

UFR santé, médecine, biologie humaine

Mémoire D.I.U "Santé des Migrants"

***Les difficultés d'accès aux droits des
étrangers en France, comme obstacles à leur
accès aux soins***

INTRODUCTION :

Afin de valider l'écrit de mon D.I.U, j'ai choisi de travailler à partir de la méthodologie suivante : un Récit de Situation Complexe Authentique (R.S.C.A).

Le principe du RSCA constitue une trace d'apprentissage, il vise à montrer l'acquisition de compétences professionnelles en situation ; c'est une réflexion personnelle.

L'objectif de ce travail vise à montrer à la fin que l'on n'agira pas de la même manière dans notre exercice professionnel ou bien qu'on en retirera un certain nombre d'enseignements afin de se remettre en cause dans sa pratique, lorsqu'on se retrouvera face à une situation analogue.

J'ai donc choisi une situation professionnelle dépendante de mon métier d'assistante sociale, qui présente selon moi les différents obstacles que rencontre une personne étrangère pour accéder à ses droits fondamentaux, tout au long de son parcours de vie et de soins en France.

Cette situation est complexe car plusieurs phénomènes interviennent, elle n'est pas forcément compliquée, elle n'est pas non plus exceptionnelle mais exemplaire.

SOMMAIRE :

I/ Description de la situation et des dimensions sociales rencontrées

1/ Le contexte d'intervention	Page 4
2/ L'origine du signalement de la situation	Page 5
3/ Le descriptif de la situation	Page 5
4/ Les dimensions identifiées	Page 9

II/ Recherche des sources d'analyse en fonction d'une problématique repérée : les difficultés d'accès aux droits, comme frein à l'accès aux soins des personnes migrantes

1/ L'accès aux soins des migrants : un droit fondamental?	Page 15
2/ Les évolutions du système de protection maladie en France : un accès soumis à condition ?	Page 15
3/ Les différents obstacles de l'accès aux droits des étrangers	Page 16

III/ Les impacts de l'évolution des dispositifs dans l'accompagnement social des personnes étrangères

1/ Le travailleur social face à ses paradoxes : entre missions de service social et contraintes des politiques sociales et institutionnelles	Page 19
2/ L'accompagnement Social pour faciliter l'accès aux droits	Page 22
3/Conclusions et pistes de réflexion	Page 23

IV/ Annexes

1/ Glossaire de sigles	Page 25
2/ Bibliographie	Page 26
3/ Remerciements	Page 27

I/ Description de la situation et des dimensions sociales rencontrées

1/ Le contexte d'intervention

Je suis assistante sociale au sein de la Cellule de Coordination de la Permanence d'Accès Aux Soins de Santé du CHU de Rennes (PASS).

La PASS est destinée aux personnes en situation de précarité. Les critères d'inclusion au sein de ce dispositif ont été définis en fonction de certains items préconisés par l'Agence Régionale de Santé.

Il s'agit de patients adultes ou enfants sans ou avec une couverture sociale, touchés par des problèmes financiers, ou d'hébergement ou d'isolement.

Le dispositif garantit l'accès aux soins, aux traitements et la continuité des soins des populations en situation de précarité.

Depuis février 2015, un nouvel outil du dispositif PASS, la Cellule de coordination a été créée au CHU en collaboration avec le Réseau Louis Guilloux (RLG), association créée à Rennes en 1993.

A l'origine, le RLG servait d'interface entre la médecine de ville et l'hôpital dans la prise en charge des patients atteints par le V.I.H ; son champ d'intervention s'est ensuite élargi.

L'association se compose aujourd'hui des activités suivantes :

- Le pôle migrant comprenant un point santé
- Le pôle interprétariat
- Le pôle de coordination en santé sexuelle
- Le pôle tuberculose
- Le DATASAM (dispositif d'appui technique auprès des professionnels de la région Bretagne)
- Les Appartements de Coordination Thérapeutique pour les personnes atteintes de pathologies chroniques

S'agissant de la cellule PASS de Rennes, elle évalue, construit et coordonne le parcours de soins des patients en situation de précarité, en interface avec les équipes médico-sociales du CHU et les partenaires en externe intervenant dans le champ de la précarité.

A préciser que sur Rennes, il existe déjà un maillage concernant l'offre de soins à destination du public précaire.

Trois points santé sont présents sur différentes structures de la ville.

Une infirmière est présente sur un lieu d'accueil de jour, de repos, d'écoute et d'orientation, accueillant des hommes et des femmes majeures sans domicile, sans discrimination de nationalité, religieuse ou politique.

Les services proposés permettent au public accueilli de « se poser », de se laver, de nettoyer leur linge, d'accéder aux premiers soins.

Une autre infirmière intervient sur un restaurant social, où les personnes Sans Domicile Fixe peuvent venir déjeuner le midi ou emporter des plateaux repas.

Enfin, le centre médical Louis Guilloux (activité du Réseau Louis Guilloux) dispose de consultations médicales avec interprète et d'une infirmière.

La cellule PASS, au sein de laquelle je travaille, est composée d'une équipe de 7 personnes : 2 médecins (1 ETP, soit 1 poste équivalent temps plein), 3 assistants socio-éducatifs (2,20 ETP), 1 secrétaire (0,5 ETP) et 1 coordinatrice du dispositif PASS (sans quotité de temps de travail déterminée pour cette fonction) ; qui structurent, organisent la prise en charge et le suivi des patients, en amont et en aval de l'hospitalisation.

Au mois de septembre 2017, en lien avec l'augmentation du temps médical, nous avons mis en place un autre outil du dispositif PASS : la Consultation Médico-Sociale Précarité (C.M.S.P).

Il s'agit d'une consultation dispensée hors les murs de l'hôpital. Elle s'adresse aux personnes (adultes ou enfants), quel que soit leur situation administrative, n'ayant ni référent médical, ni référent social et ayant des difficultés d'accès aux soins et aux droits sociaux, ou exclus des soins.

Il s'agit de répondre à l'exigence définie par les différents partenaires institutionnels et de terrain intervenant dans le champ de la précarité d'« aller vers » les personnes les plus démunies et les plus éloignées des dispositifs du droit commun ; pour faciliter leur accès aux soins et encourager la prévention.

Une activité de repérage sur les lieux de passages les plus fréquentés est nécessaire (infirmières des points santé, travailleurs sociaux des structures d'hébergement d'urgence ou des lieux dédiés aux SDF...) avant l'orientation vers la consultation médico-sociale.

La CMSP répond à 2 objectifs : évaluer les situations de santé et orienter les patients en leur proposant de les inscrire dans un parcours de soins.

Une fois repérés par les partenaires intervenant dans le champ de la précarité, les patients sont ensuite orientés en CMSP sur des jours ciblés et définis au préalable, dans un délai d'intervention très court (en général sous 24 heures à 48 heures).

C'est donc dans le cadre de de la CMSP que je rencontre Mme A.

2/ L'origine du signalement de la situation

Mme A. fréquente depuis quelques semaines le restaurant social de la ville de Rennes, qui dispose d'un point santé.

Elle y rencontre l'infirmière qui souhaite que Mme A. refasse le point sur sa santé avec un médecin.

Récemment arrivée sur Rennes, elle n'a plus de référent médical et arrivera prochainement en rupture de médicaments, indispensables pour le traitement de sa pathologie chronique.

Sur le plan social, Mme A. n'a plus de couverture sociale et ne peut, de ce fait, se rendre en médecine de ville.

Mme A. est alors orientée vers la CMSP en date du 10 novembre 2017.

3/ le descriptif de la situation

Au décours de l'entretien social, je découvre le parcours de vie de Mme A.

Mme A. est célibataire, âgée de 64 ans et de nationalité gabonaise.

Elle est arrivée seule en France le 16/03/2014.

Elle a été accueillie et hébergée chez une cousine éloignée, dans le département des Côtes d'Armor en région Bretagne.

Elle m'explique qu'elle a d'abord, à son arrivée en France effectué une demande d'asile.

Elle a obtenu différentes autorisations de séjour (APS, récépissé) sur la durée de sa demande d'asile.

Ces autorisations provisoires de séjour lui ont permis l'ouverture de ses droits à l'assurance maladie et à la CMUC.

Puis, après avoir déposé son dossier à l'OFPRA et après y avoir été convoquée pour son récit, plusieurs mois se sont écoulés. En juin 2015, Mme a été déboutée de sa demande d'asile. Elle s'est alors retrouvée en situation irrégulière.

Afin de permettre la prise en charge de ses soins, elle a alors effectué une demande d'AME auprès de la CPAM.

Sur le plan médical, depuis son arrivée en France, Mme A. est suivie dans le cadre d'une maladie chronique (pathologie psychiatrique) nécessitant la mise en place d'un traitement régulier, coûteux et nécessaire au long cours.

Mme faisait alors l'objet, à ce titre, de consultations régulières chez un psychiatre en ville, sur la commune de Lamballe (22), à proximité de son lieu d'hébergement.

Déboutée de sa demande d'asile, Mme engage alors de nouvelles démarches de régularisation auprès de la

Préfecture de St Brieuc (département 22), en lien cette fois avec ses graves problèmes de santé.

Elle sollicite une demande de titre de séjour vie privée / vie familiale (VP/ VF), pour raisons de santé. Ainsi, un premier titre de séjour lui est accordé pour 1 an du 01/09/2015 au 10/09/2016 au regard de son état de santé.

A cette période-là, les médecins de l'ARS sont compétents pour étudier le dossier médical des personnes afin d'apporter un avis motivé auprès de la Préfecture sur le critère santé, et de ce fait préciser la nécessité ou pas du maintien du séjour au titre des soins.

Après avoir séjourné près de 2 ans chez sa cousine, la situation devient conflictuelle entre Mme A. et sa famille. Elle doit alors envisager de quitter ce lieu d'hébergement.

A préciser que sur la durée de sa demande d'asile, Mme A. n'a jamais été orientée en Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile (CADA), pour défaut de place. Elle a perçu l'ADA (Allocation pour Demandeur d'Asile), comme unique ressource sur toute cette période.

Une fois déboutée, l'ADA a été suspendue.

En lien avec son affection de longue durée, Mme A. effectue une demande d'Allocation Adulte Handicapée (A.A.H) auprès de la MDPH, prestation sociale qui lui est versée mensuellement au regard de son handicap et de son incapacité à occuper un emploi et au regard de sa situation administrative, sur la période de validité de son titre.

Mme quitte alors les Côtes d'Armor pour se rendre en Ille-et-Vilaine. Là -bas, des compatriotes peuvent l'héberger.

A son arrivée sur Rennes, Mme A. effectue des démarches auprès de la Préfecture du 35 au vu du renouvellement de son titre de séjour qui arrive à expiration.

Une A.P.S lui a été remise jusqu'au 21/03/2017, dans l'attente du retour du collège des médecins de l'OFII : Nouvelles dispositions prévues par la loi relative aux droits des étrangers en France, dans le cadre de l'arrêté du 05/01/2017 ; le dossier médical remis aux personnes dans le cadre d'une demande de régularisation au titre de la santé doit à présent être validé par des médecins qui dépendent de l'OFII (Ministère de l'Intérieur).

Dans sa situation, l'avis rendu par la Préfecture s'avère négatif, il s'accompagne le 09/02/2017 d'un refus de séjour et d'une Obligation à Quitter le Territoire Français (OQTF).

Au moment où je rencontre Mme A., elle est en situation irrégulière, avec l'obligation de quitter le territoire, sans domicile fixe, sans ressource.

Elle m'explique qu'en l'absence de titre de séjour, le versement de son AAH a été suspendu, elle s'est donc retrouvée sans moyen de subsistance, à la charge de ses compatriotes qui n'ont pas tardé à la mettre dehors.

Mme A. est alors en situation d'errance et fait parfois appel au 115 qui l'oriente quand il y a de la place.

Mme A. est épuisée moralement et physiquement par sa situation d'errance et de précarité.

Elle se demande comment elle va continuer à vivre si elle reste dehors. Elle a dû mal à suivre son traitement correctement et commence à déprimer.

Au regard de ses problèmes de santé, et en lien avec un travail de partenariat entre le 115 et la PASS, je sollicite le 115 afin d'orienter Mme A., sur une structure d'hébergement d'urgence et la stabiliser sur une même structure afin de favoriser la bonne observance de son traitement.

Mme A. est alors orientée vers un hébergement d'urgence au sein d'une structure disposant d'un accueil en journée.

A ce titre, elle se retrouve en structure collective mais dispose d'une chambre individuelle où elle peut rester se reposer en journée. Elle a aussi accès pour ses 3 repas à un self au sein du foyer d'hébergement. Elle est satisfaite car elle peut souffler, se reposer et rencontre d'autres femmes ; lui permettant de rompre son isolement.

Concernant le renouvellement de ses traitements, je fais le point avec le médecin de la PASS.

Certains médicaments sont disponibles au Point santé via la Pharmacie Humanitaire (PHI) et lui sont remis le jour même de la consultation.

S'agissant de son traitement psychiatrique, non disponible via PHI, le médecin le prescrit sur une ordonnance PASS ; ordonnance spécifique sur laquelle j'appose un visa social en précisant que des démarches sont en cours pour régulariser l'ouverture de ses droits à une couverture sociale.

Avec cette ordonnance, Mme A. va pouvoir récupérer gratuitement son traitement auprès de la pharmacie de l'hôpital.

Au regard de sa situation administrative : Mme est en situation irrégulière, sans ressource, et est présente en France de façon stable depuis plus de 3 mois ; j'effectue en parallèle une demande d'Aide Médicale État (AME).

Puis, je lui propose de rencontrer une avocate spécialisée dans le droit des étrangers, afin d'effectuer un recours auprès du tribunal administratif pour tenter de lever la mesure d'éloignement et contester le refus du droit au séjour.



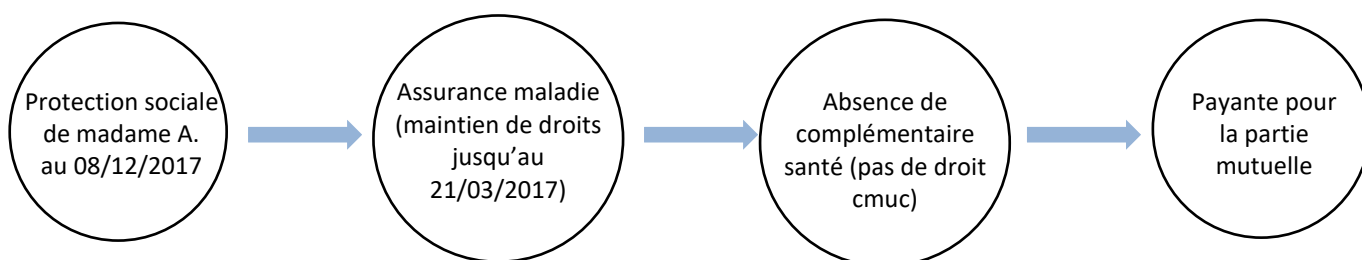
Je prévois avec le médecin de revoir Mme A. 3 semaines plus tard pour refaire le point sur la continuité de ses soins et sur sa situation sociale.

Du fait d'une convention mise en place entre la CPAM 35 et le CHU de Rennes, concernant le traitement des demandes d'ouverture de droits pour les patients PASS, j'obtiens en moins de 10 jours le retour de la demande d'AME que j'ai instruite.

A ma grande surprise, je reçois un refus d'AME au motif que Mme A. se trouve en situation de maintien de droits à l'assurance maladie, sur la part de remboursement obligatoire.

Ce qui signifie qu'elle est toujours assurée sociale (disposition prévue dans le cadre du dispositif PUMa entré en vigueur la 01/01/2016), jusqu'au 21/03/2018, soit une durée d'un an à compter de la fin de validité de son dernier titre de séjour (fin de validité de son APS au 21/03/17).

Toutefois, en l'absence de nouveau titre de séjour, je ne peux pas solliciter une complémentaire santé au titre de la CMUC (conditions d'éligibilité : résidence stable et régulière, présence en France depuis plus de 3 mois et condition de ressources).



Je revois Mme A. le 08/12/2017.

Elle est de nouveau déprimée et se met à pleurer au cours de l'entretien.

Elle m'informe qu'elle a rencontré un dentiste, dans le cadre d'une consultation d'évaluation au Point santé du Centre Médical Louis Guilloux.

Toutes ses dents bougent, elle rencontre des difficultés importantes pour manger la plupart des aliments.

Le dentiste lui propose d'engager ses soins au sein de son cabinet libéral en ville ou au Centre de soins Dentaires du CHU (CSD).

Sur Rennes, il n'existe pas de PASS dentaire, permettant une prise en charge totale des soins dentaires en l'absence d'une couverture sociale. Seuls les premiers soins urgents peuvent être effectués gratuitement au CSD.

Mais ici, il s'agit de soins dentaires importants s'inscrivant dans la continuité de soins, et dans la durée.

Un devis est établi : il est nécessaire d'arracher plusieurs dents et de poser ensuite des prothèses.

Après avoir pris contact avec le dentiste, il m'explique que la totalité de ces soins peuvent être pris en charge au titre de l'assurance maladie obligatoire et de la CMUC.

Toutefois, en l'absence de complémentaire santé (CMUC), si Mme A. engage les soins, pourtant indispensables à sa santé, elle reste redevable de la somme de 1200 euros.

Cout global soins dentaires (prothèses)	1456 euros
Partie prise en charge au titre de l'assurance maladie	256 euros
Partie prise en charge par la complémentaire santé (CMUC)	1200 euros
En l'absence de complémentaire santé / reste à charge de l'assurée	1200 euros

Au regard de sa situation de précarité, Mme A. envisage de **renoncer aux soins dentaires**.

Afin de lui permettre d'effectuer ses soins dentaires, je sollicite des demandes d'aides financières auprès de la CPAM et auprès d'associations caritatives.

En parallèle, j'accompagne Mme A. dans une démarche de recours auprès du directeur de la CPAM et de la DDCSPP concernant le refus d'AME et l'impossibilité d'effectuer une demande de CMUC.

Je me retrouve alors face à la difficulté d'expliquer à Mme A. les méandres du système administratif français et le caractère incongru de cette situation dans laquelle elle se trouve.

Je ne suis pas certaine qu'elle saisisse la complexité de ce système, mais elle en mesure l'ensemble des répercussions et les difficultés rencontrées pour se faire soigner.

Une fois les demandes d'aides financières effectuées, je conviens avec Mme A. de la revoir suite aux réponses reçues, pour envisager la poursuite de ses soins.

De plus sur le plan médical, il est nécessaire au cours de cette consultation de la raccrocher aux soins et de l'orienter rapidement vers un psychiatre sur Rennes.

Pour permettre la reprise de son suivi psychiatrique, Mme est orientée par le médecin de la PASS vers l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP).

Un suivi va être mis en place par l'EMPP jusqu'à régularisation de sa couverture sociale et une possible orientation vers la psychiatrie de ville.

Concernant son traitement psychiatrique, il va pouvoir être renouvelé dans le cadre de la PASS.

Quinze jours s'écoulaient depuis mon entretien avec Mme A.

Je reçois l'accord de la CPAM pour une aide financière d'un montant de 900 euros, je suis en attente du retour de la commission du CCAS pour la somme restante de 300 euros.

Puis, notre correspondant à la CPAM me contacte.

La CNAM vient de renvoyer un message à l'ensemble des CPAM au niveau local, concernant les personnes en maintien de droits : il est à présent possible d'instruire des demandes de CMUC sur la période du maintien de droits, même si la personne ne peut justifier d'un titre de séjour.

Je peux donc effectuer le dossier de CMUC.

J'informe Mme A. de cette bonne nouvelle, je devine son incompréhension, mais sa joie demeure considérable.

Au regard de ces nouvelles dispositions, elle souhaite annuler les démarches de recours engagées auprès de la caisse d'assurance maladie

Elle ne retient qu'une seule chose : elle va enfin avoir la possibilité de se faire soigner !

Je prends contact de nouveau avec le dentiste, il faut débiter les soins au plus vite car Mme A. ne pourra bénéficier de son droit à l'assurance maladie et à la CMUC que jusqu'au 21/03/2018.

Après cette date, il faut envisager de faire une demande d'AME, mais le dentiste m'informe qu'avec l'AME, Mme A. ne peut bénéficier des mêmes soins car la prise en charge ne sera plus la même.

4/ Les dimensions identifiées

Je vais à présent tenter de déstructurer mon récit en essayant d'extraire les différentes dimensions sociales qu'expose ma situation professionnelle afin de me permettre de choisir un objectif d'apprentissage.

En reprenant la chronologie de mon récit, on peut voir ressortir 3 points marquants :

- ***Les spécificités et les inégalités de territoire comme marqueurs de la prise en charge de la santé des migrants.***

➤ On peut se questionner sur les différences d'accès aux traitements et aux soins en fonction du territoire où l'on se trouve.

Mais qu'entend-on par inégalité de territoire ? Je m'en tiendrais à la définition suivante.

Pour parler précisément des inégalités territoriales, il faut pouvoir isoler la composante des disparités entre populations, qui ressortent précisément de différences existant dans l'organisation du soin, de la prévention, de l'accompagnement des patients. La notion des « inégalités territoriales » au sens strict correspond à cette dimension proprement organisationnelle. Elle est le plus souvent occultée, et les disparités d'état de santé associées à des contextes résidentiels (quartiers d'habitat social, zones rurales...) sont généralement présentées comme des « inégalités sociales ». ¹

Pourtant, en dépit de l'excellence de son système de santé, la France est l'un des pays d'Europe où les inégalités de santé, appréciées notamment sur les indicateurs de mortalité, sont les plus importantes. Les écarts observés entre régions sont également très accusés et ces inégalités se sont accrues au cours des dix dernières années.

Les inégalités territoriales de santé sont donc un enjeu d'importance pour le système de santé français qui, en raison de son approche universaliste (toute personne franchissant un établissement de soin est logiquement traitée de la même manière) est peu ouvert à l'exploration de cette dimension.

Revenons à présent sur la situation de Mme A. : elle bénéficie d'une couverture partielle quand elle se

¹ Bruno MARESCA Sara HELMI « Les inégalités territoriales de santé, une approche des bassins de santé » Cahier de recherche CREDOC, décembre 2014

trouve en Ille-et-Vilaine.

Sur Rennes, l'accès aux soins lui est tout de même possible grâce au maillage existant au niveau local : présence de points santé et de la PASS, avec consultations gratuites de médecin, d'infirmière.

L'organisation, l'accompagnement des soins sont déjà existants et formalisés sur la ville : Intervention d'une EMPP, accès à la pharmacie humanitaire ou à la pharmacie de la PASS pour la délivrance de traitements, convention établie entre la CPAM et la PASS pour faciliter l'ouverture des droits.

Toutefois, dans cette situation, l'absence d'une PASS dentaire sur Rennes, qui aurait permis la gratuité des soins, aurait pu être préjudiciable pour Mme A. et aurait pu être source de renoncement aux soins dentaires.

En effet, si elle avait été sur un département qui dispose d'une PASS dentaire, comme c'est le cas dans d'autres départements, cette question ne se serait probablement pas posée.

Les inégalités de territoire peuvent alors être a priori un frein pour l'accès à la santé des personnes.

➤ On peut aussi questionner des inégalités sociales de territoire

Pour exemple, le délai de traitement des rendez-vous par les préfectures en lien avec les demandes de titre de séjour.

Mme A. est arrivée sur le département 22, où elle a engagé des démarches de régularisation auprès de la Préfecture de ce département ; dans un premier temps en lien avec sa demande d'asile ; puis dans le cadre d'un titre VP/ VF pour raisons de santé.

Pour ces 2 démarches, le traitement des demandes a été rapide.

Pour sa procédure DA, elle a obtenu un rendez-vous à la Préfecture dès son arrivée, ce qui lui a permis un accès plus rapide à l'ensemble de ses droits sociaux : couverture sociale, ADA...

Sur Rennes, le délai de rendez-vous au guichet unique de l'asile a aussi considérablement diminué et est aujourd'hui de 4 jours.

Si Mme A. était arrivée en région parisienne, le délai actuel des Préfectures étant compris entre 1 mois ½ à 2 mois, on peut penser de ce fait que l'accès à ses droits sociaux (couverture sociale notamment) n'aurait pas été accessible dans une même temporalité et n'aurait, de ce fait, pas permis une même prise en charge en terme de soins par exemple.

Dans un pays où la loi s'applique au niveau national, où les dispositifs sociaux sont identiques sur l'ensemble du territoire, force est de constater une différence dans la prise en charge des migrants en fonction de la région, du département d'accueil.

- *L'inégalité en matière d'accès à l'hébergement, comme frein à la continuité des soins.*

Dans mon récit, Mme A. est, au départ, hébergée dans le cadre de son réseau personnel, en cohabitation, chez sa famille dans le département des Côtes d'Armor.

Cette stabilité d'hébergement, bien que précaire, lui permet de débiter une prise en charge sur le plan médical.

Puis, quand elle arrive en Ille-et-Vilaine, après avoir été hébergée une courte période chez des compatriotes, elle se retrouve Sans Domicile Fixe.

A ce moment-là, elle est en situation irrégulière, sans ressource. Elle est orientée par le 115 sur des structures d'hébergement d'urgence en fonction des possibilités de places et se retrouve bien souvent sans solution et en situation d'errance.

Etant sans domicile fixe, sa santé n'est plus une priorité et elle rencontre des difficultés d'observance de son traitement, entraînant des conséquences directes sur sa santé mentale.

Toutefois, sur le département d'Ille-et-Vilaine, le 115, dans la limite de sa capacité d'accueil sur le dispositif d'urgence, répond à la notion d'un hébergement inconditionnel, quel que soit la situation administrative de la personne : hébergement des primo arrivants, des personnes en demande d'asile à défaut d'accueil sur des lieux d'hébergement dédiés en HUDA/CADA, des personnes déboutées, sans papiers...

De plus, un travail en partenariat entre la PASS du CHU de Rennes et les différents référents de l'hébergement (SIAO / 115, services de l'État via la DDCSPP, COALLIA) facilite la mise à l'abri des personnes en situation de précarité, rencontrant une problématique santé et pour lesquelles l'absence d'hébergement serait un frein à l'accès ou la continuité des soins.

En l'absence de solutions proposées par le 115 sur le dispositif d'hébergement d'urgence, des nuitées hôtelières peuvent être financées par les services de l'État.

En lien avec ce travail de réseau et de partenariat, la situation de Mme A. a été signalée auprès du 115 pour mettre en avant sa vulnérabilité au regard de sa santé.

Afin de favoriser la continuité de ses soins et la prise régulière de son traitement, Mme A. a été orientée sur un hébergement stable en journée.

Cet accueil lui a permis d'interrompre sa situation d'errance, de souffler, de rompre l'isolement et d'adapter son régime alimentaire à ses problèmes de santé.

Peut-être que si elle s'était trouvée sur un département où ce maillage n'existe pas, elle n'aurait eu aucune solution d'hébergement proposée par le 115. Elle se serait trouvée SDF ou aurait connu de multiples orientations sur différentes structures ; ce qui aurait pu avoir comme conséquence une rupture dans la prise en charge de ses soins ou la non observance de son traitement.

A noter pourtant qu'au niveau national, il existe un principe de droit, ainsi qu'un cadre légal permettant à toute personne d'être hébergée.

La loi du 5 mars 2007 a institué le droit au logement opposable (DALO).

Elle désigne l'Etat comme garant du droit à un logement ou un hébergement décent de toute personne qui ne parvient pas à y accéder ou à s'y maintenir par ses propres moyens.

Le DALO recouvre le droit au logement et le droit à l'hébergement (DAHO).

Néanmoins ces principes de droit tendent à être remis parfois en question (exemple de la circulaire Collomb) en stigmatisant certaines populations et ne permettant pas, de ce fait, l'égalité d'accès à l'hébergement pour tous sur les dispositifs d'urgence.

- ***Les difficultés d'accès aux droits des personnes migrantes en France : frein à l'accès aux soins, voire cause du renoncement aux soins ; dimension professionnelle que je choisis de retenir.***

Il est avant tout nécessaire de définir le « sens », qui renvoie aussi à une « signification » des notions de **l'accès aux soins**, de **l'accès aux droits**, du **non recours** ainsi que du **renoncement aux soins** ; c'est-à-dire à un cadre conceptuel qu'il convient d'appréhender afin de poursuivre ma réflexion personnelle.

L'accès aux soins :

Il peut être défini comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin. L'accès est lié à la présence (ou l'absence) potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles, géographique ou autres lors de l'utilisation de ces services.²

L'accès aux droits :

Il s'agit de ramener les bénéficiaires de l'action sociale au « droit commun », c'est-à-dire au bénéfice des biens, services et prestations disponibles pour tous les citoyens. Liée à l'origine au développement de « l'insertion » qui n'avait comme cible que des populations interstitielles ne relevant ni des statuts assistanciers, ni des protections du système d'assurance sociale, la notion fait un bond qualitatif avec l'émergence de l'idée « d'inclusion » dans le champ du handicap et son

² Encyclopédie Wikipédia

extension vers l'ensemble de l'action sociale : l'accès aux droits consiste, à rebours du modèle institué de placement et de prise en charge par des filières spécialisées, dans la volonté « d'inclure » à savoir de référer potentiellement tous les publics aux structures et organisations de droit commun.³

Le Non recours :

La typologie initiale a été développée à partir du modèle d'analyse dynamique du non-recours aux prestations sociales proposé par un chercheur néerlandais, Wim Van Oorschot [Van Oorschot, 1991, 1998].

Pour essayer de dépasser les limites du modèle d'analyse de Van Oorschot, tout en préservant sa perspective dynamique, l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) a ensuite présenté une typologie explicative comprenant trois principales formes de non-recours :⁴

- *La non connaissance*, lorsque l'offre n'est pas connue,
- *La non demande*, quand elle est connue mais pas demandée,
- *La non réception*, lorsqu'elle est connue, demandée mais pas obtenue.

La question du non-recours ne porte donc pas sur les seules prestations sociales financières, elle touche aussi la protection sociale dans son ensemble et au-delà bien d'autres domaines de l'intervention publique, comme la santé (le non-recours aux soins).

Il faut rappeler que le non-recours concerne a priori toutes les catégories sociales.

Le non-recours n'est pas que manque, passivité, incapacité, domination ; il rend compte également du libre choix des individus et exprime des désintérêts, des désaccords ou des impossibilités, que les acteurs des politiques pourraient prendre en compte pour définir la « demande sociale ».

Le renoncement aux soins :

Le verbe renoncer suggère un changement ou un désistement.

Il s'agit de cesser, par une décision volontaire, de « prétendre à quelque chose, de le vouloir et d'agir pour l'obtenir ».

Renoncer, c'est aussi « abandonner un droit sur quelque chose, la jouissance ou l'usage de quelque chose ».⁵

J'ai choisi de définir ce concept récemment introduit dans les enquêtes de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES); par le biais d'une approche anthropologique.

Il est constaté l'absence d'utilisation du vocable de renoncement aux soins dans le langage commun, absence pourtant à mettre en regard de multiples formes de renoncements aux soins.

Deux formes de qualification de renoncement sont proposées dans cette approche anthropologique: *le renoncement refus et le renoncement barrière*.⁶

→ Dans le cas du *renoncement barrière*, les sujets s'expriment en employant la forme négative, font état de l'abandon d'un projet de soins : « j'ai évité », je ne me suis pas fait soigner », je ne vais plus voir le médecin » ...

³ Robert Lafore « L'accès aux droits, de quoi parle-t-on ? » Regards 2014/2 (N° 46) Pages : 254 Éditeur : EN3S

⁴ Philippe Warin, « Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ? », *La Vie des idées*, 1er juin 2010. ISSN : 2105-3030.

⁵ Nouveau Petit Robert, 2010

⁶ Caroline Desprès « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », *Sciences sociales et santé* 2013/2 (vol.31), p.71-96

Quand le terme est abordé par les personnes, il évoque d'emblée l'inaccessibilité financière des soins et donc des barrières économiques.

Le renoncement rend aussi compte d'un obstacle, d'un empêchement

Il peut s'agir aussi d'une « barrière symbolique » ; comme quand une personne appréhende d'être mal accueillie par un professionnel de santé.

Le renoncement barrière concerne le plus souvent un soin spécifique.

Les travaux statistiques menés par Caroline Desprès, en 2011, montrent qu'il se porte majoritairement sur les soins dentaires ou optiques mal pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le renoncement barrière est un choix sous contrainte, l'individu ne pouvant satisfaire son projet de soins, satisfaire ses besoins. Toutefois, il suppose une délibération n'excluant pas l'individu comme acteur de son existence.

L'individu est soumis dans le renoncement-barrière, au poids de multiples déterminations

(Sociales, économiques) dont il prend conscience et qui l'amènent à se résigner, à abandonner un projet de soins.

Ce renoncement est perçu comme injuste, parfois intolérable....

→ Dans le cas du *renoncement refus*, la dimension de choix apparaît au premier plan ; mais ces choix peuvent être socialement construits et orientés par les normes, les représentations de la santé.

Le renoncement- refus peut être envisagé dans une dimension positive.

Renoncer suggère ici une rupture qui prend la signification d'un affranchissement du pouvoir médical, un acte d'autonomie ; même si d'un point de vue médical il est connoté négativement comme une perte de chance ou un risque pour la santé.

➤ L'accès aux droits des personnes étrangères semble souvent conditionné par leur statut administratif.

A son arrivée en France, madame A. engage une demande d'asile : elle ouvre ensuite des droits à la protection sociale (assurance maladie et CMUC) lui permettant la prise en charge de ses soins : traitement et consultations auprès d'un spécialiste en ville.

En effet la personne en procédure d'asile (qu'elle soit en procédure normale ou accélérée), peut en théorie dès son rendez-vous au guichet unique de la préfecture et de l'OFII, prétendre aux conditions matérielles d'accueil : elle peut obtenir le droit à l'assurance maladie et à la CMUC, elle perçoit ensuite l'ADA quand son dossier est réceptionné auprès de l'OFPPRA ; elle, peut être admissible à un hébergement en HUDA ou CADA. Puis quand la personne obtient le statut de réfugié en lien avec sa demande d'asile, elle accède ensuite à l'ensemble des dispositifs sociaux de droit commun (ressources, logement, couverture sociale...).

Une fois déboutée, Mme engage des démarches auprès de la préfecture du 22 pour solliciter un titre de séjour en lien avec ses problèmes de santé. Ce premier titre lui est accordé et délivré par la préfecture des Côtes d'Armor.

Puis elle part en Ille et Vilaine, où elle effectue son renouvellement de titre sur la base des mêmes éléments de santé. Celui-ci lui sera refusé, accompagné d'une OQTF.

De plus, elle se voit suspendre ses prestations sociales (A.A.H), et se retrouve à ce moment-là sans aucune ressource.

La personne, qui à son arrivée en France, sollicite un titre de séjour pour vie privée ou raison familiale comme par exemple un titre pour raison de santé, peut se retrouver confronter à des obstacles supplémentaires pour accéder à ses droits.

La première difficulté peut se présenter dès la démarche de demande de titre de séjour au vue d'une régularisation VP/VF.

L'obtention du titre de séjour est en effet soumise à plusieurs conditions, qui peuvent différer en fonction des préfectures et constituer des entraves à l'accès aux droits.

Pour exemple également, la condition d'hébergement retenue par les Préfectures.

Dans certains départements, la préfecture ne prend pas en considération les élections de domicile comme justificatif d'hébergement au moment de la demande de titre.

La personne peut aussi se trouver confronté au temps de la demande.

A compter du premier rendez-vous préfecture pour demander un premier titre, certaines Préfectures ne remettent aucune autorisation provisoire de séjour, ce qui par exemple ne permet pas l'accès à l'assurance maladie.

De même dans le cas d'une demande de renouvellement de titre, certains documents (APS) ne permettent pas le maintien des prestations versées par la CAF.

De ce fait, les personnes peuvent se retrouver sans ressource ou avec des interruptions dans le versement de leurs prestations.

De plus, l'accès aux prestations sociales dans le cadre d'une demande d'un premier titre de séjour n'est envisageable qu'une fois que la personne a obtenu un titre d'une durée de validité d'au moins un an.

➤ La difficulté d'accès à la protection sociale

Pour exemple, dans mon récit, madame A. se retrouve face à des incohérences ou aberration du système d'assurance maladie qui ne lui permet qu'un accès à une couverture sociale partielle ; l'obligeant à régler elle-même des frais de soins dentaires conséquents, auxquels elle est en incapacité de faire face.

De ce fait la seule solution qui lui apparaît est le renoncement aux soins.

C'est la réforme PUMa, mise en place en 2016, afin de faciliter l'accès aux soins pour tous et notamment pour les personnes en situation de précarité, qui vient ici révéler les propres limites de sa logique inclusive. Son but est en effet de favoriser l'accès ou le maintien des droits à l'assurance maladie, en évitant toute rupture.

La PUMa contribue initialement à un système de bienveillance, incluant un principe de solidarité.

Toutefois, en ne permettant qu'un accès partiel aux droits et donc aux soins, cette réforme instaure une inégalité de traitements, une différence de prise en charge entre les personnes.

Ne devient-elle pas alors un principe de renoncement aux soins, un principe d'exclusion du système de protection universelle et plus globalement du système de santé, pour les personnes étrangères notamment en situation irrégulière?

Cette réforme n'a a priori pas été pensée par le législateur pour permettre l'accès aux soins de tous, y compris des étrangers.

Rappelons que les conditions d'obtention de la PUMa sont la régularité, et la stabilité du séjour en France ; ce qui exclut d'emblée les personnes étrangères en situation irrégulière.

II/ Recherche des sources de changement en fonction d'une problématique repérée : les difficultés d'accès aux droits comme frein à l'accès aux soins des personnes migrantes

J'ai tout d'abord collecté des données bibliographiques sur cette thématique et recherché au travers d'articles, de conférences, de livres et de cours enseignés tout au long du cursus de mon DIU ; ce qui expliquait les difficultés et les obstacles de l'accès aux droits fondamentaux des étrangers.

Je suis ensuite partie du postulat que ces obstacles rencontrés tout au long de leur parcours de vie et de soins en France pouvaient constituer une des raisons de la difficultés d'accès aux soins, voire du renoncement aux soins.

Les différentes sources trouvées mentionnaient régulièrement le droit universel aux soins, tout en l'opposant à la problématique des inégalités d'accès aux soins.

Il m'apparaît alors utile d'apporter dans un premier temps un éclairage sur le principe du droit à la protection de la santé, ainsi que d'évoquer l'impact des politiques sociales sur les difficultés d'accès aux soins des étrangers, concernant notamment le système de protection sociale française.

1/ L'accès aux soins des migrants : un droit fondamental ?

Le droit à la protection de la santé (consacré tant par le droit interne que par le droit international) impose aux autorités des obligations en matière d'égal accès aux soins pour tous.⁷

La charte sociale européenne impose aux pouvoirs publics de prendre des mesures visant à « prévoir des services de consultation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et à veiller à toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes (...) puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessaires pour son état ». (Article 13 de la charte européenne).

En droit interne, le droit à la protection de la santé constitue un principe à valeur constitutionnelle : « la Nation garantit à tous la protection de la santé » (Alinéa 1 du préambule de la constitution de 1946).

Ce principe est corroboré par la proclamation de l'OMS qui précise que « la possession du meilleur état de santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quel que soit sa race, sa religion, ses opinions, sa condition économique ou sociale ».⁸

Le droit universel à la protection de la santé n'est donc pas moins établi que celui à l'éducation, ou à toutes autres libertés.

Étant un droit fondamental de l'homme, il occupe le plus haut niveau de la hiérarchie des normes juridiques.

Le droit de chacun à la protection de sa santé implique alors que l'État organise une protection maladie suffisante permettant l'accès aux soins des plus démunis.

Ce principe est aussi rappelé dans le cadre de la Loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

Toutefois, on remarque au fil de l'histoire que l'accès aux dispositifs d'assurance maladie demeure de plus en plus restrictif pour les étrangers, allant même jusqu'à exclure les étrangers en situation irrégulière.

Les difficultés que peuvent alors rencontrer les étrangers pour accéder à une protection sociale au titre de la maladie les rend alors plus vulnérables aux difficultés d'accès aux soins et au risque de refus de soins.

Il est toutefois important de différencier les inégalités d'accès aux soins des inégalités sociales de santé.⁹

La question des inégalités sociales de santé est bien plus large que la seule question de l'accès aux soins : les politiques publiques déclarent souvent lutter contre les inégalités sociales de santé mais se concentrent uniquement sur les inégalités d'accès aux soins qui sont même si elles y participent, loin d'être la première cause des inégalités sociales.¹⁰

2/ Les évolutions du système français de protection maladie : un accès soumis à condition

La politique française s'est alors structurée autour d'un système de protection sociale se traduisant par la création de la sécurité sociale, par ordonnance, en 1945, qui est venue favoriser l'accès individuel aux soins

⁷ Jacques TOUBON, Rapport du défenseur des droits, mai 2016

⁸ Patrick Aeberhard, Jacques Lebas / Sonia Jedidi, Myriam Hachimi, Pierre-Henri Bréchat « L'accès aux soins des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires : pour un droit universel aux soins », les Etudes Hospitalières, 2011

⁹ Christophe Niewiadomski, Pierre Aïach « Lutter contre les inégalités sociales de santé », Presses de l'EHESP, Année 2008

¹⁰ Didier FASSIN « Problèmes politiques et sociaux, inégalités et santé », La documentation française n°960, mai 2009

médicaux. Avec ce principe assurantiel la question de la nationalité n'apparaît pas.

L'assurance maladie est destinée aux salariés qui cotisent et à leur famille sur la base de 3 principes : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité.

A cette même période, l'AME dispositif d'aide sociale, née en 1893, est maintenue sur un critère de précarité sans distinguer les français, des étrangers.

Mais peu à peu l'arrivée du chômage et l'émergence de la crise, la relance du travail ne suffit pas et c'est le début de la mise en place des principes d'assistance (ex : RMI en 1988).

Puis avec l'apparition d'associations humanitaires comme MDM, MSF, se met en place un « cercle vertueux », où l'on identifie un besoin de soins notamment auprès d'un public précaire.¹¹

Puis un tournant s'opère avec la réforme « Pasqua » sur l'immigration en 1993.

En lien avec un durcissement des lois sur l'immigration, la protection sociale est mise à mal ; en opérant une connexion entre statut administratif et accès à l'assurance maladie.

Les sans-papiers sont alors exclus de la sécurité sociale et relayés aux dispositifs assistanciers comme l'Aide Médicale d'Etat, aux côtés des autres démunis.

Le critère de régularité se substitue à celui de la nationalité qui posait des questions sur le plan juridique.

En 1999, une législation de droit commun, la CMU/CMUC est mis en place.

Les personnes démunies quittent alors le système d'AME pour être intégrées à l'assurance maladie, généralisée à toute personne active et inactive (accès à la couverture maladie sur critère de résidence et de régularité).

La réforme CMU vient alors modifier la place des étrangers dans le système de protection sociale.

L'AME passe alors en 1999, d'un système de couverture sociale pour le plus démunis à un système de couverture sociale pour les sans-papiers !

Puis, en 2015, la réforme PUMa a pour objectif de simplifier les portes d'entrées à l'assurance maladie.

L'accès à l'assurance maladie se limite à deux critères d'éligibilité :

- L'activité professionnelle
- La présence en France

Cette réforme est censée éviter les ruptures de droits en cas de changement de situation.

La complémentaire santé (CMUC), gratuite, réservée aux assurés ayant des faibles ressources est maintenue.

Cette réforme PUMa, bien qu'ayant initialement un objectif d'universalisation de la prise en charge des frais de santé vient pérenniser la frontière entre les personnes étrangères en « séjour régulier » et ceux en « séjour irrégulier ».

Malgré ce projet d'universalité, la PUMa ne revient pas sur l'exclusion des sans-papiers.

De plus, cette réforme révèle aussi les limites de sa logique inclusive s'agissant des étrangers en séjour régulier ; en établissant notamment une liste précise fixant les titres de séjour et documents de séjour valides pour attester de sa régularité (Arrêté ministériel du 10/05/2017).

3/Les obstacles à l'accès aux droits des étrangers

L'articulation entre le non recours aux droits et la notion d'immigration peut mettre en lumière les obstacles spécifiques que rencontrent les étrangers pour faire valoir leurs droits.

Les mauvaises conditions de logement ou d'hébergement, voir les situations de vie en errance, les ruptures induites par la migration, la complexité des dossiers et formulaires à remplir sont des facteurs qui placent les étrangers en première ligne des populations exclues de certains droits.

¹¹ Caroline IZAMBERT « L'accès aux soins des étrangers en France : un universel sous conditions » Intervention DIU Santé migrants mars 2018,

Depuis les années 2000, des enquêtes montrent « qu'à structure démographique équivalente, les étrangers sont en moins bonne santé que les nationaux ». ¹²

Cette dégradation tient en grande partie à la précarisation sociale et administrative des populations migrantes, mais aussi à la démultiplication des obstacles qu'elles rencontrent pour accéder aux soins.

On peut citer les difficultés d'accès aux minimas sociaux (A.A.H, RSA, ASPA), prestations conditionnées par la notion d'une résidence stable, ancienne et régulière.

La précarisation du séjour des étrangers en France fait alors progresser le non recours à ces droits, le renoncement aux soins.

Les droits entravés ou abandonnés s'expliquent aussi par le manque d'information ou la complexité des dispositifs ou bien l'appréhension face à des procédures trop contraignantes, trop intrusives.

De plus en plus de démarches administratives doivent s'effectuer de façon dématérialisée.

Pour exemple pour solliciter une première demande ou un renouvellement de titre de séjour, le rendez-vous préfecture doit se prendre sur internet sur le site du gouvernement.

Ces contraintes qui s'imposent aux personnes souvent démunies, n'ayant pas la possibilité d'avoir une adresse mail ou le matériel informatique nécessaire pour effectuer des démarches en ligne, viennent favoriser le non recours aux droits.

A ces raisons qui peuvent toucher l'ensemble des populations précaires, d'autres plus spécifiques peuvent s'ajouter aux étrangers : « la barrière de la langue et l'absence de recours possible à l'interprétariat, les diverses formes de discrimination au guichets administratifs, la peur d'être repérée en situation irrégulière, comme dans le cas de l'instruction d'une demande d'AME. »

Pour cette population, « la réticence des pouvoirs publics à mettre en œuvre de véritables dispositifs d'accès aux droits s'explique par le soupçon d'illégitimité qui pèse sur elle et par la peur que les finances publiques soient submergées par leur demande. »

La légitimité de l'étranger à résider de plein droit sur le territoire n'est jamais totalement acquise et surtout « beaucoup d'acteurs politiques, d'agents administratifs conçoivent l'immigration à l'aune du fantasme de l'appel d'air ou du risque d'invasion.

Dès lors dans l'inconscient de l'Etat, l'accès aux droits et encore plus aux droits sociaux ne doit pas être immédiat. »

La multiplication des recours effectués par le Comité de Santé des Exilés (Comède) vient confirmer la progression des obstacles à l'accès aux soins des étrangers. ¹³

¹² Alexis SPIRE « Ces étrangers qui renoncent à leurs droits », Revue CAIRN, Plein droit 2015/3 (n° 106), p.3-6

¹³ Didier MAILLE « Accès aux droits et aux soins », intervention DIU Santé migrant, mars 2018

Tableau 1. Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins cités par les patients (plusieurs réponses possibles)

Principaux obstacles cités par les patients*	%	n
Méconnaissance des droits et des structures (soins, accès aux droits, médecin traitant)	25,7	4 302
Barrière linguistique	25,7	4 296
Difficultés administratives (manque de pièces demandées, complexité des démarches...)	23,7	3 959
Aucun droit possible en France depuis moins de 3 mois, visa touriste	19,0	3 174
Pas de preuve de présence en France depuis 3 mois	15,3	2 557
Complémentaire trop chère, difficulté avance frais, paiement des franchises...	8,1	1 357
Pas de renouvellement des droits	4,8	803
Absence de carte Vitale	3,3	540
Mauvaise expérience dans le système de soins	1,0	167
Absence de carte européenne	0,9	157
CMU ou AME refusée par les professionnels	0,6	94
Autres raisons exprimées	4,7	785
Pas d'obstacle	8,2	1 363

* Notons qu'il s'agit des obstacles mentionnés par les patients ou repérés par les accueillants lors de la première visite au centre, la plupart des patients ne disposant pas encore de couverture maladie.

Source: Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde, rapport 2009, p. 93.

14

80 % sont des obstacles à l'accès aux droits :

- Difficultés structurelles dues au maintien du double système assurance maladie et AME
- Difficultés liées à une organisation interne des caisses d'assurance maladie (segmentation des services et des tâches, externalisation du remplissage des dossiers vers les services sociaux et associations)
- Difficultés d'accès à la réglementation interne des caisses, difficultés voire erreurs dans l'application du droit (régularité de séjour, domiciliation, extrait d'acte de naissance, démarches spécifiques pour les pays UE...).

20 % sont des obstacles à l'accès aux soins :

- Multiplication des cas de refus de soins

¹⁴ Jacques Lebas, Pierre -Henri Bréchat « Innover contre les inégalités de santé » (tableau 1. Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins) Presses de l'EHESP, 2012

- Conditionnalité de la délivrance des soins à la prise en charge financière, entraînant des restrictions ou retard de soins, des ruptures de la continuité des soins
- Des prestations nécessaires non prises en charge : psychothérapie, interprétariat...

III/ Les impacts de l'évolution des dispositifs dans l'accompagnement social des personnes étrangères

1/ Le travailleur social face à ses paradoxes : entre missions de service social et contraintes des politiques sociales et institutionnelles

Pour rappel, je suis travailleur social, assistante sociale, de formation.

Le code déontologique de l'Association Nationale des Assistants de Service Social (ANAS) est destiné à servir de guide aux assistants de service social dans l'exercice de leur profession. ¹⁵

Il me semble important d'en rappeler quelques textes de référence, pour poser ensuite le cadre de mes missions, puis de mon intervention.

L'assistant de service social est au service de la Personne Humaine dans la société

L'assistant de service social participe au développement social en apportant son concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales et d'améliorer la qualité de la vie.

Un certain nombre de principes généraux et devoirs régissent la profession de l'assistant de service social : la dignité de la personne, la non-discrimination, la confidentialité, le secret professionnel, l'indépendance et la liberté...

En intervenant en direct auprès de usagers, l'assistant social a des devoirs envers lui :

- Lorsqu'il intervient, l'assistant social procède à une évaluation aussi complète que possible avant de proposer une réponse à la demande formulée
- L'assistant social informe l'intéressé des possibilités et limites de ses interventions, de leurs conséquences et des recours possibles
- L'assistant social doit aux personnes qui s'adressent à lui une aide aussi longue que l'exige la situation en dépit des difficultés rencontrées et quels que soient les résultats obtenus.

La situation de l'utilisateur impose souvent la nécessité soit d'une concertation interdisciplinaire, soit de faire appel à un dispositif partenarial mettant en présence des acteurs sociaux diversifiés ou de multiples institutions.

L'assistant de service social a aussi des obligations envers les organismes employeurs :

- Il rend compte de son activité aux responsables de son organisme employeur. Il le fait dans la forme la mieux adaptée au contexte dans lequel il s'insère, dans les limites compatibles avec le secret professionnel et les objectifs généraux de sa profession.

¹⁵ Code de Déontologie de l'ANAS adopté à l'Assemblée Générale du 28 novembre 1994

- L'assistant de service social assume la responsabilité du choix (...) il fait connaître à l'employeur les conditions et moyens indispensables à l'intervention sociale qui lui est confiée ; de même il se doit de signaler tout ce qui y fait entrave.
- Il entre dans la mission de l'assistant de service social d'apporter aux responsables de son organisme employeur les éléments susceptibles d'éclairer les décisions en matière de politique d'action sociale.

De plus, les nouveaux textes du Diplôme d'Etat d'Assistant de Service Social définissent un référentiel professionnel qui reprend les 6 fonctions de la profession :

- Accueil, évaluation, information, orientation
- Accompagnement social
- Médiation
- Veille sociale, expertise, formation
- Conduite de projets, travail avec des groupes
- Travail en réseau

En tant qu'assistante sociale de la fonction publique hospitalière, mes missions d'intervention générales auprès du public, définies par décret (art 2 du décret du 26 mars 1993) sont les suivantes :

- mission d'évaluation,
- mission d'aide,
- mission de conseil et d'orientation,
- mission de prévention,
- mission de coordination.

Actuellement j'exerce mon métier dans un cadre institutionnel spécifique, qui est la PASS au sein du CHU de Rennes.

Les dispositifs PASS ont pour mission de permettre l'accès aux soins pour toute personne démunie au sein de l'ensemble des services et prestations de l'hôpital, incluant l'obtention d'une protection maladie, et de favoriser la continuité des soins dans les services de droit commun.

Au sein du CHU de Rennes, nous avons mis en place une consultation dédiée hors les murs de l'hôpital, afin de répondre à une partie des missions du dispositif PASS ; qui vient s'ajouter à d'autres dimensions du dispositif au sein même de l'hôpital.

En théorie en tant que lieu d'accueil, de soins et d'orientation, le dispositif PASS doit proposer un accueil et des soins inconditionnels, pour toute personne démunie financièrement, possédant une couverture sociale incomplète ou dépourvue de droits, aussi longtemps que nécessaire selon la situation médicale, et plus généralement pour toute personne en difficulté d'accès aux soins quelles que soient ses difficultés (Personne en situation de désinsertion sociale, personne isolée, personne ne pouvant se repérer dans un système de santé complexe, personne ayant des difficultés avec la langue française).

Les personnes concernées doivent avoir accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population, notamment dans le cadre de consultations de médecine générale, dans les services de consultations spécialisées ou aux urgences.

L'approche doit y être pluridisciplinaire, incluant le recours à des interprètes professionnels pour les personnes non francophones.

La PASS doit également permettre l'accompagnement dans les démarches nécessaires à la reconnaissance des droits et plus largement vers l'accès au système de santé de droit commun, de façon à ce que les personnes concernées puissent consulter et se faire soigner près de leur lieu de vie, en dehors de l'hôpital, dès que possible.

Les décisions d'hospitalisation, de choix de stratégies diagnostiques et thérapeutiques doivent se fonder sur des critères médicaux et non socio-administratifs ou économiques.¹⁶

En tant que travailleur social, c'est notre intervention dans un cadre social, institutionnel qui nous rend légitime de notre prise en charge auprès du public.

Néanmoins, l'assistant de service social se situe dans la « rencontre » avec le public : c'est ce qui nous mobilise.

Toutefois bien qu'on se trouve en situation de co construire, d'accompagner les personnes, notre cadre d'intervention peut nous contraindre,

Le cadre de travail de l'assistant de service social peut alors impacter sur la manière de percevoir et d'accompagner la personne.

De plus, l'organisation actuelle du service social tend à se transformer en gestionnaire de dispositifs au détriment d'un véritable accompagnement social.

Le travailleur social en effet dépense de plus en plus d'énergie pour savoir de quel dispositif dépend la personne étrangère notamment, pour lui permettre d'accéder à ses droits, afin de favoriser l'accès à ses soins.

Ainsi, le problème pour le travailleur social réside souvent dans la multiplication des tâches administratives qu'il doit effectuer, au détriment parfois de la valorisation du temps nécessaire à l'élaboration et à la mise en œuvre de l'accompagnement social.

Tel semble être le cas lors de ma rencontre avec madame A. ; une des priorités de mon accompagnement social devient la question de l'ouverture de ses droits et donc de l'accès à sa complémentaire santé ou de la recherche de financement pour qu'elle accède à ses soins dentaires.

Je me retrouve alors moi-même face à de véritables obstacles, liés aux contraintes des politiques sociales actuelles, qu'il me faut tenter d'appréhender, voire d'affronter en tant que professionnel, pour accompagner au mieux cette personne.

La difficulté peut aussi se situer dans l'impossibilité, fonction du contexte politique et institutionnel, à pouvoir apporter le peu que l'on est censé pouvoir proposer au regard de nos missions d'assistant de service social.

L'assistante sociale peut, par exemple, se trouver face à des blocages en lien avec la situation administrative de la personne, ne lui permettant pas d'accéder à ses droits.

Concernant Mme A., elle se retrouve à un moment de son parcours de soins, en situation de maintien de droits, sans remplir les conditions d'accès à une complémentaire santé ; ce qui ne lui permet pas la prise en charge totale des frais de santé et est risqué du renoncement à ses soins.

A ce moment de la prise en charge mon rôle en tant qu'assistant social se résume à informer Mme A. des limites de mon intervention, au regard des politiques menées en terme de protection sociale des personnes étrangères, de leurs conséquences et des recours possibles.

De même en tant qu'assistante sociale, je me trouve régulièrement confrontée à des personnes que j'accompagne pour lesquelles, je ne peux proposer des solutions d'accès à l'hébergement, du fait de l'absence de moyens.

Leur droit fondamental, celui de l'hébergement, est alors « entravé », par absence de place sur le dispositif d'hébergement d'urgence 115.

Ce n'est pas le cas cette fois dans la situation de Mme A.

Du fait d'un travail de partenariat avec le 115, et les différents partenaires de l'hébergement, le critère santé est reconnu comme un critère de priorité à l'accès à l'hébergement ; permettant sur Rennes de proposer à Mme A., un hébergement d'urgence au regard de sa pathologie chronique.

Mais en l'absence de ce problème de santé chez Mme A, le manque actuel de moyens donnés par l'Etat pour des places d'accueil en hébergement d'urgence, ne m'aurait pas permis de lui apporter une solution.

En tant qu'assistant de service social, on peut alors se trouver également « démuni », face à l'absence de propositions d'accès aux droits auprès du public migrant que l'on accompagne.

¹⁶ « Missions de l'hôpital public et dispositifs PASS : rappels et recommandations » ODSE, avril 2014

De plus, les personnes migrantes, en fonction de leur situation administrative (DA, déboutés, sans-papiers...), au cours de leurs parcours de vie en France, changent perpétuellement de dispositifs (exemple : situation irrégulière /AME, situation régulière / assurance maladie) et leurs droits sociaux peuvent aussi varier fonction de leur nationalité (Personnes originaires UE ou hors UE) ...

Notre travail en tant qu'assistant de service social se trouve alors souvent à la croisée de nos engagements professionnels en lien avec le respect de notre code de déontologie et le cadre de nos missions d'intervention, et des choix politiques, des choix de société.

2/ L'accompagnement Social pour faciliter l'accès aux droits

Tout d'abord il est nécessaire de définir ce qu'est l'accompagnement social.

Ce mot est d'utilisation récente en Travail Social. Sa racine latine est : ad - mouvement cum panis - avec pain, c'est-à-dire, « celui qui mange le pain avec ». Ce vocable renvoie également aux termes de compagnon et copain, qui sont utilisés pour signifier les liens de proximité entre des personnes. En espagnol, dérive aussi de cette racine le mot « partager » qui veut dire partager. Accompagnant et accompagné partagent le pain, font côte à côte, ensemble, un bout de chemin...¹⁷

Comme beaucoup d'autres termes, l'accompagnement a été initialement introduit par le milieu médical pour désigner l'aide aux mourants...Il rappelait la nécessité d'être à côté de...accompagner jusqu'au bout du chemin. Ce terme a donc été emprunté à la terminologie sanitaire.

Beaucoup de travaux situent l'accompagnement social comme une fonction du travail social et une des formes de la relation d'aide.

Afin de préciser le contenu de cette fonction d'accompagnement social, je vais m'en tenir à la définition de B. BOUQUET et C. GARCETTE: « l'accompagnement social vise à aider les personnes en difficulté à résoudre les problèmes générés par des situations d'exclusion, et à établir avec elles une relation d'écoute, de soutien, de conseil et d'entraide, dans une relation de solidarité, de réciprocité et d'engagement de part et d'autre. L'accompagnement social ne peut donc être fondé que sur une démarche volontaire. Il repose sur la liberté de chacun et sur la capacité d'engagement réciproque. Cette démarche orientée vers le « faire ensemble » est attentive aux processus, au cheminement des personnes, à leur parcours. »

Cette fonction d'accompagnement social implique alors :

- Une notion de proximité et de présence
- Une notion de participation active de l'intéressé
- Une notion d'individualisation, chaque personne est différente, chaque situation est unique même si elle peut être regroupée dans des catégories précises
- Une idée de passage, de temps limité, de moment partagé mais de séparation après évaluation du chemin parcouru

¹⁷ Cristina de Robertis « l'accompagnement : une fonction du travail social », article, *La revue française du travail social*, 4 décembre 2005

Il semble enfin important de souligner que l'accompagnement social est seulement une partie du savoir-faire professionnel des assistants de service social et qu'on ne peut pas réduire la profession à ce seul aspect.

S'agissant des personnes migrantes que j'accompagne, elles s'inscrivent dans des parcours où elles sont confrontées à des ruptures, des obstacles, qui sont indispensables à prendre en considération par le travailleur social, afin de favoriser la « rencontre ».

La public pris en charge est alors « un sujet » avec une histoire, un parcours.

La notion de l'altérité prend alors tout son sens dans cet accompagnement social.

Il apparaît nécessaire de prendre en compte la singularité de l'autre.

L'assistant social ne doit pas figer l'essentialisation d'une personne et la définir en fonction d'une essence, d'une nature : « madame A. est sans- papiers » ...

« Personne n'aime être référé qu'à un seul élément de ce que l'on est : cette attitude serait inadéquate à la rencontre ». ¹⁸

De ce fait, le travailleur social a aussi un travail de reconnaissance à faire quand il se trouve dans la rencontre avec l'autre.

Quand la personne accède à ses droits (ouverture des droits à l'assurance maladie, aux prestations sociales), elle a une place.

La fonction d'accompagnement social met en valeur la notion de partage avec la personne, la mobilisation de ses ressources et la prise en compte de l'usager en tant qu'individu dans un cheminement qui se construit avec lui.

L'accompagnement de la personne doit alors rester au cœur de la prise en charge sociale.

Toutefois, la situation de Mme A., qui est le reflet de nombreuses situations similaires rencontrées dans ma pratique, m'a aussi permis de me questionner sur le sens de l'accompagnement social auprès du public migrant.

Cela peut sembler en effet paradoxal de travailler avec une personne autour d'un projet de vie, quand celle-ci se trouve par exemple avec une Obligation à Quitter le Territoire Français.

Néanmoins, accepter l'idée de l'inabouti, voire de l'échec fait partie du travail de l'assistante sociale.

Il s'agit avant tout de mettre en place ce que l'on peut en tant que travailleur social.

3/ Conclusion et pistes de réflexion

Cette réflexion menée autour de ce Récit de Situation Complexe Authentique m'a permis de me questionner autour de l'utilisation des différents dispositifs utilisés pour faciliter l'accès aux droits des personnes prises en charge.

L'idée est de ne pas chercher à devenir juriste, ou technicien de la caisse d'assurance maladie, mais de rester à sa place, dans le champ de ses missions d'assistant de service social.

Les dispositifs doivent rester des outils pour aider la personne à accéder à la reconnaissance de ses droits et lui permettre ensuite l'accès au droit commun, et le retour à l'autonomie.

Toutefois, ce n'est pas seulement le fait de permettre à la personne d'accéder à ses droits à l'assurance

¹⁸ Feïza GUELAMINE (assistante de service social de formation, sociologue et membre associée à l'unité de recherche migrations et société URMS Paris 7) Conférence « D'hier à aujourd'hui : l'intervention sociale auprès des populations en situation de migration », Askoria Rennes, 29 mars 2018

maladie, à l'AME par exemple, qui lui donnera l'accès aux soins et l'empêchera de renoncer aux soins. En effet, dans la situation de Mme A., les difficultés d'accès aux droits aux dispositifs d'assurance maladie sont des barrières à l'accès aux soins dentaires notamment.

Mais une fois, cette barrière tombée, même si elle a accès à l'assurance maladie et obtient la délivrance de son traitement en lien avec sa maladie chronique ; si Mme A. demeure en situation d'errance, cela ne viendra pas régler ses difficultés d'observance.

Quand bien même elle aura accédé à ses droits, si on ne prend pas en considération sa situation globale et qu'on ne répond pas à la problématique d'absence d'hébergement ; elle continuera à avoir des difficultés à prendre ses médicaments et à recourir aux soins qui lui sont nécessaires.

L'absence d'hébergement deviendra cette fois cause du renoncement aux soins.

La mission de l'assistante sociale est aussi de faire remonter les dysfonctionnements que l'on constate et qui font entrave à l'accès aux droits du public que l'on accompagne et par conséquent à l'accès aux soins.

De plus, cette RSCA m'a permis aussi d'affirmer la nécessité de l'intérêt du travail en binôme médecin/assistant social pour faciliter la prise en charge de la personne migrante, dans sa globalité.

La situation de précarité de la personne impose souvent la nécessité d'une concertation interdisciplinaire, car de multiples paramètres sont nécessaires à prendre en considération pour permettre à la fois l'accès aux droits, l'accès aux soins.

Le fait de travailler en binôme peut aider à mieux appréhender et comprendre les éventuels renoncements aux soins.

Enfin, l'ensemble des apprentissages, des questionnements acquis tout au long de ce DIU, m'ont permis de m'interroger sur le sens du travail auprès du public migrant qui semble être une marque d'un engagement singulier.

Il me semble aujourd'hui nécessaire, plus qu'hier d'établir une forme de « résistance du travail social » auprès de ce public.

IV/ Annexes

1/ Glossaire des sigles

ADA : allocation pour demandeur d'asile

AME : Aide médicale Etat

ASPA : Allocation Spécifique pour les Personnes Agées (remplace le minimum vieillesse)

CADA : centre d'accueil pour demandeur d'asile

CCAS : Centre communal d'action sociale

CMSP : Consultation médico-sociale précarité

CMUC : Couverture maladie universelle complémentaire

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

DDCSPP : Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations

EMPP : Equipe mobile psychiatrie précarité

HUDA : Hébergement d'urgence pour demandeur d'asile

MDPH : Maison départementale pour les personnes handicapées

OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides

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

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PUMa : Protection universelle maladie

OQTF : obligation à quitter le territoire français

RLG : Réseau Louis Guilloux

RSA : Revenu de Solidarité d'Activité (remplace le RMI)

Titre séjour VP/ VF : titre de séjour vie privée / vie familiale

TS : travailleur social

2/ Bibliographie

Rapport, code :

Jacques Toubon, Rapport du défenseur des droits, mai 2016

Code de Déontologie de l'ANAS adopté à l'Assemblée Générale du 28 novembre 1994

Livres :

Patrick Aeberhard, Jacques Lebas / Sonia Jedidi, Myriam Hachimi, Pierre-Henri Bréchat
« L'accès aux soins des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires : pour un droit universel aux soins », les Etudes Hospitalières, 2011

Christophe Niewiadomski, Pierre Aïach
« Lutter contre les inégalités sociales de santé », Presses de l'EHESP, Année 2008

Didier Fassin
« Problèmes politiques et sociaux, inégalités et santé », La documentation française n°960, mai 2009

Caroline Desprès
« Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », Sciences sociales et santé 2013/2 (vol.31), p.71-96

Jacques Lebas, Pierre -Henri Bréchat
« Innover contre les inégalités de santé » (tableau 1. Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins) Presses de l'EHESP, 2012

Caroline De Pauw
« Les médecins généralistes face au défi de la précarité », Presses de l'EHESP 2017

Articles, revues :

Bruno Maresca Sara Helmi
« Les inégalités territoriales de santé, une approche des bassins de santé » Cahier de recherche CREDOC, décembre 2014

Robert Lafore

« L'accès aux droits, de quoi parle-t-on ? » Regards 2014/2 (N° 46) Pages : 254 Éditeur : EN3S (École nationale supérieure de Sécurité sociale)

Philippe Warin

« Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ? », *La Vie des idées*, 1er juin 2010. ISSN : 2105-3030.

Alexis Spire

« Ces étrangers qui renoncent à leurs droits », Revue CAIRN, *Plein droit* 2015/3 (n° 106), p.3-6

Cristina de Robertis

« L'accompagnement : une fonction du travail social », article, *La revue française du travail social*, 4 décembre 2005

ODSE « Missions de l'hôpital public et dispositifs PASS : rappels et recommandations », avril 2014

Cours DIU :

Caroline Isambert

« L'accès aux soins des étrangers en France : un universel sous conditions » Intervention DIU Santé migrants mars 2018,

Didier Maille

« Accès aux droits et aux soins », intervention DIU Santé migrant, mars 2018

Conférence :

Feïza Guelamine (assistante de service social de formation, sociologue et membre associée à l'unité de recherche migrations et société URMS Paris 7)

Conférence « D'hier à aujourd'hui : l'intervention sociale auprès des populations en situation de migration », Askoria Rennes, 29 mars 2018

Encyclopédie, dictionnaire :

Nouveau Petit Robert, 2010

Encyclopédie Wikipédia

3/ Remerciements

Pour finaliser ce travail de mémoire Je souhaite remercier :

- Le CHU qui m'a permis d'effectuer ce DIU, en lien avec ma pratique professionnelle de terrain, et qui l'a financé dans le cadre de la formation continue.
- Véronique Peltier-Chevillard, coordinatrice du dispositif PASS du CHU de Rennes qui a appuyé ma candidature à ce DIU.
- L'Université Paris 13/ UFR SMBH, et plus particulièrement le Pr O. Bouchaud, Dr S. Tessier, Dr N. Vignier, Dr A. Desgree du Lou ; ainsi que les différents intervenants.

- Ma famille, mes amis, mes collègues de travail, et en particulier Anne, Pascal, Julien qui m'ont guidée dans mon mémoire et/ ou accompagnée dans sa relecture