



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2009 –

**« LA PLACE DU RESEAU MIGRANTS DANS LA
PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE DES
MIGRANTS EN ILLE-ET-VILAINE »**

Groupe n° 18

BORREL RICHARD Sophie
FLOREAN Marc
KEMPF Antoine
LAPRAS Jean-Marie
LENGLINE Nicolas

MOVREL Marie José
ROUSSELLE Olivier
SCHMITT Daniel
VERLAQUE Nadège

Animateur
Pascal JARNO

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 1 |
| I. UNE INITIATIVE LOCALE ORIGINALE COMPLETANT LE DISPOSITIF NATIONAL..... | 4 |
| A. DES BESOINS SPECIFIQUES NECESSITANT UNE PRISE EN CHARGE PARTICULIERE..... | 4 |
| 1. Le dispositif national d'accueil des migrants | 4 |
| 2. ...décliné au niveau départemental | 7 |
| B. UN DISPOSITIF UNIQUE EN ILLE-ET-VILAINE APPRECIE DE SES PARTENAIRES | 8 |
| 1. Le Centre Louis Guilloux, lieu d'accueil et de coordination | 8 |
| 2. Une plus-value manifeste dans la prise en charge médico-sociale des migrants ... | 11 |
| II. UNE ORGANISATION EN RESEAU APPELEE A EVOLUER..... | 14 |
| A. UNE STRUCTURATION EN RESEAU PERTINENTE MAIS PERFECTIBLE..... | 14 |
| 1. Le réseau de santé : un outil organisationnel de prise en charge..... | 14 |
| 2. Pertinence de l'organisation locale de la prise en charge des migrants : | 16 |
| B. DES MISSIONS APPELEES A EVOLUER | 19 |
| 1. Une extension du rôle du réseau souhaitée par la majorité des acteurs | 19 |
| 2. Les pistes d'évolutions susceptibles de pérenniser la place du pôle migrants | 21 |
| Conclusion | 24 |
| Bibliographie..... | 25 |
| Liste des annexes..... | I |

Remerciements

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui nous ont apporté leur aide en acceptant de nous rencontrer et d'exposer leur vision du réseau migrants d'Ille-et-Vilaine (financeurs, personnels, partenaires, médecins...)

Nous tenons à souligner la qualité de l'accueil et des échanges que nos différents interlocuteurs nous ont réservés, notamment:

Le chef de service du Service d'Accueil et d'Orientation de Rennes,

La directrice du Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile de Rennes

Les chefs de service du Centre d'Accueil de demandeurs d'asile de Fougères,

Les partenaires libéraux du réseau migrants (médecins et infirmiers),

L'Assistante Sociale de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CHU de Rennes,

L'inspecteur de la Direction Départementale des Affaires Sanitaire et Sociales d'Ille-et-Vilaine,

Le chargé de mission de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie,

Le Directeur de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne,

Le médecin du centre d'examen de santé de la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie de Rennes,

Le Président et la Directrice du réseau Ville Hôpital 35

L'adjointe au Maire de Rennes chargée des droits de l'homme et l'égalité

Nous devons une reconnaissance particulière à notre animateur, le docteur Pascal JARNO. Par sa disponibilité et son écoute, il nous a aidés à découvrir cette innovation sociale qu'est le réseau migrant de Rennes.

Liste des sigles utilisés

AFTAM : Association pour la Formation des Travailleurs Africains et Malgaches
(désormais association pour l'accueil et la formation de tout travailleur migrant)

AME : Aide Médicale d'État

ANAEM : Agence Nationale de l'Accueil des Étrangers et des Migrations

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile

CMLG : Centre Médical Louis Guilloux

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

COMEDE : Comité Médical pour les Exilés

CPH : Centre Provisoire d'Hébergement

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux

ETP : Équivalent Temps Plein

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GIE : Groupement d'Intérêt Économique

GIP : Groupement d'Intérêt Public

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances

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

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

Réseau VH35 : Réseau Ville Hôpital 35

SAMU : Service d'Accueil Médical d'Urgences

SAO : Service d'Accueil et d'Orientation

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union Régionale de Médecins Libéraux

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ZUP : Zone à Urbaniser par priorité

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2009

Méthodologie

Le groupe était composé de deux élèves directeurs d'hôpital, de trois élèves directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médicaux sociaux, de trois élèves inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, et d'un directeur des soins stagiaire.

La méthode de travail a été organisée dans un souci constant de promotion des échanges entre les participants. Chaque membre du groupe, ainsi que l'animateur, a été étroitement associé aux différentes étapes du projet dans l'objectif de profiter des différents regards et expériences de chacun. Les élèves inspecteurs se sont révélés particulièrement précieux pour l'enrichissement de notre réflexion sur les migrants.

Dans le cadre de ce travail, il s'agissait d'identifier et d'évaluer la place du réseau migrants dans la prise en charge médico-sociale des migrants en Ille-et-Vilaine. Il importait de s'interroger sur les conditions de cette prise en charge et surtout sur le champ d'intervention du réseau migrants. Nous avons choisi de mener une analyse documentaire, et de consulter les acteurs et partenaires du réseau, en nous interrogeant plus particulièrement sur sa valeur ajoutée. En effet, notre étude n'avait pas pour objet d'évaluer la satisfaction des usagers du réseau ni le fonctionnement interne de celui-ci.

Dès le premier jour un rétro-planning a été élaboré. Ce calendrier a été respecté et nous avons toujours travaillé de concert. En effet, le groupe, après des échanges parfois animés, a toujours su arrêter une position commune satisfaisant chacun. L'animation des réunions a été assurée à tour de rôle, de manière spontanée.

L'élaboration de guides d'entretien semi-directifs a été notre priorité. Nous en avons rédigé deux : un pour les membres du réseau, l'autre à destination des partenaires. Pour notre étude, nous avons eu recours à deux modes d'exploration; des entretiens et des recherches documentaires, qui ont été menés simultanément. Ce travail nous semblait nécessaire afin de dégager une problématique.

Les entretiens ont été menés en binômes. A leur issue nous avons diffusé des comptes rendus via la plateforme REAL. Parallèlement nous avons pris le temps de faire des restitutions orales synthétiques de nos entretiens et lectures chaque jour, ce qui a permis des moments d'échanges essentiels à l'élaboration de notre plan.

A l'issue de la première semaine, nous avons pu réaliser douze entretiens sur les quatorze planifiés. Cela nous a permis d'engager la réflexion sur le plan dès le début de la seconde semaine puis de commencer la rédaction. Pour cette phase, chacune des quatre sous parties a été confiée à un binôme. Nous avons ensuite été en mesure de procéder à une relecture commune qui a été l'occasion d'homogénéiser nos approches.

Lors de la dernière semaine, un comité de rédaction de trois personnes a été chargé d'harmoniser l'écriture du rapport. Pendant ce temps les autres membres du groupe ont travaillé sur les documents complémentaires (annexes, méthodologie...)

L'aide de notre animateur s'est révélée très précieuse. Il nous a grandement facilité le travail en nous proposant de rencontrer des partenaires et acteurs essentiels du réseau. Son implication et son dynamisme nous a plongés au cœur de la problématique dès le premier jour et a donné à notre travail force et rigueur. Par ses interventions régulières, il a su maintenir le cap dans notre effort de réflexion. Nous avons ainsi limité les digressions que cette question sensible pouvait générer.

Introduction

La France est historiquement un pays d'immigration. Selon le dernier recensement de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) 2004, la France métropolitaine comptait à cette date 4,9 millions d'immigrés, soit 760 000 de plus qu'en 1999, représentant 8,1 % de la population totale. Environ 40% d'entre eux avaient la nationalité française, soit par naturalisation, soit par mariage. Près de quatre immigrés sur dix résident en Île-de-France, première région d'immigration, loin devant les régions Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte-d'Azur. En Bretagne, en Basse-Normandie et dans les Pays-de-la-Loire, les immigrés représentent moins de 3 % de la population. Fin 2005, le Ministère de l'intérieur comptabilisait sur le territoire national, 2 294 506 étrangers titulaires d'un titre de séjour à court, moyen et long terme (document provisoire de séjour, carte de séjour temporaire et carte de résident). Ces chiffres ne doivent pas occulter la présence, non répertoriée sur le territoire, de personnes en fin de droits qui basculent, de fait, dans une situation de non droit statutaire.

Les immigrés, que l'on qualifie aussi parfois de « migrants », forment une population très hétérogène. Le terme migrant est en soi ambigu. Il recoupe des réalités diverses qu'il convient d'éclaircir. Pour l'INSEE, le terme migrant ne représente qu'une caractéristique de l'immigré. Il renvoie au déplacement géographique d'une population d'un territoire vers un autre. Selon la définition du Comité Médical pour les Exilés (COMEDE), le terme migrant englobe « *toute personne résidant en France, née étrangère dans un autre pays, un migrant pouvant être étranger ou avoir acquis la nationalité française* ». Dans une acception plus large, utilisée en santé publique, est « migrante » toute personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Sont ainsi concernés les immigrés, étrangers, exilés, demandeurs d'asile, réfugiés, « sans papiers » ou clandestins.

L'action de l'État en matière d'immigration a commencé avec l'ordonnance du 2 novembre 1945, relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France. Pour répondre à la pression migratoire et aux normes européennes, la politique relative aux migrants a été modifiée et complétée par de nombreux dispositifs complexifiant sa compréhension. Ainsi,

depuis 2003, quatre lois¹ ont renforcé la législation sur l'accueil des étrangers. Selon la stabilité de son statut, un migrant peut bénéficier, ou non, de l'accès aux droits civiques, sociaux, sanitaires... Dans le cadre de la Loi Organique Relative aux Lois de Finances (LOLF 1^{er} Août 2001), la réalisation de ces politiques passe par plusieurs programmes de mise en œuvre opérationnelle², qui doivent cependant tenir compte du contexte migratoire de chaque région de France.

La situation côtière de la Bretagne a toujours facilité les migrations. Elles débutent sous l'Ancien Régime avec les flux commerciaux (terrestres et maritimes). Dans la période contemporaine, le nombre d'étrangers a progressé sensiblement entre 1960 et 1990. Il apparaît alors que les nouveaux arrivants sur le territoire national s'orientent vers les régions de l'Ouest de la France. En quarante ans, en Bretagne, les étrangers sont passés de 6 995 en 1962 à 34 600 en 2004. Les nationalités les plus représentées sont les Marocains et les Britanniques. Les zones urbaines telles Rennes, Brest et Lorient sont très attractives pour les populations immigrées. La communauté urbaine rennaise réunit, à elle seule, 30% de la population immigrée de Bretagne. En effet, sur une population de 521 379 personnes (en 1999), la communauté urbaine rennaise comptabilisait 13 996 étrangers ressortissants de 145 nationalités différentes (Birmans, Comoriens, Estoniens, Turcs, Japonais...), soit 2,7% de sa population. A titre comparatif, les immigrés représentent 1,9% de la population de Brest (303 728 habitants). L'année 1975 marque l'arrivée à Rennes de réfugiés d'Asie du Sud Est (Cambodgiens, Laotiens, Vietnamiens). Dans les années 1980, la vague migratoire est très diversifiée. Depuis les années 2000, les ressortissants en provenance de l'Europe de l'Est et d'Afrique noire sont en constante augmentation. Ils arrivent souvent en Bretagne au titre de la demande d'asile. Pour faire face à cette poussée migratoire, la région s'adapte et autorise l'ouverture de centres d'hébergements supplémentaires sur des départements jusqu'alors peu touchés tels les Côtes d'Armor, le Morbihan et le Finistère.

¹ Loi n° 2003-1119 du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité ; loi n°2003-1176 du 10 décembre 2003 portant réforme des procédures d'asile ; loi n°2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration ; loi n° 2007-1631 du 20 novembre 2007 relative à la maîtrise de l'immigration, à l'intégration et à l'asile.

² Ces programmes sont déclinés dans des Budgets Opérationnels de Programme (BOP) : BOP 104 relatif à l'intégration et à l'accès à la nationalité française, BOP 303 relatif à l'immigration et à l'asile de manière transversale, BOP 177 relatif aux personnes «en difficulté sociale» et «victimes d'exclusion ou de discriminations quelle que soit leur nationalité ».

Au delà de l'hébergement, les migrants nécessitent une prise en charge médicale adaptée aux pathologies particulières qu'ils peuvent développer suite au traumatisme de l'exil. Selon Madame Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité en 1998 : *« accueillir, c'est d'abord organiser concrètement l'arrivée de celui qui a été autorisé à résider en France [...], c'est aussi pour celui qui représente le pays d'accueil, expliquer les droits et les devoirs, les règles de la vie commune. C'est enfin se préoccuper des besoins du nouvel arrivant, de façon à faciliter son installation »*. Aussi, pour assurer l'accueil des primo-migrants, des plateformes d'accueil médico-social ont été créées dans les départements dans lesquels l'immigration est la plus importante (région parisienne, Lyon, Marseille, Toulouse, Lille et Nancy). Pour coordonner les services d'accueil, ces plateformes se sont organisées en concevant une approche globale de l'accueil du migrant.

Ce dispositif n'a pas été institué en Bretagne compte tenu du faible taux migratoire. Toutefois, il a fallu apporter une réponse aux problèmes sanitaires et sociaux des migrants présents sur ce territoire. Aussi, le département d'Ille-et-Vilaine a opté pour une prise en charge innovante. L'association Réseau Ville Hôpital 35 (réseau VH 35), créée en 1991, a développé en son sein un pôle « migrants », communément identifié sous l'appellation Centre Médical Louis Guilloux (CMLG). Ce pôle, qui constitue une partie des missions du réseau VH 35, a vocation à fonctionner comme un réseau de santé. Il a pour objectif principal de s'inscrire dans une démarche de coordination des soins (ambulatoire, hôpital, médico-social) à destination des populations migrantes. Pour cela il associe des acteurs multiples (institutionnels, corps médical et social, associatifs...). Ses activités s'articulent par ailleurs principalement autour de la prévention, de la promotion de la santé, de la cohérence et de la qualité du parcours de soins.

Ces dernières années, le CMLG a connu une évolution exponentielle de son activité. En cette période d'évaluation, il peut être opportun de se demander si l'action du réseau répond aux attentes des différents acteurs et aux besoins particuliers des migrants présents en Ille-et-Vilaine. Les objectifs du groupe sont donc d'évaluer la place du réseau migrant en Ille-et-Vilaine, mais aussi la plus-value qu'il apporte dans la prise en charge médico-sociale des migrants.

Au-delà des dispositifs traditionnels spécialisés dans la prise en charge médico-sociale des migrants, le département d'Ille-et-Vilaine s'est doté d'un instrument original et apprécié : le réseau migrant (I). Son organisation et son fonctionnement doivent toutefois être interrogés à la lumière des évolutions du réseau lui-même et de son environnement(II).

I. UNE INITIATIVE LOCALE ORIGINALE COMPLETANT LE DISPOSITIF NATIONAL

Les spécificités de la population migrante justifient l'existence de dispositifs de prise en charge particuliers (A). L'Ille-et-Vilaine a fait preuve d'originalité en la matière en se dotant d'une structure atypique (B).

A. DES BESOINS SPECIFIQUES NECESSITANT UNE PRISE EN CHARGE PARTICULIERE

Les étudiants, les travailleurs migrants, ainsi que les bénéficiaires du dispositif de regroupement familial relèvent du droit commun. C'est pourquoi, ils n'entreront pas dans notre champ d'étude, centré sur l'accueil des primo-migrants.

1. Le dispositif national d'accueil des migrants

a) Un public aux pathologies spécifiques :

En termes de morbidité, les données épidémiologiques françaises concernant les migrants sont rares et parfois confuses.

L'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) a cependant observé sur certaines populations étrangères, une surreprésentation de certaines pathologies infectieuses (VIH, hépatites virales, tuberculoses) par rapport à l'ensemble de la population française. D'autres études³ ont également permis de constater, chez les migrants, une prévalence plus importante concernant les psycho-traumatismes et les maladies chroniques. Selon un rapport de l'Agence Nationale de l'Accueil des Étrangers et des Migrations⁴ (ANAEM), l'obésité, les maladies cardio-vasculaires et le diabète sont d'ailleurs les principales pathologies auxquelles cette population doit faire face.

³ Enquête portant sur 20000 patients exilés suivis entre 2000 et 2006 par l'Association francilienne, le COMEDE.

⁴ In « La santé des primo-migrants en 2007 » établi à partir de 8086 visites médicales obligatoires de migrants

Pour les demandeurs d'asile, la dimension psychique est un des volets d'action sanitaire prioritaires, les traumatismes liés à des sévices ou des tortures faisant l'objet d'une attention particulière. De plus, un volet prévention est préconisé autour de l'alimentation et des soins dentaires. Des facteurs particuliers de vulnérabilité ont par ailleurs été constatés parmi les migrants forcés: traumatisme de l'exil et des persécutions, exclusion liée à la précarité administrative, difficultés de communication et différences culturelles, inhospitalité et isolement social. L'ensemble de ces particularités a donc conduit les pouvoirs publics à mettre en œuvre des politiques de prévention spécialement orientées en direction des migrants. Cependant, l'accès au système de soins n'est pas toujours perçu par les plus vulnérables d'entre eux comme une priorité, en raison de leur extrême précarité sociale (absence de domicile, de ressources financières, exploitation par le travail clandestin...).

b) Un dispositif de prise en charge globalisé :

En France, le nombre de demandeurs d'asile et de personnes sous protection subsidiaire connaît un regain depuis plus d'un an, pour atteindre en fin d'exercice 2008, 42 600 dossiers, alors qu'il s'était stabilisé en 2006 à environ 30 000 demandeurs (soit une hausse de 20 %). Parmi eux, les déboutés ont été, en 2007⁵, 23 569 (soit 80 % des demandes)⁶. Le taux d'admission, très élevé dans les années 1970 s'est considérablement réduit dans l'ensemble des pays occidentaux, la moyenne européenne se situant à 10% environ. Cette évolution résulte, depuis la fin des années 1980, d'un afflux de « migrants économiques », poussés par la pauvreté à espérer trouver un travail en France et n'ayant droit à aucune protection⁷.

⁵ C'est à dire les personnes dont la demande a été définitivement rejetée par l'office français de l'intégration et de l'immigration (OFII) et par la cour nationale du droit d'asile (CNDA) et qui ont épuisé toutes les voies de recours.

⁶ Selon les termes des statuts de la Convention de Genève de 1951 et de la Convention de New YORK de 1954 qui définissent les obligations des États parties en matière de Droit humanitaire général.

⁷ « L'asile en hausse », in Alternatives Économiques n°280 mai 2009. p.27.

Dans le cadre de l'Espace Économique Européen, la France a, en raison de l'intensité de ses flux migratoires, institutionnalisé les premiers centres d'hébergements dédiés. Ils sont intégrés à la liste des établissements sociaux et médico-sociaux. Les Centres d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA) doivent répondre désormais à l'ensemble des obligations de cette catégorie d'établissements (projet d'établissement, cahier des charges...).

La prise en charge des demandeurs d'asile dans les CADA⁸ s'appuie essentiellement sur l'équipe socio éducative, qui a un rôle de conseil et de soutien matériel et psychologique, tout au long de la procédure instruite par l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII). Cet objectif passe aussi par une prise en charge globale, qui offre, en plus de l'hébergement temporaire, une expertise administrative et juridique au fil de l'instruction de la demande d'asile. Par ailleurs, les CADA versent l'allocation mensuelle de subsistance, indispensable aux personnes accueillies qui ne sont pas autorisées à travailler.⁹

c) Un droit à l'accès aux soins pour tous les migrants

Enfin, la prise en charge sanitaire des demandeurs d'asile repose sur :

- le passage effectif des examens de santé obligatoires tels que définis par l'arrêté du 1^{er} janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à résider en France.

- l'affiliation au régime de sécurité sociale (admission immédiate à la Couverture Médicale Universelle (CMU) de base et complémentaire),

- l'accompagnement aux démarches d'accès aux soins médicaux.

⁸ Définie dans la circulaire n°NOR IMIA 0800035C du 24 juillet 2008 relative aux missions des centres d'accueil des demandeurs d'asile et aux modalités de pilotage du Dispositif National d'Accueil (DNA).

⁹ Une exception toutefois, si le demandeur n'a pas obtenu de réponse de l'OFII dans un délai de 9 mois, une autorisation de travail doit lui être délivrée pour une période de 4 mois.

Par ailleurs, la situation sanitaire des migrants irréguliers pose problème puisque la France est, malgré tout, tenue de les soigner. En effet, en vertu de l'article 13 de la Charte Sociale Européenne, leur irrégularité ne peut leur être opposée pour l'accès à l'assistance sociale et médicale¹⁰. En pratique, ce droit est traduit par l'admission à l'aide médicale de l'Etat¹¹ (AME). En bénéficiant, sous condition de ressources, les étrangers qui au regard de la réglementation relative au séjour en France, ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale. Cette réglementation réaffirme le droit fondamental à la santé, et préserve également la sécurité sanitaire des populations en général.

Si aucune étude ne prétend pouvoir décrire cette population des migrants sans papier, les acteurs de terrain ont le sentiment que sa présence n'est pas le produit d'entrée illicite sur le territoire national. Il s'agirait le plus souvent de personnes qui perdent le droit de séjourner en France. Leur nombre est évidemment inconnu mais estimé de quelques dizaines de milliers de personnes à plusieurs millions. Leur présence peut être attestée par le versement de cotisations sociales (pour ceux qui travaillent) et par leur passage dans les services d'Urgences.

2. ...décliné au niveau départemental

a) État des lieux de l'offre médico-sociale en Ille-et-Vilaine :

En région Bretagne, les CADA offrent 839 places, l'Ille-et-Vilaine disposant de 339 places, soit 40% de l'offre régionale, réparties sur cinq sites.

En 2008, 452 demandes d'asile étaient en cours de traitement dans ce département. Outre les 339 places en CADA, le département dispose de 100 places d'hébergement temporaire dédiées au public migrant dans le cadre de l'urgence sociale (ce qui correspond à 60 % des places gérées par le SAMU Social, hors période hivernale). Il faut noter que la tension en

¹⁰ In MAILLE D., TOULLIER A., VOLOVITCH P., « L'Aide Médicale d'Etat : comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel », in Revue de Droit Sanitaire et Sociale n°4 Juillet Août 2005 p. 541-554

¹¹ L'aide médicale de l'État a été instaurée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

matière d'hébergement d'urgence en Ile-et-Vilaine, n'est pas aussi aiguë que dans les grands centres urbains (Île-de-France et départements frontaliers.). Le département dispose par ailleurs de 59 places en Centre Provisoire d'Hébergement (CPH), structure spécialisée dans l'insertion pour les personnes réfugiées. En 2007, 339 demandes initiales (dont 62 mineurs accompagnants, 20% des dossiers) ont été déposées et 88 personnes ont obtenu la reconnaissance du statut de réfugiés et apatrides.

b) Les pathologies des migrants en Ile-et-Vilaine :

Dans le département d'Ile-et-Vilaine, le rapport d'activité 2008 du Réseau VH 35 indique que 14% des patients du pôle migrants présentent des maladies infectieuses, avec une hausse significative des hépatites B et une légère augmentation des hépatites C. En revanche, les pathologies VIH et tuberculeuses connaissent une diminution importante. Ces données quantitatives sont partielles et ne dénombrent que les migrants suivis par le centre et domiciliés sur la communauté urbaine de Rennes. Ces tendances locales reflètent cependant l'évolution des chiffres nationaux. Les consultations psychiatriques ont ainsi quadruplé entre 2007 et 2008 et les interventions de l'équipe mobile de psychiatrie ont doublé durant la même période. Enfin, il faut remarquer que la situation sanitaire des mineurs migrants n'a fait l'objet d'aucune étude tant locale que nationale.

B. UN DISPOSITIF UNIQUE EN ILLE-ET-VILAINE APPRECIÉ DE SES PARTENAIRES

Le département de l'Ile-et-Vilaine présente la particularité d'avoir organisé une partie de son dispositif de prise en charge des migrants autour du CMLG. Exemple unique en France, ce centre constitue un lieu d'accueil et de coordination auquel acteurs et partenaires accordent une place à la mesure de ses réalisations.

1. Le Centre Louis Guilloux, lieu d'accueil et de coordination

Ayant ouvert ses locaux en 2006, le centre Louis Guilloux est situé Place du Blanat, dans le quartier populaire du Blosne à Rennes, au pied d'un immeuble d'habitation. Le réseau VH 35 s'est initialement centré sur la prise en charge des patients VIH. Son activité a évolué vers la prise en charge des migrants. Par ailleurs, un pôle Tuberculose, un pôle

d'interprétariat ainsi qu'une activité liée à la mise à disposition d'appartements de coordination thérapeutiques ont été créés en 2007.

a) Une équipe pluri professionnelle au service des migrants

Le Réseau VH35 est aujourd'hui composé de vingt six salariés pour 9,8 équivalent temps plein (ETP) et recense soixante et onze adhérents répartis entre médecins généralistes et spécialistes (pédiatres, gynécologues,...), masseurs kinésithérapeutes ou encore infirmières, intervenant principalement au CMLG au profit de la population migrante. Le centre travaille également en partenariat avec quelques associations (Pharmacie Humanitaire et Internationale...).

Cette approche pluridisciplinaire adoptée par le réseau VH 35 en général, mais plus particulièrement pour son activité à l'égard des migrants, est plébiscitée par l'ensemble des acteurs et partenaires du réseau migrant. La directrice du réseau assure que « *les médecins qui travaillent habituellement en cabinet libéral et interviennent au centre sous forme de vacations apprécient particulièrement de se retrouver au sein de ces équipes pluridisciplinaires* ». Le lien entre les différents partenaires est favorisé par l'instauration de soirées d'informations et de formations en direction des professionnels de Rennes. Un film sur l'accès aux soins des migrants est en projet. Cette démarche traduit le dynamisme du réseau et la volonté de ses membres de communiquer sur la nécessaire spécificité de l'approche médico-sociale des migrants. Des articles de fonds sur les pathologies susceptibles d'affecter les migrants sont également présentés dans la publication mensuelle du réseau « La lettre ».

Pour répondre à la forte demande en soins psychiatriques, le CMLG bénéficie de consultations assurées par une équipe mobile du Centre Hospitalier Spécialisé Guillaume Regnier de Rennes. Ce service est particulièrement apprécié des partenaires. Un médecin membre du réseau souligne que « *les populations accueillies au CMLG souffrent d'une grande détresse et ont souvent de lourds traumatismes. Pour eux, il est nécessaire d'avoir recours à un suivi que l'équipe mobile de psychiatrie peut leur offrir dans un premier temps, plus rapidement que s'ils devaient être orientés sur la médecine de ville où les délais sont très longs. C'est pour moi un des points forts du centre* ». La littérature

confirme que, s'agissant de public migrant, une approche psychiatrique s'avère indissociable d'une prise en charge somatique pour l'efficacité de cette dernière.¹²

b) Une orientation vers le Centre de plus en plus fréquente

En pratique, l'orientation des patients vers le CMLG se fait principalement par la voie des structures traditionnelles d'accueil et d'orientation (Service d'Accueil et d'Orientation (SAO) pour 50 %, et CADA 12 %) qui reçoivent primo migrants et demandeurs d'asile. Mais elle peut aussi émaner d'un médecin, ou d'une association. La prise de contact se fait donc principalement par l'intermédiaire d'un tiers qui fixe un rendez-vous avec l'équipe du centre. Enfin 13,31 % des patients (12,07 % en 2007) se présentent directement au centre. Ce sont généralement les personnes présentant les problèmes de santé les plus sérieux.

Le nombre d'usagers reçus au CMLG s'élève depuis 2006 à 660 patients qui ont bénéficié de 695 consultations¹³ en 2007 et 965 en 2008, soit une croissance de 40%. Le chargé de mission de l'Union Régionale des Caisses de l'Assurance Maladie (URCAM) de Bretagne est particulièrement attentif à cette montée en charge qui témoigne de la qualité du service rendu à la population. Il précise : *« un médecin traitant peut difficilement porter seul ces situations et le CMLG est rationnellement une organisation pertinente. Il répond à des besoins identifiés : 280 usagers ont été intégrés au système de soins avec une montée en charge continue »*. Un médecin libéral, hors réseau, ainsi que l'assistante sociale de la PASS déplorent toutefois une augmentation, encore maîtrisée mais à surveiller, des délais d'accueil : *« parfois le délai de rendez-vous est trop long et oblige la prise en charge par l'hôpital, d'usagers relevant normalement du CMLG »*

c) Une nécessaire prise en charge des migrants sans papier par le réseau

Parmi la population accueillie, 24% des migrants sont en situation irrégulière. Pour certains des partenaires, le CMLG joue ici un rôle essentiel en offrant une prise en charge

¹² « Accompagner les migrants face aux effets du déracinement et de l'exil » Arnaud Veïsse. La santé de l'Homme Novembre décembre 2007 n° 392 p19 et s

¹³ En 2007, la moyenne de consultation par patient était de 2,7 bien que le centre n'ait pas vocation à voir les patients plus d'une fois, lors du bilan médical et administratif initial.

médicale à des personnes qui ne bénéficient d'aucune prise en charge par le système de soins, alors même qu'une partie importante de celles-ci se trouve en situation de précarité. Dans son rapport 2008, l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, met en évidence la situation de plus en plus délicate des migrants sur le territoire français et leurs difficultés à accéder à un statut juridique régulier. Il pointe les conséquences néfastes sur la santé des étrangers malades de la grande précarité. Elle est renforcée par l'impossibilité de travailler, l'isolement et leur éloignement du système de santé, par peur ou ignorance. Un médecin membre du réseau indique : *« l'incertitude générée par les politiques d'immigration chez les sans papiers génère aussi des pathologies supplémentaires telles que la dépression. »* Sur l'ensemble de ces points, l'action menée par le réseau migrant d'Ille et Vilaine, et plus particulièrement par le CMLG, apporte de véritables solutions en rompant l'isolement des migrants grâce à un lieu d'accueil et de soins et en facilitant leur insertion dans le système de soins.

2. Une plus-value manifeste dans la prise en charge médico-sociale des migrants

a) Une prise en charge individualisée des migrants

Concrètement, le CMLG reçoit les migrants en présence d'un interprète au cours d'une première consultation d'une heure avec un médecin, précédée de 30 minutes d'entretien social. Ce temps de prise de contact est l'occasion d'une écoute attentive de la situation du migrant afin de procéder à l'évaluation de sa situation médicale (bilan médical complet et dépistages), sociale et administrative (autorisation de séjour). Ce premier rendez-vous peut être l'occasion de procéder à l'ouverture des droits des usagers à l'Assurance Maladie, à l'établissement de certificats médicaux pour le dossier de demande d'asile. Le patient peut ensuite être orienté vers les partenaires du réseau tels que les centres d'hébergements, les assistantes sociales, les médecins de ville, et plus généralement le système de soins de droit commun.

Le centre ayant vocation à insérer le patient dans les dispositifs classiques de soins, aucun suivi individualisé n'est prévu après le bilan médical. Le lien avec le système de soins est assuré par l'équipe du CMLG qui organise les rendez-vous auprès de médecins libéraux, radiologues, cabinets d'analyses médicales, avec, si nécessaire, la mise à disposition d'un interprète.

b) L'interprétariat : un avantage majeur du CMLG

En matière de prise en charge médico-sociale des migrants, l'interprétariat constitue un apport remarquable du centre, plébiscité par les membres et partenaires, qui y voient la plus-value essentielle du réseau. Le professionnalisme des interprètes du CMLG a en effet été souligné lors d'une évaluation menée par le réseau VH 35 auprès de ses partenaires¹⁴.

L'Association pour l'accueil et la formation de tout travailleur migrant (AFTAM) a d'ailleurs passé une convention de partenariat pour bénéficier de la présence d'interprètes au sein des CADA. Le CMLG a pris conscience assez rapidement de cet atout et, afin de faciliter l'insertion des migrants, n'a pas hésité à mutualiser le temps d'interprétariat auprès de ses partenaires. La mise à disposition d'interprètes est facturée, ce qui permet au centre d'avoir des ressources supplémentaires. L'intervention des interprètes est gratuite pour les patients adressés par le centre lui-même. La présence d'un interprète se révèle précieuse et facilite la compréhension réciproque, gage de la qualité de la prise en charge. Ainsi, un des médecins libéraux interrogé, non membre du réseau, indique, malgré une forte activité de consultation envers les migrants, que *« confrontée à la barrière du langage, quand il n'y a pas de traducteur, il est quasiment impossible de faire de la médecine (...) Les femmes de la communauté turque, installées depuis longtemps mais qui n'ont pas appris le Français viennent en consultation avec un enfant pour interprète, cela n'est pas non plus satisfaisant. »*

Au-delà de la compréhension de la langue, la compréhension de la culture est facteur d'amélioration de la prise en charge du migrant. Selon le professeur Bouchaud : *« Connaître quelques éléments des structures sociales « traditionnelles » ou des représentations de la maladie (...) va permettre de mieux comprendre les réactions déroutantes avec leurs conséquences (...) tout en restant dans le champ privilégié de la relation « singulière » soignant/ soigné. »*¹⁵. Là encore, les interprètes, qu'ils soient issus de la communauté du patient ou familiers de sa culture, assurent une médiation indispensable.

Le CMLG élabore également des publications bilingues, en plusieurs langues, exposant les différentes prises en charge médicales, avec la description des droits, des

¹⁴ Cf Annexe Compte rendu étude sur l'interprétariat

¹⁵ Cf Professeur Bouchaud « Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants » La Santé de l'Homme Novembre-Décembre 2007

structures d'hébergement ainsi que des renseignements pratiques permettant au migrant de trouver des repères à Rennes. Parmi ces documents Le Petit Guide Pratique¹⁶ de Rennes sert de support à l'entretien social et est ensuite remis à l'intéressé. Ces initiatives trouvent un écho auprès des partenaires ; un médecin du Centre d'examen de l'Assurance Maladie souhaite, par exemple, « *bénéficiaire de la traduction de ses questionnaires médicaux.* »

Le rôle du pôle interprétariat au sein du réseau migrant a donc vocation à se développer, d'autant plus que l'utilité et la qualité de ses prestations sont reconnues par tous. Néanmoins, la maîtrise de la langue française reste un objectif prioritaire pour le migrant. Le CMLG favorise ainsi l'apprentissage du Français en orientant les migrants vers des cours adaptés.

c) Une qualité de prise en charge reconnue

Le réseau migrants apparaît aujourd'hui comme un dispositif incontournable en Ille-et-Vilaine et particulièrement à Rennes et ses environs. Ses partenaires directs (le centre d'examen de santé de l'Assurance Maladie, le CADA ou le SAO) se déclarent très satisfaits des prestations du CMLG et n'imaginent plus travailler sans lui. Au-delà de l'expertise du centre en matière de migrants, son rôle de « facilitateur » et de coordinateur au sein du réseau a constamment été mis en avant lors des entretiens. On peut légitimement en déduire que le centre a réussi sa mission de sensibilisation à la spécificité de la prise en charge de la population migrante. Le chargé de mission de l'URCAM que nous avons rencontré précise : « *Le pôle n'a pu que jouer un rôle positif. En levant la barrière de la langue, le pôle, dans sa logique réseau, favorise l'accès au système de soins et permet l'ouverture à une couverture sociale ce qui le rapproche d'un réseau précarité.* »

Toutefois, si le réseau migrant institué en Ille-et-Vilaine, semble répondre aux attentes de ses membres, de ses partenaires et aux besoins du public concerné, il paraît nécessaire de s'interroger sur la pertinence de son organisation et sur sa pérennité.

¹⁶ Cf ANNEXE

II. UNE ORGANISATION EN RESEAU APPELEE A EVOLUER

L'organisation actuelle du CMLG illustre les forces et faiblesses de l'organisation en réseau de santé (A). Elle conduit à s'interroger sur ses évolutions possibles (B).

A. UNE STRUCTURATION EN RESEAU PERTINENTE MAIS PERFECTIBLE

Depuis plus de vingt ans, les réseaux se développent de façon continue en France, et ils représentent aujourd'hui une forme d'organisation des soins inscrite dans le paysage des politiques publiques. Population fragile, les migrants nécessitent une prise en charge coordonnée, que permet l'organisation en réseau.

1. Le réseau de santé : un outil organisationnel de prise en charge

.Les réseaux de santé visent non seulement les pathologies chroniques (sida, diabète, cancer...) mais aussi des populations complexes dont les besoins de santé ne peuvent se résumer au seul domaine médical. Ils exigent, au contraire, une pluridisciplinarité des soins (personnes âgées, personnes en fin de vie ...). Ainsi, avec les réseaux de santé, une nouvelle direction stratégique est donnée en cherchant un rapprochement des problématiques médico-sociales pour apporter une réponse concertée aux problèmes de santé des individus.

a) Une organisation qui se structure au fil du temps...

C'est l'apparition du Sida dans les années 1980 qui sert de moteur au développement des réseaux de soins. L'épidémie a en effet nécessité la coopération entre la médecine de ville et l'hôpital, entre le secteur sanitaire et médico-social. Ainsi des réseaux spontanés apparaissent dans cette période, sans aucun financement public. Le secteur associatif comble les lacunes du système de soins classique, cloisonné, en attendant que la société trouve une réponse¹⁷.

En 1991, le ministre de la santé Claude Évin reconnaît l'utilité de ces initiatives et incite à la création de réseaux Ville-Hôpital à travers une circulaire. Ils sont financés par l'État (Agence Régionale d'Hospitalisation) et l'Assurance Maladie (URCAM). Les ordonnances du 24 avril 1996 donnent un cadre légal aux réseaux de soins. Leur développement est facilité, à partir de 1999, par la création du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).

En 2002 est créée la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) afin d'assurer la pérennité financière des réseaux de soins. Elle est répartie par région. Par la suite la DNDR fusionne avec le FAQSV pour constituer le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) instauré par le décret du 15 mai 2007.

La loi du 4 mars 2002 abroge les réseaux de soins et propose une définition unifiée des réseaux de santé. Désormais il n'y a plus qu'une seule forme de réseaux. Leurs missions, leur composition sont précisées dans le Code de Santé Publique. Le droit des réseaux est également formalisé par la création de documents obligatoires (charte du réseau, convention constitutive prévoyant l'organisation, le fonctionnement et l'évaluation du réseau, rapport d'activité annuelle transmis à l'ARH et à l'URCAM et rapport d'évaluation obligatoire tous les trois ans).

Les réseaux sont désormais des structures juridiquement reconnues, mais soumise à un certain nombre d'obligations et en particulier celle de l'évaluation.

b) ...soumise à une obligation d'évaluation contraignante

L'ARH et l'URCAM, en tant qu'autorités d'agrément, ont la responsabilité de définir la stratégie destinée à favoriser la prise en charge des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques, des personnes âgées, des personnes démunies. Elles ont, entre autre, la responsabilité d'évaluer ces réseaux et d'assurer, en cas d'évaluation favorable, leur pérennité et leur extension. L'évaluation du réseau de santé devient donc indispensable à son accréditation. Elle est prévue par les textes le réglementant. Ainsi, une circulaire du ministère de la santé du 2 mars 2007 donne des recommandations, et la Haute

¹⁷ Chossegros P. « Les réseaux de santé : une histoire française » in Sociologie Santé décembre 2008

Autorité de Santé (HAS) a édité un guide à ce sujet. La démarche repose sur deux approches complémentaires : l'évaluation interne et externe. Elle est inspirée de l'évaluation des politiques publiques et axée autour des cinq qualités attendues d'un « bon » dispositif d'approche globale: pertinence, cohérence, efficacité, efficience, impacts. Elle permet de rendre compte des difficultés de définition des attendus du réseau de santé et de sa nature comme espace d'action collective et d'expérimentation sociale. Elle permet aussi d'apprécier sa cohérence et son acceptabilité.

L'évaluation présente cependant des difficultés méthodologiques. En effet, le terme « évaluation » recouvre une pluralité de pratiques et de finalités (évaluation normative, formative, sommative, évaluation interne ou externe, évaluation des structures, des processus et des résultats...). Ainsi, la littérature souligne l'inadaptation des modèles traditionnels de l'évaluation des programmes de santé et préconise de développer celui des organisations de santé, plus adaptée à la nature même du réseau. Le médecin du centre de santé de l'Assurance Maladie, indique : *« la principale difficulté des réseaux concerne leur système d'évaluation qui aujourd'hui n'est pas bon. Demain, il va falloir être capable de mesurer de manière pertinente l'action. Cependant, la question du choix des critères se pose, et la méthode utilisée ne doit pas prendre trop de temps. »*

Au-delà de ces aspects juridiques, une prise en charge par le biais de réseaux de santé semble présenter de nombreux avantages. Mais elle se heurte, dans sa mise en œuvre, à un certain nombre de limites qui relativisent l'intérêt de l'outil réseau de santé.

2. Pertinence de l'organisation locale de la prise en charge des migrants :

L'amélioration notable du pronostic et de la prise en charge de l'infection par le VIH à la fin des années 1990 a remis en cause l'existence du réseau VH 35 de Rennes. Une évaluation, réalisée en 2001, confirme ce constat. L'absence d'une structuration opérationnelle de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Rennes, la prépondérance des pathologies infectieuses et les besoins médico-sociaux spécifiques de la population migrante, ont réorienté l'activité du réseau en direction des migrants. La création du CMLG s'inscrit dans une volonté de faciliter l'accès aux soins de ce public précaire et vulnérable, et d'améliorer son insertion dans le tissu sanitaire et social existant.

a) Une structuration en réseau répondant aux différents besoins...

Le réseau, par définition, permet la prise en charge globale d'une population particulière. Le public migrant présente de nombreuses spécificités qui nécessitent une coordination de son parcours social et sanitaire. En effet, la barrière de la langue, les différences culturelles, les problèmes administratifs ont rendu nécessaire une structuration de la prise en charge. Dès lors, l'essence même du réseau, c'est-à-dire la capacité à se coordonner et à s'adapter, s'est trouvée justifiée dans l'accueil et l'accompagnement médico-social du migrant en Ille-et-Vilaine.

Le réseau de santé peut se révéler comme un outil de transformation et d'adaptation du dispositif de soins classique. Il permet, par une approche populationnelle, d'aborder le traitement mais aussi la prévention, la santé publique et d'assurer une participation communautaire. L'information des partenaires et des usagers et la lisibilité du système de prise en charge tendent à être facilités par ce type d'organisation. De plus, quand il réussit, le réseau crée des liens sociaux sur des valeurs partagées et prend en compte les dimensions affectives et émotionnelles des relations humaines, parfois négligées dans la segmentation traditionnelle. Dans sa représentation idéale, le réseau apparaît donc comme un outil avantageux de coordination fort entre les différents professionnels (souvent isolés) au service des individus qu'ils prennent en charge.

Cette vision est partagée par les partenaires rencontrés à propos du réseau migrants. Ainsi ils soulignent, dans leurs propos, un grand nombre d'avantages liés à cette forme organisationnelle. La structure souple et adaptable du réseau permet selon eux, une évolution des coordinations dans le temps et dans l'espace et donc une meilleure adaptation aux besoins des usagers.

L'assistante sociale de la PASS considère le réseau comme « *Une structure réactive qui permet de donner des réponses rapides à des situations d'urgence et de dépasser les lourdeurs administratives* ». Elle mentionne également que « *la coordination et la connaissance des professionnels entre eux participent à cette réactivité, source d'efficacité* ». D'autres indiquent que l'organisation en réseau a l'avantage de mettre en rapport de nombreux professionnels aux compétences complémentaires (médecins, Equipe Mobile de Psychiatrie, interprètes) essentielles à la prise en charge globale et de qualité de ce public. En outre, la structure de réseau est décrite comme adaptée à l'atteinte de l'objectif d'insertion des primo-migrants dans les dispositifs de droit commun.

Enfin, le médecin du Centre d'examen de santé de l'Assurance Maladie étaye la pertinence de l'utilisation de l'organisation en réseau de santé à destination de populations spécifiques, par son expérience passée : *« J'ai été médecin libéral pendant 25 ans dans un quartier qui comptait plus de 35 % d'étrangers. J'ai pu constater les difficultés de communication liées à la barrière de la langue et de compréhension liées aux différences culturelles. J'ai donc créé un réseau qui comprenait 50 médecins libéraux pour faciliter l'orientation vers le centre de l'assurance-maladie. Certains d'entre eux sont aujourd'hui membres du réseau migrants. »*

b) ...mais dont le fonctionnement atypique n'exclut pas les inconvénients d'une organisation réticulaire

Traditionnellement considéré comme un ensemble d'interconnexions entre professionnels, le réseau n'a pas forcément vocation à se doter d'une structure pivot. Néanmoins, aux vues des spécificités et de la fragilité de la population des primo-migrants accueillie dans le département, le réseau migrant s'est d'emblée équipé d'un établissement de référence : le CMLG. Sa présence a pour principal avantage d'identifier pour les usagers et les professionnels un lieu unique d'expertise médicale et sociale et d'interprétariat adapté. Certains partenaires du réseau interviewés confirment l'intérêt de ce pôle « ressource » dans le processus de prise en charge. L'assistante sociale de la PASS précise : *« L'existence du CMLG est cohérente puisqu'avant sa création aucune structure ne prenait en charge les personnes sans couverture sociale. Le centre vient palier les lacunes du dispositif médico-social traditionnel. »*

Cependant, cette structuration est source de rigidité dans le fonctionnement et freine l'atteinte des objectifs d'une organisation en réseau. Le Directeur de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne (URML) nous indique : *« le CMLG, comme nombre d'autres réseaux, ajoute une strate supplémentaire. En instaurant une structure ou un coordonateur, c'est ce que font les réseaux de santé en général, ils ajoutent un niveau supplémentaire superflu »*. Ce phénomène va à l'encontre du but de fluidité. Par ailleurs, la chef de service du SAO mentionne : *« il existe des risques de ghettoïsation, de stigmatisation d'une population migrante dont la perception n'est pas toujours positive »*. Cela rejoint un risque lié à la structuration en réseau qui, par la catégorisation des usagers, peut aller à l'encontre de ses objectifs d'insertion dans le système de soins et de la société en général.

D'autre part, les problèmes inhérents aux dotations financières génèrent de réelles difficultés de management opérationnel du réseau. Ainsi, le caractère non pérenne lié au mode de financement (attribués pour 3 ans et soumis à évaluation) constitue une difficulté dans l'organisation de l'action du réseau. L'incertitude qui en découle empêche une bonne visibilité pour une projection dans le temps. De plus, l'insuffisance des dotations financières est aussi relevée par certains financeurs institutionnels. Une inspectrice de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) indique : « *les crédits de fonctionnement sont insuffisants. Si la situation financière s'améliorait, les migrants et les personnes à la rue seraient, pour nous, une priorité* ». Par ailleurs, c'est l'activité réalisée « en propre » par les professionnels ou l'établissement qui est rémunérée, sans prise en compte des charges liées à l'organisation en réseau. Ceci est également peu incitatif pour les professionnels, dont la participation se fonde sur un engagement personnel.

Enfin, selon les options d'évolution retenues, force est de constater la possibilité de dysfonctionnements organisationnels. S'il souhaite passer de l'échelle territoriale à l'échelle régionale, la formalisation et la hiérarchisation que cela ne manquera pas d'entraîner risque de générer une perte de souplesse et d'adaptabilité précieuses.

Dès lors, malgré des avantages indéniables et à la lumière des évolutions en cours et à venir du réseau migrant et du CMLG, la pertinence de son organisation réticulaire est interrogée.

B. DES MISSIONS APPELEES A EVOLUER

Les attentes recueillies auprès des différents acteurs de la prise en charge médico-sociale des migrants conduisent à s'interroger sur les objectifs d'actions prioritaires du réseau.

1. Une extension du rôle du réseau souhaitée par la majorité des acteurs

Il ressort clairement des entretiens menés auprès des partenaires et des membres du réseau, d'une part un désir de voir évoluer la prise en charge du patient, et d'autre part de modifier le périmètre d'intervention du réseau.

a) Les suggestions relatives à la prise en charge

En matière de prise en charge des migrants, deux attentes principales ressortent des déclarations des partenaires du réseau : la prise en charge psychiatrique et le renforcement de la coordination.

Les migrants ont souvent vécu des situations difficiles, traumatisantes, qui nécessitent des consultations psychiatriques. Le rapport d'activité du réseau laisse ainsi apparaître que plus de 40% des migrants reçus au CMLG se plaignent de troubles psychiatriques ou psychologiques dans leur demande initiale. L'approche des patients souffrant de troubles psychiatriques, nous l'avons vu, est concrètement prise en charge par une équipe mobile du Centre Hospitalier Guillaume Rognier. Cette situation répond partiellement aux besoins exprimés par le CADA de Fougères même si, selon son chef de service : « *une prise en charge plus rapide serait plus adaptée* ». Pour résoudre ce problème, la directrice du CADA de Rennes suggère : « *il serait intéressant de sensibiliser un plus grand nombre de psychiatres à la problématique migrante.* »

D'un point de vue plus général, la majorité des partenaires souhaite une coordination de la prise en charge plus développée. Les responsables du CADA et du SAO de Rennes souhaiteraient d'ailleurs que le CMLG assure la coordination des soins pour l'ensemble de leurs usagers. Ce recentrage autour de la vocation première d'orientation d'un réseau de santé permettrait de renforcer la connaissance partagée de la prise en charge du patient. Cela éviterait notamment les risques de double prescription. Un médecin libéral remarque ainsi : « *pour certains patients des examens sont demandés en double, et les médecins généralistes n'ont pas toujours de retour...* ». D'ailleurs, le degré de coordination assuré par un réseau de santé fait parti de ses critères d'évaluation. Le chargé de mission de l'URCAM de Bretagne précise : « *L'action de coordination des soins doit être au cœur du réseau. Il existe par ailleurs un risque de s'éparpiller vers d'autres missions. L'amélioration de l'accès aux soins ne peut justifier la création de dispensaires spécialisés. Il s'agit d'amener les usagers vers le système de soins de droit commun, pas de les retenir dans une prise en charge spécifique* ».

b) Les suggestions relatives au champ d'action

Il paraît nécessaire de définir le périmètre d'action du réseau dans le processus de prise en charge, voire d'imaginer une extension de son périmètre territorial. La prise en

charge spécifique des migrants ne peut se concevoir qu'à certains moments, notamment à leur arrivée sur le territoire national. Il est alors important de les accompagner dans le dispositif de soins, en tenant compte des barrières linguistiques et culturelles. Ainsi un médecin libéral mentionne : « *Il serait dommageable de trop compartimenter, au risque de ghettoïser par une prise en charge systématique par le CMLG* ». Le médecin coordinateur du centre d'examen de santé de l'assurance maladie ajoute : « *Pour la prise en charge des migrants dans l'avenir, il faut toujours penser à garder les personnes dans le système de soins pour éviter toute mise à l'écart ; il faut favoriser l'intégration. L'enjeu du réseau migrant est d'être capable d'apporter une réponse spécifique sans remettre en cause la structure de recours aux soins.* » Les partenaires affichent ainsi une réelle volonté d'insérer les migrants dans le système de santé. Ils souhaitent que le CMLG réoriente dès que possible le patient. L'objectif est d'éviter la stigmatisation des migrants.

Le périmètre territorial du réseau est également interrogé. Les responsables de la structure réfléchissent à un élargissement de son rayon d'action au-delà du département. Le Président du réseau souhaiterait que le CMLG devienne une plateforme de la prise en charge médico-sociale des migrants en Bretagne. Il précise : « *Il serait nécessaire, après une cartographie des populations et l'identification des professionnels et associations concernés, de fédérer les intervenants et de mutualiser les outils* ». Il s'agirait donc d'identifier l'ensemble des acteurs intervenant dans ce domaine en Bretagne et de les associer au réseau. L'inspecteur de la DDASS d'Ille et Vilaine est favorable à ce projet, tout en soulignant que : « *de nouvelles sources de financement seraient nécessaires.* »

Ces suggestions conduisent à s'interroger sur les évolutions envisageables du réseau migrant.

2. Les pistes d'évolutions susceptibles de pérenniser la place du pôle migrants

- a) L'augmentation de l'activité : une contrainte forte sur l'avenir du réseau

L'étude du bilan d'activités 2008 du CMLG laisse apparaître une augmentation importante de son activité. Le pôle migrants a déjà connu un accroissement du nombre de consultations de 40% entre 2007 et 2008. Cette tendance risque de se confirmer en 2009, d'autant plus que l'orientation des migrants dans le système de soins de droit commun

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2009

demeure difficile. Un médecin membre du réseau remarque : « *Il existe une réelle difficulté à réorienter les migrants dans le système de soins. Ces patients ne maîtrisent pas suffisamment la langue* ».

Victime de son succès, il est prévisible que le dispositif atteigne dans les prochaines années sa capacité maximale de prise en charge. L'allongement des délais, déjà souligné par plusieurs partenaires confirme cette perspective. Un médecin membre du réseau ajoute : « *le CMLG est parvenu à son niveau d'activités maximum au regard de ses moyens actuels.* » Plusieurs hypothèses sont alors envisageables.

b) Les propositions de redéploiement de l'activité du CMLG

Trois orientations se dessinent :

- Une augmentation du nombre de vacations de médecins pour répondre aux besoins de consultations.

Même si de nombreux médecins seraient prêts à assurer des vacations au CMLG, leur financement semble peu probable dans le contexte actuel. En effet, il n'est pas prévu actuellement par les financeurs du réseau d'augmenter substantiellement les crédits.

- L'abandon de la consultation au profit des seules missions d'orientation et de coordination du réseau.

Ce choix impliquerait le transfert de la prise en charge médico-sociale aux partenaires du réseau (PASS, SAO, associations, médecins libéraux). L'objectif d'intégration dans le système de santé de droit commun serait immédiatement atteint. Cependant, cela pourrait conduire à la perte de l'expertise acquise par le CMLG, gage de la qualité de la prise en charge actuelle mise en avant par les partenaires.

- Le rééquilibrage entre les activités de prise en charge et de coordination. L'expertise du CMLG impose de maintenir son activité en matière d'accueil, de bilan et d'orientation. Il conviendrait toutefois de circonscrire son intervention au seul bilan médico-social initial, avant d'orienter effectivement les patients vers le système de soins classique. En effet, la limitation de l'activité de prise en charge devrait aller de pair avec un développement de l'activité de coordination et d'animation du réseau. Il s'agirait alors d'exporter davantage l'expertise du CMLG en dehors de ses murs. Cela permettrait de

sensibiliser un nombre accru de partenaires et d'améliorer la qualité de la prise en charge au sein du système de soins de droit commun.

Ce développement de l'activité de coordination pourrait également s'inscrire dans une dimension régionale. La sensibilisation de partenaires sur l'ensemble de la région, pourrait être envisagée, par exemple par la création d'antennes départementales. Une telle initiative permettrait à l'ensemble des migrants de Bretagne d'être pris en charge au plus près de leur lieu d'hébergement, tout en bénéficiant de l'expertise du CMLG. Au-delà des avantages que présenterait la régionalisation pour la prise en charge médico-sociale des migrants, elle conduirait le réseau à atteindre une taille critique et à acquérir une meilleure visibilité. Une dimension régionale ouvrirait, en outre, la possibilité de solliciter des crédits supplémentaires.

Conclusion

Notre enquête démontre que le réseau migrant est une organisation qui satisfait pleinement ses partenaires, notamment dans sa dimension sanitaire de prise en charge des primo migrants. En levant les barrières linguistiques et culturelles, cet outil favorise l'insertion des patients pris en charge dans le système de soins de droit commun. Cet apport s'appuie notamment sur la fonction de réorientation du CMLG, des migrants vers les professionnels de santé du circuit classique. Ce fonctionnement en réseau est plébiscité par la plupart des interlocuteurs rencontrés qui louent sa souplesse. Il est donc impératif de maintenir cette dimension afin de ne pas stigmatiser une population déjà marginalisée.

Par ailleurs, lors de notre enquête, la problématique de l'exclusion sociale a été peu soulevée. Nos lectures, en revanche, ont pointé un lien étroit entre précarité et migrant. La littérature identifie la PASS comme le point d'entrée à l'accès aux soins pour toute personne quelque soit sa situation administrative. En Ille-et-Vilaine, de facto, l'existence du réseau migrant crée un point d'entrée complémentaire au dispositif de la PASS. Si l'apport du CMLG ne peut être dénié, une meilleure articulation avec la PASS, pourrait améliorer la prise en charge médico-sociale des primo migrants.

Enfin, les flux migratoires s'intensifient et conduisent les pouvoirs publics à tenter de les maîtriser par la production massive de textes législatifs et réglementaires. Cette complexité normative rend encore plus difficile l'adaptation de la prise en charge par les acteurs de terrain. Ainsi, la régionalisation de la demande d'asile induit un redéploiement de structures départementales et implique une réflexion sur la mutualisation des dispositifs d'accueil des migrants. Dans ce contexte de régionalisation, le projet d'extension des activités du réseau à la région Bretagne apparaît à même de répondre à ces nouveaux enjeux. Cette perspective serait, cependant, subordonnée à l'octroi de moyens financiers supplémentaires, notamment pour l'activité de coordination.

Bibliographie

OUVRAGES

BOURDILLON F., BRUCKER G., TABUTEAU D. « *Traité de santé publique* » 2eme Edition 2008. pages 509-514

ARTICLES DE PERIODIQUES :

ALTERNATIVES ECONOMIQUES, « *L'asile en hausse* », n° 280, mai 2009

BOUCHAUD O. : « *Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants* ». La Santé de l'Homme, novembre-décembre 2007, 392 : pages 25-27

BRUYERE C. et BONAFINI P.: « *les réseaux de santé : une structuration à double sens* ». Sociologie Santé, décembre 2008, n° 29 :pages123-147

CHOSSEGROS P. : « *Les réseaux de santé : une histoire française* ». Sociologie Santé, décembre 2008, n° 29, pages 17 à 29

DEBELCCHI G. et Al : « *COMEDE : des consultations pour promouvoir la santé des exilés* ». La Santé de l'Homme, novembre-décembre 2007, n°392 : pages 32-33

DOURGNON P. et Al « *La santé perçue des immigrés en France* ». Question d'Économie de la Santé, juillet 2008, n° 133, pages 1 à 6

DORIER D. « *Réseau de santé : peut mieux faire* ». Sociologie santé, décembre 2008, n° 29 : pages 209-211

FASSIN D. : « *La santé des étrangers : une question politique* ». La Santé de l'Homme, novembre-décembre 2007, n° 392 : pages15-17

FARGEON V. et Al : « *Les réseaux de santé : quelle évaluation* ». Journal d'Économie Médicale, 2008, n°25, pages 193 à 199

MAILLE D., TOULLIER A., VOLOVITCH P., « *L'Aide Médicale d'État : comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel* ». Revue de Droit Sanitaire et Sociale n°4 Juillet Août 2005 pages 541-554

MIZRAHI A. : « *Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger* ». Journal d'Économie Médicale 2008, n° 26 (3) : pages 159-176

STANOJEVICH EA. : « *Repères sur la santé des migrants* ». La Santé de l'Homme novembre-décembre 2007, n° 292, pages 8 à 12

STANOJEVICH EA. : « *Migrants et santé : pour des actions de proximité adaptées* ». La Santé de l'Homme, novembre-décembre 2007, n° 292, page 1

VEISSE A. : « *Accompagner les migrants face aux effets du déracinement et de l'exil* ». La Santé de l'Homme Novembre décembre 2007, n° 392, p19 et suite

RAPPORTS

CREDES : « *l'évaluation des réseaux de santé : quelle évaluation ?* » ; novembre 2003, n° 501, pages 1, 7, 8, et 15 à 22

MISSION REGIONALE DE SANTE : « *Grille d'évaluation des réseaux de santé* ». Rennes 2009, 8 pages

RAPPORT D'ACTIVITE 2008 du Réseau Ville Hôpital, avril 2009, 103 pages

OBSERVATOIRE DU DROIT A LA SANTE DES ETRANGERS . Rapport d'étude : « *La régularisation pour raison médicale : un bilan de santé alarmant ?* », mai 2008, 52 pages

OFFICE FRANÇAIS DE PROTECTION DES RÉFUGIÉS ET APATRIDES Rapport annuel 2007. Document interne, 2008. 75 pages

WLUCZKA M. et KERN T.: « *La santé des primo-migrants en 2007* ». ANAEM, mai 2008, 19 pages

THESES

GUINGUENE A.H. : « *Contribution à l'évaluation d'un centre médico-social dédié à la population migrante d'un réseau ville-hôpital* ». Thèse de médecine, 2007, 137 pages

LE CLAINCHE E : « *Les réseaux de santé en France : accueil et suivi des migrants au Centre Médical Louis Guilloux* ». Thèse de pharmacie, 2007, 105 pages

CLAPPIER P et les membres de l'atelier 28 : « *L'évaluation des réseaux de santé : quelle réalité ?* ». Mémoire ENSP MIP, 2006, 28 pages

GUILLON F : « *Les discriminations dans l'accès aux soins des migrants à travers l'action du centre médical Louis Guilloux* ». Mémoire Master 1 de sciences politiques, 2007, 54 pages

SITES INTERNET

Ministère de la santé et des sports (<http://www.sante-sports.gouv.fr/>)

INSEE.fr

Liste des annexes

ANNEXE I : Guides d'entretien

ANNEXE II : Présentation de la population migrante accueillie au CMLG (Extraits de la présentation faite à l'Assemblée Générale)

ANNEXE III Présentation du pôle interprétariat (Extraits de la présentation faite à l'Assemblée Générale)

ANNEXE IV : Plaquettes d'information à destination des migrants :

- « Petit Guide Pratique Rennais pour les personnes migrantes »
- Plaquette d'information en langue arabe
- Plaquette d'information du pôle interprétariat

ANNEXE I

GUIDES D'ENTRETIEN

Guide d'entretien semi-directif exploratoire

Préambule : nous sommes étudiants à l'école de santé publique de Rennes. Dans le cadre d'un module interprofessionnel, nous avons choisi de travailler sur le thème proposé par M JARNO concernant le réseau migrants de Rennes. Nous sommes au début de notre étude, pour mieux cerner la problématique, nous souhaiterions vous poser quelques questions. Si vous n'y voyez pas d'inconvénients, nous enregistrerons notre entretien par sécurité.

Identification de l'interviewé

I Pouvez-vous nous présenter le réseau migrants de Rennes ?

- comment s'est créé le réseau ? Quel est son historique ? Quelles sont ses missions, ses objectifs ? son fonctionnement ? Comment s'insère l'activité de ce réseau dans le fonctionnement global du réseau Ville-Hôpital?)

II Quelle sont, selon vous, les plus-values de ce réseau migrants et quelles sont les difficultés de prise en charge des migrants par un réseau ?

III Quels sont vos principaux partenaires ?

- Modalités et liens de coopération, formalisations en conventions ? si partenaires non répertoriés, demander si important de les rencontrer)

IV Avez-vous connaissance d'autres réseaux migrants en France ? Quelles caractéristiques distinguent le réseau Rennais des autres ? Quels liens entretenez-vous avec ces autres réseaux ?

Guide d'entretien à destination des partenaires:

I Pouvez-vous nous parler de la prise en charge médico-sociale des migrants dans le 35 ?

II Comment vous situez-vous dans le parcours de prise en charge médico-sociale des primo-migrants ?

III Quels relations entretenez-vous avec le centre L.G ?

- Comment avez-vous connu le centre L.G ?
- Comment s'organisent vos relations avec le centre L.G ? (prise de rendez-vous, outils de communication, contacts...)
- A quel moment déclenchez-vous la prise de contact avec le centre L.G (quand et sur quels critères ?)

IV Quelles sont vos attentes vis-à-vis du centre L.G ?

- Selon vous, quelle devrait être la place du centre LG dans la prise en charge des migrants ?

V Selon vous, quels sont les avantages et les inconvénients d'une prise en charge des primo migrants par le pôle migrant ?

- Avez-vous des retours de la part des usagers sur leur prise en charge par le centre ?

VI Des évolutions vous semblent-elles souhaitables en matière de fonctionnement du dispositif de prise en charge médico-sociale des migrants ?

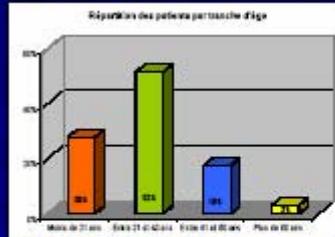
ANNEXE II

Présentation de la population migrante
accueillie au CMLG (Extraits de la
présentation faite à l'Assemblée
Générale)



LA POPULATION

- > 52.8 % sont des femmes
- > L'âge moyen est de 34 ans
- > 43 % vivent isolés en France, 9% avec enfants
- L'amplitude des âges s'étend de 0 à 64 ans



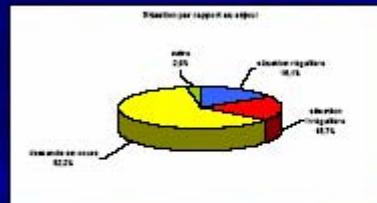
- > 47 % ont moins de trois mois de présence en France l'an dernier ce chiffre était de 28 %
- > 67 % sont en France depuis moins d'un an l'an dernier ce chiffre était de 49 %
- > 70 % ne sont pas francophones contre 64 % l'an passé
- > le niveau d'étude baisse légèrement :
 - en 2007, il était de 65 % / bac, 33 % / études sup.
 - en 2008, il est de 55 % dont 29 % études supérieures

Origine Géographique

- 45 % sont originaires du Caucase
- 25 % d'Afrique Subsaharienne
- 12 % d'Asie
- 8 % d'Europe
- 3 % d'Afrique du Nord

Situation / séjour

- 18 % situation régulière
- 19 % situation irrégulière
- 62 % demande en cours
- 3 % autres



Situation / Logement

- 52 % ont un logement précaire (62 % en 2007)
- 32 % sont SDF (20 % en 2007) (17 % en 2008)

Situation / sécurité sociale

- 21 % n'ont pas de droits ouverts lors de la consultation (26 % en 2007)
- 9 % ont bénéficié d'une ouverture de droits par le RVH (7 % en 2007)

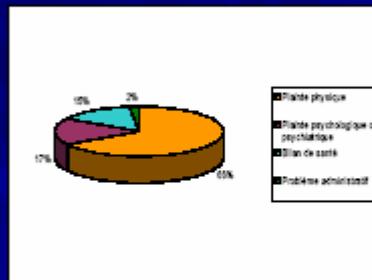
Bilan Médical

- 14% des patients présentent des maladies infectieuses.
 - 22 hépatites C (20 en 2007)
 - 18 hépatites B (7 en 2007)
 - 2 tuberculoses pulmonaires (7 en 2007)
 - 4 VIH (10 en 2007)

- 7 patients sur 10 déclarent avoir subi des violences

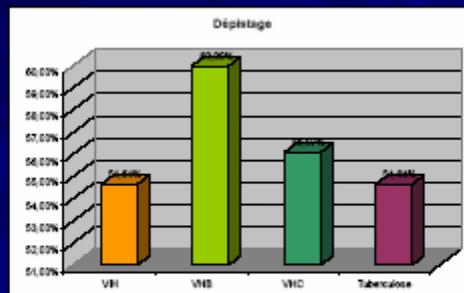
- 30 patients ont été orientés vers l'équipe mobile de psychiatrie pour 128 consultations (en 2007 17 patients pour 31 consultations, 6 hospitalisations)

Motifs de consultation



- entretiens avec un IDE ou un psychologue.
- Expérience de la précarité, indépendance/carte des secteurs

Dépistage de maladies infectieuses



- En 2007 :
- Tuberculose 17%
 - VHC 26 %
 - VHB 30 %
 - VIH 27 %

ANNEXE III

Présentation du pôle interprétariat
(Extraits de la présentation faite à
l'Assemblée Générale)



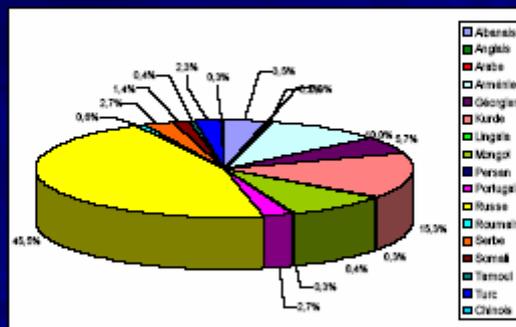
Enquête de satisfaction

Qualités de l'Interprète les plus appréciées par nos partenaires



En 2008 : 78 h de formation ont été assurées (33,5 h en 2007)

Répartition par langue



ANNEXE IV

Plaquettes d'information à destination des migrants :

- « *Petit Guide Pratique Rennais pour les personnes migrantes* »
- *Plaquette d'information en langue arabe*
- *Plaquette d'information du pôle interprétariat*

Septembre 2008

Association Réseau Ville
Hôpital 35



Association Réseau Ville Hôpital 35
Centre médical Louis Guilloux

1, place du Banat—35200 RENNES
Métro : Blasne

Téléphone : 02 99 32 47 36
Télécopie : 02 99 50 51 20
Mél : reseauvillehopital35@wanadoo.fr
Site Internet : www.reseauvillehopital35.org

Petit Guide Pratique
rennais

POUR LES PERSONNES
MIGRANTES

Français / Russe

CENTRE MÉDICAL LOUIS GUILLOUX

Le Centre Médical Louis Guilloux est un lieu d'accueil médico-social.

Le Centre a pour mission d'aider les personnes migrantes à démarrer leur prise en charge médicale.

Il est donc possible s'y consulter un médecin et de se faire aider pour l'ouverture de ses droits à la sécurité sociale.

Par la suite, le Centre Médical Louis Guilloux oriente vers un médecin traitant car le suivi médical au Centre est temporaire.

✓ Centre Louis Guilloux

Centre médical pour personnes migrantes avec difficultés d'accès aux soins.
Consultations sur rendez-vous.

1, place du Banat
35200 Rennes
02.99.32.47.36.
Métro Le Blossne

Horaires d'ouverture :

- Lundi après-midi de 14h à 17h30
- Les mardi, mercredi, jeudi et vendredi de 9h00 à 12h30

En cas d'urgences, il est possible de se rendre à :

✓ L'Hôpital Pontchaillou (pour une urgence concernant un adulte)
Métro Pontchaillou

✓ L'Hôpital Sud (pour les urgences pédiatrique et gynécologique)
Métro Le Blossne



МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЛУИ ГИЙУ

Ассоциация Луи Гийу является медицинско—социальным центром.

Главной целью работы центра является помощь эмигрантам в предоставлении медицинского обслуживания.

Здесь можно проконсультироваться у врача и получить помощь в заполнении документов для оформления медицинской страховки.

Так как консультации в центре носят временный характер, медицинский центр Луи Гийу ориентирует впоследствии пациента к лечащему врачу.

✓ Centre Louis Guilloux

Медицинский центр для эмигрантов не имеющих доступа к лечению.

Консультации по предварительной записи.

1, place du Banat
35200 Rennes
☎02.99.32.47.36
Станция метро «Le Blossne»

Часы работы :

Понедельник с 14: 00 до 17: 30
Вторник, среда, четверг и пятница с 9: 00 до 12: 30

В случае крайней необходимости вы можете обратиться:

✓ L'Hôpital Pontchaillou (скорая помощь для взрослых)
Станция метро «Pontchaillou»

✓ L'Hôpital Sud (скорая помощь для детей)
Станция метро «Le Blossne»



La Sécurité Sociale

Pour se soigner, toute personne vivant en France a droit à une protection maladie pour payer ses frais médicaux, à partir du moment où elle vit depuis **au moins trois mois** sur le territoire. Il est préférable de la demander avant d'être malade. S'il ne vous est pas possible de justifier de ces trois mois de présence en France, vous pouvez venir nous rencontrer au Centre Louis Gullou.

La Couverture Maladie Universelle (CMU):

Elle concerne :

- ✓ les personnes en situation régulière résidant en France depuis au moins trois mois.
- ✓ Les demandeurs d'asile ne sont soumis à cette obligation de trois mois de présence.

Elle est complétée par la CMU complémentaire qui dispense totalement de l'avance de frais.

L'Aide Médicale Etat (AME): elle concerne les personnes en situation irrégulière résidant en France depuis au moins trois mois.

Il faut se présenter à chaque consultation avec sa notification de CMU ou d'AME. On ne paie ni les frais d'hôpital, ni chez le médecin, ni les examens de laboratoire, ni les médicaments à la pharmacie. La CMU et l'AME permettent l'accès aux soins dentaires mais seule la CMU permet l'accès aux prothèses dentaires et aux lunettes.

En cas d'urgence vitale, il faut se rendre à l'hôpital public même si on n'a pas de droits de Sécurité Sociale ouverts.

Caisse Primaire d'Assurance Maladie
Cours des Alliés
35000 Rennes
02.99.35.47.13
Métro Charles de Gaulle



Qu'est qu'un médecin traitant ?

Il est obligatoire d'être suivi par le même médecin généraliste afin de bénéficier d'une meilleure qualité de soins. Le médecin que l'on choisit devient son « médecin traitant » (il remplira le formulaire adéquat). Il est possible de changer de médecin traitant, par exemple, en cas de déménagement dans une autre ville.

Социальное обеспечение

Каждый человек, проживающий во Франции не менее 3-х месяцев, имеет право на медицинскую страховку, покрывающую расходы по медицине. О получении этой страховки нужно позаботиться заранее. Если Вы находитесь во Франции менее трех месяцев, проконсультируйтесь у нас в Центре Луи Гийу.

Всеобщее медицинское страхование (CMU):

Кто имеет право :

- ✓ лица проживающие во Франции на законном основании не менее 3-х месяцев.
- ✓ для лиц, сделавших запрос на статус беженца, 3-х месячное присутствие на территории не обязательно.

Оно может быть дополнено всеобщим дополнительным медицинским страхованием (CMU complémentaire), покрывающим все расходы.

Государственная медицинская помощь (AME)

предоставляется лицам, находящимся во Франции на нелегальном положении на протяжении 3-х месяцев и более.

Справку о CMU или AME Вы должны предоставлять при каждой медицинской консультации. С ними в больнице, у врача, в аптеке и лаборатории Вас обслужат бесплатно. CMU и AME действительны в течение 1 года на всей территории Франции и дают доступ к консультации у стоматолога, но только CMU покрывает расходы на зубные протезы и очки.

В случае крайней необходимости обращайтесь в государственную больницу даже если у вас нет Социальной страховки.

✓ Медицинское страхование

Cours des Alliés
35000 Rennes
☎ 02.99.35.47.13
Станция метро «Charles de Gaulle»



⇒ Кто такой лечащий врач?

Лечиться у одного и того же врача – терапевта обязательно, это улучшает качество медицинского обслуживания. Выбранный Вами врач становится Вашим «лечащим врачом» (он заполнит для этого нужный формуляр). Вы можете поменять лечащего врача в любое время, например, в связи с переездом в другой город.

Les droits au séjour

«Droit d'asile»

Les personnes ayant fui la persécution peuvent faire une demande d'asile afin d'obtenir le statut de réfugié (carte de résident de 10 ans) ou la protection subsidiaire (carte de séjour de 1 an) accordés par l'OFPRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides).

Il faut d'abord se présenter à la Préfecture pour être autorisé à séjourner légalement, puis adresser dans les 21 jours à l'OFPRA le dossier remis par la Préfecture dans lequel il faut raconter en français (ou faire traduire) les motifs de sa demande. Le service d'accueil et d'orientation (SAO) est là pour vous aider dans ces démarches.

«Droit au séjour en cas de maladie grave»

Les personnes atteintes d'une maladie très grave peuvent demander un titre de séjour temporaire (limité à la durée des soins) à la Préfecture, à condition que le traitement nécessaire ne soit pas accessible dans leur pays. Le dossier de demande doit être retiré à la Préfecture par la personne malade et complété par un médecin agréé. Le Centre Médical Louis Guillaux peut vous aider dans cette démarche.

Service d'Accueil et d'Orientation
33 bis rue Auguste Pavie
Tel: 02.99.51.86.28
Bus n°11, arrêt Auguste Pavie

Préfecture d'Ille et Vilaine
3, avenue de la Préfecture
35026 Rennes Cedex 9
02.99.02.10.18
Bus n°86, arrêt Beauregard/Préfecture

Agence nationale d'accueil des étrangers et des migrations (ANAEM)
110 rue de Vern 35200 Rennes
Tel: 02 99 22 98 60
Service public chargé de la gestion administrative des migrations: contrat d'accueil et d'intégration, dossiers de regroupement familial, contrôle médical accueil demandeurs d'asile.

Accueil du lundi au vendredi de 9h à 17h
et de 13h30 à 17h30

Accueil
du lundi au vendredi de 9h à 17h
du lundi au vendredi de 14h à 17h

Du lundi au vendredi
De 9h à 16h



Право на пребывание

«Право на убежище»

Лица бежавшие от преследований, могут подать ходатайство о предоставлении убежища с целью получения статуса беженца (удостоверение личности иностранца на 10 лет) или дополнительной защиты (удостоверение личности иностранца на 1 год), которые предоставляются Французским Управлением по защите беженцев и лиц не имеющих гражданства - OFPRA.

В первую очередь необходимо явиться в Префектуру по месту проживания, чтобы получить разрешение на легальное пребывание на территории Франции, затем в 21-дневный срок отправить в OFPRA выданное в Префектуре досье, в котором необходимо изложить мотивы просьбы на французском языке (или в переводе). Служба приема и ориентации (SAO) может помочь Вам в этом.

«Право на пребывание в случае тяжелой болезни»

Лица, страдающие тяжелой болезнью могут подать заявление на получение краткосрочного удостоверения личности иностранца (CST, carte de séjour temporaire), действительного на срок лечения при условии, что необходимое лечение недоступно на родине. Для этого досье, взятое больным в Префектуре, должно быть заполнено врачом у которого есть специальное разрешение на заполнение таких сертификатов. Медицинский центр Гун Гийу может помочь Вам в заполнении этого досье.

Служба приема и ориентации (SAO)
33 bis rue Auguste Pavie
☎02.99.51.86.28
Автобус №11 остановка Auguste Pavie

Префектура Ille-et-Vilaine
3, avenue de la Préfecture
35026 Rennes Cedex 9
☎02.99.02.10.18
Автобус №16, остановка
«Beauregard/Préfecture»

Национальное агентство по приему
иностранцев и иммигрантов (ANAEM)
110 rue de Vern 35200 Rennes
Tel: 02 99 22 98 60

Государственная служба занимающаяся административными вопросами эмиграции: контракт приема и интеграции, воссоединение семей, медицинский контроль, прием беженцев.

Приним
С понедельника по пятницу с 9 до 12 часов
и с 13:30 до 17:30



Pour manger

⇒ Prendre un panier repas :

✓ Restos du Cœur

*118, rue de l'Alma
02.23.30.28.50.
Bus n°3, arrêt Jacques Cartier
Métro Jacques Cartier ou Clémenceau
Lundi, mardi, jeudi et vendredi de 8h30 à 11h30 (de décembre à mars)



*Rue Henri Le Guilloux (Quartier Villejean)
02.99.33.23.93
Bus n°16 et n°10, arrêt Jean-Baptiste de La Salle
Mardi, jeudi, vendredi de 14h à 16h30 (de décembre à mars)

(attention : d'avril à juin et de septembre à novembre, les Restos ne sont ouverts qu'un jour par semaine, se renseigner avant d'y aller!)

✓ Croix-Rouge Française

*66, rue Dupont des Loges
02.99.67.75.70.
Bus n°2, n°11 et n°17, arrêt Laënnec
Bus n°6 et n°16, arrêt Pont de Chateaudun
Mardi et jeudi de 9h30 à 11h15 et de 14h30 à 16h15
Mercredi et vendredi de 9h30 à 11h15

⇒ Déjeuner sur place :

✓ Restaurant *Le perdu* « Le Foumeau »

Restaurant ouvert aux personnes majeures sans revenus ou à faibles revenus et aux personnes sans domicile fixe
*5, rue Clémence Royer.
02.99.67.37.30.
Bus n°19, arrêt Voltaire/Mabilais
Du lundi au vendredi de 8h30 à 13h (restauration de 8h45 à 12h45)
Le samedi de 8h30 à 12h (restauration de 8h45 à 11h45)
Fermé le dimanche et jours fériés.

Где пообедать

⇒ Где взять продовольственную корзину:

✓ Restos du Cœur

*118, rue de l'Alma
02.23.30.28.50
Автобус №3, остановка « Jacques Cartier »
Станция метро « Jacques Cartier » или « Clémenceau »
График работы: понедельник, вторник, четверг и пятница с 8:30 до 11:30 (с декабря по март).



*Rue Henri Le Guilloux (район Вильжан)
02.99.33.23.93
Автобус №16 и №10, остановка « Jean-Baptiste de La Salle »
Вторник, четверг и пятница с 14:00 до 16:30 (с декабря по март).

(Внимание: с апреля по июнь и с сентября по ноябрь, Restos du Cœur открыты только по одному дню в неделю! Проконсультируйтесь, прежде чем пойти!)

✓ Croix-Rouge Française (Французский Красный Крест).

66, rue Dupont des Loges
02.99.67.75.70
Автобус №2, №11 и №17, остановка « Laënnec »
№6 и №16, остановка « Pont de Chateaudun »
График работы: вторник и четверг, с 09:30 до 11:15 и с 14:30 до 16:15
среда и пятница, с 09:30 до 11:15

⇒ Пообедать на месте

✓ Ресторан *Le perdu* « Le Foumeau »

открыт для лиц, достигших совершеннолетия, с низким уровнем доходов или без дохода и для лиц без определенного места жительства.
*5, rue Clémence Royer
02.99.67.37.30
Автобус №19, остановка « Voltaire/Mabilais »
График работы: с понедельника по пятницу, с 8:30 до 13:00 (обслуживание с 8:45 до 12:45).
По субботам с 8:30 до 12:00 (обслуживание с 8:45 до 11:45).
Закрывает по воскресеньям и праздничным дням.

Pour se laver

✓ Lieu d'accueil de jour « Puzzle »

*9, rue de la Cochardière
02.23.20.34.59.
Bus n°10, arrêt Hôtel Dieu
Métro Sainte-Anne
Du mardi au vendredi de 14h30 à 18h30
Le dimanche et les jours fériés de 9h30 à 13h



✓ Bains-Douches Municipaux/ Piscine Saint-Georges

*2, rue Gambetta
Bus n°3, arrêt Gambetta
Le lundi de 8h30 à 12h30
Du mardi au vendredi de 8h30 à 12h30 et de 14h à 19h30
Le samedi de 8h30 à 12h30 et de 14h à 19h

✓ Secours Catholique

*11, rue Louis Guilloux
02.99.54.11.01
Bus n°16, arrêt Saint-Brieuc
Le jeudi de 14h à 16h30.

Laver et sécher du linge

✓ Lieu d'accueil de jour « Puzzle »

*Voir « pour se laver »



Где принять душ:

✓ Lieu d'accueil de jour « Puzzle »

*9, rue de la Cochardière
02.23.20.34.59
Автобус №10, «становка» «Hôtel Dieu»
Станция метро «Sainte-Anne»
График работы : со вторника по пятницу с 14:30 до 18:30.
По воскресеньям и праздничным дням с 9:30 до 13:00.



✓ Общественные бани и душевые/Бассейн «Saint-Georges»

*2, rue Gambetta
Адрес: Автобус №3, остановка «Gambetta»
График работы : понедельник - с 8:30 до 12:30
со вторника по пятницу с 8:30 до 12:30 и с 14:00 до 19:30
суббота - с 8:30 до 12:30 и с 14:00 до 19:00

✓ Secours Catholique

10, rue Louis Guilloux
02.99.54.11.01
Автобус №16, остановка «Saint-Brieuc»
График работы : четверг с 14:00 до 16:30

Где постирать и высушить вещи:

✓ « Puzzle »

смотрите рубрику « Где принять душ»



Pour se procurer des vêtements

Il est recommandé de se renseigner auprès du SAO ou du Centre Louis Guilloix avant de contacter les associations.

- ✓ **Croix-Rouge Française**
*Voir « pour manger »
Du mardi au vendredi de 10h à 12h et de 14h à 16h.
- ✓ **Restos du Cœur**
*Voir « pour manger »
Sur rendez-vous les jours de distribution des repas
- ✓ **Secours Populaire**
*22, rue de Nadault de Buffon
02.99.53.31.41 ou
02.99.87.09.22
Bus n°19, arrêt Strasbourg
Le lundi de 14h à 16h30
- ✓ **Secours Catholique**
*Voir « pour se laver »



Pour apprendre le français

- ✓ **Croix-Rouge Française**
*Voir « pour manger »
- ✓ **Service d'Accueil et d'Orientalion**
*Voir « Droit au séjour »
- ✓ **Comité de Liaison pour la Préformation et la promotion sociale (C.L.P.S)**
Formation et alphabétisation:
Les cours ont lieu dans des équipements Socio-culturels et sur site. Gratuit.
Secteur migrants
5 rue Léon Berthaut
B.P. 81649 Rennes cedex
02.99.14.50.00
- ✓ **Délic femmes**
Les cours ont lieu au siège, à Mauvepar et à l'Espace Social de Blossac.
7 bis, rue d'Armagnac
35000 Rennes Tel: 02 23 46 17 92



Где взять одежду

Мы вам советуем проконсультироваться у Службы приема и ориентации (SAO) или в Центре Луи Гилью перед тем как обратиться в ассоциации.

- ✓ **Croix-Rouge Française** (Французский Красный Крест).
*Смотрите рубрику «Где пообедать»
Со вторника по пятницу с 10 до 12 и с 14 до 16 часов.
- ✓ **Restos du Cœur**
*Смотрите рубрику «Где пообедать»
По предварительной записи в дни раздачи еды
- ✓ **Secours Populaire**
*22, rue de Nadault de Buffon
02.99.53.31.41 или
02.99.87.09.22
Автобус n°19, остановка Strasbourg
Понедельник с 14 до 16 :30
- ✓ **Secours Catholique**
*Смотрите рубрику «Где принять душ»



Курсы французского языка

- ✓ **Croix-Rouge Française** (Французский Красный Крест).
*Смотрите рубрику «Где пообедать»
- ✓ Служба приема и ориентации (SAO)
*Смотрите рубрику «Право на пребывание»
- ✓ **Comité de Liaison pour la Préformation et la promotion sociale (C.L.P.S)**
Обучение и начальные языковые курсы
Занятия могут проводиться как в социально-культурных заведениях, так и на месте. Обучение бесплатно.
Отделение для эмигрантов
5 rue Léon Berthaut
B.P. 81649 Rennes cedex
02.99.14.50.00
- ✓ **Délic femmes**
Курсы на месте, в районе Морена и в социальном центре Блон.
7 bis, rue d'Armagnac
35000 Rennes Tel: 02 23 46 17 92



Les associations de soutien

- ✓ **MRAP**
12 cours de Eohème
35200 RENNES
02.99.32.04.41
- ✓ **Relais Etrangers**
9 rue de Gascogne
35000 RENNES
02.99.33.84.36
Permanences le jeudi de 17h30 à 19h30
- ✓ **U.A.I.R.**
62 rue de Dinan
35000 RENNES
02.99.33.01.03
- ✓ **Secours Catholique**
10, rue Louis Guilloux
35000 RENNES
02.99.54.11.01
- ✓ **Cimade**
22 bd de la Liberté
35000 Rennes
Tel: 02 99 54 00 17 (Mme Contim)
Accueil et soutien aux demandeurs d'asile
Formation linguistique
Intervention dans les centres de rétention administrative
- ✓ **Delit de solidarité**
Permanence à la Maison de Quartier La Binquerais
Place de Bir Hakeim 35200 Rennes
Lundi de 18h à 20h.
Tel: 02 99 50 57 41
Aide et assistance juridique gratuites aux personnes étrangères et demandeurs d'asile.
- ✓ **Collectif de soutien aux sans papiers**
Rencontre le mardi à 18h30 à la
Maison Internationale de Rennes (M.I.R.)
7 quai Chateaubriand 35000 Rennes
www.sp35.free.fr

Ассоциации поддержки

- ✓ **MRAP**
12 cours de Bobème
35200 RENNES
02.99.32.04.41
- ✓ **Relais Etrangers**
9 rue de Gascogne
35000 RENNES
02.99.33.84.36
Приём по четвергам с 17:30 до 19:30
- ✓ **U.A.I.R.**
62 rue de Dinan
35000 RENNES
02.99.33.01.03
- ✓ **Secours Catholique**
10, rue Louis Guilloux
35000 RENNES
02.99.54.11.01
- ✓ **Eimade**
22 bd de la Liberté
35000 Rennes
Tel: 02 99 54 00 17 (Mme Contim)
Помощь беженцам
Языковые курсы
Поддержка в центрах административного задержания
- ✓ **Delit de solidarité**
Приём в Maison de Quartier La Binquerais
Place de Bir Hakeim 35200 Rennes
Понедельник с 18 до 20 часов.
Tel: 02 99 50 57 41
Помощь и бесплатная юридическая поддержка для иностранцев и беженцев.
- ✓ **Collectif de soutien aux sans papiers**
Встречи по вторникам в 18:30 в
Maison Internationale de Rennes (M.I.R.)
7 quai Chateaubriand 35000 Rennes
www.sp35.free.fr

داء السل مرض لا يجب الإغفال عنه فهو لا يزال متفشيا

يبقى
مشكلا
للصحة العامة

يجب استكشافه مبكرا

يجب أن يعالج
مبكرا

شبكة محاربة
داء السل
لسايل إي فيلان

RESEAU

VILLE

19700



عناوين مفيدة

• داس إيل إي فيلان
مفتشية الصحة - حراسة صحية
13 أفونو كوسبي
35031 رين
الهاتف : 0299021880

• ريزو فيل هوييغال 35
1 بلاص بو بنا (المقني)
35200 رين
الهاتف : 0299324736

• المركز الإستشفائي الجهوي لرين
سكرتارية مصلحة أمراض الرئة
رو هنري لو غسيو
35033 رين سيديكس 9
الهاتف : 0299282481

• المركز الإستشفائي لسان مالمو
سكرتارية مصلحة أمراض الرئة
I رودو مسان
35403 سان مالمو سيديكس
الهاتف : 0299212170

• المركز الإستشفائي لفوجير
سكرتارية مصلحة أمراض الرئة
133 رو دو لافوري
35305 فوجير سيديكس
الهاتف : 0299177062

• المركز الإستشفائي لرودون
سكرتارية مصلحة أمراض الرئة
8 أفونو إيتيان غاسكون
35603 رودون سيديكس
الهاتف : 0299717177

تلقيح الـ ب س ج

• اجبارية التلقيح بالـ ب س ج بالنسبة للأطفال و المراهقين قبل
دخولهم في التجمعات تم تطبيقها منذ 2007.

• و مع ذلك فمن المستحب أن يلقح الأطفال و المراهقون
المعرضين لخطر داء السل.

• لمزيد من المعلومات ننصحكم باستشارة طبيبك.

داء السل
مرض يتكفل به
الضمان الاجتماعي
100 بالمائة

Horaires d'ouverture

Du lundi au vendredi :

9 h 00 – 12 h 30

14 h 00 – 17 h 00

Chargée de mission interprétariat:

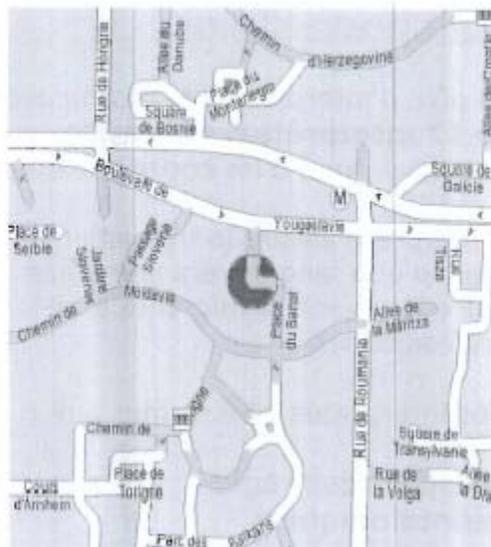
Mme Oksana VATS

Comité de pilotage:

- AMSSIC/ Maison des Squares
- Réseau ville hôpital 35
- AFTAM/ Service d'Accueil et d'Orientation
- Union des Associations Interculturelles de Rennes (UAIR)

Nos partenaires financiers:

ACSÉ, Conseil Général35, CUCS,
DDASS, GRSP, Ville de Rennes



1, place du Banat (rez-de-chaussée)
35200 RENNES

Tél: 02.99.32.47.36

Fax: 02.99.50.51.20

E-mail:

reseauvillehopital35@wanadoo.fr

Site web:

www.reseauvillehopital35.org

Accès métro et bus

métro : arrêt Le Blosne

bus : Ligne 33A ou 33B arrêt Le Blosne

RESEAU
VILLE
HOPITAL



Pôle d'interprétariat

***Pôle
d'interprétariat
médico-social***

Plaquette d'informations à destination des
professionnels en contact avec des
personnes migrantes

Objectifs

Faciliter la communication

entre les professionnels de santé et du social et la personne migrante

Répondre

aux difficultés des structures en proposant un service de qualité avec des interprètes formés et expérimentés

Favoriser

l'accès aux soins, aux droits sociaux et l'intégration de la personne migrante

Fonctionnement

Le pôle d'interprétariat se compose de **17 interprètes**, salariés de l'association et d'un **coordinateur**.

L'interprète assure la traduction orale d'une langue vers une autre entre la personne migrante et le professionnel.

Nos interprètes sont formés aux :

- respect des règles déontologiques:

- ❖ Confidentialité
- ❖ Impartialité
- ❖ Restitution objective, complète et fidèle du message

- entretiens médicaux et sociaux

Toute demande d'interprétariat doit **impérativement être préalablement enregistrée par l'association** qui est seule habilitée à missionner les interprètes dont elle est employeur.

Langues

Les langues dont nous disposons actuellement sont suivantes :

- Afghan
- Albanais
- Anglais
- Arménien
- Géorgien
- Kurde
- Lingala
- Mongol
- Portugais
- Roumain
- Serbe
- Somali
- Russe
- Turc

Axes d'intervention

- ❖ Médical
- ❖ Social
- ❖ Educatif
- ❖ Juridique

