santé. Des craintes ont toutefois été exprimées concernant certains soins, les soins dentaires par exemple⁷.

Les demandeurs d’asile ne sont pas vraiment visibles et identifiables par rapport aux autres personnes. “*Ils font tout pour passer inaperçus*” signale Mme Portay du Centre Départemental de Santé. Un phénomène qui peut être mis en relation avec la “peur d’être dénoncé”.⁸ La condition de demandeur d’asile ainsi que la précarité associée constituent d’ailleurs un obstacle en soi à l’accès aux soins. Une observation qui a largement été formulée est que la santé ne représente pas une priorité pour les demandeurs d’asile. “*Se soigner n’est pas une priorité pour les demandeurs d’asile, ils cherchent avant tout quoi manger et où dormir*” affirme Angélique Véré, chargée de projet à Médecins du Monde.

De plus, leurs conditions de vie compliquent l’observation d’un traitement médical et il est difficile pour eux de conserver la notion du temps. Cela peut expliquer le non-respect des rendez-vous qui a souvent été évoqué lors des entretiens (surtout lorsque les délais d’attente sont longs).

Un médecin a d’autre part signalé l’absence de documents médicaux (vaccinations antérieures, examens complémentaires, opérations), “*on voit une cicatrice mais pourquoi, parfois ils ne savent pas trop*” et une absence de contrôle (visites scolaires jamais faites, pas de consultations en ophtalmologie effectuées etc.). On trouve d’ailleurs des gens qui n’ont jamais été scolarisés et qui n’ont jamais vu de médecins ce qui amène à de graves problèmes de santé.⁹

Les facteurs culturels jouent un rôle très important dans l’accès aux soins des demandeurs d’asile. Ces obstacles sont pris en compte par le personnel médical mais il reste que les manières de soigner sont occidentales. De plus, la personne ne comprend pas toujours l’utilité du soin par rapport à son ressenti. C’est largement le cas des consultations psychologiques, “*après plusieurs consultations avec une psychologue, un patient a demandé: à quoi sert votre métier?*”¹⁰ De même, l’intérêt des espaces paroles

⁶ Entretien avec Linda Boosman et Mathilde Toutain, assistantes sociales à la Plateforme

⁷ Entretien avec le Dr Annie Liber, PoPS

⁸ Entretien avec Angélique Véré, Médecins du Monde

⁹ Entretien avec Linda Boosman et Mathilde Toutain, assistantes sociales à la Plateforme

¹⁰ Entretien avec Angélique Véré, Médecins du Monde

organisés par la PASS Psy n'est pas très bien compris et les hospitalisations à l'hôpital de Saint-Egrève peuvent être compliquées car les représentations des soins et les conditions hospitalières ne sont pas les mêmes et les vécus restent différents. Cependant, si l'utilité du soin est expliquée au demandeur d'asile, il n'y a pas de refus de traitement.

Dans certains cas, non-représentatifs de la majorité, il peut y avoir une demande du mari d'une femme musulmane concernant le sexe du médecin. La religion est par ailleurs vraiment importante pour les demandeurs d'asile comme le montrent les témoignages suivants: "*Dieu a créé les médicaments, c'est lui qui va me guérir*" ou encore "*un miracle peut me faire guérir du VIH/SIDA*". Par ailleurs, la séropositivité génère un sentiment de honte, elle a une connotation très dégradée surtout chez les Africains.

Les facteurs culturels sont souvent liés à une mauvaise compréhension du système de soins. Par exemple, la prévention est une notion qui n'a pas de sens pour toutes les personnes. Pour beaucoup d'entre elles cela signifie aller chez le médecin alors que l'on n'est pas malade. Pour cela, un fascicule a été élaboré par le PoPS pour expliquer l'intérêt de chaque dépistage. Malheureusement, il est seulement disponible en langue française.

D'autres témoignages mettent en avant une incompréhension dans la prise en charge de la maladie. Par exemple, "*je sais que j'ai une hépatite, je vais avoir des médicaments*" ou encore lorsqu'une prise de sang est demandée: "*on va me prendre mon sang*". Parfois certains ne comprennent pas pourquoi on leur demande de faire une radiographie. Dans d'autres cas, ils demandent des analyses qui ne sont pas jugées utiles par les professionnels de santé. Un médecin a remarqué des difficultés pour les demandeurs d'asile à différencier ce qui est urgent et ce qui ne l'est pas, par exemple un enfant qui a une bronchiolite peut tousser longtemps avant que ses parents ne se décident à l'amener à une consultation. On considère que le niveau d'instruction et le pays d'origine influent beaucoup sur le choix d'aller voir le médecin. Selon Mme Portay, "*le mieux c'est qu'ils expliquent comment ça se passe dans leur pays, et d'établir des passerelles culturelles*".

Certains demandeurs d'asile ne comprennent pas l'intérêt d'aller chez le médecin et souhaitent avoir directement recours à l'hôpital. De plus, le médecin interrogé estime que l'interprétation et les représentations du système de soins sont parfois erronées, "*on me demande souvent des ordonnances pour aller à la piscine du coin ou à la salle de sport, en pensant que c'est gratuit avec l'AME*". Ce phénomène traduit une méconnaissance des droits et des structures, très préjudiciable pour l'accès aux soins.

C. COMPORTEMENTS DISCRIMINANTS DANS LA PRISE DE RENDEZ-VOUS

Les personnes interrogées pour les besoins de l'enquête mettent en avant la présence de stéréotypes et préjugés qui représentent un obstacle à l'accès aux soins des demandeurs d'asile. Ces comportements du personnel soignant, jugés discriminants, concernent essentiellement les spécialistes, qui se montrent plus réticents que les généralistes envers les demandeurs d'asile.

En effet, les spécialistes refusent souvent de donner des rendez-vous aux détenteurs de la CMU-C ou de l'AME. Ils évoquent souvent la barrière linguistique, le non-respect des rendez-vous, le manque de propreté et le risque de perte de clientèle. Ces problèmes se posent surtout dans le cas de demande de rendez-vous chez les dentistes et les ophtalmologues.

Quant aux psychiatres, ils doivent d'abord s'engager à ne pas demander de dépassements d'honoraires. Par ailleurs, comme ils ne sont pas nombreux dans le secteur, ils privilégient leur clientèle. Ces médecins sont soumis à l'obligation de soins mais ils mettent en avant le manque de place, par exemple, pour ne pas recevoir les demandeurs d'asile en consultation, une fois qu'ils apprennent que ces derniers ont la CMU-C ou l'AME.

Il est difficile de dénoncer ce genre de pratique car les médecins n'invoquent pas le type de couverture du malade comme raison de refus de la prise de rendez-vous. De plus, bien qu'il soit possible de porter plainte contre les refus de rendez-vous, les demandeurs d'asile ne le font pas de peur des éventuelles conséquences administratives.

Les difficultés que rencontrent les demandeurs d'asile pour accéder à certaines consultations médicales doivent également être analysées dans le contexte du manque de financement et de la saturation des services.

III. MANQUE DE FINANCEMENT

A. UN SYSTEME DE SOIN ENGORGÉ FACE A LA DEMANDE

La problématique de l'accès au soin ne peut être analysée à l'heure actuelle, sans tenir compte de la situation de réduction des dépenses de l'Etat et contexte de contention des dépenses des collectivités territoriales.

Le manque de moyens a souvent fait l'objet de remarques dans les entretiens, il est par conséquent fondamental de tenter d'expliquer de quelle façon la réduction des budgets a un impact sur la qualité des soins apportés.

La PASS et MDM soulèvent le problème d'augmentation du nombre de personnes qui sont sans couverture maladie. La file active ne cesse de s'allonger. MDM s'est doté de nouveaux moyens, en particulier pour assurer dans de meilleures conditions l'accueil des patients de plus en plus nombreux: la structure a changé de locaux le 17 février 2014 car les anciens sont devenus trop exigus et inadaptés. La PASS, connaît aussi un afflux de personnes, pour l'année 2012, plus de 5000 personnes ont été accueillies par l'équipe. De nombreuses personnes sont refoulées sans avoir bénéficié d'une consultation à cause de l'affluence et de la charge de travail des médecins qui assurent les consultations.

Pour un certain nombre de DA, les urgences apparaissent comme le premier recours : dans de nombreux pays, la médecine de ville n'existe pas et le malade se rend directement à l'hôpital ou dans un dispensaire pour voir un médecin et recevoir les médicaments. Or, la prise en charge par les services d'urgence occasionne deux situations problématiques:

- d'une part cela génère un coût plus important qu'une consultation de médecine de ville,
- et d'autre part cela contribue à l'engorgement des services d'urgences déjà chroniquement surchargés.

Ce phénomène est connu des différents acteurs, qui expliquent la démarche à suivre dans la première prise de contact grâce au document réalisé par les associations afin d'accompagner les DA dans leur parcours (annexe 12).

Cette situation concerne également la prise en charge des enfants qui sont orientés de façon systématique par la PASS et MDM vers les urgences pédiatriques, c'est le parcours de soin normal. Un accueil pédiatrique dédié permettrait de limiter les coûts liés aux soins, de proposer un accompagnement plus spécifique (aspect social, prévention, insertion), de réserver le service d'urgence aux situations d'urgence et pour la période du week-end, et enfin, cela aurait l'avantage de désengorger ces services.

La PASS PSY connaît les mêmes difficultés en terme de prise en charge, ayant des missions très larges (accueil, évaluation, orientation et soins) au regard des moyens déployés. Les demandeurs d'asile représentent 90 à 95% de la population accueillie. Pour l'année 2012, environ 120 nouveaux patients ont bénéficié d'une consultation médicale. Par ailleurs, les prises en charge post traumatiques demandent du

temps, parfois les soignants ont le sentiment qu'ils pourraient faire mieux en proposant des consultations plus rapprochées par exemple.

L'augmentation de la demande de soins n'est pas en adéquation avec les moyens alloués aux structures. En effet, les moyens ne suivent pas la demande : ce sont les structures qui s'adaptent pour mutualiser les moyens existants.

Par exemple, la radio pulmonaire est obligatoire et prescrite par La Plateforme, pourtant, aucun suivi n'est effectué faute de temps de la part des services (cela se faisait encore il y a deux ans selon La Relève). Cet élément est confirmé par les DA à qui nous posons la question, beaucoup d'entre eux n'ont pas réalisé cet examen pourtant obligatoire. Or, c'est un élément important dans les programmes de prévention de santé publique en particulier quant au diagnostic précoce de la tuberculose.

Le manque de moyens implique une offre de service réduite et problématique lorsqu'il s'agit des prises en charge dentaires. Les bénéficiaires de l'AME comme ceux de la CMU-C rencontrent de grandes difficultés pour se faire soigner, pour deux raisons: le refus de soin de la part des dentistes d'une part et les restants à charge, d'autre part, qui sont trop importants pour permettre aux personnes en situation de précarité (cela peut s'appliquer à toutes les personnes affiliées à la CMU-C) de réaliser les soins nécessaires.

La problématique de la langue est compliquée à surmonter comme nous l'avons déjà abordé dans la partie consacrée aux obstacles linguistiques. Le recours aux services d'interprétariat facturés a un impact important sur le budget des structures et ne peut être systématique.

B. LA PRECARITE LIMITANT L'ACCES AUX SOINS

D'autre part, l'ensemble des acteurs de santé font le lien de cause à effet entre la précarité et l'état de santé. Les conditions d'hébergement en particulier ont des conséquences directes sur la santé des personnes.

Cette situation de précarité est le facteur aggravant de l'état de santé des DA qui ont connu des traumatismes dans leurs pays ou lors du voyage pour arriver jusqu'en France et qui ne s'étaient pas préparés à se retrouver dans de telles difficultés, bien au contraire. Le manque de places d'hébergement, les conditions sanitaires d'accueil dans certaines structures, les contreparties exigées en échange d'un toit (il est ici question des problématiques liées à la prostitution) poussent certains DA à s'exposer à de gros risques.

L'accès aux médicaments est facilité lorsque les droits ne pas ouverts, en effet, pendant cette période, les DA ont accès à des consultations gratuites à la PASS ou à MDM. Les médicaments sont délivrés gratuitement par la pharmacie hospitalière de l'hôpital Michallon pour les DA vus à la PASS (les médicaments sont facturés à la PASS et viennent donc en déduction dans le budget de fonctionnement), les médecins de la PASS donnent systématiquement des médicaments remboursés pour les titulaires de l'AME ou de la CMU-C, sauf cas exceptionnel si il n'y a pas d'alternative. Les médicaments sont remboursés à 100% avec la CMU-C et l'AME, le problème se pose pour les médicaments dits de confort qui ne sont pas pris en charge (crèmes etc.).

La PASS PSY ne fait aucune délivrance mais a passé une convention avec deux officines grenobloises situées à l'île verte et Cours Berriat. La PASS faxe l'ordonnance établie par le psychiatre à la pharmacie qui délivrera gratuitement les médicaments et facture directement à la PASS. Une partie du budget dédiée au fonctionnement du service finance les médicaments.

S'agissant de MDM, jusqu'au 1^{er} janvier 2009, les médicaments étaient récupérés auprès des particuliers et l'Ordre de Malte France. Mais ce système d'approvisionnement présentait les inconvénients suivants : impossibilité d'avoir un stock fiable de médicaments et difficulté à adapter le traitement des patients en fonction des médicaments disponibles. La Direction générale de la santé s'est penchée sur la question de la provenance des médicaments dont disposaient Médecins du Monde. Les besoins en médicaments des 21 CASO (Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientations) de France ont été recueillis. Ainsi, une liste de médicaments nécessaires à la prise en charge des personnes par les CASO a été remontée vers la Direction générale de santé qui a fait un appel d'offre. Une pharmacie a été retenue et elle reçoit des subventions pour soutenir MDM. Tous les mois, une commande de médicaments est faite par Internet sur le site de PHI (Pharmacie Humanitaire Internationale). En cas de rupture de stock, les médicaments sont achetés à la Pharmacie des Arts (Cours Berriat).

Les médicaments sont donc remis aux malades après la consultation, afin d'éviter le gaspillage MDM pratique le déconditionnement et limite à 15 voire 30 jours la distribution des médicaments en cas de maladie chronique. Les traitements prescrits chez les MDM doivent prendre en compte les spécificités de l'association (tous les médicaments ne sont pas disponibles) et les conditions de vie des patients (accès à l'eau potable pour la préparation et respect de la chaîne du froid pour stocker certains médicaments).

Les restants à charge sur les soins conduisent à une hausse de renoncement aux soins. L'étude menée auprès des DA vient appuyer cet élément, en effet, selon les résultats de l'enquête, 38% des renoncements de soins le sont pour raisons financières, suivi de très près (31%) pour des raisons de compréhension de la langue.

Par ailleurs, les DA sont souvent confrontés aux mêmes obstacles liés à l'accès aux soins que les autres personnes sur le territoire français. Par exemple en ce qui concerne les délais d'attente de certains spécialistes (les ophtalmologues entre autres).

RECOMMANDATIONS

A la vue de des éléments évoqués dans cette étude, les recommandations suivantes semblent à formuler :

- Création d'une PASS DENTAIRE afin de faciliter l'accès aux dentistes pour les DA ;
- Création d'une PASS PEDIATRIQUE pour désengorger les urgences ;
- Réduction les délais d'attente pour l'ouverture des droits AME et CMU-C afin que les DA puissent bénéficier de leurs droits plus rapidement ;
- Divulgateion les outils réalisés par le Pops déjà existants (ex. dépliant Bonjour Docteur) auprès des médecins ;
- Création et diffusion des outils créés au sein d'un groupe de travail en partenariat avec le PoPs ;
- Création un groupe de travail en partenariat avec le Pops pour élaborer d'autres outils ;
- Ouverture des cours de langue intensifs gratuits ou peu chers pour les DA afin qu'ils puissent améliorer leur français et se faire comprendre plus facilement ;
- Promotion du bénévolat chez les DA pour pallier aux problèmes générés par l'inactivité, l'estime de soi en particulier et les pathologies liées à la sédentarité.

CONCLUSION

Nous avons repéré plusieurs obstacles à l'accès aux soins des DA de Grenoble. Tout d'abord, le cadre législatif et réglementaire qui garantit aux DA certains droits n'est pas respecté et il présente des limites. En effet, l'impossibilité de travailler des DA les précarise encore plus. De plus, les acteurs qui interviennent sur la question d'accès aux soins des DA ne communiquent pas d'une manière efficace pour améliorer des conditions de prise en charge ou pour assurer un suivi effectif. Le problème de la langue s'avère être un obstacle majeur car les budgets consacrés à l'interprétariat ne sont pas suffisants dans les structures accueillant des DA non francophones. Les problèmes liés à la représentation du système de santé et son incompréhension représentent des freins à la prise en charge efficace des DA. Le refus de soins par les spécialistes est cité aussi comme un problème majeur, surtout pour les détenteurs de l'AME qui ne comprend pas de forfaits supplémentaires pour la prise en charge de certains soins, notamment des interventions dentaires pour lesquelles il y a des besoins réels et nombreux, l'achat des lunettes et des prothèses auditives. Les services accueillant des DA sont saturés et dans le contexte de la crise, une mutualisation des moyens s'impose.

Nous avons constaté que les DA ne sont pas visibles dans les structures de santé et se confondent avec les autres étrangers. Cette question de la visibilité répond à deux problématiques: le DA souhaite rester dans l'anonymat parce qu'il a peur d'être traité différemment du fait de sa situation administrative, et d'un autre côté, les structures ne souhaitent pas faire de stigmatisation et entrer des statistiques sur ces personnes. Par ailleurs, la santé n'est pas la priorité pour les DA compte tenu des difficultés qui se posent à eux dès l'arrivée en France, tels que les démarches administratives, l'hébergement, la nourriture ou le transport.

L'étude conduite auprès de professionnels de santé montre qu'à Grenoble, les DA n'apparaissent pas comme une population particulièrement affectée par l'accès aux soins. Les structures existent et répondent aux besoins tant des primo-arrivants que des DA entrés dans la procédure, la situation des DA déboutés est plus difficile que celle des DA en cours de procédure. En revanche, il apparaît que d'autres publics sont encore plus marginalisés.

GLOSSAIRE

ADA : Accueil demandeurs d'asile

ADATE : Association dauphinoise accueil travailleurs étrangers

AGESCA : Association de gestion des centres de santé associatifs de Grenoble

AME : Aide médicale d'état

APS : Autorisation Provisoire de Séjour

AS : Assistant Social

ATA : Allocation Temporaire d'Attente

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CASO : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation

C.H.R.S. : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CJUE : Cour de justice de l'Union européenne

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CNDA : Cour nationale du droit d'asile

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

DA : Demandeur d'asile

MDM : Médecins du monde

OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration

OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides

PADA : Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PHI : Pharmacie humanitaire internationale

PN : Procédure normale

POPS : Point précarité santé

PP : Procédure prioritaire

RSA : Revenu de solidarité active

BIBLIOGRAPHIE

Rapports :

« Droit d’asile en France, conditions d’accueil – Etat des lieux 2012 » (2013). Coordination française pour le droit d’asile.

« Soigner les victimes de tortures exilées en France », Livre blanc (2011). Centre Primo Levi.

« Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d’asile au sein du dispositif national d’accueil ». (2012). Réseau SAMDARRA.

Actes de la journée d’étude du Réseau Samdarra (santé mentale, précarité, demandeurs d’asile et réfugiés en Rhône-Alpes), mardi 26 mai, à Fontaine (38)

Rapport d’activité 2012. (2013). Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides.

Rapport d’activité 2012. (2013). Médecins du Monde, Mission France, Grenoble, Centre d’Accueil de Soins et d’Orientation.

« Evaluation de l’accompagnement santé 2013 », Coordination départementale de l’accompagnement santé, PoPS

« Les accompagnements de santé individuels : un suivi de 2007 à 2013 » PoPS. p.5

Maux d’Exil (n°41). Comède (2013)

Actes de la journée d’étude du Réseau Samdarra (santé mentale, précarité, demandeurs d’asile et réfugiés en Rhône-Alpes), mardi 26 mai, à Fontaine (38)

“La Tuberculose, cahier technique destiné aux professionnels de santé du département de l’Isère”, CLAT 38

“Le rapport d’activité des enquêtes effectuées autour des cas de tuberculose déclarés en 2012”, CLAT 38

“La Tuberculose, Données épidémiologiques 2012 du Centre de lutte antituberculeuse de l’Isère (CLAT 38)”.

Fiche thématique du CISS n°8 - Assurance maladie : Refus de soins aux bénéficiaires de la CMU-C, de l’AME ou de l’ACS - 2013

Documents de l’ADA :

« Le changement... et maintenant ? ». Rapport d'activité 2012. ADA. (2013)

« Guide du demandeur d'asile à Grenoble ». ADA. 2012

« Accès à la procédure d'asile à la préfecture de l'Isère à Grenoble : Revenez demain ! » Synthèse des observations réalisées du 17 septembre 2012 au 31 janvier 2013. Rapport d'observation. ADA, La Cimade, La ligue des droits de l'Homme, Association de Parrainage Républicain des demandeurs d'asile et de Protection, Médecins du Monde, Amnesty International, Secours Catholique, Solidarité Expulsions, Institut des Droits de l'Homme, RESF38, Amicale du Nid, Modus Operandi, Comité de Soutien aux Réfugiés Algériens, Pastorale des Migrants en Isère, Groupe Chrétiens et Immigrés, Diaconat Protestant, La Rencontre- Seyssins.

ANNEXES

Annexe 1 : Récapitulatif de l'entretien à la PASS du 04/12/2013 avec Bernard Montier

Annexe 2 : Rencontre avec Marie Peyronnard, infirmière à la Pass psychiatrique, le 19/01/2014

Annexe 3 : Entretien avec Angélique Véré, coordinatrice Médecins du Monde, le 09/01/2014

Annexe 4 : Compte-rendu d'entretien – La Relève, Linda Boosman et Mathilde Toutain, le 22/01/2014

Annexe 5 : Compte-rendu PoPS, le 04/02/2014

Annexe 6 : Compte-rendu d'entretien, Centre Départemental de Santé – Mme Portay, assistante sociale, le 07/02/2014

Annexe 7 : Compte-rendu de Cécile Nier : rencontre avec Mélanie Miguet de la Relève, le 11/02/2014

Annexe 8 : Etude : accès aux soins des demandeurs d'asile sur l'agglomération grenobloise

Annexe 9 : Réponses des médecins au questionnaire sur l'accès aux soins des demandeurs d'asile

Annexe 10 : Entretien avec Pauline Pipet, chargée du programme de prévention AGECSA , le 18/02/2014

Annexe 11 : Supports réalisés par le PoPS

Annexe 12 : Document remis aux primo-arrivants par les associations

ANNEXE 1: RECAPITULATIF DE L'ENTRETIEN A LA PASS DU 04/12/2013 AVEC BERNARD MONTIER

Personne interviewée: M. Bernard Montier, fonction : Assistant social

Questionnaire « Professionnels de santé »:

- Expliquer le fonctionnement (dossier d'entrée, type de renseignement demandé)

La situation administrative de la personne ainsi que la possibilité de lui ouvrir des droits à la CMU ou l'AME sont étudiés lors de l'ouverture de dossiers.

- Liens avec les autres organismes (Relève, MDM)

Réunions avec les autres acteurs n'ont pas lieu de manière régulière : Relève, PASS, MDM

La Relève prend des RDV pour les DA afin de se rendre à la PASS

La PASS contacte la Relève pour savoir si les droits ont été ouverts.

- Profil type des personnes accueillies

Le profil des personnes accueillies : pas de profil type, la PASS ne rentre pas ces données, souvent les malades viennent à plusieurs, avec femmes et enfants.

- Statistiques

En 2012, la PASS a accueilli 5041 personnes

- Etat de santé des personnes + Pathologies et symptômes

Prévalence : pathologies psychologiques +++, psychiatriques, cardiovasculaires, endocrinologie, gastriques et infections. Peu d'addictions.

Parfois, elles arrivent à des stades avancées des maladies

- Lien avec les urgences

Pas de pédiatrie à la PASS -> renvoi aux urgences pédiatriques, ce qui pose d'autres problèmes, liés en particulier à l'encombrement des urgences. Mr Montier note aussi le coût de devoir recourir au service d'urgence pédiatrique pour des soins qui relèvent de la médecine de ville (rhume, angine...).

Si la personne va aux urgences avant de passer par la PASS, la récupération des droits est difficile.

- Obstacles à l'hospitalisation/ prise en charge/ autres services de l'hôpital

Si le soin urgent est nécessaire, il n'y a pas d'obstacles à la prise en charge car les différents services de l'hôpital coopèrent entre eux.

Les détenteurs de l'AME n'ont pas de médecin traitant mais peuvent avoir un médecin de famille. Il y a des médecins qui ne prennent plus de nouveaux patients. La barrière de la langue est une réalité, en particulier pour les personnes originaires de l'est (Macédoine, Albanie)

- Nature des craintes des personnes accueillies (administration, santé, refus de soins)

Les personnes accueillies sont orientées vers la PASS grâce au « bouche à oreille » donc elles n'ont pas de craintes particulières quand elles se rendent à la PASS

Les Demandeurs d'asile sont plutôt demandeurs de soins.

- Difficultés rencontrées par le personnel

Les problèmes lors de l'accueil :

- les droits qui sont ouverts seulement après le passage à la Préfecture par les assistantes sociales de l'OFII et pas plus tôt,

- type d'hébergement,

- connaître les antécédents pathologiques

- les dossiers des personnes faits par des structures d'hébergement pas toujours complets, cela engendre des retards dans l'attribution AME/CMU-C

Problèmes rencontrés à la PASS avec les DA : langue, compréhension du système de santé, RDV pas respectés, parfois les DA demandent des analyses qui ne sont pas jugées utiles par des professionnels de santé.

- Orientation vers d'autres structures

La PASS oriente ses patients vers MDM, Centre départemental de santé (radio pulmonaire et suivi de grossesse), centre AGEXA, cabinets médicaux lorsque les droits sont ouverts, centre de santé et associations comme ADA, Point d'eau

- Accès aux médicaments

Délivrance des médicaments par la pharmacie hospitalière : il y a des limites :

La pharmacie hospitalière se trouve à Michallon, à quelques dizaines de mètres de la PASS. Quand les droits ne sont pas ouverts, c'est la PASS qui paie. Si le dossier pour la CMU-C et AME a été déposé avant l'achat des médicaments, il devrait y avoir un effet rétroactif en ce qui concerne le remboursement mais la pharmacie hospitalière peine à se faire rembourser dans ces cas-là. La pharmacie hospitalière ne dispose pas de médicaments qui ne sont pas remboursables. La pharmacie hospitalière délivre gratuitement les médicaments prescrits, le médecin de la PASS évite de prescrire des médicaments non remboursés sauf si il n'y pas d'alternative.

Remarque de M. Montier : 1-Les assistants sociaux se déplacent moins sur le terrain ou dans des cas exceptionnels (camps roms par exemple) car il y a beaucoup de travail sur place.

2- Les personnes les plus vulnérables accueillies à la PASS ne sont pas les demandeurs d'asile.

3- Difficulté de faire comprendre aux personnes que l'accueil à la PASS n'est que transitoire et que lorsque les droits sont ouverts, elles sont en charge de trouver « leur » médecin.

Recommandation de M. Montier : Il faut ouvrir les droits plus vite

Les remarques que nous pouvons formuler : Très bonne connaissance de la procédure de demande d'asile, nous avons reçu un très bon accueil.

ANNEXE 2 : RENCONTRE AVEC MARIE PEYRONNARD, INFIRMIERE A LA PASS PSYCHIATRIQUE, LE 19/12/2013

(24 bd Chantourne, 38700 La Tronche)

Au niveau du fonctionnement, le service comprend 3 infirmières, 2 psychologues, 1 médecin interne en psychiatrie à mi-temps, 1 secrétaire, 1 assistante sociale, 1 médecin psychiatre à temps partiel.

La PASS PSY concerne la grande agglomération grenobloise, il y a deux autres structures sur le Nord Isère (Vienne et Bourgoin-Jallieu) et une sur le voironnais.

La structure est caractérisée par la cohabitation de deux types d'interventions qui s'adressent à des publics très différents, d'une part L'Equipe Mobile Liaison Psychiatrie Mobilité (ELMPP) dont la mission est d'aller à la rencontre des personnes en très grande précarité (SDF par exemple) et de les ramener vers le soin, l'équipe accompagne MDM dans ses maraudes deux fois par semaine. Et d'autre part, il y a la PASS psychiatrique qui assure un accueil et des consultations dans ses locaux et qui répond à des personnes demandeuses ou orientées avec ou sans rendez-vous.

La PASS relève de plusieurs missions : l'accueil, l'évaluation, l'orientation et les soins. Il s'agit d'une interface entre les différents acteurs. Il apparaît que ces missions sont très larges au regard des moyens et laissées à la discrétion du service. Ce qui contribue à l'engorgement et à la saturation des services qui sont de plus en plus confrontés au problème de l'accueil.

Les demandeurs d'asile représentent 90 à 95% des personnes suivies par la PASS PSY, ces personnes viennent d'elles-mêmes et sont plutôt demandeuses de soins. Il s'agit principalement des DA déboutés qui se trouvent dans des situations plus complexes par rapport aux DA en cours de procédure qui ont encore des droits. Selon la secrétaire de l'établissement, environ 120 personnes ont été reçues pour un rendez-vous médical en 2012 à la PASS Psy.

Les DA sont orientés vers la PASS Psy par des associations ou des compatriotes. Les DA qui sont dans les CADA ne passent pas par la PASS Psy mais sont orientés vers les Centre Médico-Psychologiques. Les enfants des DA peuvent être accueillis par le service pédopsychiatrique ou aidés au sein de l'ASTRIADE (Echirolles).

Au niveau de la prise en charge des pathologies, il s'agit de souffrances psychiques et non pas de maladies mentales à proprement parler. Cette souffrance psychique est liée à deux éléments : le syndrome post traumatique (hallucinations, images qui reviennent en boucle et qui conduisent par exemple à la perte de sommeil), et la situation de précarité (se trouver à la rue, sans famille, ...) cumulé avec un sentiment de grande insécurité. Le suivi post traumatique d'un patient nécessite 2 ans en moyenne. La souffrance psychique, en dehors du post traumatique ou après la phase post traumatique, s'installe peu à peu et est clairement liée à un « état social » qui s'apparente au désespoir et non pas à la dépression qui est une pathologie à part. Par ailleurs, il n'y a pas de suicides recensés parmi la population des DA. Selon Madame PEYRONNARD, les femmes gèrent mieux l'exil au niveau psychologique par rapport aux hommes qui se trouvent désœuvrés face à l'impossibilité de travailler quand la demande d'asile est en cours.

La question de l'accès aux médicaments est liée à celle de l'ouverture des droits et dépend du statut et de l'étape de la procédure du DA.

La PASS ne fait aucune délivrance mais a passé une convention avec deux officines grenobloises situées à l'île verte et Cours Berriat. La PASS faxe l'ordonnance établie par le psychiatre à la pharmacie qui délivrera gratuitement les médicaments et facture directement à la PASS. Une partie du budget dédiée au fonctionnement du service finance les médicaments.

Afin d'assurer la prise en charge des patients, il est indispensable de pouvoir s'appuyer sur un solide réseau et la construction de partenariats (MDM, Point d'Eau, PASS somatique, la Relève...).

En ce qui concerne les obstacles aux soins, ils sont de plusieurs ordres :

- Volonté des médecins psychiatres de ville, qui doivent d'abord s'engager à ne pas demander de dépassement d'honoraires et qui n'étant pas très nombreux sur le secteur, privilégient leur clientèle. Ces médecins sont également soumis à l'obligation de soin, mais ils mettent en avant le manque de place, par exemple, pour ne pas recevoir les DA en consultation une fois qu'ils apprennent que ces derniers sont couverts par la CMU-C ou l'AME. Il est donc difficile de dénoncer ce genre de pratique comme le psychiatre n'invoque pas le type de couverture du malade comme raison de refus de prise de rendez-vous.
- La langue apparaît comme un frein majeur, y compris à la PASS qui doit consacrer un budget conséquent à la traduction lorsque la compétence n'est pas mobilisable dans le réseau (au niveau du CHU, il est possible d'avoir recours à des infirmières qui se déplacent pour l'interprétariat mais cela demande une organisation importante en amont). La PASS Psy fait aussi appel aux interprètes de l'ADATE. La médecine libérale est par conséquent, confrontée au même problème.
- Il est également plus compliqué, pour un médecin libéral, d'établir des partenariats, par exemple avec des associations.
- Les obstacles culturels sont pris en compte par les équipes, mais il reste que les manières de soigner sont occidentales, de plus, les DA ne comprennent pas toujours l'utilité du soin par rapport à son ressenti. C'est le cas notamment des espaces de parole établis par la PASS Psy. Enfin, les hospitalisations à l'hôpital de Saint-Egrève peuvent être compliquées car les représentations des soins et des conditions hospitaliers ne sont pas les mêmes et les vécus restent différents.

Madame PEYRONNARD a souligné que les institutions sont en général peu accueillantes et engorgées, ce qui rend difficile l'accueil des DA. Elle a aussi invoqué le manque de moyens dont souffrent la PASS et la PASS Psy pour fournir un service de qualité.

ANNEXE 3 : ENTRETIEN AVEC ANGELIQUE VERE, COORDINATRICE MEDECINS DU MONDE LE 09/01/2014

Le 17 février 2014 le déménagement vers des nouveaux locaux, 8 rue Ampère est prévu pour se conformer aux nouvelles règles concernant des établissements accueillant du public en terme d'accès des personnes handicapées et pour faire face à l'augmentation de la file active (en 2013, 1400 personnes ont été accueillies dont 1000 nouveaux patients)

Chez les MDM, il y a deux salariés et des bénévoles. Un ophtalmologue bénévole vient une à deux fois par mois pour faire une consultation chez les MDM.

Problèmes pour un bon accueil des demandeurs d'asile : manque de circulation des informations entre la Relève et le monde associatif et les délais pour avoir le rendez-vous à la Préfecture qui sont longs et entraînent des retards dans l'ouverture des droits.

Profil des personnes accueillies en 2012 : 93% des étrangers, la moitié d'entre eux en demande d'asile, 25% en demande de titre de séjour et 25% de sans papiers de voulant pas faire de démarches pour régulariser leur situation. Il s'agit de 60% de femmes et 40% d'hommes. Il y a eu 21% de mineurs qui sont passés à l'association dont 6% de mineurs isolés étrangers. La situation familiale des patients : 27% se déclarent en couple avec ou sans enfants et 73% - seuls avec ou sans enfants.

En moyenne chaque personne est vue deux fois et un dossier est constitué. Il est ensuite transféré au généraliste à la demande.

Pathologies :

- Anomalies du système respiratoire dues aux conditions de vie (froid, humidité).
- Anomalies de l'appareil digestif dues aussi aux conditions de précarité et allant des problèmes dentaires aux conséquences de la mauvaise alimentation et du stress.
- Problèmes psychologiques allant des syndromes post-traumatiques (conséquences des situations vécues au pays d'origine et pendant le voyage) aux souffrances psychosociales liées à la situation de précarité des personnes

N.B. Des pathologies chroniques sont rares (orientation vers la PASS). Il y a une nécessité d'adapter des traitements en fonction de la situation des patients pour prévenir des infections plus graves.

Les demandeurs d'asile semblent être désillusionnés suite à leur arrivée en France, ce qui augmente leur anxiété.

Important : l'association n'a pas vocation à suivre ses patients mais elle vise à les orienter le plus vite possible vers les dispositifs du droit commun (centre de planification et PMI, praticien libéral, dépistage VIH, VHB, VHC, urgences, radiologie, vaccination, PASS, laboratoire ou autres).

MDM ne fait pas de suivi de grossesse ni de vaccinations qui sont faits par d'autres entités.

Barrières aux soins :

- Barrière linguistique
- Délais d'instruction des demandes dans les administrations
- Complexité des démarches

- Manque de formation des fonctionnaires
- Possibilité pour des CPAM d'interpréter des textes
- Demande abusive de pièces justificatives pour l'AME ou CMU-C ex. récit de vie

Obstacles à l'accès aux soins relevés par MDM : droits à la couverture santé ouverts dans un autre pays européen, aucun droit possible (p.ex. pas de 3 mois de présence sur le territoire français pour bénéficier de l'AME, visa touristique, ressources trop importantes pour bénéficier de la CMU-C), barrière linguistique, difficultés administratives, méconnaissance des droits et structures, longueur des démarches, problème de preuve, peur d'être dénoncé, mauvaise expérience dans le système de soins.

Accès aux médicaments : jusqu'au 1^{er} janvier 2009, les médicaments ont été récupérés auprès des particuliers et l'Ordre de Malte France. Ce système d'approvisionnement présente des inconvénients suivants : l'impossibilité d'avoir un stock fiable de médicaments et une difficulté à adapter le traitement des patients en fonction des médicaments disponibles.

La Direction générale de la santé a penché sur la question de la provenance des médicaments dont disposaient les Médecins du Monde. Les besoins en médicaments des 21 CASOs (Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientations) de France ont été recueillis. Ainsi, une liste de médicaments nécessaires à la prise en charge des personnes par les CASO a été remontée vers la Direction générale de santé qui a fait un appel d'offre. Une pharmacie a été retenue et elle reçoit des subventions pour soutenir les MDM. Tous les mois, une commande de médicaments est faite par Internet sur le site de PHI (Pharmacie Humanitaire Internationale). En cas de rupture de stock, les médicaments sont achetés à la Pharmacie des Arts (Cours Berriat).

La quantité de médicaments prescrits varie de 15 au 30 jours de traitement afin d'éviter le gaspillage des médicaments.

Les traitements prescrits chez les MDM doivent prendre en compte les spécificités de l'association (tous les médicaments ne sont pas disponibles) et les conditions de vie des patients (accès à l'eau potable et au frigo pour préparer et stocker certains médicaments).

Des difficultés liées à la prise en charge de certains demandeurs d'asile :

- Facteurs culturels ex. demande venant du mari d'une femme musulmane concernant le sexe du médecin
- Ignorance des patients ex. concernant l'utilité d'une consultation chez un psychologue

Si l'utilité du soin est expliquée au demandeur d'asile, il n'y a pas de refus de traitement.

En ce qui concerne, la prise en charge des personnes ayant l'AME ou la CMU-C, les premiers sont désavantagés car la carte vitale permet au médecin d'être payé sous quelques jours alors que dans le cadre de l'AME, le praticien sera remboursé dans 6 mois suivant la consultation.

Les spécialistes sont réticents envers les demandeurs d'asile (plus que les généralistes) et ils invoquent la barrière linguistique, le non-respect des rendez-vous, manque de propreté et risque de perte de clientèle. Pour ces raisons, il est difficile d'avoir des rendez-vous avec les dentistes.

Les centres de santé mutualistes sont fiables mais les délais pour avoir un rendez-vous sont longues.

Observations : la cherté des soins est un obstacle pour une prise en charge efficace des DA et il y a besoin d'une PASS dentaire mais il n'y a pas de fonds.

Se soigner n'est pas une priorité chez les DA qui cherchent avant tout quoi manger et où dormir.

ANNEXE 4 : COMPTE-RENDU D'ENTRETIEN – LA RELEVE, LINDA BOOSMAN ET MATHILDE TOUTAIN, MERCREDI 22 JANVIER 2014

Assistantes sociales à la plateforme (service pré-accueil et récit OFPRA, chargées de l'orientation pour la radio pulmonaire et les associations de soin).

Profil type des demandeurs d'asile

Les demandeurs d'asile reçus ont des profils variés : ils viennent de tous les continents, de tous les milieux sociaux, il y a tous les âges.

Il y a parmi eux, des gens qui n'ont jamais été scolarisés, et d'autres qui n'ont jamais vu de médecins, ce qui amène de graves problèmes de santé. Au début ils ne parlent pas de santé, il s'agit de survivre.

Les personnes qui viennent du Congo ou Guinée sont le plus souvent des hommes seuls, entre 20 et 40 ans. En revanche, celles qui viennent des Balkans sont des familles. Il est rare de dépasser les 40 ans pour les demandeurs d'asile.

50 salariés

Crée pour les sortants de prison initialement

Beaucoup d'arrivées suite aux guerres des Balkans dans les années 90.

1998 : Naissance du dispositif « La pause » pour demandeurs d'asile

2004 : Naissance de la Plateforme pour primo-arrivants

Des statistiques sont établies chaque année (se référer au [Rapport d'activité 2012](#)).

Orientations

Beaucoup de problèmes de santé chez les demandeurs d'asile sont liés aux violences subies dans leur pays essentiellement des vieilles blessures ou un stress post-traumatique qui peuvent se matérialiser par une « peur permanente » et des difficultés à trouver le sommeil. En ce qui concerne les souffrances psychologiques, la CMP et MdM assurent des permanences et les DA peuvent y être orientés.

La prise en charge des pathologies gynécologiques (pour des cas de grossesses ou viols) se révèle très difficile, les femmes peuvent toutefois être orientées vers le planning familial ou le Centre départemental de Santé.

Les demandeurs d'asile sont systématiquement orientés vers le Centre Départemental de Santé pour la radio pulmonaire dans le but de dépister la tuberculose. Il y a cependant pas de suivi, les cas de tuberculose sont contrôlés avant l'octroie d'un hébergement pour éviter les contaminations mais il n'y a pas de lien direct. Il y a deux ans, des listes des patients qui devaient se rendre au Centre étaient faits et ensuite vérifiés par ce dernier. Ce n'est plus le cas.

Difficultés identifiées

Les principales difficultés qui ont été mises en avant sont les suivantes :

Interprétariat

Les AS parlent de cette difficulté tout en disant qu'elles arrivent à la surmonter du fait qu'elles maîtrisent plusieurs langues étrangères (Anglais, Allemand, Français), elles parlent aussi un lien qui est tissé entre le DA et l'AS. Elles évoquent toutefois un budget interprétariat par téléphone trop restreint et le fait que les personnes accompagnant les DA ne traduisent peut être pas gratuitement.

La majorité des DA sont motivés pour apprendre le français, mais cela est compliqué, il n'y a pas de cours intensifs et cela se fait à partir de l'obtention des papiers.

Culture

Certaines personnes ne comprennent l'intérêt d'aller chez le médecin et souhaitent avoir directement recours à l'hôpital.

Hébergement

L'absence d'hébergement est une réelle problématique et ce malgré les problèmes de santé exprimés par les DA : « c'est pas parce quelqu'un a un cancer ou est enceinte de 8 mois qu'on arrive à trouver des places », « pour les hommes seuls, il y a moins de places c'est très compliqué, un homme en fin de vie voulait mourir dans la dignité, il a fallu trois à quatre mois pour lui trouver une place », « beaucoup de gens ont des problèmes rénaux et doivent retourner à la rue après une dialyse ».

Demandeurs d'asile à la rue actuellement (approximations)

Hommes isolés	100
Familles	50
Femmes isolées	16

Les procédures prioritaires et Dublin augmentent la précarité chez les DA.

Il y eu une pression exercée cet été pour mettre les gens à la rue. Depuis août/ septembre dernier, il n'y a pas eu de mise à la rue. Mais le problème de l'accueil des nouveaux venus se pose car les anciens ne quittent pas leur place. Il faut compter 6 à 7 mois d'attente pour avoir une place.

Il peut y avoir des abus lorsque les DA sont hébergés chez d'autres personnes (ils sont pris pour des domestiques etc...).

C'est un sujet très compliqué car il faut prendre plusieurs facteurs en considération : le budget à respecter, la pression, les gens à la rue.

En cas de rejet de la demande d'asile, les personnes n'ont pas de ressources et ils n'ont pas le droit de travailler : « Il y a des familles qui étaient dans les tentes tout l'été, c'est mieux que de rentrer chez soi ».

Liens avec d'autres organismes

Il y a des contacts téléphoniques réguliers, mais pas assez de rencontres avec les autres acteurs (rencontre avec MdM et la PASS en juin dernier). Les AS de la Relève ne sortent pas de leurs bureaux par manque de temps.

Les relations avec la CPAM fonctionnent mal. Les dossiers de demande de CMU-C et d'AME reviennent toujours (photo peu lisible, dossier incomplet...).

Conclusions

« On est dans un cumul d'impuissance », toutes les associations se confrontent aux mêmes difficultés, mais on entend « Grenoble, c'est quand même mieux que les autres villes ».

- Les missions sont imposées par le financeur
- Il y a pas d'aide juridictionnelle pour les demandeurs d'asile (c'est l'ADA qui s'en occupe)
- Le budget annuel est insuffisant

La stratégie du PoPS est d'aller vers les personnes en situation de précarité demandeuses de soins. Il met en place des actions collectives et propose un accompagnement individuel. Il organise aussi des permanences. Le PoPS est sollicité dans $\frac{3}{4}$ des cas par les travailleurs sociaux et $\frac{1}{4}$ par les particuliers eux-mêmes.

Le PoPS collabore avec MDM et la PASS. Il n'y a pas de contact avec la Relève.

Les demandeurs d'asile sont demandeurs de soins.

Le dépliant « Bonjour docteur » conçu par le PoPS est un outils destiné aux médecins pour communiquer avec des non francophones. Il utilise des images transculturelles.

Les barrières rencontrées par le PoPS sont la langue, la peur de certains soins (ex. soins dentaires), barrières psycho-culturelles et des opinions stéréotypées des professionnels. Selon les statistiques du PoPS, les personnes en situation de précarité rencontrent environ 3 obstacles à l'accès aux soins chacune.

Le problème de la langue est un obstacle majeur dans le cas des consultations psychologiques ou psychiatriques où l'accès aux interprètes est difficile. Les généralistes ne font pas souvent de visites à domicile. Cet élément pose le problème du suivi dans les CADA excentrés et la difficulté rencontrée par les DA pour avoir accès à une consultation médicale. Le réseau INTERMED assure ce suivi dans les foyers d'hébergement sur des temps courts.

Il faut attendre environ trois mois pour avoir l'AME ou la CMU-C. Il est difficile de prouver l'absence des ressources.

Les spécialistes refusent plus souvent de donner un rendez-vous aux détenteurs de la CMU-C ou de l'AME par rapport aux généralistes.

Il est possible de porter plainte contre les refus de rendez-vous mais les demandeurs d'asile n'en font pas de peur des conséquences administratives possibles.

Il y a un échange d'information entre la CPAM et le PoPS.

Les procédures internes de la CPAM sont en contradiction avec la loi.

Le PoPS ne dispose pas de moyens suffisants pour répondre à tous les besoins.

Financement du PoPS : 50% ARS (Agence régionale de santé) et 50% CG (Conseil général de l'Isère)

Il y a des outils à la disposition des médecins : Traducmed et INPES.

ANNEXE 6 : COMPTE-RENDU D'ENTRETIEN, CENTRE DEPARTEMENTAL DE SANTE – MME PORTAY,(ASSISTANTE SOCIALE), 7 FEVRIER 2014

Il y a différentes associations et institutions. Le Conseil Général est représenté par quatre services : vaccination, maladie respiratoire, infection sexuellement transmissible, planification familiale.

On ne sait pas combien de personnes passent car c'est anonyme, il n'y a pas de listing (les gens ont un numéro). Il y a des statistiques sur le nombre de consultations mais pas de catégories.

La radio pulmonaire n'est pas obligatoire mais elle est demandée en cas de prise en charge d'hébergement ou de demande de séjour.

La tuberculose chez le public étranger est un vrai problème de santé publique. Le service des maladies respiratoires fait tout un travail d'orientation à la plateforme (La Relève).

Le dépistage est un acte volontaire. « *Beaucoup de gens ne font pas la radio pulmonaire car ça n'est pas leur priorité, ils dorment dehors...* ».

Si un demandeur d'asile n'a pas d'hébergement, Mme Portay contacte la plateforme, le 115, la DDCAS ou Halte soins santé (centre d'accueil pour permettre aux gens qui sont à la rue d'obtenir des soins même s'ils ne nécessitent pas d'hospitalisation).

Les demandeurs d'asile ne sont pas vraiment visibles par rapport aux autres personnes, leur identification repose sur une supposition. Ils font tout pour passer inaperçu.

Les pathologies les plus présentes chez les primo-arrivants sont les suivantes : diabète, VIH, hépatites, syphilis, problèmes dentaires, problèmes cardio-vasculaires, problèmes psychiques ou psychiatriques, HTA, ophtalmologie (cataractes,...).

Chez les gens qui vivent depuis longtemps dans la rue, on trouve souvent des dermatoses, de l'eczéma,...

Les DA montrent leurs résultats médicaux à toutes les structures car ils sont habitués à ce qu'on leur demande.

Le problème le plus ennuyeux est celui de l'hébergement. Il y a aussi le problème de l'attente pour la demande d'asile, les personnes n'ont pas le droit de travailler. Cela est très destructeur et générateur de souffrances psychologiques. Il est très douloureux pour les mères de famille de ne pas pouvoir cuisiner pour leurs enfants (problème de ne pas être considéré).

Il est difficile pour les demandeurs d'asile d'avoir accès à des soins dentaires ou ophtalmologiques car il est difficile de trouver des médecins spécialistes. Pour certains médecins, le refus s'explique par le fait qu'ils ne peuvent pas ou ne savent pas (remboursements AME...).

Respecter les rendez-vous est parfois difficile pour les demandeurs d'asile à cause de la notion du temps, lorsque par exemple le rendez-vous est donné six mois plus tard.

Pour les RDV psychologiques, la situation est aussi très compliquée car les CMP sont pleins.

L'orientation vers le Centre Départemental de Santé est faite par : la plateforme, MDM, l'ADA, le service des maladies respiratoires, l'amicale du nid...

L'accompagnement continue pour les personnes porteuses du VIH. La séropositivité génère un sentiment de honte, une connotation très dégradée (surtout pour les Africains).

Concernant le problème de la langue, il y a des interprètes par téléphone, « *ça aide mais ce n'est pas pareil* ». Il y a aussi le côté culturel : « *je sais que j'ai une hépatite, je vais avoir des médicaments* » ou pour les prises de sang « *on va me prendre mon sang* ».

Le mieux, c'est qu'ils expliquent comment ça se passe dans leur pays. Il faut faire des passerelles culturelles. Le niveau d'instruction et le pays d'origine jouent beaucoup.

Les demandeurs d'asile sont plutôt en demande de soins. Mais il y a quelques incompréhensions : ils ne comprennent pas le rôle du psychologue ou pourquoi on leur demande une radio. Il y a des problèmes pour observer un traitement (conditions de vie,...).

La religion est vraiment importante pour les demandeurs d'asile : « *Dieu a créé les médicaments, c'est lui qui va me guérir* », « *un miracle peut faire qu'on guérit du VIH/sida* ».

On assiste à un choc des communautés, des cultures entre les demandeurs d'asile. Ils ont plutôt tendance à se regrouper par communautés mais chacun garde ses problèmes pour lui, ils se disent des banalités. Ce sont des gens très isolés, il y a un grand sentiment de solitude. Par exemple : quelqu'un a fait une demande de VAE, il a appelé Mme Portay pour lui annoncer le résultat, une autre personne l'a appelé pour lui faire part de ces problèmes de santé (ils l'identifient comme une personne de confiance). « *Ils sont en demande d'accompagnement social tout azimuth, une famille est venue 40 fois alors qu'elle est prise en charge ailleurs* ». C'est un lieu de parole où on va parler de son angoisse, il est important pour eux de se sentir écoutés, d'être importants pour celui qui est en face. Il y a un besoin d'écoute rassurante. C'est un point d'ancrage qui permet de se maintenir, ne pas sombrer complètement.

« *Ils demandent comment prendre le tram, comment marche la machine à café, c'est très dévalorisant, ils sont toujours dans la demande mais on leur laisse pas la possibilité de faire. Certains se trouvent dans une précarité sexuelle et amoureuse, un désert affectif* ».

Certains DA souhaiteraient venir toutes les semaines. Ils viennent en moyenne une fois par mois et cela leur paraît trop peu. Ils errent (Grand Place, bibliothèque,..) et ont donc besoin de se rassurer, d'établir une routine.

Les échanges avec les autres acteurs se font plutôt par téléphone, de temps en temps des rencontres sont organisées avec la plateforme pour expliquer comment ils travaillent. Pour les structures d'hébergement cela fonctionne par téléphone ou mail.

Il n'y a pas de formation spécifique, l'apprentissage se fait plutôt en travaillant avec le public. Mme Portay a complété sa formation avec un DU santé, solidarité, précarité et une formation d'inter-culturalité.

La prostitution est très présente. On n'en parle pas directement. La réponse aux questions sur l'hébergement est toujours « *ça va* ». Le manque de ressources financières dont disposent les DA explique la prostitution et la mendicité.

Il y a une hiérarchie entre les demandeurs d'asile (procédure normale, prioritaire, Dublin...). Il y a des règles.

Recommandations :

- Plus d'humanité
- Plus de moyens pour l'accueil
- Plus de places d'hébergement
- Que l'OFRPA et la préfecture rendent des décisions plus rapidement

ANNEXE 7 : COMPTE RENDU DE CECILE NIER: RENCONTRE AVEC
MELANIE MIGUET DE LA RELEVÉ 11/02/2014

1. Comment vous procédez à l'ouverture des droits ?

Si le DA a un récépissé, le dossier de CMU-C peut être rempli tout de suite.

Pour l'AME, il faut attendre 3 mois et donc avoir les justificatifs (attestation de dépôt...)

2. Pourquoi il faut attendre l'APS pour demander l'ouverture des droits des DA?

Car le risque est que le dossier soit bloqué si la procédure passe en prioritaire ou dublin. cela permet de gagner du temps.

3. Pourquoi les droits à la CMU-C ne sont pas ouverts pour les « Dublin »?

C'est dans la loi.

4. Quel est l'état de santé des personnes accueillies ?

Souvent malade et rencontrant des difficultés psychologiques

5. Est-ce qu'il y a un suivi des dossiers faits par les AS de l'OFII ?

Oui, mais l'accompagnement se fait que si les personnes sont hébergés dans le dispositif pause.

6. Es ce que vous orientez des DA vers d'autres structures ?

Oui, vers la PASS, la PASS psy, Médecins du monde et il y a des permanences d'un centre médico-psychologique (CMP) à la Relève toutes les deux semaines.

7. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec les DA?

La barrière de la langue existe mais ils se débrouillent avec les gestes ou avec un interprète accompagnant le DA. Pour l'ouverture de droits il n'y a pas d'interprète de la Relève. L'autre difficulté est que les DA ont parfois perdu leurs papiers ou ne les ont pas du tout, ce qui rend les démarches administratives compliqués et ce qui retarde le traitement des dossiers.

8. Est-ce que vous avez bénéficié d'une formation spécifique dans le domaine du droit d'asile?

Oui, formation au récit, à l'entretien OFPRA et une formation à l'interculturalité.

ANNEXE 8 : ETUDE : ACCES AUX SOINS DES DEMANDEURS D'ASILE SUR L'AGGLOMERATION GRENOBLOISE

Etude réalisée par des étudiants de Master2 en Coopération Internationale, dans le cadre d'un enseignement portant sur l'inter-culturalité

Université Stendhal Grenoble 3

Grille d'entretien médecins généralistes

NOM du médecin (non obligatoire) :

Si vous souhaitez un retour de cette étude, merci d'indiquer votre mail :

Les questionnaires sont à retourner par mail : sophie.escoffier@XXXX

Patients concernés : les demandeurs d'asile (DA)

- Sans couverture (en attente du RDV préfecture)
- Bénéficiaires AME ou CMU-C

Objectif de l'étude :

- Réaliser un état des lieux de l'accès au soin des DA sur l'agglomération grenobloise
- Mettre en évidence les difficultés et les blocages de l'accès au soin
- Proposer des pistes d'améliorations et des recommandations.

1. Combien de demandeurs d'asile recevez-vous par semaine ? ou par mois ?

Sont-ils couverts par l'AME ? la CMU-C ?, autres... ?

Vous arrive-t-il de réaliser des consultations «bénévoles» ?

2. Leur profil : ce sont plutôt des hommes, des femmes, avec ou sans enfants, leur âge (en moyenne), leur origine

3. Quel est l'état de santé des personnes à l'arrivée :

- pathologies à des stades plus avancées que dans la population bénéficiant de la couverture maladie ?
- quelles pathologies sont les plus récurrentes ? propre à certaines zones géographiques ?

4. Rencontrez-vous des difficultés pour obtenir des rendez-vous avec des spécialistes ? si oui, de quelles natures ? (dépassements d'honoraires par exemple)

5. Avez-vous « un réseau » de spécialistes pour ces patients ? est-ce plus facile de les orienter vers l'hôpital ?

6. Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins qui travaillent avec les DA ? (barrière de la langue par exemple)

7. Etes-vous confronté aux refus de soins à la fois des patients et d'autres acteurs de santé ? si oui pour quelles raisons?

8. Avez-vous bénéficié de formations spécifiques dans le domaine des DA ? Avez-vous reçu des informations particulières au cours de votre cursus ?

Nous vous remercions d'avoir consacré du temps à ce questionnaire

ANNEXE 9 : REPONSES DES MEDECINS AU QUESTIONNAIRE SUR L'ACCES AUX SOINS DES DEMANDEURS D'ASILE

Etude : Accès aux soins des demandeurs d'asile

Grille d'entretien médecins généralistes

Patients concernés : les demandeurs d'asile

- Sans couverture (en attente du RDV préfecture)
- Bénéficiaires AME
- Ou CMU-C

Objectif de l'étude :

- Réaliser un état des lieux de l'accès au soin des DA sur l'agglomération grenobloise
- Mettre en évidence les difficultés et les blocages de l'accès au soin
- Proposer des pistes d'améliorations et des recommandations.

1. Combien de demandeurs d'asile (DA) recevez-vous par semaine ? ou par mois ?

AME, CMU-C, autres (sans papiers...) Vous arrive-t-il dans ces cas-là de faire des consultations « bénévoles » ?

Les DA, c'est environ 30% de ma patientèle donc, sachant que cela est une population plus vulnérable, environ 30 à 40 par semaine.

consultation bénévole : entre 1 à 4 par jour ...

2. Leur profil : ce sont plutôt des hommes, des femmes, avec ou sans enfants, leur âge (en moyenne)

le profil : beaucoup de familles, j'ai une population un peu particulière je crois car venant bcp des pays de l'est et en famille (Tchéchénie énormément environ une centaine de personnes / Arménie une cinquantaine ou un peu plus) mais aussi d'Afrique noire et souvent des adultes jeunes (homme ou femme seuls) . donc l'âge des adultes en moyenne est d'une quarantaine d'années avec bcp d'enfants en bas âge (0 à 17 ans) pour les pays de l'Est. Il y a aussi quelques maghrébins mais assez peu paradoxalement ; quelques pakistanais. beaucoup de Roms qui ne sont pas tous demandeurs d'asile (mais il y a des serbes qui le sont) et quelques macédoniens.

3. Quel est l'état de santé des personnes à l'arrivée (stade plus avancé que dans la population bénéficiant de la couverture maladie ?), quelles pathologies sont les plus récurrentes ?

l'état de santé est variable bien sûr , concernant les adultes jeunes d'Afrique et du Pakistan cela reste " normal" sauf quelques rares cas , les tchéchènes sont très abimés (guerre , tortures , pas de vaccinations)

les arméniens ont souvent aussi de lourdes pathologies qui motivent souvent leur "exil" (handicap moteur ou cérébral chez des enfants , j'ai ainsi quelques enfants très handicapés , ne pouvant par s'exprimer)

globalement les tchéchènes, en dehors des souffrances psy liés aux violences

chez les adultes souffrent principalement de carence (anémie , carence en vitamine D , retard vaccinal) et de troubles musculo-squelettiques (dos , bras) et hépatites b et c ; pour les arméniens les arrivants que je connais ont des pathos lourdes (handicaps ; hépatites) et moins lourde (HTA , diabète , hépatites) .

souvent l'inactivité forcée (ils ne peuvent pas travailler) leur fait développer surpoids et parfois diabète , le temps que dure la procédure (parfois 5 ans !)

4. Rencontrez-vous des difficultés pour obtenir des rendez-vous avec des spécialistes ? si oui, de quelles natures ? (pb de dépassement d'honoraires par ex)

pas vraiment plus de difficultés qu'avec la population lambda , mais il faut prendre les rdv à leur place ce qui prend du temps , noter les coordonnées , imprimer un plan .

5. Avez-vous « un réseau » de spécialistes pour ces patients ? est-ce plus facile de les orienter vers l'hôpital ?

oui j'ai un réseau qui n'est pas lié à cette population particulière car je pars du principe qu'ils doivent être soignés comme les autres et de toute façon, 60% de ma patientèle a la CMU-C ou l'AME , DA ou pas . ce n'est pas plus facile pour l'hôpital, mais pas plus dur non plus.

En l'absence de couverture et pour les médicaments ou les examens complémentaires j'oriente vers la PASS.

6. Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins qui travaillent avec les DA ? (pb de langue)

La langue est un gros problème, les familles finissent en général par avoir des traducteurs attitrés (cousins voisins etc et très souvent ce sont les enfants qui traduisent , il n'est pas rare d'avoir des gamins de 8 ans qui traduisent pour leurs parents...); souvent aussi la consultation se fait avec un téléphone portable allumé afin d'avoir un traducteur.

un autre problème est l'absence de documents médicaux (vaccinations antérieures , examens complémentaires , opérations (on voit une cicatrice mais pourquoi , parfois ils ne savent pas trop,)) et de visites de contrôle (visite scolaires jamais faites , il faut re-contrôler les yeux (daltonisme par ex) pour les arrivants)

leur compréhension du système de santé est parfois erronée (on me demande souvent des ordonnances pour aller à la piscine du coin ou la salle de sport , en pensant que c'est gratuit avec l'AME) et il ne voient pas toujours ce qui est urgent et ce qui ne l'est pas (le petit avec la bronchiolite peut tousser parfois longtemps avant de consulter)

les changements de coordonnées sont aussi une grosse contrainte (numéro de téléphone, adresse postale) et les rdv ratés sont légions surtout chez les spécialistes ou au chu.

contrairement à certaines idées reçues je crois , mes patients DA sont très ponctuels , et pour finir sur une note positive , il n'est pas rare d'avoir une atmosphère russophone dans la salle d'attente avec des cousins qui se rencontrent par hasard et qui restent discuter dans la salle d'attente car il ne s'étaient pas vu depuis

quelques jours /semaines...c'est une communauté très attachante et une fois intégrée (enfants scolarisés etc) , pas vraiment différente de la population autochtone (la dentition des enfants tchéchènes notamment n'est pas du tout un problème , contrairement aux familles roms où les enfants ont souvent des dents catastrophiques (mais ils font partie de schengen je crois et ne sont pas DA))

7. Etes-vous confronté au refus de soins ? si oui pour quelles raisons?

Refus de soins ; de la part des confrères c'est plutôt rare, sans doute parce que je prends les rdv pour les patients et que je sélectionne aussi les spécialistes, il arrive néanmoins que certains ne souhaitent pas renoncer à leur dépassement d'honoraire ce qui bloque le processus.

De la part des patients ce sont des gens en général assez demandeurs quand ils arrivent , soit qu'ils soient très malades soit qu'il aient été traumatisés ou qu'il n'aient jamais bénéficié de soins (parfois on a l'impression que c'est un peu le pays de cocagne et j'ai des demandes farfelues , esthétiques (le nez un peu dévié par ex mais sans gêne , des kystes qui sont là depuis 10 ans sans gêne non plus) ou autre (par exemple je fais actuellement face à une demande arménienne accrue de balnéothérapie pas toujours justifiée cette communauté fonctionnant beaucoup par réseaux familiaux ou de voisinages (il y a une église orthodoxe pas loin) le bouche à oreille est très présent et les gens ne font pas toujours la distinction entre ce qui relève du soins (sciatique etc) du confort (j'ai mal au dos des fois) et confondent un peu kinésithérapie et salle de sport avec massage (je suis désolé je ne sais pas si c'est politiquement correct mais c'est ce que je vis tous les jours) du coup si le grand père va chez le kiné il arrive que la petite fille qui a 20 ans veuillent se faire faire des massages ...pas vraiment de refus donc , plutôt il faut parfois mettre un frein aux demandes

8. Avez-vous bénéficié de formations spécifiques dans le domaine des DA ? Avez- vous reçu des informations particulières au cours de votre cursus ?

Pas d'info pas de formation particulière , je ne pense pas que cela soit nécessaire , on soigne toujours le même être humain d'où qu'il vienne (certes avec ses croyances / tolérances etc) et à partir du moment où la principale difficulté vient de la langue , je ne pense pas que l'on puisse apprendre à des gens qui n'en n'ont pas envie à décrocher leur téléphone et prendre les rdv pour les patients , s'assurer ensuite qu'ils y sont allés , comprendre pourquoi ils ont raté , inlassablement reprendre les rdv , réexpliquer , bref c'est plus une histoire de temps (donc d'argent in fine dans l'exercice libéral) et de patience .

Le questionnaire rempli par un médecin bénévole à MDM qui répond sur sa pratique libérale

1. Combien de demandeurs d'asile recevez-vous par semaine ? ou par mois ? 6 consult en AME dans les derniers 3 mois

Sont-ils couverts par l'AME ? la CMU-C ?, autres... ?

Vous arrive-t-il de réaliser des consultations «bénévoles» ? pas récemment

2. Leur profil : ce sont plutôt des hommes, des femmes, avec ou sans enfants, leur âge (en moyenne), leur origine en ce moment femme avec enfant, africain

3. Quel est l'état de santé des personnes à l'arrivée :

- pathologies à des stades plus avancées que dans la population bénéficiant de la couverture maladie ? RAS pour ceux là

- quelles pathologies sont les plus récurrentes ? propres à certaines zones géographiques ?

- diabète (afrique)

4. Rencontrez-vous des difficultés pour obtenir des rendez-vous avec des spécialistes ? si oui, de quelles natures ? (dépassement d'honoraires par exemple) ND

5. Avez-vous « un réseau » de spécialistes pour ces patients ? est-ce plus facile de les orienter vers l'hôpital ? Non

6. Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins qui travaillent avec les DA ?

(barrière de la langue par exemple) oui bien gênant pour ma part pas bien douée !

7. Etes-vous confronté aux refus de soins à la fois des patients et d'autres acteurs de santé ? si oui pour quelles raisons? non

8. Avez-vous bénéficié de formations spécifiques dans le domaine des DA ? Avez-vous reçu des informations particulières au cours de votre cursus ?

9. J'ai fait ds le cadre de la formation continue , 2 jours de formation

Nous vous remercions d'avoir consacré du temps à ce questionnaire

Médecins de l'AGECSA : Dr Gaston BOYER.

Je travaille au centre de santé Abbaye-Jouhaux (Agecsa) à Grenoble au sein d'une équipe de 4 généralistes, 2 secrétaires, une orthophoniste.

1- Je reçois entre 1 et 6 demandeurs d'asile par semaine (mais certains sont des « ex », soit qu'ils aient basculé dans le régime commun avec un droit de séjour renouvelable, soit qu'ils aient été débouté une première fois, ou une seconde après le dépôt d'un recours). Ils sont bénéficiaires de l'AME, ou de la CMU-C si leur demande a été déposée en bonne et due forme. Nous ne faisons qu'exceptionnellement des consult gratuites, souvent dans l'attente d'une normalisation administrative (papiers en cours,...).

2- Profil : très variable. Une majorité de personnes originaires des Balkans (je parle italien, ce qui m'a attiré nombre de familles depuis quelques années), souvent en famille avec trois générations. D'autres provenances, plus souvent des adultes seuls d'âge jeune ou moyen.

3- Pour la population des Balkans, souvent d'origine sociale très précaire (Rom ou autre), on constate de nombreuses séquelles de pathologies initialement banales non ou mal prises en charges dans le pays d'origine faute d'accès aux soins : séquelles ophtalmologiques, ORL, dentaires, traumatologiques.

Les autres pathologies chroniques évolutives classiques (diabète, HTA, arthrose,...) sont aussi sous-évaluées et sous-traitées. A noter encore dans la population originaire des Balkans, une forte conjonction de facteurs de risque cardiovasculaires particulièrement chez les hommes (tabagisme, surpoids, mauvaise alimentation, stress) avec de nombreux cas d'athérome coronaire symptomatique chez des hommes assez jeunes.

4- La question du dépassement d'honoraire et de la réticence exprimée à l'acceptation de la CMU-C ne concerne pas que la population demandeuse d'asile. Nous la prenons en compte lors de la prise des RDV chez les spécialistes que nos secrétaires prennent souvent pour les patients, du moins tant qu'ils ne maîtrisent pas encore suffisamment le français.

5- Nous avons une liste de correspondants fiables, pas uniquement hospitaliers, avec qui nous collaborons de façon satisfaisante, sans étiquette pré-établie.

6- Difficultés : rendez-vous non honorés (l'agenda des demandeurs d'asile est souvent d'une grande complexité), demandes au secrétariat de motif et de caractère d'urgence un peu flous, nécessité d'un accompagnement administratif prolongé à l'accueil, et évidemment le problème de la langue. La traduction est parfois assurée tant bien que mal par un proche. Nous n'avons recours à un interprète officiel qu'exceptionnellement du fait de la lourdeur de la procédure.

7- Les différences culturelles, concernant ce qu'est un suivi médical et ce qu'on peut en attendre, ne représentent finalement pas une difficulté majeure, la plupart des patients suivis se révélant intéressés et compliants au projet de soin proposé. Mais leur vie bien compliquée a souvent des impératifs autres... Il est par contre parfois nécessaire d'expliquer le contexte social de nos patients à certains correspondants pour justifier certains RDV non honorés.

8- Je n'ai pas bénéficié de formation spécifique à l'accueil des demandeurs d'asile, si ce n'est l'apprentissage de langues étrangères !..., à valoriser chez les étudiants en médecine !

Merci et bon travail. Nous serions intéressés de connaître vos conclusions : boyer@agecsa.fr

Médecin AGECSA

Dr DUROCHER

Centre de santé Abbaye Jouhaux

28 rue Elie Cartan

38100 GRENOBLE

1. Combien de demandeurs d'asile recevez-vous par semaine ? ou par mois ? une vingtaine/mois (enfants compris)

Sont-ils couverts par l'AME ? la CMU-C ?, autres... ? **AME et CMU-C**

Vous arrive-t-il de réaliser des consultations «bénévoles» ? **non ou exceptionnellement 1 a 2 /an car sont orientés a la PASS ou MDM si besoin**

2. Leur profil : ce sont plutôt des hommes, des femmes, avec ou sans enfants, leur âge (en moyenne), leur origine : le plus souvent des familles : parents (25 a 45 ans) et enfants , albanais, kosovar, serbe, tchechene, le plus souvent

3. Quel est l'état de santé des personnes à l'arrivée :

- pathologies à des stades plus avancées que dans la population bénéficiant de la couverture maladie ? **diabete souvent avec complications, pathologies cardiovasculaires compliqués**

- quelles pathologies sont les plus récurrentes ? propres à certaines zones géographiques ? **parfois diabete et hta souvent évolués ; pas en fonction de zone géographique a ce que j'observe pour l'instant ; mais également cepheales reccurrentes, signes digestifs, lombalgies,**

4. Rencontrez-vous des difficultés pour obtenir des rendez-vous avec des spécialistes ? si oui, de quelles natures ? (dépassement d'honoraires par exemple) on tente de les éviter par l'utilisation de « reseau » ou de consultations au chu

5. Avez-vous « un réseau » de spécialistes pour ces patients ? est-ce plus facile de les orienter vers l'hôpital ?cf 4

6. Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins qui travaillent avec les DA ? (barrière de la langue par exemple), échange linguistiques, ressenti de la maladie par le patient, expression de la symptomatologie reflétant leur état de souffrance globale et le désir d'être pris en consideration a travers la santé.

7. Etes-vous confronté aux refus de soins à la fois des patients et d'autres acteurs de santé ? si oui pour quelles raisons?

8. Avez-vous bénéficié de formations spécifiques dans le domaine des DA ? Avez-vous reçu des informations particulières au cours de votre cursus ? DU precarité, formation sur les déterminants culturels de la santé.

Medecin Agecsa

Dr Heyraud-Loire Anne-Sophie

1. Combien de demandeurs d'asile recevez-vous par semaine ? ou par mois ? environ 2 fois par mois
Sont-ils couverts par l'AME ? la CMU-C ?, autres... ? oui, AME ou CMU-C pour pouvoir consulter au centre de santé, sinon orientés vers la PASS
Vous arrive-t-il de réaliser des consultations «bénévoles» ? oui nous réalisons qq fois des actes gratuits
2. Leur profil : ce sont plutôt des hommes, des femmes, avec ou sans enfants, leur âge (en moyenne), leur origine plutôt des femmes avec enfants
3. Quel est l'état de santé des personnes à l'arrivée :
 - pathologies à des stades plus avancées que dans la population bénéficiant de la couverture maladie ? pas forcément
 - quelles pathologies sont les plus récurrentes ? propre à certaines zones géographiques ? syndrome anxieux, pas de suivi gynéco, parfois séquelles de mauvais traitements (tortures dans pays d'origine, sévices sexuels)
4. Rencontrez-vous des difficultés pour obtenir des rendez-vous avec des spécialistes ? si oui, de quelles natures ? (dépassement d'honoraires par exemple) non
5. Avez-vous « un réseau » de spécialistes pour ces patients ? est-ce plus facile de les orienter vers l'hôpital ? oui, si dépassements d'honoraires, travail avec l'hôpital
6. Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins qui travaillent avec les DA ? (barrière de la langue par exemple) barrière de la langue+++difficultés à se livrer et donc à expliquer l'histoire personnel (pudeur+++)
7. Etes-vous confronté aux refus de soins à la fois des patients et d'autres acteurs de santé ? si oui pour quelles raisons? Oui, raisons pas toujours évidentes à cerner
8. Avez-vous bénéficié de formations spécifiques dans le domaine des DA ? Avez-vous reçu des informations particulières au cours de votre cursus ?non

Tableau récapitulatif des réponses de la part des médecins

Grille de réponse des médecins généralistes								
	Nombre de consultations	Origine et profil	Pathologie	Obstacles rencontrés	Spécialistes Réseaux?	Formations spécifiques	Refus de soins	Autres infos
GB	1 à 6 /semaine Consultations Bénévoles ? Exceptionnel	Balkans Familles Plusieurs générations Autres Adultes seuls	Séquelles patho banales mal soignées Diabète HTA Arthrose Facteurs risques cardiovasculaires augmentés Athérome coronaire (jeunes hom)	RDV manqués Accompagnement admi prolongé RDV en urgence flous Langue Les DA ont d'autres pb que leur santé	Secrétaires prennent les RDV, pas de pb pr les DA Liste de correspondants fiables	Non Langues étrangères sont un plus		Parle italien donc cela a attiré d'autres familles
MD	+/- 20 par mois Consultations Bénévoles ? 1 à 2 par an Très exceptionnel car orienté PASS ou MDM	Albanie Kosovo Serbie Tchéchénie Familles	Diabète Maladies cardiovasculaires compliquées HTA souvent évolué Céphalées Pb digestifs Lombalgies	Langue Symptôme reflète état de souffrance globale Désir d'être pris en considération à travers la santé	Réseau CHU	DU précarité, Déterminants culturels de la santé		
MDM	2/mois AME Consultations Bénévoles ? Pas récemment	Afrique Femme avec enfant	Diabète	Langue	non	2 jours en formation continue	non	

ASL	2/mois Consultations Bénévoles ? quelquefois	Femmes avec enfants	Syndromes anxieux Pas de suivi gynéco Séquelles de violences Sérvices sexuels	Langue Difficulté à raconter (pudeur)	Si dépassement les DA sont orientés vers le CHU	non	Oui Motifs Difficiles à cerner	
OJ	2/3 mois Ne le dise pas tjrs Consultations Bénévoles ? exceptionnel	Afrique Femmes jeunes avec enfants Qq hommes	Planning familial Etat de santé plutôt bon	Pb suivi (cause mobilité) = souhait de rester invisible Histoire de la migration= déf différente de la maladie soignant/soigné Traumatismes diff à comprendre qd méconnaissance des contexte	Hôpital, surtout si besoin de certificats		Expérience personnel en service civil Le cursus n'aborde pas la question	
JLG	30% de la patientèle 30 à 40/Semaine Consultations Bénévoles ? 1 à 4/jour	Tchéchénie Famille, bcp enfants bas age Roms Macédoine Arménie Afrique Noire Jeunes adultes Pakistan	Tortures SPT Pas de vaccination Hépatite Handicap HTA	Langue (pb confidentialité : enfant voisin par téléphone..) Absence de documents médicaux (vaccins, opération...) Ne voit pas tjrs ce qui est urgent et ce qui ne l'est pas Changement de coordonnées RDV ratés sont légion !	Pas de pb mais pb de gestion des rendez-vous Accompagnement administratif Si pas de couverture, orientés vers la PASS pr les médicaments et si besoin spécialiste			Demandes farfelues

ANNEXE 10 : ENTRETIEN AVEC PAULINE PIPET, CHARGÉE DU PROGRAMME DE PREVENTION AGECSA, 18/02/2014

Le Centre de santé 170 galerie de l'Arlequin existe depuis 1973 et propose des programmes pour des habitants du quartier.

Les valeurs du centre sont une égalité de traitement, la prévention, les soins et la proximité avec les patients. L'accent est mis sur l'accompagnement des patients p.ex. les infirmières restent en contact avec les patients du Centre qui sont hospitalisés ailleurs pour mieux les accueillir à la sortie.

Parfois les consultations sont gratuites. Il y a des accords avec des mutuelles pour que les patients bénéficient du tiers payant.

Il y a 5 centres de santé AGECSA dans des zones urbaines sensibles : Vieux Temple, Mistral, Abbaye et Vieux Temple.

Le taux de patients avec CMU-C est de 26% alors que la moyenne nationale est de 4%. Il y a des patients avec l'AME aussi.

15 secrétaires d'accueil (à peu près deux pour chaque médecin) sont présentes au centre pour privilégier l'accueil.

Les DA ne sont pas visibles. Ils sont confondus avec les autres patients.

Les problèmes rencontrés par les patients sont de nature psychologique.

Barrières : il y a des freins économiques, culturels et sociaux

Les problèmes linguistiques sont très courants, ce qui conduit à des incompréhensions.

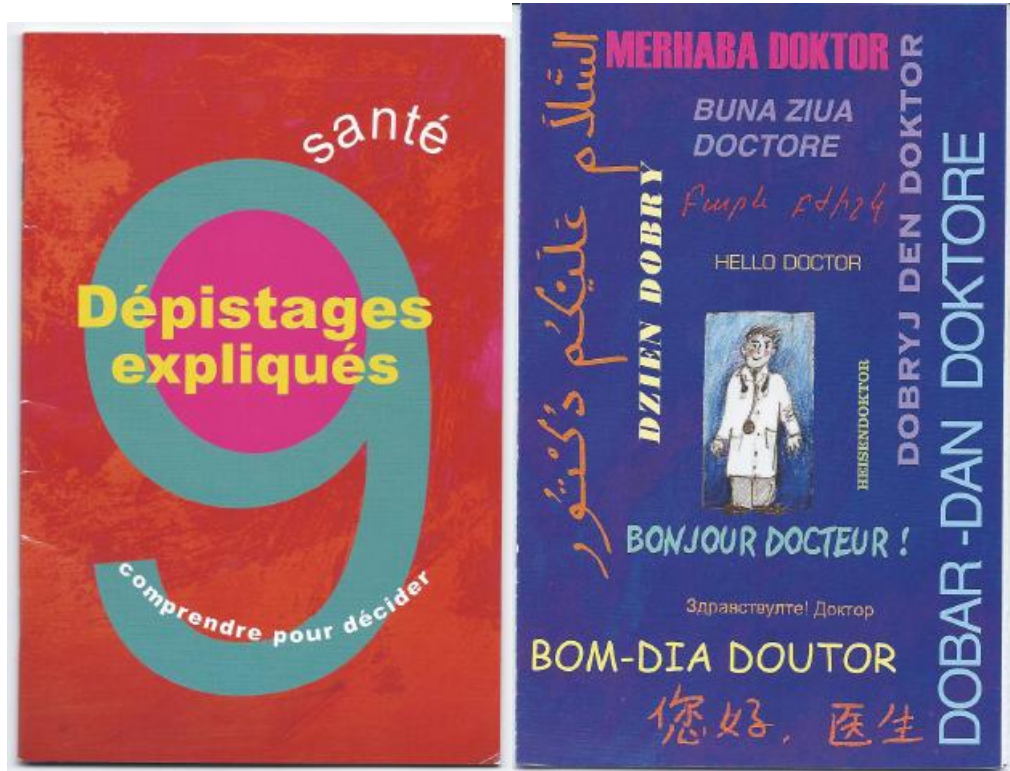
Relation avec la PASS : les patients de la PASS sont orientés vers AGECSA quand ils accèdent aux droits et si les patients d'AGECSA perdent leurs droits ou sont dans la période entre la fin des droits et leur renouvellement, ils sont orientés vers la PASS.

Les patients sont aussi orientés vers des spécialistes qui ne sont pas présents au Centre. Ce dernier a un réseau des spécialistes vers qui les patients peuvent être orientés.

Les habitants du foyer Mère-Enfant de Charmeyran sont des patients du Centre aussi.

Programmes du centre :

- Programme langage pour les 0-3 ans qui comprend des interventions de deux volontaires en service civique auprès des enfants et des ateliers avec des parents accompagnés par une orthophoniste
 - Programme nutrition qui comprend des parcours de soin pour des enfants en situation d'obésité et des ateliers collectifs pour la nutrition des bébés et des programmes d'accès au lait en poudre
 - Programme santé mentale
- La clinique du Mail vers qui les patients du centre sont orientés pour les radiographies fait du dépassement d'honoraires depuis 1^{er} janvier 2014.



JE SUIS TOMBÉ(E)



ÇA TOURNE



IL Y A BEAUCOUP DE TEMPÉRATURE



JE RESPIRE MAL

ANNEXE 12 : DOCUMENT REMIS AUX PRIMO ARRIVANTS PAR LES ASSOCIATIONS

SANTE	
	
<p>MEDECIN DU MONDE 19, rue René Thomas Tram A (Barrat) ou Tram B (Palais de Justice) 04-76-84-17-21</p> <p><u>Consultations médicales</u> + <u>Accueil infirmier et social</u></p> <p>Lundi + mardi + jeudi 14h00-18h00 Vendredi 9h30-11h30</p>	<p>CENTRE DEPARTEMENTAL DE SANTE 23 avenue Albert 1er de Belgique Tram A (Albert 1er de Belgique) 04-76-67-62-40</p> <p>Centre de dépistage anonyme/gratuit : Sida (HIV) + Hépatites B et C 04-76-12-12-85</p> <p>Mardi 8:30-11:00 + Jeudi 11h30-13h30</p> <p>Sans rendez-vous</p> <p>Centre de Planification familiale Gynécologie, contraception, grossesse 04-76-12-12-87</p> <p>Lundi+mardi+mercredi+jeudi+vendredi : 9h00-12h00 et 14h00-17h00</p> <p>Consultation gratuite et sur rendez-vous</p> <p>Service des Maladies Respiratoires 04-76-12-12-81</p> <p>Lundi+mardi+mercredi+jeudi+vendredi : 9h00-12h00 et 14h00-17h00</p> <p>Sur rendez-vous</p> <p>Centre de Vaccinations Lundi 14h00-17h30 sur rendez-vous</p>
<p>CENTRE DE VACCINATIONS 33, rue Joseph Chanron Tram C (Grenoble Hôtel de Ville) 04-76-03-43-33</p> <p>ATTENTION : Vaccination à partir de 6 ans</p> <p>Mercredi 9h00 – 12h00 Sans rendez-vous</p>	
<p>PASS Hôpital-CHU de Grenoble Pavillon St Eynard Tram B (Grand Sablon) 04-76-76-94-86</p> <p><u>Permanence d'accès aux soins de santé</u></p> <p>Permanences médicales : Lundi 14h - 17h Pour toute consultation à une autre plage horaire, il faut prendre rendez-vous.</p> <p>Permanences infirmière et assistant social Mercredi 9h00-12h00</p>	<p>URGENCES Hôpital-CHU de Grenoble Tram B (Michallon) 7/7, 24h/24h 04-76-76-75-75</p> <p>(médicales/chirurgicales/psychiatriques)</p>