

Université Paris 13

Diplôme Inter-Universitaire « Santé des migrants »

UFR SMBH

Santé, Médecine et Biologie Humaine

BOBIGNY

**LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES MIGRANTS
DELOCALISES EN CENTRE D'ACCUEIL : LE ROLE CENTRAL
DE LA PASS**

SOMMAIRE

Table des sigles	p. 2
Introduction	p. 3
Contexte historique et état des lieux	p. 4
1. La jungle de Calais	p. 4
2. L'ouverture de centres d'accueil : l'urgence de déplacer les migrants	p. 5
3. La santé des migrants : un enjeu local	p. 6
Des dispositifs d'initiative locale : l'exemple de la PASS de Hyères	p. 7
1. S'appuyer sur un tissu d'acteurs locaux	p. 7
2. Mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des migrants arrivés sur le bassin hyérois	p. 8
Les limites du dispositif	p. 11
1. L'absence d'interprète	p. 11
2. Les difficultés de coordination inter-partenaire	p. 12
3. La multiplication des rendez-vous	p. 12
4. Le risque de sur-vaccination chez les personnes migrantes existe-t-il ?	p. 13
Conclusion	p. 15
Annexe 1 : Passeport santé	

TABLE DES SIGLES

ARS : Agence Régionale de Santé

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CAO : Centre d'Accueil et d'Orientation

CAP : Centre d'Accueil Psychiatrique

CLAT : Centre de Lutte Anti-Tuberculose

CPAM : Centre Primaire d'Assurance Maladie

HUDA : Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile

OFII : Office Français de l'Immigration et l'Intégration

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRS : Projet Régional de Santé

INTRODUCTION

Ce mémoire abordera la question de l'évaluation sanitaire des personnes migrantes, qui en raison des orientations politiques sont « déplacées » de la Jungle de Calais vers des centres d'accueil diffus en France.

Pour cela, nous reviendrons en premier lieu sur le contexte historique initial et nous dresserons un état des lieux de la situation actuelle.

Dans un deuxième temps, nous évoquerons les modalités de mise en place d'un dispositif de soins à l'égard des personnes migrantes, à l'échelle locale, en prenant l'exemple de la ville de Hyères (Var). Enfin, pour finir, nous apporterons un regard sur le dispositif déployé et les limites qui en découlent.

De part ma formation d'assistante de service social, ce mémoire n'a pas pour vocation de dresser une énumération exhaustive des soins, bilans et examens médicaux à réaliser lors de l'évaluation sanitaire d'arrivée. Il s'agit davantage de démontrer les initiatives locales qui se sont élaborées suite à l'arrivée de personnes migrantes sur le secteur hyérois, et plus particulièrement le rôle de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), dispositif au cœur de la prise en charge.

L'intérêt est de démontrer qu'il est possible de décroisonner le sanitaire, le médico-social et le social dans l'intérêt du patient.

Il est à noter que l'ensemble des sources sont citées au fil des pages et insérées en notes de bas de page.

« On ne demande pas à un malheureux : de quel pays ou de quelle religion es-tu ? On lui dit : tu souffres, cela me suffit, je te soulagerai. » Louis Pasteur

I. Contexte historique et état des lieux

1. La Jungle de Calais

Au milieu des années 1990, de nombreux migrants qui fuient leur pays, transitent par le Nord de la France afin de gagner la Grande-Bretagne. Leur nombre ne va cesser de croître, posant alors la question des conditions d'accueil et d'hébergement de ces personnes. C'est ainsi que s'ouvre en 1999 le Centre d'Hébergement et d'Accueil d'Urgence Humanitaire de Sangatte (Pas de Calais) afin de faire face à l'afflux de migrants fuyant le Kosovo en guerre. Mais, alors qu'il est prévu pour accueillir au maximum 800 personnes, il devient très rapidement saturé et fermera ses portes en 2002.

Sa fermeture va engendrer l'établissement de camps sauvages, sur une dizaine d'hectares, souvent le lieu d'arrestation des forces de l'ordre. Le vocable « jungle » commence alors à être utilisé pour désigner cette zone de non-droit. L'origine est très probablement afghane et iranienne. Elle désigne les bois où sont installés les migrants sous le mot « jangal » qui deviendra « jungle ». Ce terme sera repris par les médias et les intervenants de terrain.

Un premier démantèlement aura lieu au matin du 22 septembre 2009. Les forces de l'ordre débarquent pour démanteler le campement d'un millier de migrants. Les militants du collectif « No Border » s'y opposent et plusieurs centaines de personnes seront arrêtées.

Pourtant, seulement deux ans après, plusieurs dizaines de migrants reviennent à Calais. L'espoir de rejoindre l'Angleterre subsiste toujours.

Le phénomène ne va cesser de s'accroître, en particulier, à partir du printemps 2014, où une vague de migrants arrivant de Méditerranée par l'Italie ou la Grèce atteint l'Europe. Au début de l'année 2015, les autorités aménagent le « Camp de la Lande », organisé autour de vieux containers, qui comptabilisera entre 6 400 et 8 100 migrants.¹ Cette zone sera baptisée « New Jungle ».

Au fil des mois, la situation se tend : de nombreuses rixes éclatent entre communautés, les décès se multiplient lors des tentatives de traversée illégale... Très rapidement, le gouvernement parle alors d'une urgence à désengorger la Jungle. Le 26 septembre 2016, François Hollande annoncera le démantèlement « avant la fin de l'année ».

¹ <http://www.bfmtv.com/societe/la-jungle-de-calais-une-histoire-qui-aura-dure-18-mois-1051248.html>

La Préfecture organise ainsi d'emblée les premiers départs de migrants en car vers des Centres d'Accueil et d'Orientation (CAO).

Le feu vert sera ensuite donné par la justice administrative le 18 octobre de la même année. Les opérations de démantèlement débuteront le lundi 24 octobre 2016 au matin. ²

2. L'ouverture de centres d'accueil : l'urgence de déplacer les migrants

Alors que les opérations de démantèlement ont débuté, se pose très rapidement la question du lieu d'accueil de ces personnes. Bernard Cazeneuve, Ministre de l'Intérieur, s'engage à proposer une solution d'hébergement aux migrants installés à Calais. On parle de dizaines de centres répartis dans toute la France, mais jusqu'au dernier moment, le gouvernement français reste plutôt muet sur la question.

Lancé par un programme du 27 octobre 2015, les CAO ont vocation à accueillir temporairement (6 mois maximum) des personnes migrantes, au sein de bâtiments et structures qui appartiennent à l'Etat ou qui lui sont prêtés.

Les Préfectures ont du alors recenser tous les hébergements publics vacants : par exemple un centre de vacances EDF en Charente-Maritime, une ancienne gendarmerie dans le Tarn et Garonne, un hôpital désaffecté dans le Var... ³

Ce seront donc près de 400 CAO (hors Ile de France et Corse) qui seront répartis sur tout le territoire français.

Ils vont ainsi permettre d'accueillir les migrants dans des conditions stables et rassurantes, en leur proposant un temps de répit, les soutenant dans leur réflexion sur la suite de leur parcours migratoire. Il s'agit pour la grande majorité d'entre eux de les accompagner notamment vers une demande d'asile.

Grâce à la mobilisation des acteurs associatifs locaux, les personnes migrantes pourront également bénéficier d'un suivi sanitaire et social.

Dans le même temps, les places en Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) ou en Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (HUDA) sont renforcées afin de faire face à la hausse non négligeable de demandes d'asile (soit une augmentation de 24% entre 2014 et 2015)⁴

² <http://www.lejdd.fr/Societe/CHRONOLOGIE-La-Jungle-de-Calais-14-ans-d-histoire-mouvementee-818725>

³ <http://www.europe1.fr/societe/demantèlement-de-la-jungle-comment-vont-etre-relogés-les-migrants-2870662>

⁴ <http://www.forumrefugies.org/s-informer/actualites/hebergement-des-demandeurs-d-asile-et-des-refugies-des-reponses-adaptées-a-l-augmentation-des-besoins>

Le schéma national d'accueil des demandeurs d'asile prévoit donc l'ouverture de places au niveau national avec un objectif de 60 864 places d'ici 2017.

Les personnes migrantes intégrant ces centres sont donc exclusivement des demandeurs d'asile en cours de procédure, dans l'attente d'une décision. Durant leur hébergement, ces personnes bénéficieront d'un accompagnement social, médical et administratif, tout en préparant leur sortie du dispositif CADA, quelle que soit l'issue de la procédure de la demande d'asile.

Qu'il s'agisse donc de CAO, de CADA ou encore d'HUDA, la santé constitue l'un des points fondamentaux dans l'accompagnement de ces personnes migrantes.

3. La santé des migrants : un enjeu local

Aborder la question de la santé des migrants, c'est parler de mobilité géographique et de parcours migratoire, ainsi qu'évoquer l'ensemble des réseaux déployés dans l'accès aux soins. Ces mobilités et ces réseaux s'inscrivent dans des dynamiques à plusieurs niveaux : aussi bien au niveau local (en ce qui concerne l'organisation de l'accès aux soins de ces personnes), que national (niveau concernant la réglementation légale de l'accès aux soins).

Au sein de leur parcours migratoire, le recours aux soins des migrants est jalonné d'étapes successives : accès à des structures dite de « droit commun », accès aux structures d'accueil de personnes en situation de grande précarité, et enfin des structures créées pour favoriser un accueil spécifique aux populations migrantes. Ce sont plus particulièrement ces dernières qui résultent d'initiatives locales.

Toutefois, la question de la santé des migrants, et notamment chez les primo-arrivants, n'est pas toujours identifiée comme une question à part entière. Les problématiques spécifiques aux personnes migrantes sont souvent assimilées à l'ensemble des populations vulnérables.

Face à cette crise migratoire et ce déplacement de population migrante sur le territoire français, ce sont les acteurs du sanitaire et du social qui ont identifié et isolé cette question et qui ont dû se doter d'outils efficaces concernant la santé et les pratiques de soins à destination des migrants.⁵

⁵ <https://cybergeographie.org/24796>

II. Des dispositifs d'initiative locale : l'exemple de la PASS de Hyères

L'objectif est de comprendre comment se mettent en place des schémas locaux spécifiquement dédiés à la santé des migrants, au regard de l'exemple de la ville de Hyères dans le Var, dont le Centre Hospitalier Général Marie-José Treffort couvre tout le bassin hyérois. A la fois située entre zone rurale, (à seulement une vingtaine de kilomètres de Pierrefeu-du-Var, commune d'implantation d'un CAO de 60 places) et zone urbaine reliée aux grandes métropoles telles que Toulon, elle a du développer des stratégies liées à l'accueil des personnes migrantes, alors même qu'elle n'était que peu concernée jusqu'à présent par les problématiques d'immigration.

Pour mémoire, Hyères, commune balnéaire de 57 645 habitants⁶, a vu s'ouvrir un premier CAO de 30 places au printemps 2016. A l'automne 2016, alors que le désengorgement de la jungle de Calais s'accroît, c'est un CADA qui ouvrira ses portes (60 places) suivi d'un CAO sur la commune de Pierrefeu-du-Var (6 049 habitants en 2013).

1. S'appuyer sur le tissu d'acteurs locaux

A Hyères, une association oeuvrant dans l'insertion sociale et l'accompagnement global et individualisé des personnes en situation de précarité apparaît comme pivot (Association En Chemin). Fondée en 2004, elle a déjà fait ses preuves, au sein du paysage médico-social hyérois, dans l'accueil d'un public précaire, et plus spécifiquement avec son pôle santé-précarité.

Ce pôle est donc conçu comme un lieu de soins gratuit, composée d'une équipe médicale entièrement bénévole et de deux travailleurs sociaux salariés, accueillant un public très fragilisé.

Depuis peu, l'association a vu ses missions s'étendre à l'accueil de personnes migrantes avec l'ouverture d'un CADA en son sein.

C'est donc naturellement vers cet organisme que s'est tourné le choix de l'Agence Régionale de Santé (ARS) lorsqu'il a s'agit de mandater un service médical pouvant réaliser le premier bilan de santé des personnes migrantes arrivant en centre d'accueil.

Le deuxième acteur considéré comme prépondérant dans la prise en charge sanitaire des personnes migrantes est la PASS située au sein du Centre Hospitalier Général Marie-José Treffort. Alors qu'un travailleur social lui est attribuée, aucun temps médical ne lui est pour l'instant dédiée.

6 En 2016

C'est donc un véritable travail de collaboration entre les deux partenaires qui s'est instauré au fil des ans, avec notamment la signature en 2011 d'une convention « Interface Santé ». Cet étroit partenariat s'est accentué avec la prise en charge de l'arrivée de personnes migrantes sur le secteur.

La place des dispositifs pour la santé des migrants ne tient donc pas qu'au strict domaine de la santé publique ou du système de soins, mais s'intègre bel et bien dans le domaine du médico-social. Les initiatives peuvent être différentes d'une commune à l'autre, mais cherchent toutes à répondre à la même problématique à l'échelle nationale : les inégalités dans l'état de santé et le recours aux soins entre personnes migrantes et non-migrantes.

2. *Mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des migrants arrivés sur le bassin hyérois*

2.1 Une première évaluation réalisée sur site

Un bilan sanitaire est obligatoire et mis en œuvre dès l'arrivée des personnes migrantes en centre d'accueil, qu'elles aient été évacuées de leur campement, ou qu'elles intègrent une structure au titre de demandeurs d'asile.

A la demande de l'ARS, c'est donc l'association En Chemin qui intervient pour offrir un bilan de santé sur site. La PASS de Hyères, à travers son travailleur social, se déplace également afin d'assurer des missions de coordination des soins et de promotion de la santé en lien avec les acteurs institutionnels.

Les partenaires présents sont de trois ordres :

- ⇒ institutionnels : l'ARS, la Préfecture du Var, le Centre Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
- ⇒ sociaux : l'association en charge de l'hébergement et de l'accompagnement des personnes migrantes, un travailleur social de l'association En Chemin, le travailleur social de la PASS et l'Office Français de l'Immigration et l'Intégration (OFII)
- ⇒ sanitaires : les médecins, infirmiers et pharmaciens du pôle santé-précarité de l'association En Chemin, la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et le Centre de Lutte Anti-Tuberculose (CLAT).

La nécessité d'une prise en charge sanitaire est essentielle afin d'assurer en premier lieu un bilan de santé, après souvent un parcours et des conditions de vie difficiles, et permettre par la suite un suivi médical comme toute personne en difficulté d'accès aux soins de santé.

Le but de cette planification sanitaire est une démarche de santé publique avec :

- ⇒ des actions de prévention et de promotion de la santé :
 - ☑ bilan sanitaire d'arrivée
 - ☑ prévention contre la gale
 - ☑ prévention et dépistage du risque de la tuberculose
 - ☑ offre d'une couverture vaccinale obligatoire sur le territoire français
 - ☑ dépistage et information sur le VIH et hépatite C
- ⇒ des soins relevant de la médecine générale et pouvant être réalisés sur place.

Lorsqu'il y a nécessité pour la personne d'accéder à une consultation spécialisée ou au plateau technique, cela passe alors par la convention « Interface Santé ». Le travailleur social de la PASS assure alors la planification et coordination de ces rendez-vous médicaux, tout en mettant en place une procédure interne à son établissement afin de sensibiliser les différents professionnels médicaux ou paramédicaux amenés à intervenir dans le parcours de soins de la personne migrante. Il s'agira plus particulièrement de : l'accueil des urgences, les secrétariats des consultations externes, le laboratoire, la pharmacie et l'imagerie médicale.

Le rôle de la PASS est donc primordial car il va avoir pour objectif de :

- ⇒ faciliter l'accès au système de santé de ces personnes
- ⇒ faire bénéficier de consultations médicales spécialisées tant dans le soin que dans la prévention et la promotion de la santé
- ⇒ faire le lien pour permettre un accès aux urgences ou à une hospitalisation lorsque nécessaire
- ⇒ faire le lien avec le Centre d'Accueil Psychiatrique (CAP) pour la prise en charge des soins psychiatriques
- ⇒ permettre l'accès à des traitements
- ⇒ assurer la coordination interne et externe
- ⇒ accompagner les personnes par un entretien social dans leurs démarches liées à l'accès aux soins. Pour ce dernier point, une convention a également été signée entre le Centre Hospitalier et la CPAM.

Il est à noter que la forte mobilisation de la CPAM a permis des ouvertures de droit par le biais de la convention en seulement une quinzaine de jours pour ce public.

Cela a notamment permis aux personnes migrantes d'avoir rapidement accès aux structures de droit commun et par là-même de disposer d'une certaine autonomie dans leur parcours de soins.

Le CLAT intervient quant à lui dans les jours suivant l'arrivée. Il a pour missions :

- ⇒ d'effectuer des dépistages tuberculiques
- ⇒ de suivre médicalement les personnes présentant une tuberculose
- ⇒ d'éviter la propagation
- ⇒ d'assurer la vaccination anti-tuberculeuse.

Enfin, un « passeport santé » est remis à chaque personne hébergée afin qu'elle puisse le fournir lors des différents entretiens médicaux et/ou sociaux. Ce carnet sert en outre de correspondance avec les autres services sanitaires et sociaux à son départ du centre. Chaque intervenant médical ou paramédical peut y apposer ses observations.⁷

2.2 La prise en charge sanitaire des enfants

La PMI fait un bilan systématique des enfants de 0 à 6 ans accueillis sur ces trois centres d'accueil. Si elle va jouer son rôle habituel de prévention et de promotion de la santé, elle va également auprès de ce public intervenir dans le dépistage de certaines maladies en réalisant notamment des sérologies et en assurant la vaccination ou le rattrapage vaccinal.

Avec l'intervention de la PMI, s'est posée la question de la prise en charge des enfants de plus de 6 ans, pour lesquels l'évaluation reste tout de même spécifique et différente de celle d'un adulte.

Afin de pallier ce manque, le Centre Hospitalier a très rapidement déployé une consultation PASS enfant-environnement. Ces consultations s'inscrivent à l'origine dans le Projet Régional de Santé (PRS) dont le fil conducteur est la réduction des inégalités de santé.

Tous les enfants de 6 à 15 ans ont ainsi pu être bilantés au cours de cette consultation. S'il s'agit originellement de dépister et prendre en charge les pathologies liées aux conditions de vie des enfants, et plus particulièrement le saturnisme, ses missions se sont largement étendues aux diagnostics de pathologies liées aux situations de précarité, ainsi qu'au rattrapage vaccinal.

Les pathologies les plus souvent rencontrées comprennent : le retard vaccinal, le saturnisme, l'asthme avec une exposition aux moisissures, les parasitoses cutanées, les troubles de croissance, les problèmes dentaires, les troubles des acquisitions, les carences alimentaires...

Composée d'une pédiatre et d'une infirmière puéricultrice conseillère en habitat santé, ces consultations apportent donc une véritable plus-value dans la prise en charge de l'enfant et l'adolescent.

Réalisée au sein du Centre Hospitalier, elle permet également à l'enfant d'accéder au plateau technique, au laboratoire, aux consultations spécialisées et à une délivrance pharmaceutique si besoin.

Le travailleur social référent de la PASS assure également une mission de coordination sur cette consultation : en planifiant les rendez-vous spécialisés, en programmant les enfants nouvellement arrivés en centre d'accueil, en faisant le relais auprès de la pharmacie pour des commandes éventuelles de vaccins, en étant vigilant concernant les ouvertures de droits.

III. Les limites du dispositif

1. L'absence d'interprète

L'une des plus grandes faiblesses du dispositif est effectivement l'absence d'interprète. Avoir accès à un interprète, c'est permettre à la personne de comprendre, s'exprimer et être compris. Car, quand se surajoute la barrière de la langue aux difficultés sociales et de santé, cela peut vite devenir compliqué.

Comment dans ce cas poser un diagnostic avec seulement des gestes ? Comment annoncer une pathologie, informer, ou encore obtenir le consentement éclairé du patient ?

Lors des évaluations sanitaires ou des consultations PASS, nous faisons le plus souvent appel à un soignant pouvant faire office de traducteur, le plus souvent en langue anglaise. Mais il est alors essentiel de souligner que ce n'est ni la langue maternelle du soignant, ni même celle de la personne migrante. A mon sens, cela signifie que nous allons passer à côté de certaines informations, essentiellement en ce qui concerne le parcours migratoire de la personne et son parcours de soins.

Cela devient d'autant plus complexe dans une prise en charge psychiatrique. En effet, en psychiatrie, c'est le langage qui tend à favoriser la rencontre avec le patient. Dans ce cas là, comment soigner malgré une communication altérée ?

Il est indéniable que la souffrance psychique d'une personne migrante peut difficilement être traduite sans l'aide d'un interprète qualifié.

Autre schéma rencontré, plus particulièrement lors des consultations PASS enfant-environnement est celui de l'enfant qui va se faire l'interprète du parent. Les rôles sont alors inversés et l'enfant peut être le dépositaire d'une information, trop lourde à gérer au regard de son âge.

2. Les difficultés de coordination inter-partenariale

La coordination inter-institutionnelle entre les différents acteurs a mis du temps avant d'être efficiente. Les premières vagues d'arrivées en centre ont souvent été soudaines (information la veille de l'arrivée sur site) nécessitant alors une réactivité très importante des acteurs sans leur laisser pour autant le soin de mettre en place une procédure, et de se concerter les uns les autres.

Très rapidement, cette absence de coordination a pointé des faiblesses d'organisation. Afin d'y remédier, s'est mis petit à petit en place au fur des arrivées suivantes un circuit spécifique de soins, ce qui a permis à chacun des acteurs de mieux repérer les moments d'intervention des uns et des autres : par exemple qui intervenait en amont, qui récupérait les éventuels résultats de biologie, qui se chargeait de les interpréter etc...

Comme nous l'avions évoqué ci-dessus, la PASS de Hyères est très souvent le pivot de cette coordination. Si ce temps de coordination est essentiel dans l'accompagnement de ces personnes dans leur parcours de soin, il n'en reste pas moins que cela est chronophage. En effet, aucune mesure n'a été envisagée pour augmenter le temps de présence du travailleur social sur ces questions-là. Et les délais d'information d'une arrivée sur site continue de mettre à mal les acteurs qui ne disposent pas davantage de moyens alors même que leurs missions ont évoluées.

3. La multiplication des rendez-vous

La prise en charge sanitaire est une composante essentielle dans l'accompagnement de la personne migrante en centre d'accueil. Nous l'avons vu, dès son arrivée, un bilan est réalisé de façon obligatoire et systématique.

Mais cela peut vite devenir chronophage dès lors qu'un foyer se compose de plusieurs membres familiaux. Prenons l'exemple d'une famille composée de deux parents et de trois enfants âgés de 3, 8 et 10 ans. L'ensemble de la famille est évalué en premier lieu le jour de l'arrivée. Les parents sont ensuite orientés vers la PASS de Hyères pour bénéficier de consultations spécialisées le cas échéant: le plus souvent dentiste, ORL, et dermatologue. Les parents doivent ensuite accompagner leur dernier né de 3 ans auprès du centre de consultation de la PMI. Si là aussi des examens complémentaires sont à réaliser, ils devront de nouveau se tourner vers le Centre Hospitalier. Enfin, reste les deux enfants de 8 et 10 ans, qui seront eux bilantés dans le cadre de la PASS enfant-environnement, nécessitant alors un énième rendez-vous. Sans compter, que l'un des membres de la famille pourrait également être hospitalisé, avoir recours au service des urgences....

Dans tout cela, il est important de ne pas oublier que ces personnes doivent aussi être accompagnées dans leurs démarches de demandeurs d'asile, d'accès aux droits sociaux, de démarches liées à la scolarité de leur enfant etc.

Nous avons alors pu constater un certain sentiment d'épuisement de ces personnes face à la horde de rendez-vous qui leur est demandée d'honorer, alors même que pour eux la notion de temps, de contrainte horaire n'est pas toujours appréhendée de la même façon.

Avec le recul, nous avons revu certains éléments qui ont ainsi permis d'assouplir la prise en charge des soins. Il a ainsi été statué que tous les enfants d'une même fratrie - dès lors que celle-ci inclus des enfants de plus de 6 ans - seront vus en consultations PASS enfant-environnement. Ainsi, il n'y a plus qu'un seul et unique lieu de consultation.

Les partenaires ont également développé d'autres modalités de prise en charge. Ainsi, le CAO de Pierrefeu-du-Var a mobilisé les acteurs de la médecine de ville et certaines personnes ont pu être prises en charge dans leur localité sur des consultations spécialisées comme par exemple la stomatologie ou encore la gynécologie, alors même que leurs droits étaient encore en cours d'instruction. Cette initiative a ainsi permis aux personnes du centre d'accueil de réduire leur temps de trajet et de déplacement, et de s'inscrire dans un réseau de soins « de droit commun ».

[4. Le risque de sur-vaccination chez les personnes migrantes existe-t-il ?](#)

Bénéficier d'une couverture vaccinale à tous les âges de la vie constitue l'un des objectifs de la politique française de santé publique.

On vaccine alors les personnes migrantes pour deux raisons :

- ⇒ pour les protéger ainsi que leur famille (lié aux conditions de vie, risques liés au parcours migratoire)
- ⇒ pour protéger la communauté d'accueil (éviter les épidémies et leurs conséquences sanitaires).

Mais la problématique réside souvent dans la difficulté de connaître les vaccins ayant réellement été réalisés : dans le pays d'origine ? À l'arrivée en Europe ? Avant leur transfert en centre d'accueil ? Souvent, les adultes se souviennent avoir été vaccinés mais ne peuvent préciser ni la nature du vaccin ni le nombre d'injections.

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) estime, dans son rapport sur l'état de santé de la population (2009-2010), que plus de 50% des adultes n'ont aucun document sur lequel seraient reportés leur vaccination. On peut aisément imaginer que ce chiffre est bien supérieur chez les personnes migrantes. Il en résulte donc des risques de vacciner davantage voire plus que la population française. ⁸

Il est intéressant de noter que le site PROMOVAX (Promote Vaccinations among Migrants Populations in Europe) mentionne que la vaccination des migrants est « une grande priorité pour le programme sanitaire européen ». ⁹ Dès lors on peut s'interroger s'il n'y a pas un risque à proposer davantage de vaccins, au caractère non obligatoire, à cette population. Vaccins qui d'autant plus ne seront pas remboursés par l'assurance maladie ou que partiellement, créant ainsi des inégalités d'accès.

⁸ http://www.u-bordeaux2-medtrop.org/doc/Soutenances/CIFV/CIFV2012_ESQUERRE-B_Memoire.pdf

⁹ <http://initiativecitoyenne.be/article-promovax-les-migrations-pretexte-a-une-survaccination-110431781.html>

CONCLUSION

Les déplacements de population migrante qui ont eu lieu suite au démantèlement de la Jungle de Calais ont demandé aux institutions du territoire français de repenser la question de la prise en charge des personnes migrantes, et notamment dans le domaine sanitaire et de l'accès aux soins.

D'une problématique nationale, il en ressort que ce sont essentiellement des initiatives locales qui se sont développées autour de cette question, principalement fondées autour d'acteurs de terrain déjà impliqués dans la prise en charge de personnes en situation de précarité ou de fragilité, et autour de professionnels motivés et investis, pour sortir de leur champ de compétences habituel.

A partir de là, des pratiques et des procédures se sont développées localement afin d'organiser de façon le plus efficace et efficiente possible la prise en charge des personnes migrantes et leur assurer un accès aux soins le plus optimal possible.

Pour autant, certaines failles peuvent être relevées comme l'absence d'interprète, absence particulièrement préjudiciable dans l'accès aux soins psychiatriques. On peut également évoquer les difficultés de coordination inter-partenariale dues à des arrivées en centre souvent soudaines et non préparées, ou encore la multiplication des rendez-vous médicaux pour ces personnes, ou le risque qu'elles soient sur-vaccinées.

A côté de cela, d'autres réflexions au regard de nos pratiques commencent à émerger, concernant notamment la santé mentale et les psycho-traumatismes, problématique peu exploitée jusqu'à présent auprès de la population migrante, pour laquelle la dimension culturelle tient une place importante et que les acteurs méconnaissent souvent.

Il existe encore bien d'autres axes à travailler afin d'améliorer la prise en charge globale et d'unicité des personnes migrantes accueillies en centre d'accueil, et qui pourront peut être s'envisager dans le cadre d'une formation, comme j'ai pu moi-même l'entreprendre par le biais de ce DIU.

