

MISE A L'ABRI DES DEMANDEURS D'ASILE MADA

Katia DELECROIX

Directrice

Aude LAURENT

Cheffe de service

Omar DANY

Coordinateur

MISSION

- Offrir une réponse aux besoins de première urgence y compris la mise à l'abri temporaire des personnes « primo-arrivantes ».
- Mobiliser une offre d'hébergement d'urgence pour les personnes issues de la procédure d'asile, sur la base d'évaluations sanitaires et sociales des situations.
- Réaliser les orientations des publics selon leurs situations administratives.

Ce dispositif fonctionne en lien direct avec le 115 (numéro gratuit d'appel d'urgence).

FINANCEMENT

ÉTAT – Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables (BOP 177)

ÉQUIPE

Personnel administratif

Direction	0,30 ETP
1 secrétaire de pôle	0,20 ETP
1 secrétaire.....	0,90 ETP

Personnel social

1 chef de service éducatif.....	0,45 ETP
1 travailleur social coordonnateur	0,55 ETP
3 travailleurs sociaux.....	3,00 ETP
2 agents sociaux polyvalents.....	2,00 ETP

Personnel de services généraux

1 agent de maintenance.....	0,30 ETP
-----------------------------	----------

▲ PLACES PERMANENTES - PUBLIC ACCUEILLI

269 ménages dont :

- 75 familles monoparentales
- 112 couples avec ou sans enfants
- 82 personnes isolées

691 personnes dont :

- 166 hommes
- 248 femmes
- 277 enfants mineurs

ENSEMBLE DES PLACES

▲ HÉBERGEMENT SUR L'ANNÉE

Nombre de personnes : **926**

94 475 nuitées

Moyenne journalière : **259 personnes**

▲ DURÉES MOYENNES DE SÉJOUR

Personnes sortantes dans l'année : **115 jours soit environ 4 mois**

Personnes présentes au 31/12/2022 : **483 jours soit environ 16 mois**

FOCUS SUR LES PLACES MODUL'ARS

▲ HÉBERGEMENT SUR L'ANNÉE

Nombre de personnes : **732**

27 680 nuitées

Moyenne journalière : **76 personnes**

▲ DURÉES MOYENNES DE SÉJOUR

Personnes sortantes dans l'année : **38 jours**

Personnes présentes au 31/12/2022 : **63 jours**



SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LA PRESENTATION DU SERVICE MADA.....	2
1.1 Les différents dispositifs et les moyens d'accès à l'hébergement	2
1.2 L'accompagnement social	3
1.3 Les actions menées	5
1.4 Les faits marquants et les perspectives pour 2023	6
2. L'ACTIVITE 2022 : BILAN QUANTITATIF ET QUALITATIF.....	8
2.1 La typologie des ménages accueillis	8
2.2 La tranche d'âge et le sexe des personnes hébergées	10
2.3 Les durées de séjour.....	11
2.4 Les nationalités.....	12
2.5 La situation administrative des hébergés au regard de leur droit au séjour	13
2.6 Les orientations effectuées	15
2.7 Les statistiques des places pérennes du centre d'hébergement « Modul'Ars »	17
3. L'ACTIVITE 2022 : DONNEES CONCERNANT LES MISES A L'ABRI A LA NUITEE.....	18
3.1 Les places pour les hommes isolés	18
3.2 Le Plan Grand Froid	18
4. L'ACTIVITE 2022 : ACCUEIL ET HEBERGEMENT DES DEPLACES UKRAINIENS.....	19
4.1 La typologie des ménages	19
4.2 Le profil des personnes accueillies.....	19
4.3 Les durées de séjour et la fin de prise en charge.....	20
CONCLUSION	20
GLOSSAIRE.....	21
ANNEXE : ENQUÊTE SANTÉ.....	22

INTRODUCTION

Le service de Mise à l'Abri des Demandeurs d'Asile (MADA) a comme mission principale l'hébergement d'urgence de personnes en demande d'asile ou issues de la demande d'asile (personnes déboutées de la demande d'asile).

Au-delà de l'aspect hébergement, il est proposé un accompagnement social global avec un certain nombre de partenaires inter-associatif et externes à l'ARS.

L'année 2022 a été marquée par un flux croissant d'arrivées de demandeurs d'asile en besoin d'hébergement, mais aussi par l'accueil temporaire de déplacés ukrainiens.

Aussi, la sortie de la pandémie a permis davantage de possibilités en terme d'actions collectives et de collaborations avec les partenaires.

Le dispositif de la MADA se veut et se doit d'être un service évolutif, en lien étroit avec l'évolution des flux migratoires et des mesures gouvernementales prises pour l'accueil des demandeurs d'asile sur le territoire français.

Ce rapport présente le dispositif, les faits marquants et perspectives souhaitées, mais aussi l'activité du service avec des données chiffrées et expliquées.

1. LA PRESENTATION DU SERVICE MADA

1.1 Les différents dispositifs et les moyens d'accès à l'hébergement

Ce service se compose de quatre lieux d'hébergement distincts se répartissent comme suit :

- 120 places dont 10 places pour des hommes isolés à la nuitée, sur le site d'hébergement dénommé Modul'Ars sur Vandœuvre-lès-Nancy,
- 87 personnes au sein de deux hôtels au centre de Nancy,
- 141 personnes au sein d'un hôtel implanté sur la commune de Ludres,

Soit un total de 348 places.

Le service dispose de bureaux situés au 44 rue Molitor à Nancy, immeuble partagé avec le SAM (droit commun), le SIAO, l'HUAS, le SDAO 115, la SPADA et le CAES. Ces bureaux permettent de recevoir en entretien les personnes hébergées. L'implantation des locaux facilite les liens entre services sur des situations communes. Par exemple, des usagers peuvent être accompagnés par plusieurs services ou transférés de l'un à l'autre.

A noter que les services de l'asile (SPADA, MADA et CAES), ont intégré de nouveaux locaux situés au 8 boulevard du 21^{ème} Régiment d'Aviation à Nancy en décembre 2022. En effet, les anciens bureaux étaient devenus trop exigus.

L'accès à l'hébergement d'urgence des personnes se fait obligatoirement par le numéro de téléphone dédié 115. L'admission est priorisée en fonction de la composition familiale, de critères de vulnérabilité (femme isolée avec ou sans enfants, couple avec enfants mineurs, personnes avec des problématiques de santé avérées...) et des places disponibles. Les hommes isolés, auparavant non considérés comme prioritaires, se voient aujourd'hui proposer une mise à l'abri à la nuitée ou temporaire si la vulnérabilité de la personne est attestée par un certificat médical.

Les personnes primo-arrivantes, c'est-à-dire arrivant sur le territoire français, passent par la SPADA pour enregistrer leur demande d'asile. C'est à ce moment qu'elles font connaître leur besoin d'hébergement et sont informées de devoir composer le 115.

Les personnes déboutées de la demande d'asile ou ayant un statut peuvent également être hébergées. Très souvent, elles sont présentes depuis quelques mois sur le territoire et connaissent ou ont déjà composé ce numéro 115.

Pour les personnes fuyant le conflit ukrainien et en besoin d'hébergement à leur arrivée sur Nancy, leur accueil s'est fait via une organisation spécifique à la préfecture de Nancy. Des dispositifs d'hébergement leur ont été dédiés, cependant, certaines personnes ukrainiennes ont été prises en charge par la MADA.

Le lien avec les écoutants 115 est très important afin de faciliter les orientations d'une part, et de déclarer les places disponibles, en temps réel.

Sur chacun des lieux d'hébergement, il est demandé aux personnes de participer à l'entretien des espaces privés, partagés (sanitaires et cuisines) avec la mise en place d'outils (affichage des consignes et plannings). Les hôteliers ou les professionnels sont garants du respect de ces mesures.

Ces lieux d'hébergement sont financés par subvention sur le BOP 177. Le coût à la place doit tendre à 17 euros.

1.2 L'accompagnement social

Chaque personne hébergée est rencontrée le lendemain de son installation par un travailleur social lors de la « permanence de vulnérabilité ». Cette rencontre permet de faire le point sur la situation de la personne/du ménage (administrative, médicale, familiale, etc...), de l'orienter vers des services en fonction de ses besoins (SPADA ou bien encore services de soins), de pérenniser la mise à l'abri ou pas, et de nommer un travailleur social référent qui se chargera de son accompagnement social.

Chaque personne se doit de respecter le règlement, l'accompagnement proposé et de se mobiliser dans ses démarches, dans une visée d'autonomie et d'insertion, faute de quoi des avertissements peuvent lui être adressés, voire une fin de prise en charge.

Les travailleurs sociaux accompagnent les personnes de manière globale sur différents aspects sous forme de rendez-vous individuels ou lors de leurs passages sur les lieux d'hébergement :

- ❖ Liés à la santé : prise de rendez-vous au CLAT systématique pour les primo-arrivants, liens avec les professionnels de santé, orientation, suivi et maintien des droits santé,
- ❖ Liés à la parentalité : orientation vers PMI s'il y a des besoins inhérents au développement des enfants, partenariat avec l'ASE (surtout dans le cas de défaillances éducatives observées), demandes d'AFEF auprès du Conseil Départemental,
- ❖ Liés à la collectivité : écoute, conseils, mise en place d'actions collectives, participation active au fonctionnement du lieu d'hébergement,

- ❖ Liés à la scolarisation : information, orientation vers le CIO, inscription des enfants à l'école de la commune,
- ❖ Liés au transfert d'hébergement : lien avec l'OFII, transmission d'informations, pour les demandeurs d'asile bénéficiant des Conditions Matérielles d'Accueil (CMA),
- ❖ Liés aux besoins primaires : orientations vers les associations caritatives pour obtenir de l'alimentation, des vêtements et objets du quotidien, (à préciser que les personnes déboutées de la demande d'asile ne perçoivent aucune aide financière), distribution mensuelle d'un kit hygiène et d'aide alimentaire via la Banque Alimentaire.

Il est à préciser que les personnes en procédure d'asile avec ou sans CMA, seront suivies sur l'aspect procédure par le service de la SPADA et sur l'aspect hébergement et vie sociale par la MADA.

Sur l'ensemble des lieux d'hébergement, les personnes doivent être totalement autonomes dans les gestes du quotidien et les différents déplacements. En effet, il n'y a pas de personnel "aidant", ni médical type aide-soignant ou accompagnant éducatif et social.

Des partenaires de santé favorisent l'accès aux soins en lien avec les professionnels. Un coordinateur du CHU de Nancy, fait le lien entre les services dans le cadre des suivis longs, hospitalisations, consultations à la PASS et urgences. Une sage-femme libérale acceptant de faire des actes non rémunérés, intervient très régulièrement pour assurer des soins auprès de femmes enceintes et jeunes mamans afin de conseiller, orienter mais aussi et surtout faire le lien avec la maternité régionale de Nancy.

Une équipe d'infirmiers détachée du Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) est amenée à rencontrer des personnes sur demande du service de la PASS ou suite à des observations émises par les travailleurs sociaux.

Le service Antigone de l'association, accompagne les personnes en situation ou ayant des antécédents de prostitution.

Les associations caritatives sont des partenaires essentiels pour l'apport des besoins de première nécessité. Aussi la Banque Alimentaire nous fournit chaque mois des produits secs et frais sur demande.

Sinon concernant l'équipe, elle se compose de trois travailleurs sociaux diplômés du social, de deux agents sociaux polyvalents et d'une secrétaire à mi-temps. Un agent de maintenance du pôle intervient également sur le service. Enfin, une stagiaire éducatrice spécialisée a été formée sur le dispositif pendant quatre mois.

Chaque travailleur social est en charge d'un ou plusieurs lieux d'hébergement afin de faire le lien avec les hôteliers et assurer un meilleur suivi avec les personnes hébergées.

Le coordinateur et la chef de service soutiennent cette équipe dans le quotidien, organisent, et veillent au bon fonctionnement. Également, ils animent régulièrement des réunions, des synthèses (focus sur les situations des personnes hébergées) et se rendent sur les lieux d'hébergement.

1.3 Les actions menées

Ces actions sont essentiellement des actions collectives à destination des familles (parents et enfants) et des femmes. Ces temps ont des visées éducatives, d'insertion, de loisirs et de prévention sanitaire.

Ces moments partagés favorisent l'accompagnement social, mettant en avant les besoins éventuels, favorisant une meilleure connaissance des personnes et privilégiant les liens entre usagers et professionnels. Les personnes accueillies sont en demande de ces temps partagés. En effet, compte tenu leur origine, le sentiment d'isolement est prégnant en arrivant sur un territoire méconnu, et un pays culturellement différent du leur. Leur statut de demandeur d'asile ou débouté de la demande d'asile ne les autorise pas à travailler donc ces activités se veulent aussi occupationnelles.

Voici un compte-rendu de ces actions :

Le réseau Solène a permis deux sessions de consultations d'ophtalmologie pour des personnes n'ayant pas de couverture santé, avec des spécialistes en la matière.

Un partenariat avec « Gynécologie sans frontière » a permis de mettre en place des ateliers autour de la contraception et de l'hygiène pour des femmes adultes et adolescentes.

La conseillère numérique du pôle asile a organisé deux ateliers de sensibilisation pour des enfants et adolescents sur les dangers des écrans et des réseaux sociaux.

Au sein de certains hôtels des conventions sont signées avec des bénévoles. Ceux-ci pallient des besoins de première nécessité, organisent des sorties et activités avec les enfants, participent financièrement à des besoins de transports ou soins, donnent des cours de français.

L'inauguration et la présentation du nouveau site d'hébergement de Modul'Ars a pu se faire avec l'invitation des partenaires et des salariés de l'association. Une journée festive a permis la visite du site et un temps convivial avec les occupants. Cette inauguration réussie a ainsi entériné l'ancien lieu d'hébergement "la caserne Faron".

Des activités ludiques pendant les vacances scolaires ont été organisées en petit groupe :

- Sessions de jeux et gouters partagés,
- Visite du jardin botanique,
- Participation aux animations "Un Eté Chapitô" proposées par la commune de Vandœuvre-lès-Nancy,
- Carnaval sous forme de kermesse sur Modul'ars.

Un jardin potager a aussi été cultivé par les personnes accueillies sur Modul'ars répondant à des besoins alimentaires et embellissant le site. Cette action a permis de créer du lien, apporter une forme d'occupation aux personnes présentes, mais aussi un sentiment d'utilité.

La stagiaire ayant des compétences en couture a mis en place des ateliers pendant la période de son stage.

Une friperie ouverte à toutes les personnes hébergées du service avec des vêtements collectés en amont a permis à certaines personnes de répondre à leurs besoins.

Un partenariat avec « La Boîte à Cuisine » a permis à des usagers de partager un moment convivial autour d'une thématique, mais aussi d'apprendre à cuisiner à moindre coût.

1.4 Les faits marquants et les perspectives pour 2023

L'année 2022 a été marquée essentiellement par une augmentation des arrivées de demandeurs d'asile et l'accueil des déplacés ukrainiens.

Dès le début de la guerre en Ukraine au mois de mars 2022, de nombreux déplacés d'Ukraine ont été accueillis en France. Ces personnes dès leur arrivée ont été prises en charge par la préfecture qui a organisé un accueil, des aides financières ainsi que la mise en place d'un hébergement dédié. Cependant, lors d'arrivées le week-end ou pour des situations particulières, nous avons accueilli à Modul'Ars des personnes ukrainiennes sur des temps courts avant qu'elles soient réorientées vers des logements autonomes ou des lieux d'hébergement dédiés.

Cet accueil sur Modul'Ars a parfois impacté l'organisation avec l'accueil d'animaux de compagnie, normalement impossible, mais aussi par le fait que l'accompagnement social de ces personnes était géré par un service nommé "Mission Ukraine", qui intervenait sur site via des temps de permanence. Il y avait donc plusieurs travailleurs sociaux sur place qui intervenaient pour des personnes différentes, source d'incompréhension pour certains occupants.

Au-delà de l'aspect accueil, il est constaté que ces personnes ont pu dès leur arrivée bénéficier d'aides à l'insertion, financières, à la scolarité, à une couverture santé, à un logement en autonomie. Cette différence de traitement avec les demandeurs d'asile que nous hébergeons majoritairement, a questionné les professionnels à de nombreuses reprises. Force est de constater que des moyens peuvent être mis en place et ceci nous a permis d'en prendre conscience.

Par ailleurs, à partir du mois d'août 2022, le flux de demandeurs d'asile a augmenté sur l'ensemble du territoire français. Ainsi de nombreuses personnes primo-arrivantes ont été hébergées sur le service. Ceci a eu comme incidence un certain turn-over au niveau des hébergements et des permanences de vulnérabilité plus longues pour permettre de voir chaque nouvelle personne. Afin de pouvoir répondre à toutes les demandes d'hébergement, il a fallu parfois faire de la colocation au sein de certains modules et des "switchs" entre les différents lieux d'hébergement.

Voici un listing des autres faits marquants :

- Au niveau des ressources humaines, on a le départ de la coordinatrice en début d'année, remplacée en janvier, la pérennisation d'un agent polyvalent, le départ d'un travailleur social, remplacé et le recrutement d'un deuxième agent social pour le site Modul'Ars,
- Difficultés constantes de recrutement de travailleurs sociaux qualifiés, notamment durant le congé maternité d'une travailleuse sociale et sa reprise de poste à mi-temps,
- Pour certains postes éligibles, mise en place du télétravail pour les travailleurs sociaux, l'encadrement et la secrétaire, de manière ponctuelle,
- Lien constant avec la Banque Alimentaire afin de faire très régulièrement des distributions de denrées, pour palier à la fermeture de certaines associations caritatives et répondre aux besoins des usagers,

- La prise en charge de la santé des usagers a été cette année plus préoccupante et plus prenante dans les accompagnements. En effet, les sites de mise à l’abri ne sont pas toujours adaptés à certaines pathologies et handicaps. Les liens avec les services de santé sont très fréquents afin d’orienter, organiser les soins, prendre des rendez-vous, parfois expliquer les traitements et les pathologies, ceci n’étant pas du ressort des travailleurs sociaux, une enquête santé (en annexe) a été réalisée et explicite ces difficultés rencontrées lors des accompagnements,
- Mise en place d’un partenariat avec le Centre Culturel André Malraux de Vandœuvre-lès-Nancy qui permet l’accès gratuit à des spectacles et des animations sur site,
- Le site Modul’Ars a permis un accueil de qualité dans des modules neufs et plus adaptés (certains modules ont un accès PMR) avec des cuisines collectives et des sanitaires spécifiques,
- Le déménagement des bureaux en fin d’année a demandé une importante préparation au préalable, la mise en place de plans pour se repérer et de repenser l’organisation des trois services qui cohabitent au sein de ces nouveaux locaux,
- Les demandes d’hébergement via le 115 sont tracées sur le logiciel SI115. Aussi, en lien avec les écoutants, chaque professionnel est amené à renseigner ce logiciel (places vacantes, transferts en interne entre les lieux d’hébergement, fin de prise en charge), des formations ont été nécessaires pour s’approprier cet outil,
- En décembre, une alerte Grand Froid a été déclarée par les services de l’Etat demandant à ce que chaque personne composant le 115 soit hébergée. Le site de Modul’Ars a permis d’héberger 15 hommes isolés, et des personnes de droit commun dans le besoin d’hébergement.

Les perspectives pour 2023 :

L’activité de ce service est étroitement liée au flux de personnes qui arrivent sur le territoire, mais aussi aux orientations prononcées par l’OFII vers des dispositifs d’hébergement dédiés.

Bien que ce service ne soit pas soumis à la loi 2002-2, il est souhaité l’écriture d’un projet de service avec la participation des professionnels afin de décrire l’activité du service, son organisation, ses objectifs et ambitions.

Il est également souhaité par l’ensemble de l’équipe de :

- Organiser et mettre en place des actions collectives visant à gérer le quotidien au sein des différents lieux d’hébergement, en lien avec les besoins et une volonté de participation active des personnes hébergées, le souhait étant aussi de permettre une ouverture à la citoyenneté, la culture et l’intégration,
- Mettre en œuvre un travail collaboratif plus efficient avec les associations caritatives, afin de palier au mieux aux besoins alimentaires, afin d’être juste, équitable et répondre aux besoins constants,
- Mutualiser les expériences avec les autres professionnels du pôle asile, mais aussi les acteurs de l’asile des différentes associations du département par le biais de rencontres,

- Mettre en place des temps d'échanges avec les différents partenaires : médicaux, associatifs, institutionnels, écoles, afin d'améliorer l'accompagnement global des personnes,
- Repenser les accompagnements médicaux via des services externalisés et avoir le soutien des services médicaux, infirmiers libéraux, MDPH,
- Personnaliser davantage les accompagnements par le biais de temps de synthèse avec les professionnels et les autres services de l'association,
- Conformément au PAUF, proposer des formations aux professionnels sur les violences intrafamiliales, le télétravail, l'accompagnement à la fin de vie, l'approfondissement des connaissances en matière de demande d'asile ou bien encore l'apprentissage et le perfectionnement de l'anglais,
- Organiser une journée festive avec les usagers des autres services,
- Consolider les bénévoles existants et en créer d'autres.

2. L'ACTIVITE 2022 : BILAN QUANTITATIF ET QUALITATIF

Les chiffres commentés correspondent aux personnes hébergées sur l'ensemble des dispositifs cités ci-avant (site Modul'ars et les trois hôtels du service).

L'année 2022 a vu ces données chiffrées en légère hausse de manière générale, en lien avec la reprise du flux migratoire, l'allègement des restrictions liées à la pandémie.

Cependant, un comparatif avec l'année précédente sera biaisé du fait de la pérennisation du site de mise à l'abri Modul'Ars en 2022 et de son ouverture en 2021.

Pour rappel de janvier à mars 2021, la capacité d'accueil était de 306 places et depuis mars 2021 : 348 places.

2.1 La typologie des ménages accueillis

La typologie du public accueilli pour l'année 2022 se répartit comme suit (hors déplacés ukrainiens) :

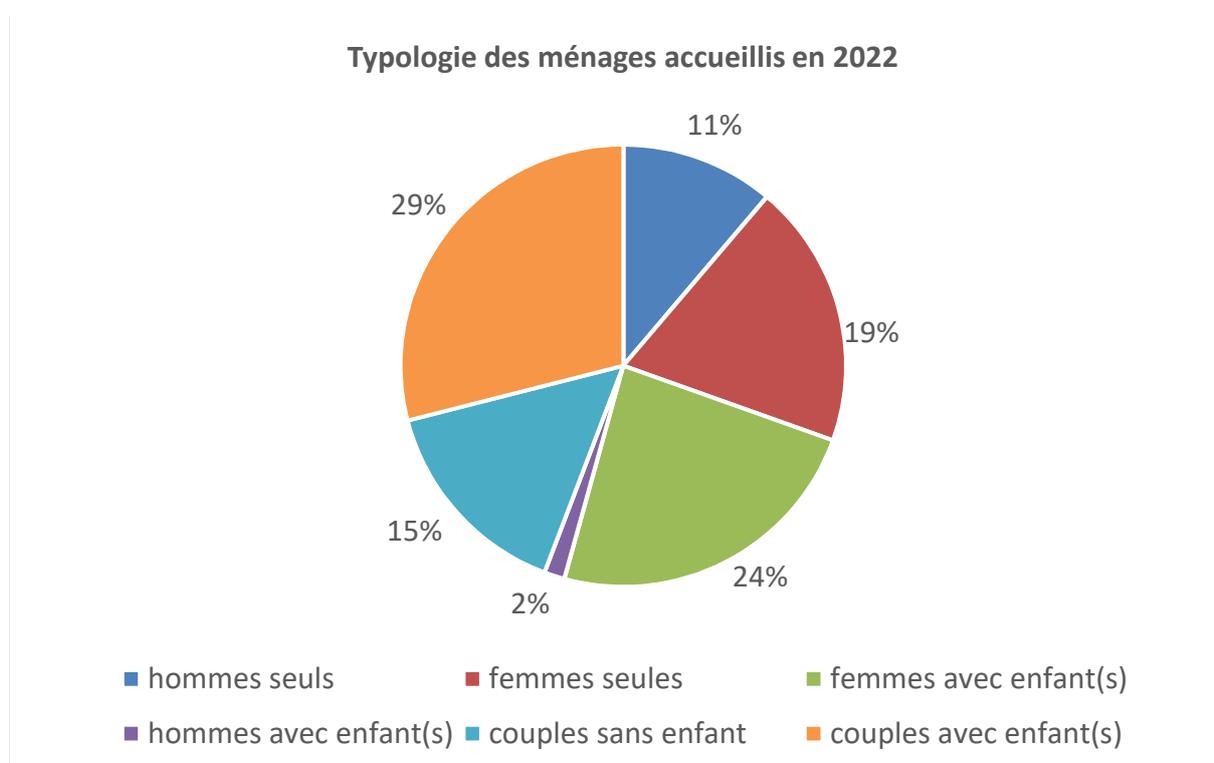
- ❖ 269 ménages dont :
 - 75 familles monoparentales
 - 112 couples avec ou sans enfants
 - 82 personnes isolées (hors hommes mis à l'abri à la nuitée),
- ❖ Représentant un total de 691 personnes dont :
 - 166 hommes
 - 248 femmes
 - 277 enfants.

A titre comparatif, **en 2022, 269 ménages ont été pris en charge, contre 163 en 2021**, montrant une augmentation des personnes hébergées, en lien avec la capacité d'accueil plus élevée et un flux de primo-arrivants en à la hausse au deuxième semestre.

	2020	2021	2022
Ménages	139	163	269
Hommes seuls	30	25	30
Femmes seules	41	24	52
Femmes avec enfant(s)	34	41	64
Hommes avec enfant(s)	2	4	4
Couples sans enfant	8	14	41
Couples avec enfant(s)	24	55	78
Enfants	126	207	277
Nuitées réalisées	97 247	82 832	94 475

Les données de ce tableau montrent une augmentation de toutes les typologies de ménages excepté les hommes avec enfants qui reste stable.

Cette typologie est représentée ci-dessous sous forme de graphique, mettant en évidence la proportion plus importante de couples avec enfants et de femmes avec enfants pris en charge.



La proportion d'hommes seuls correspond à des hommes hébergés temporairement et présentant des vulnérabilités médicales, auquel cas ils sont pris en charge à la nuitée sur les 10 places dédiées.

2.2 La tranche d'âge et le sexe des personnes hébergées

	Personnes					
	2020		2021		2022	
Mineurs	126	42%	207	45%	277	40%
18 à 25 ans	33	11%	50	11%	69	10%
26 à 35 ans	60	20%	98	21%	128	18%
36 à 45 ans	49	16%	58	13%	118	17%
46 à 55 ans	21	7%	32	7%	53	8%
Plus de 55 ans	12	4%	16	3%	46	7%
Totaux	301	100%	461	100%	691	100%

Les personnes hébergées sont majoritairement jeunes ; des personnes mineures (40%), s'en suivent les personnes âgées entre 26 et 35 ans (18%) et de 36 à 45 ans avec un taux de 17%. Cette tendance est sensiblement identique aux deux années précédentes.

La proportion d'enfants reste très importante en lien avec la composition des ménages sur l'hébergement (couples et femmes avec enfants).

Il est remarqué que le nombre de personnes plus âgées, soit les tranches d'âge entre 46 et 55 ans est stable, et celle de plus de 55 ans en légère augmentation. Ces personnes demandent bien souvent l'asile pour des raisons médicales avec des grosses problématiques de santé ou accompagnant des enfants majeurs. Aussi des personnes déboutées accueillies sur la MADA peuvent être des personnes vulnérables en lien avec leur santé, leur âge, leur situation familiale, l'âge des enfants.

La répartition par sexe :

	Personnes					
	2019		2020		2022	
Hommes	66	22%	108	23%	166	23%
Femmes	109	36%	146	32%	248	32%
Enfants	126	42%	207	45%	277	45%
Totaux	301	100%	461	100%	691	100%

Entre 2022, la proportion de femmes et d'enfants est la plus représentée.

La répartition du sexe des enfants n'est pas effective via le système informatique.

2.3 Les durées de séjour

Durée de séjour	Ménages sortis	
	2021	2022
De 1 à 3 jours	22	23
De 4 à 7 jours	17	24
De 8 à 15 jours	23	40
De 16 à 30 jours	30	69
De 1 à 3 mois	20	55
De 4 à 6 mois	10	2
De 6 à 12 mois	12	17
Plus de 12 mois	32	29
Totaux	166	259

La durée de séjour est quantifiable en prenant en compte le nombre de sorties.

Les durées de séjour entre 1 et 30 jours et de 1 à 3 mois sont majoritaires. Cette proportion correspond aux personnes en demande d'asile bénéficiaires des CMA ayant été orientées sur un dispositif d'hébergement via l'OFII (CADA, HUDA). Cette durée correspond au temps entre leur arrivée et le moment où ils sont orientés via l'OFII (entre 1 jour et 3 mois).

Les durées de séjour de 6 à 12 mois (en légère augmentation) correspondent souvent à des personnes qui sont en réexamen ou en procédure d'asile sans pouvoir être orientées (refus des CMA, Dublin en fuite, handicap...)

La diminution des durées de séjour de plus de 12 mois correspond aux personnes déboutées en présence induite sur le territoire. Ces personnes vivent plus sur les hôtels que sur le site Modul'Ars. Malgré la proposition faite de bénéficier de l'ARV, très peu s'en saisissent et beaucoup restent sur les hébergements en présence induite.

Les durées moyennes de séjour :



Par rapport à 2021, nous constatons une diminution des durées moyennes de séjour en 2022.

2.4 Les nationalités

Le tableau ci-après présente les pays d'origine des personnes hébergées au sein des dispositifs d'hébergement à deux dates différentes, soit en début et en fin d'année

Pays de nationalité	Au 1er janvier 2022	Au 31 décembre 2022
Afghanistan	44	1
Albanie	50	69
Algérie	5	2
Angola	4	4
Arménie	16	25
Azerbaïdjan	5	2
Bénin	1	1
Bosnie	3	
Cameroun	2	5
Comores	2	2
Congo	15	17
Côte d'Ivoire	9	7
France	2	2
Gabon		1
Géorgie	25	48
Guinée	7	6
Iran	1	1
Italie	2	
Kosovo	29	27
Lybie		1
Macédoine	5	3
Madagascar	1	1
Maroc	2	
Monténégro	6	6
Nigeria	24	21
Roumanie		1
Russie	11	7
Serbie	25	20
Sierra Leone	4	
Somali		1
Soudan		1
Turquie		7
Ukraine (hors déplacés)	2	1
Yémen		1

Comme constaté depuis plusieurs années et particulièrement dans le Grand Est, la majorité des ménages sollicitant l’asile et déboutée de la demande d’asile est originaire des pays de l’Est (Serbie, Kosovo, Albanie, Géorgie, Arménie).

C'est donc en toute logique ces personnes que nous hébergeons.

La plupart des pays concernés font partie de la liste établie par l’OFPRA, des pays d'origine sûrs (POS), c'est-à-dire d'un pays qui veille au respect des principes de la liberté, de la démocratie et de l'état de droit, ainsi que des droits de l'Homme et des libertés fondamentales.

Les nationalités les plus représentées		
Admissions 2020	Admissions 2021	Admissions 2022
Serbie	Albanie	Albanie
Kosovo	Serbie	Géorgie
Albanie	Géorgie	Arménie
Nigéria	Arménie	Serbie
Géorgie	Nigéria	Turquie

En 2022, la liste des 5 pays représentés est toujours composée des pays tels que l’Albanie, la Serbie, la Géorgie et l’Arménie.

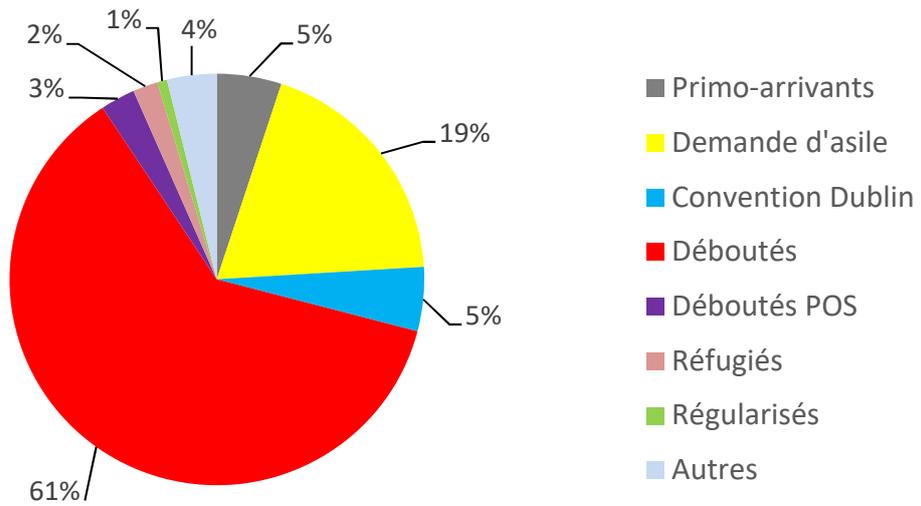
Il est à noter que la Turquie arrive dans ce classement et le Nigéria n’y figure plus.

Nous constatons également une spécificité des personnes géorgiennes et arméniennes qui demandent l’asile en France pour pouvoir en parallèle se soigner de pathologies souvent très importantes.

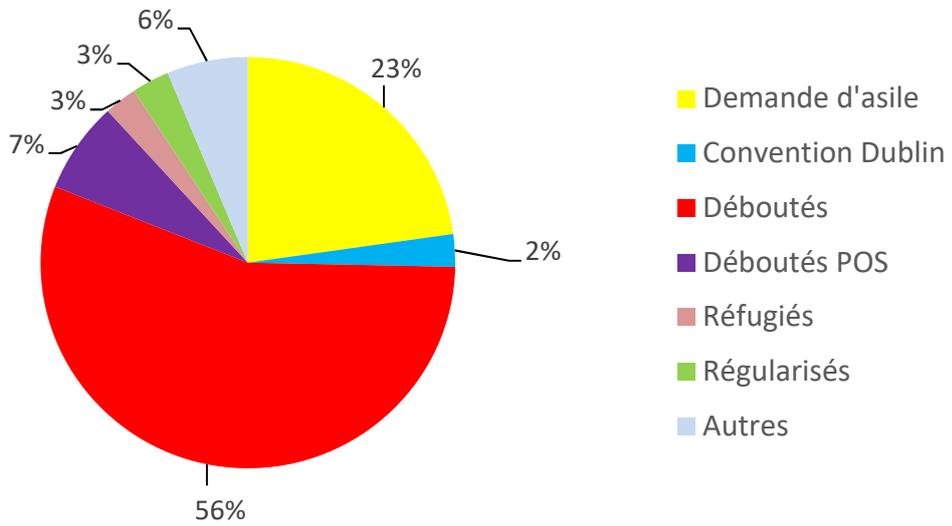
2.5 La situation administrative des hébergés au regard de leur droit au séjour

Afin de rendre compte de l’évolution des personnes hébergées, nous considérerons les situations au 1^{er} janvier, au 30 juin et au 31 décembre 2022 afin de saisir trois structurations temporelles différentes.

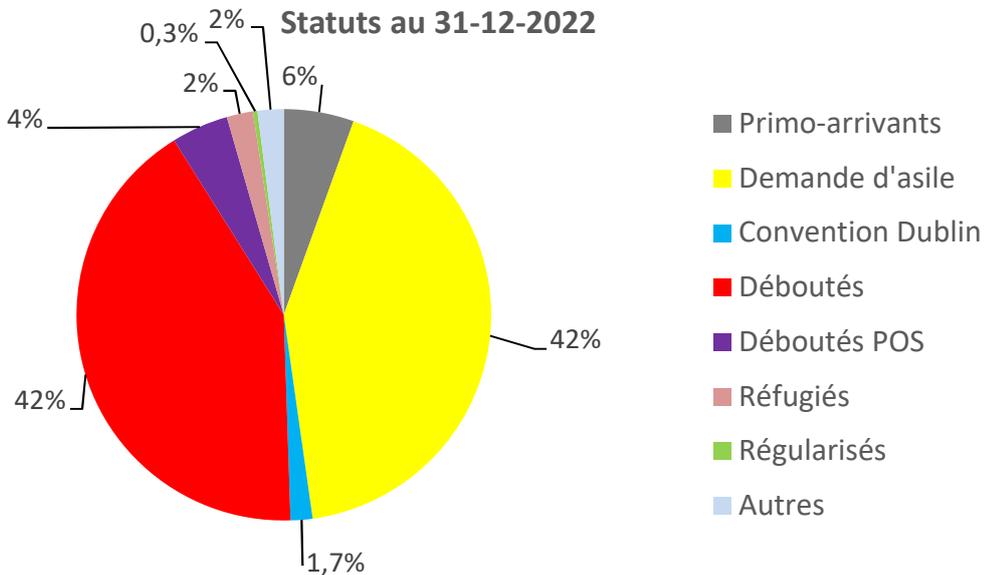
Statuts au 01-01-2022



Statuts au 30-06-2022



Statuts au 31-12-2022



Au regard du nombre total d'hébergés et avec ces graphiques, nous constatons que les personnes déboutées sont majoritairement hébergées aux trois périodes ciblées.

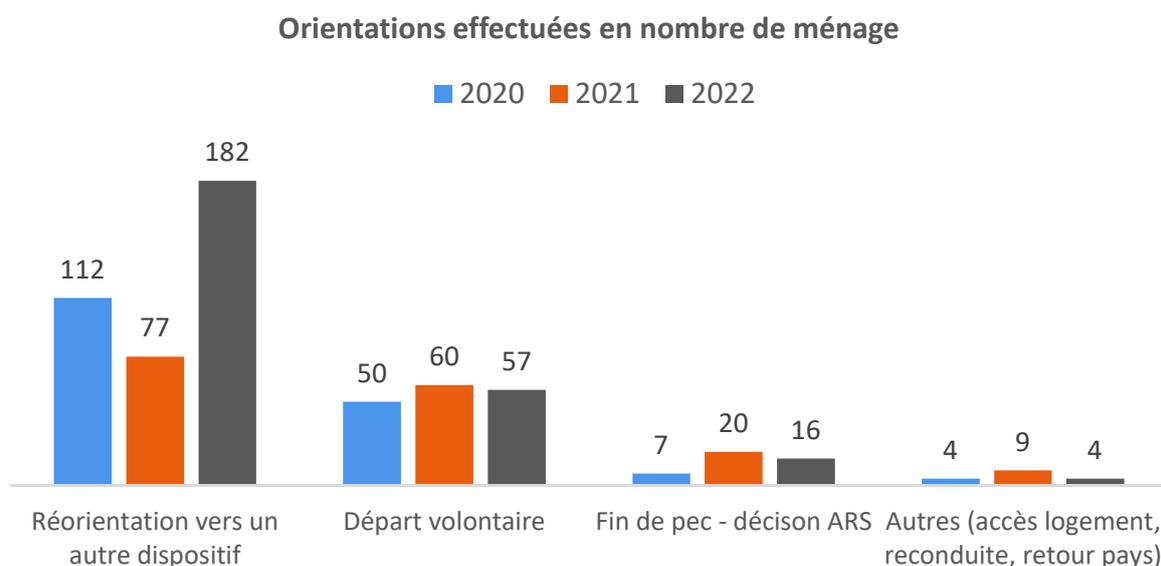
La proportion de demandeurs d'asile est stable entre janvier et juin 2022. Mais elle est beaucoup plus importante fin 2022. En effet, pendant cette période le DNA était saturé, d'où des orientations en attente. Ainsi les personnes sont amenées à rester plus longtemps sur le dispositif d'urgence.

Concernant les personnes dites « Dublin », dont la demande d'asile relève d'un autre pays européen, le taux a très légèrement diminué au cours de l'année.

La proportion des personnes bénéficiant d'une protection internationale (réfugié, protection subsidiaire) ou d'une régularisation est très faible du fait qu'une fois l'obtention de ce statut, leur demande d'hébergement est étudiée avec le SIAO afin d'accéder à un logement autonome. Aussi, ils sont souvent hébergés par des tiers ou parfois sur de dispositifs d'hébergement de droit commun.

Les "autres" correspondent à des personnes de droit commun, ou des ménages aux situations administratives différentes, par exemple, dans un couple on a Monsieur en demande d'asile et sa conjointe qui est européenne.

2.6 Les orientations effectuées



En 2022, une grande majorité des personnes hébergées ont été orientées vers d'autres dispositifs via l'OFII. Cette donnée est en nette augmentation. Ces orientations ont pu se faire suite à la pandémie où ces orientations ont pu se remettre en place, mais aussi grâce à la création de places en CADA, HUDA et CAES.

Les orientations intitulées « départ volontaire » arrivent en deuxième position de motif de sortie. Cette proportion reste relativement élevée. Les personnes décidant de partir pour vivre chez des tiers, repartir dans leur pays d'origine sans aide de l'état, ou encore vers un autre pays. Il s'agit essentiellement de personnes déboutées de leur demande d'asile, qui parfois quittent les lieux de mise à l'abri par peur d'être reconduites. Des collectifs ou associations ont hébergé certaines de ces personnes.

L'item « fin de pec » correspond à des personnes à qui l'on a acté une fin de prise en charge pour des problèmes de comportement ou encore car le dispositif ne leur était pas dédié. Certaines personnes hébergées originaires d'autres départements transitent par ces sites, mais il leur est demandé après évaluation de leur situation de regagner leur dernière domiciliation afin d'y poursuivre leur demande d'asile.

L'accès au logement reste faible car il ne concerne que les personnes statutaires qui accèderaient de plein droit à un logement. Comme dit précédemment, très peu de personnes statutaires sont hébergées sur des dispositifs de mise à l'abri.

Le détail des réorientations :

Réorientation vers un autre dispositif	2022	
HUDA	115	63%
CAES	24	13%
Hébergement d'urgence	17	9%
CADA	10	5%
Dispositifs Droit Commun	5	3%
Hébergement d'insertion	5	3%
ATSA	3	2%
Structures médicales	3	2%
TOTAL	182	100%

La majorité des réorientations s'est effectuée sur l'HUDA 1, gérée par l'association et en lien directe avec le backoffice OFII de Nancy. Le CAES aussi géré par l'association a admis des personnes.

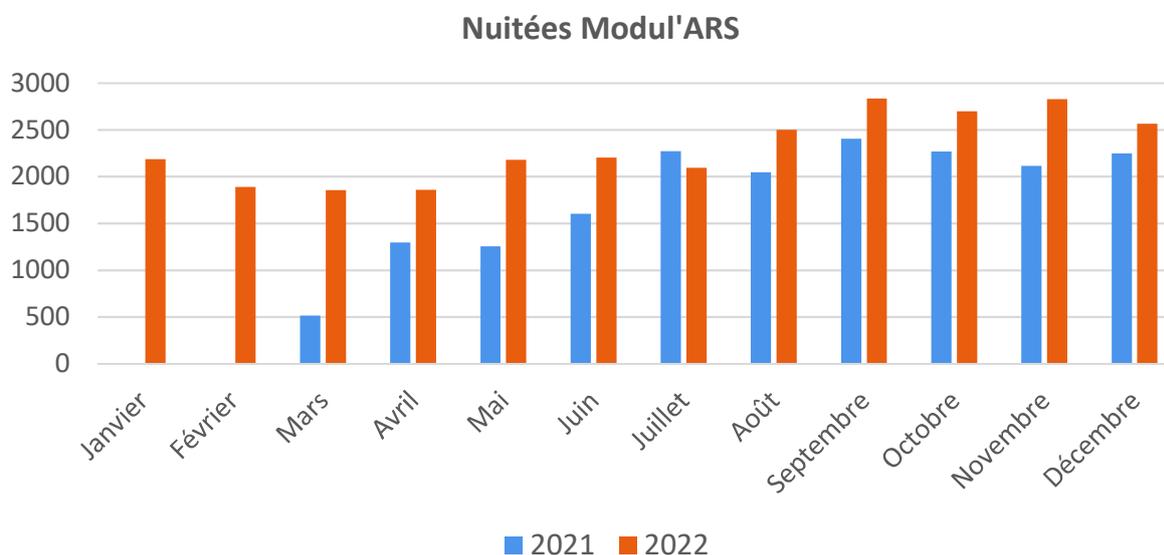
Il arrive que des personnes soient réorientées vers des dispositifs de droit commun consécutivement à l'obtention d'une Autorisation Provisoire de Séjour (APS), pour soins ou vie privée et familiale.

Les items hébergement d'urgence et hébergement d'insertion (CHRS) correspondent à des réorientations vers d'autres dispositifs au regard de la situation administrative des usagers.

L'orientation vers les structures médicales renvoie à des sorties vers l'hôpital ou vers des structures médico-sociales. Cette proportion est faible car les personnes déboutées ne peuvent accéder à ces structures spécifiques.

2.7 Les statistiques des places pérennes du centre d'hébergement « Modul'ArS »

Ces données concernent uniquement les 110 places pérennes et ne comptabilisent pas les places temporaires à la nuitée (Hommes isolés et Plan Grand Froid) et les mises à l'abri des déplacés ukrainiens.



2021

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
Total nuitées	-	-	513	1 297	1 255	1 601
Moyenne personnes	-	-	16	43	40	53
	Juillet	Août	Sept.	Octobre	Nov.	Déc.
Total nuitées	2 270	2 047	2 403	2 269	2 113	2 246
Moyenne personnes	73	66	80	73	70	72

2022

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
Total nuitées	2 186	1 889	1 854	1 857	2 179	2 202
Moyenne personnes	70	67	59	60	70	73
	Juillet	Août	Sept.	Octobre	Nov.	Déc.
Total nuitées	2 094	2 499	2 833	2 698	2 826	2 563
Moyenne personnes	67	80	94	87	94	82

Au total, ce sont 732 personnes qui ont été hébergées sur l'année 2022 pour un total de 27 680 nuitées soit une moyenne journalière de 76 personnes.

Ces données sont plus importantes qu'en 2021.

Enfin, en 2022 les chiffres sont plus élevés à compter du deuxième semestre.

3. L'ACTIVITE 2022 : DONNEES CONCERNANT LES MISES A L'ABRI A LA NUITEE

Ces données concernent les places à la nuitée pour les hommes isolés et les personnes hébergées pendant la période du Plan Grand Froid.

Ces statistiques ont été élaborées uniquement à partir du logiciel SI SIAO 115, qui enregistre et trace les demandes des personnes qui sollicitent le 115.

3.1 Les places pour les hommes isolés

Il y a 10 places ouvertes toute l'année pour les hommes isolés en demande d'asile ou issus de l'asile.

Le nombre de nuitées réalisées est de 3 103. A titre de comparaison, le nombre de nuitées réalisées en 2021 est de 1 318. La demande est croissante et les places sont constamment pourvues.

Les tranches d'âge des hommes hébergés

	Nombre d'hommes
18-24 ans	59
25-34 ans	78
35-59 ans	62
+ de 60 ans	3
Age inconnu	6
Total	208

Les hommes isolés doivent composer chaque jour le 115 entre 14 heures et 17 heures afin d'être hébergé pour la nuit.

Les demandeurs d'asile sont prioritaires sur ces places contrairement aux hommes déboutés de la demande d'asile. Enfin l'âge de ces hommes est prioritairement entre 25 et 59 ans.

3.2 Le Plan Grand Froid

Le Plan Grand Froid a été déclaré du 14 au 19 décembre 2022 pour répondre à toute demande d'hébergement à la nuitée (34 nuitées sur cette période).

On comptabilise 32 personnes majeures hébergées au total, soit 4 femmes et 28 hommes, âgés majoritairement de 35 à 59 ans.

Les tranches d'âge des personnes hébergées

	Nombre de personnes
18-24 ans	10
25-34 ans	8
35-59 ans	14
+ de 60 ans	0

Total	32
--------------	-----------

4. L'ACTIVITE 2022 : ACCUEIL ET HEBERGEMENT DES DEPLACES UKRAINIENS

La première admission de déplacé ukrainien s'est réalisée le 1^{er} mars 2022 et le dernier départ, le 23 août 2022, soit 1 506 nuitées.

4.1 La typologie des ménages

On dénombre 45 ménages pris en charge, essentiellement des couples avec et sans enfants, femmes seules et femmes avec enfants. Ceci s'explique par le fait que la grande majorité des hommes sont restés au front pour combattre.

La typologie des ménages

	Nombre de ménage
Hommes seuls	5
Femmes seules	8
Femmes avec enfant(s)	7
Hommes avec enfant(s)	0
Couples sans enfant	8
Couples avec enfant(s)	9
Groupes d'adultes sans enfant	3
Groupes d'adultes avec enfant(s)	5
Total	45

4.2 Le profil des personnes accueillies

On comptabilise 121 personnes, soit 57 femmes, 27 hommes, âgées majoritairement de 35 à 59 ans et 37 enfants mineurs.

Les tranches d'âge des personnes hébergées

	Nombre de personnes
Mineurs	37
18-24 ans	5
25-34 ans	22
35-59 ans	44
+ de 60 ans	13
Total	121

4.3 Les durées de séjour et la fin de prise en charge

La durée moyenne de mise à l'abri est de 12 jours.

Les durées de mise à l'abri des ménages

Durée	Ménages sortis
de 1 à 3 jours	18
de 4 à 7 jours	7
de 8 à 15 jours	11
de 16 à 30 jours	4
de 1 à 3 mois	3
Plus de 3 mois	2
Total	45

Sur l'ensemble des prises en charge on a compté 15 ménages partis volontairement (chez des tiers, ou retour en Ukraine) et 30 ménages ont bénéficié d'une réorientation par la Préfecture sur des dispositifs spécifiques (centres d'hébergement ou logement autonome).

CONCLUSION

Cette année passée a fait oublier cette période de pandémie, mais a aussi replacé ce service dans la notion d'urgence avec un flux d'arrivées en hausse.

2022 nous aura appris une fois encore à nous adapter, à être réactif face aux demandes et situations spécifiques de ces publics accueillis sur ces divers lieux d'hébergement.

L'équipe qui se renouvelle parfois a la particularité d'être engagée au service des personnes accueillies. L'énergie est déployée dans le quotidien, avec des actions collectives, une ouverture vers l'extérieur et une envie de faire évoluer les conditions d'hébergement. Aussi le versement de la prime Ségur a contribué fortement à valoriser cet engagement.

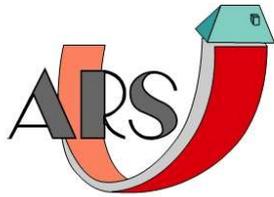
Les futurs flux de demandeurs d'asile égaleront-ils dans les années à venir les flux précédents ?

Une réforme du droit d'asile en 2023 va peut-être redessiner les conditions d'accueil des demandeurs d'asile sur le territoire français.

GLOSSAIRE

AFEF : Aide Financière Enfance Famille
APS : Autorisation Provisoire de Séjour
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ATSA : Accueil Temporaire Service de l'Asile
BOP : Budget Opérationnel de Programme
CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CAES : Centre d'Accueil et d'Examen de la Situation
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIO : Centre d'Information et d'Orientation
CLAT : Centre de Lutte Antituberculeuse
CMA : Conditions Matérielles d'Accueil
CPN : Centre Psychothérapique de Nancy
HUAS : Hébergement d'Urgence avec Accompagnement Social
HUDA : Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile
MADA : Mise à l'Abri des Demandeurs d'Asile
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
OFII : Office Français de l'Immigration et d'Intégration
OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PAUF : Programme Annuel d'Utilisation des Fonds de la formation
PEC : Prise En Charge
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMR : Personne à Mobilité Réduite
POS : Pays d'Origine Sûre
SAM : Service d'Accompagnement de la Métropole
SDAO : Service Départemental d'Accueil et d'Orientation
SI : Système d'information
SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Intégration
SPADA : Structure de Premier Accueil pour les Demandeurs d'Asile

ANNEXE : ENQUÊTE SANTÉ



**ENQUETE « SANTE »
Pôle Asile – Association ARS**

Mai-Juin 2022

Sommaire

Préambule	2
Contexte général et constats de départ	2
Objectifs de l'enquête santé	2
Méthodologie du recueil de données et cadre sur l'intérêt et la valorisation des informations transmises	2-3
Exploitation et Analyse des Données	4
Photographie du Public concerné.....	5
Genre & âge	6
Composition familiale	4
Durée de prise en charge sur les dispositifs asile	5
Durée de présence en France	5
Nationalités représentées	6
Situation administrative	7
Parcours de soins de l'usager et accompagnement social	8
L'accès du public aux droits santé auprès de la CPAM	8
Nature des problèmes de santé repérés	9
Séquelles repérées et connues en lien avec la pathologie	9
Fréquence des soins	10
Quels sont les besoins spécifiques du public ?	11
Intervention et mobilisation des travailleurs sociaux	11-13
Un difficile accès aux soins et aux structures médico-sociales ?	13-15
Perspectives/Conclusion	16
Glossaire	17
Annexes	19-31

Préambule

Contexte général et constats de départ,

Les différentes équipes du Pôle Asile de l'ARS semblent confrontées, depuis plusieurs mois, à une recrudescence des problématiques de santé en public en demande d'asile ou issu de l'asile.

Les travailleurs sociaux doivent faire face à des aspects de l'accompagnement qui, parfois, dépassent le champ d'intervention social dans lequel ils sont inscrits et le temps consacré à l'accompagnement dans le parcours de soins du public accueilli est chronophage.

Par ailleurs, certaines situations semblent inextricables et les travailleurs sociaux sont en première ligne pour tenter de palier à l'absence de solutions adaptées aux particularités du public en demande d'asile, parfois exclus de certains dispositifs dits de 'droit commun'.

Devant ce constat, il nous semble important d'objectiver ce sentiment général en y apportant, au travers de cette enquête, des éléments factuels nécessaires à l'analyse globale de cette situation (à la fois sur le volet qualitatif et quantitatif) afin de :

- Quantifier le nombre de personnes concernées et repérer leurs profils et besoins
- Dégager des difficultés récurrentes liées à la particularité du public
- Evaluer l'évolution de la situation avec un focus sur les situations repérées en septembre 2021 (sur l'ensemble des personnes accueillies sur le pôle)

Objectifs de l'enquête Santé,

Grâce à un repérage étayé, il nous semble nécessaire d'impliquer les différentes instances, partenaires et financeurs dans une recherche de solutions adaptées aux difficultés rencontrées sans qu'elles ne soient portées uniquement par les travailleurs sociaux. Les objectifs principaux de cette enquête flash sont de :

- Repérer les situations les plus problématiques afin d'être force de proposition pour l'amélioration de l'accès aux soins des demandeurs d'asile dans toutes les sphères (milieu hospitalier, praticiens libéraux, CMP, dispositifs d'accueil spécialisés, contrats locaux de santé, etc.).
- Prioriser les actions à mener en lien avec les difficultés les plus prégnantes.
- Repérer les outils et dispositifs facilitants dans l'accès aux soins du public en demande d'asile afin de systématiser ces recours et mutualiser les connaissances de chacun.

Méthodologie du recueil de données et cadrage sur l'intérêt et la valorisation des informations transmises,

Un questionnaire en ligne a été adressé à l'ensemble des professionnels du Pôle Asile en octobre 2021, dans le cadre d'une enquête « flash ». Ce mode de communication et de collecte des informations s'est avéré pertinent pour centraliser les données nécessaires à cette analyse. Cette dernière concerne l'ensemble des personnes hébergées au sein des différents dispositifs (MADA, CAES, HUDA 1 et 2, CADA, CPH) du 1er au 30 septembre 2021.

Afin d'exploiter un panel d'informations large et diversifié, nous avons fait le choix de sélectionner deux entrées de signalement possibles.

Soit par le biais du signalement d'une **pathologie lourde et chronique**. Cela permettra de repérer les situations les plus complexes et pour lesquelles les besoins impactent l'accompagnement social au long court.

Soit par l'identification de **dysfonctionnements dans l'accès aux soins et/ou d'accès aux droits santé**.

Il nous a semblé nécessaire de prendre en compte les situations ponctuelles où un dysfonctionnement dans le parcours de soins a été repéré (même dans le cas de problématiques de santé dites 'passagères' ou 'bénignes'). Exemple : à la suite d'un accident nécessitant des soins à domicile à mettre en place, ou refus, difficultés de prise en charge par un praticien libéral, absence de relais en sortie d'hospitalisation.

Il est à noter que dans le questionnaire transmis aux professionnels, ces deux entrées peuvent être conjointes (présence pathologie lourde, chronique et un dysfonctionnement dans l'accès aux soins). Il est également possible de signaler plusieurs dysfonctionnements dans l'accès aux soins pour une même personne, à différents moments de la prise en charge.

Exploitation et analyse des données

Pour débiter cette analyse, il est important de prendre en compte, au préalable, le nombre de personnes prises en charge sur les services respectifs du Pôle Asile, en septembre 2021 :

- MADA (Mise à l'Abri pour Demandeurs d'Asile) : 308 personnes
- CAES (Centre d'Accueil et d'Examens des Situations) : 46 personnes
- HUDA 1 (Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile de Niveau 1) : 66 personnes
- HUDA 2 (Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile de Niveau 2) : 354 personnes
- CADA (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile) : 157 personnes
- CPH (Centre Provisoire d'Hébergement) : 31 personnes

Soit, 962 personnes prises en charge sur les dispositifs du Pôle Asile du 1^{er} au 30 septembre 2021.

Au total, 70 réponses au questionnaire en ligne ont été comptabilisées sur le Pôle Asile. Chaque réponse représente la situation singulière d'une personne, majeure ou mineure, hébergée sur les dispositifs. Au regard du nombre de personnes présentes sur nos dispositifs, cette enquête représente 7,2% des personnes prises en charge sur le pôle en septembre 2021.

Nous constatons que les services HUDA 2 et CAES ont majoritairement participé à cette enquête flash, avec respectivement, 37 et 24 réponses. Différentes hypothèses peuvent expliquer cette différence de réponses au questionnaire entre les services,

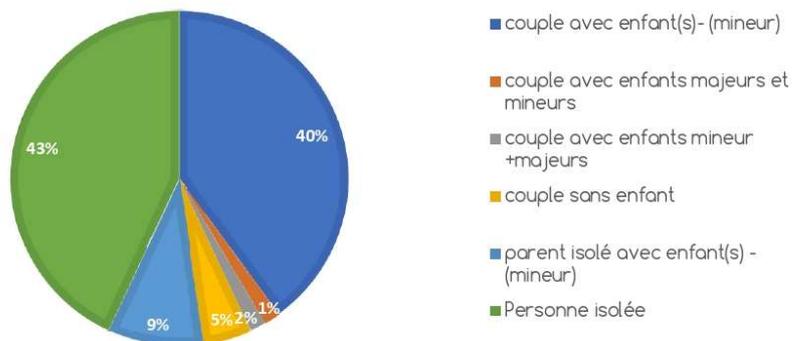
- La temporalité limitée, de cette enquête, à un mois
- Le temps disponible des professionnels pour répondre à cette enquête
- La potentielle présence réduite de personnes avec des problématiques de santé majeures sur certains services

Aussi, l'exploitation des données reflétera donc une certaine réalité qui peut différer selon les périodes et le contexte d'intervention des professionnels au sein du Pôle Asile.

Photographie du public concerné,

- Genre et âge

Sur un total de 70 personnes, nous constatons que cette enquête concerne 40 hommes et 30 femmes. Soit, 55 personnes majeures, âgées de 18 à 73 ans et 15 mineures, âgées de 3 et 17 ans.



- Composition familiale

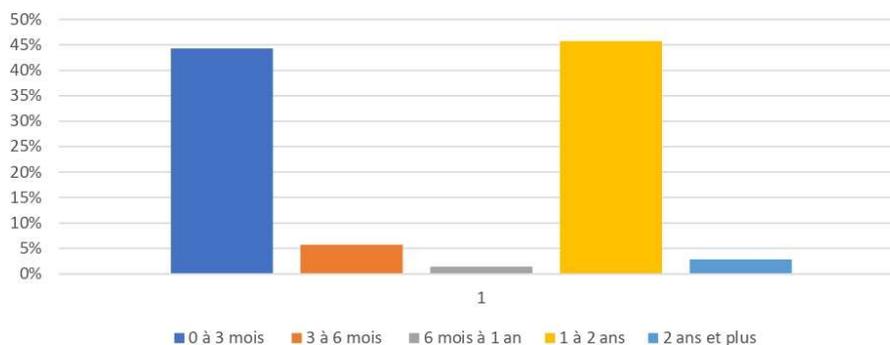
Nous pouvons observer également que les personnes majeures concernées sont majoritairement accueillies seules, 43%, ainsi qu'en famille avec des enfants mineurs, 40%.

Afin de mieux appréhender la prise en charge médicale du public accueilli, nous avons besoin de comprendre si les problématiques de santé concernaient seulement un membre de la famille ou plusieurs. Cette donnée est importante car en fonction du nombre de personnes concernées dans le ménage, l'accompagnement social mis en place peut différer et demander de prioriser davantage les actions et démarches à mettre en place.

Il s'avère que dans 57% des situations, les problématiques touchent uniquement la personne concernée par l'enquête. Toutefois, il est à noter que dans certains ménages, plusieurs personnes rencontrent des difficultés importantes de santé et/ou un accès aux soins :

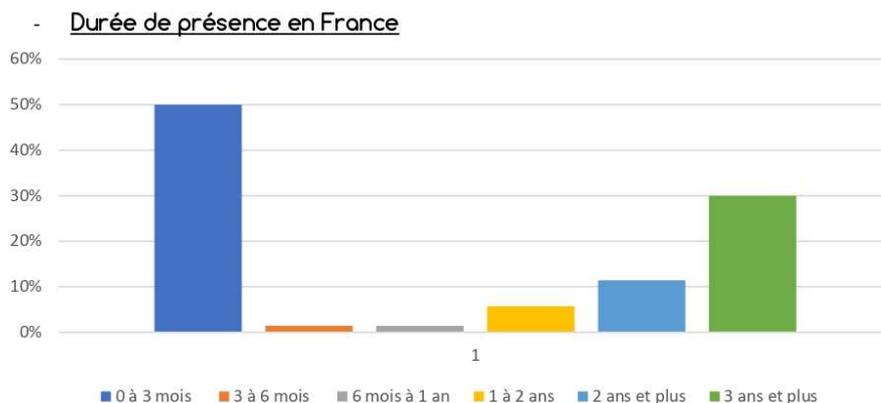
- 11% des ménages ont deux membres concernés en leur sein
- 3% des ménages ont trois membres concernés en leur sein

- Durée de prise en charge sur les dispositifs asile



Nous constatons à la lecture de ces données que les personnes concernées par l'enquête sont majoritairement prises en charge, soit depuis quelques semaines sur nos dispositifs, soit

depuis plus d'un an. Ces données sont à mettre en corrélation avec la durée de présence en France du public concerné. Elles semblent être sensiblement similaire.



En effet, nous pouvons observer que la majorité des personnes avec des problématiques de santé présentes sur nos dispositifs sont en France depuis peu de temps, soit depuis plus de 3 ans.

Une première hypothèse peut se dégager de ces résultats. En effet, nous pouvons penser que l'absence de couverture sociale durant les trois premiers mois de présence en France pour tout ressortissant étranger, peut avoir un impact sur l'accès aux soins médicaux et son parcours de soins en général. Actuellement, en l'absence de droits ouverts, les personnes sont orientées et prises en charge ponctuellement par le CHRU et plus précisément la Permanence d'Accès aux Soins et de Santé (PASS). Des problématiques de santé nécessitent la consultation de spécialistes, plus ou moins en urgence. Cependant, cela n'est pas toujours réalisable financièrement pour la PASS. D'autant que cela engendre une charge de travail supplémentaire cette structure. En effet, l'absence de couverture sociale avant 3 mois de présence en France se reporte sur son activité et qui peut emboliser son accès.

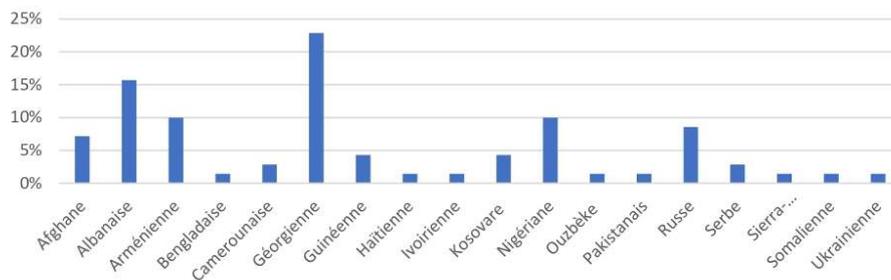
Une deuxième hypothèse peut être soulevée vis-à-vis du public présent en France depuis plus de 3 ans. Nous pouvons mettre en corrélation la durée de présence en France et la durée de la procédure de demande d'asile. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les 30 % des personnes présentes depuis plus de 3 ans, se sont vus refuser leur demande d'asile auprès de l'OFPRA et la CNDA. Leur nouveau statut de débouté de la demande d'asile peut mettre en difficulté un accès aux droits CPAM et à la continuité des soins engagés, notamment si ceux-ci sont coûteux. L'AME est sollicitée à l'issue et peut mettre du temps à se mettre en place, le temps de l'étude des dossiers. Une nouvelle fois, ce public est orienté à la PASS dans les situations de vulnérabilité, cependant, elle ne peut pas prendre en charge toutes les consultations et tous les soins nécessaires.

Par ailleurs, nous pouvons supposer que le manque d'autonomie des personnes à leur arrivée peut engendrer une sollicitation accrue des professionnels du Pôle et des services de soins. En effet, l'arrivée dans un pays dont elles ne maîtrisent pas la langue et son fonctionnement peut impacter davantage les accompagnements sociaux et les parcours de soins.

Enfin, nous pouvons émettre plusieurs hypothèses concernant la proportion importante des personnes présentes depuis plus de trois ans, en majorité déboutées de leur demande d'asile.

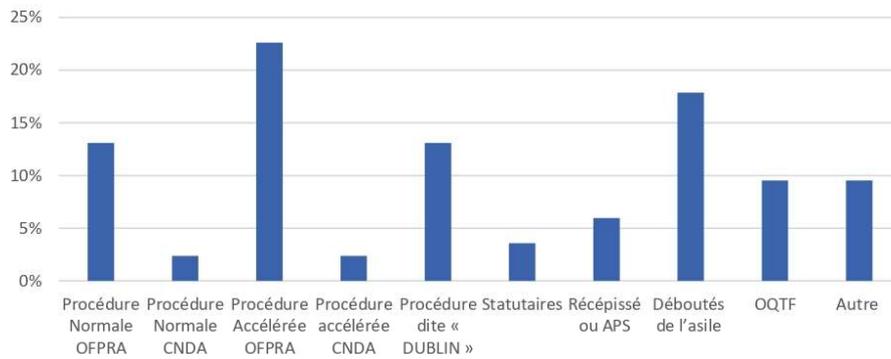
- Les personnes présentes indûment sur les dispositifs DN@ avec des problématiques de santé peuvent solliciter une Aide aux Retour Volontaire médicalisées via l'OFII. Elles ne le souhaitent pas toujours et choisissent de se maintenir sur le dispositif. Lorsqu'elle est sollicitée, cela demande à l'OFII une coordination importante en lien avec des professionnels du secteur médicale (avion médicalisé, matériel adapté, mobilisation de personnel soignant, etc.)
- Elles peuvent se maintenir sur les dispositifs indûment car elles ne peuvent mobiliser d'hébergement adapté chez des tiers (en lien avec les problématiques santé),
- Elles peuvent effectuer des recours auprès du tribunal administratif contre l'exclusion des dispositifs d'hébergement DN@ et s'y maintenir légalement au regard de vulnérabilités avérées. Cependant, en l'absence de droit au séjour régulier, elles peuvent se maintenir plusieurs années sur nos dispositifs.

- **Nationalités représentées**



Nous pouvons constater que les personnes concernées en majorité par l'enquête sont de nationalités Géorgienne (23%), Albanaise (16%), Nigériane et Arménienne (10%). Les ressortissants des pays de l'Est semblent être davantage concernés par des problèmes de santé et/ou d'accès aux droits. Ces résultats permettent de confirmer le sentiment général que nous avions avant la réalisation de cette enquête. Globalement, nous pensons que les personnes originaires des pays de l'est représentaient une majeure partie des personnes avec des vulnérabilités santé, accompagnées sur les dispositifs du Pôle.

- Situation administrative



Avant toute analyse de ces résultats, il est nécessaire de préciser les situations administratives évoquées dans ce graphique. En effet, les personnes prises en charge sur nos dispositifs ont des situations administratives différentes. En fonction de leur situation personnelle et de leur parcours pour arriver en France, les demandeurs d'asile entrent dans une procédure normale, accélérée ou Dublin.

A l'issue de la demande d'asile,

- Les réponses favorables permettent à une partie du public d'être bénéficiaire d'une protection internationale (réfugiés ou protection subsidiaire).
- Les réponses négative, majoritaires, ont pour effet une irrégularité au séjour, avec ou sans OQTF (obligation de quitter le territoire Français).

Durant les trois premiers mois de la procédure de demande d'asile, il est possible pour les personnes de déposer une demande de titre de séjour pour soins. Selon nos observations, elle est généralement étudiée à l'issue de la demande d'asile. Ainsi, certaines personnes obtiennent parfois des autorisations provisoires de séjour dans l'attente que leur dossier soit étudié.

L'encart « autre » renseigné quasiment à hauteur de 10%, correspond à des situations administratives spécifiques. Par exemple, un parent bénéficiaire d'une APS concernant la demande de titre de séjour de son enfant ou un parent/membre famille bénéficiaire d'un titre de séjour au regard de la protection de son enfant, ou de sa conjointe.

Aussi, nous constatons qu'en majorité les personnes concernées sont des demandeurs d'asile en cours de procédure, normale ou accélérée auprès de l'OFPRA ou de la CNDA. En effet, elles sont au nombre de 34, soit 49% des personnes étudiées lors de cette enquête.

En parallèle, 18% des personnes sont quant à elles, déboutées de leur demande d'asile. Cette donnée significative doit être soulignée car l'absence de régularité ou séjour peut mettre en difficulté l'accès aux droits santé et à des prises en charge médicales spécifiques et nécessaires. L'accompagnement social peut être davantage impacté dans ce type de situation.

Maintenant que nous avons une connaissance précise du public concerné par cette enquête, il est nécessaire d'en comprendre ses besoins ainsi que le rôle et les interventions précises des professionnels au sein de l'accompagnement social mis en place.

Parcours de soins de l'usager et Accompagnement social

Qu'entend-t-on lorsque nous évoquons le parcours de soins de l'usager ? Selon la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, depuis 2004, le parcours de soins coordonné consiste à confier à un médecin traitant la coordination des soins de son patient.

Cette définition a du sens pour toute personne dite de « droit commun », en possession d'une couverture sociale à jour. La gestion d'un parcours de soins par le médecin traitant est donc à nuancer pour un public en demande d'asile primo-arrivant ou débouté. En l'absence de couverture sociale pendant 3 mois, la PASS reprend de fait la gestion des parcours de soins des demandeurs d'asile.

- L'accès du public aux droits santé auprès de la CPAM

Nous constatons que 46% des personnes, concernées par cette enquête, ne possèdent pas de couverture sociale. Cette proportion majeure peut s'expliquer par la carence de 3 mois précédemment évoquée dans cette étude. En parallèle, 42% d'entre elles possèdent une couverture sociale (PUMA et CSS). Les personnes sous Aide Médicale Etat ne représentent que 7% des situations étudiées dans cette enquête.

Aussi, nous pouvons mettre en corrélation ces résultats avec ceux précédemment évoqués concernant la durée de présence en France et sur les dispositifs asile. Majoritairement, les personnes concernées présentes depuis moins de 3 mois ne peuvent en effet obtenir de droits santé.

Durant cette période de 3 mois, les professionnels effectuent les demandes nécessaires à l'ouverture de droits auprès de la CPAM, avec les personnes. Dans 86% des cas, il a été constaté par les professionnels des difficultés pour le public d'accéder à ces droits. Plusieurs cas de figure ont été rencontrés et exprimés par les professionnels,

- Des droits à la CSS (Complémentaire Santé Solidaire) sont suspendus avant la fin de validité des droits en l'absence de document régulier au séjour. Le passage d'un droit CSS à un droit AME (Aide Médicale Etat) peut être long. En effet, plusieurs mois peuvent se découler et provoquer la rupture de droits. Le ménage peut se retrouver sans couverture maladie durant plusieurs mois malgré des besoins pour des soins quasi-quotidien.
- Des dossiers sont déclarés comme perdus par la CPAM
- Des dossiers ne sont pas traités en l'absence de certains documents, alors qu'ils ont déjà transmis lors de l'envoi des dossiers.

Ces résultats nous indiquent que les difficultés d'accès aux droits CPAM ne reflètent pas seulement un sentiment. Pour les 70 situations décrites dans cette enquête santé, plus des ¾ sont concernées par des problèmes d'accès à leurs droits.

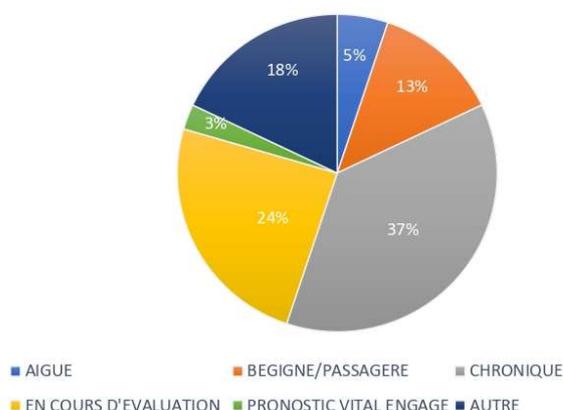
Notre partenariat avec la CPAM se poursuit pour tenter de solutionner les difficultés majeures rencontrées. Dès le début de l'année 2022, le Pôle Asile a initié une rencontre avec les interlocuteurs de la CPAM en charge du traitement des dossiers. Les difficultés ont pu être évoquées et questionnées. Les agents de la CPAM ont souhaité rappeler en précisions chaque dispositif d'accès aux droits santé pour ensuite évoquées des difficultés globales. Par ailleurs, afin de traiter les demandes des professionnels partenaires, une plateforme appelée

« Partenaires & Solidaires » a été mise en place par la CPAM. Elle s'est développée dans le courant de l'année 2021. Ce partenariat se poursuit toujours actuellement.

Au-delà de l'accès aux droits santé, les professionnels ont régulièrement émis des difficultés pour le public d'accéder aux soins nécessaires à leur situation de santé.

- Nature des problèmes de santé repérés

Dans la majorité des cas, nous pouvons observer que la nature des problèmes de santé du public concerné est chronique, en cours d'évaluation ou bénigne. Les professionnels qui ont précisé « autre » dans leurs réponses ont indiqué qu'ils n'étaient pas en mesure d'évaluer médicalement cette information ou ne la possédait pas.



Ces problèmes de santé relèvent de pathologies médicales diagnostiquées et connues des professionnels. Ces derniers ont pu les nommer dans cette enquête afin de comprendre plus précisément les besoins des personnes concernées : Troubles psychologiques et psychiatriques, troubles du sommeil, affections respiratoires, ophtalmologie, handicap cognitif, soins dentaires, cancers, maladies rénales, cardiologie/neurologie, handicap moteur, traumatologie et rhumatologie, autisme et troubles associés, hépato gastro-entérologie, dermatologie.

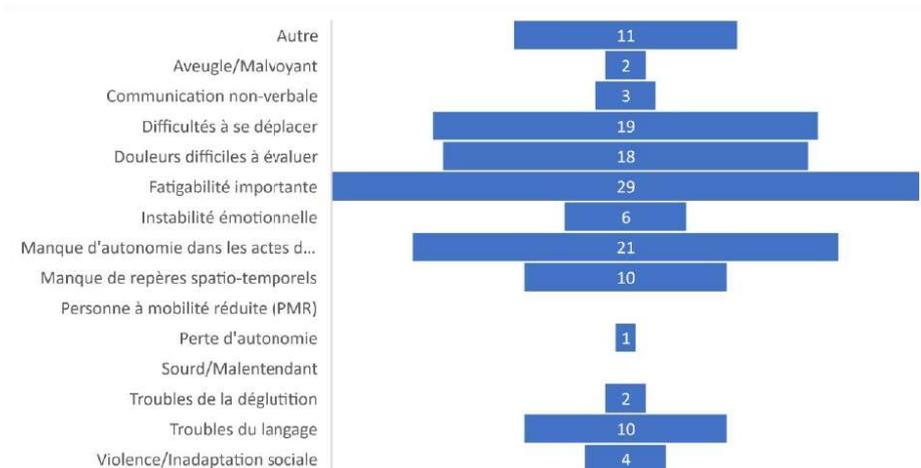
Ces pathologies entraînent nécessairement des séquelles physiques ou psychologiques chez le public que nous accompagnons. Le graphique ci-après nous permet d'avoir une idée visuelle de la proportion des séquelles présentes dans la situation des personnes concernées par cette enquête.

Il est à noter que 57% des personnes concernées par cette enquête avaient connaissance de leur pathologie avant d'arriver en France. 22% d'entre elles découvrent la présence d'une pathologie après leur venue. Pour 14% des personnes, d'autres problèmes de santé se sont ajoutés à celui initiale.

- Séquelles repérées et connues en lien avec la pathologie,

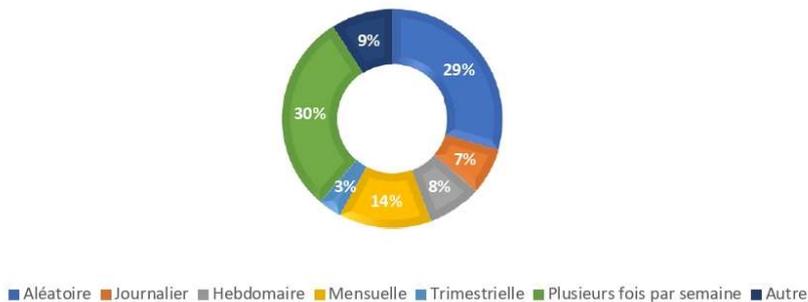
Nous pouvons observer que la fatigabilité importante est une séquelle prégnante dans la situation des usagers. Cette fatigabilité entraîne ainsi un manque d'autonomie dans les actes

de la vie quotidienne, des difficultés à se déplacer ou des douleurs difficiles à évaluer. Ces séquelles sont majoritaires et vont de pair dans une situation de santé globale. Elles peuvent également s'aggraver si l'une des séquelles n'est pas compensée, comme une aide humaine au quotidien.



En fonction des pathologies, les personnes doivent rencontrer les services de soins et hospitaliers plus ou moins fréquemment. La fréquence des soins en cours est nécessaire d'être affinée pour mieux comprendre l'impact engendré dans les accompagnements sociaux mis en place.

- **Fréquence des soins,**

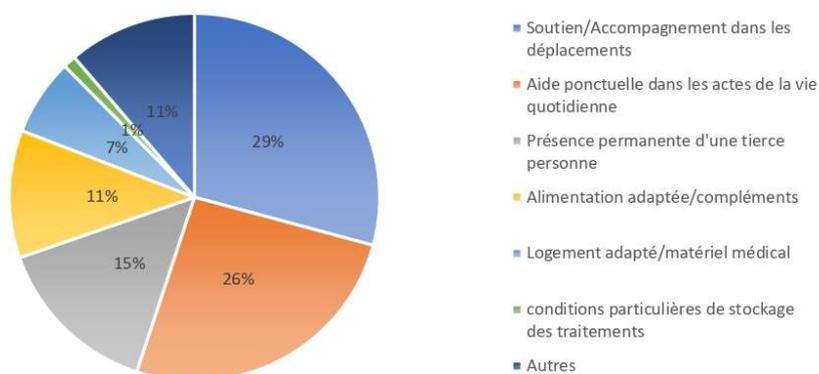


Il apparaît que majoritairement, le public concerné par l'enquête fréquente les services de soins plusieurs fois par semaine (30%). Par ailleurs, 29 % des personnes nécessitant des soins sont tributaires d'une fréquence aléatoire dans leurs rendez-vous médicaux. Cela peut complexifier davantage la prise en charge et l'intervention des travailleurs sociaux dans le parcours de soins de la personne. En effet, la prise des rendez-vous, l'explication des comptes-rendus médicaux, des posologies éventuelles peuvent donc provoquer une sollicitation accrue et non-prévue dans le temps des personnes accompagnées.

Ces résultats nous montrent que l'aspect médical peut représenter une place importante dans l'accompagnement des personnes en demande d'asile ou déboutées de la demande d'asile, sur nos dispositifs.

En parallèle, les rendez-vous et soins médicaux semblent être prévus dans le temps à des fréquences journalières, hebdomadaires ou mensuelles.

- **Quels sont les besoins spécifiques du public ?**



Afin d'appréhender au mieux ces résultats, il est important de noter que les besoins recensés dans cette enquête sont ceux connus des professionnels. En effet, ces derniers ne sont pas toujours informés par les personnes de l'ensemble de leurs pathologies ou de leurs besoins. A noter : l'encart « autre » a été complété par les professionnels pour préciser les besoins suivants :

- un suivi psychiatrique
- une aide pour le port de charge
- un accompagnement dans le rappel des rendez-vous médicaux
- un soutien moral.

Nous pouvons constater qu'en majorité, à 37%, elles ont besoin d'être aidées ponctuellement dans les actes de la vie quotidienne. Nous pouvons remarquer dans les accompagnements mis en place que des proches, familles ou amis, peuvent être présents auprès d'elles pour les soutenir ponctuellement. Cependant, des personnes sont isolées et cela n'est pas toujours possible.

En effet, une proportion importante du public a besoin d'être accompagnée en permanence d'une tierce personne dans leur quotidien. Par-là, nous pouvons supposer qu'il est nécessaire pour elles de recevoir de l'aide pour se nourrir, s'habiller, se doucher, se mouvoir (pour se rendre à des rendez-vous, aller acheter de la nourriture, etc.). Ce résultat est important car il montre que le public que l'on accompagne est dépendant. Leur statut de demandeur d'asile ou débouté de la demande d'asile ne permet pas toujours de mettre en place les dispositifs et/ou interventions adaptées pour prendre en charge cette dépendance. Cela doit nous amener à nous interroger sur les actions à mettre en place pour prendre en charge cette problématique.

- **Intervention et mobilisation des travailleurs sociaux,**

Dans le cadre de l'accompagnement social mené au sein des dispositifs, les travailleurs sociaux sont donc amenés à solliciter différents partenaires médico-sociaux, médicaux ou

paramédicaux. Ils mettent en place les démarches liées aux soins à destination du public accueilli. Dans cette enquête, nous pouvons constater que majoritairement les professionnels travaillent en partenariat avec les structures suivantes,

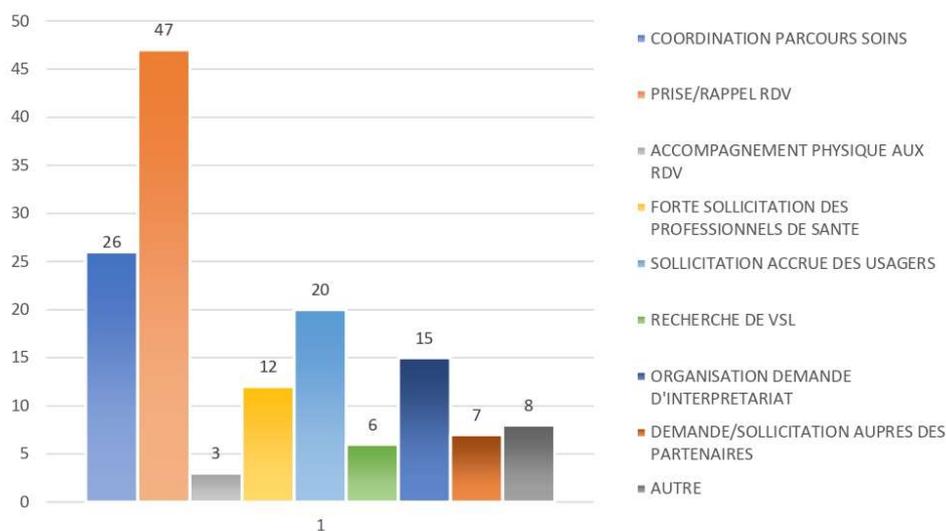
- CHRU/milieu hospitalier
- PASS (permanence d'accès aux soins de santé)
- Praticiens libéraux
- CMP (Centres Médicaux Psychologiques)
- EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité)
- Maternité

D'autres partenaires sont interpellés plus à la marge, tels que le CPN (Centre Psychothérapeutique de Nancy), médecins du monde, ICL (Institut de Cancérologie de Lorraine).

Globalement, le sentiment général exprimé par les équipes relève d'une gestion et d'une coordination importante du parcours de soins des personnes accompagnées. Aussi, il est nécessaire d'objectiver les interventions menées par les professionnels dans ce cadre.

D'autres partenaires sont mobilisés par les professionnels quotidiennement ou ponctuellement et n'ont pas été cités par les professionnels. Chaque jour, ils sont en lien avec le service du CLAT du CHRU de Nancy. A l'arrivée des personnes sur nos dispositifs, il est organisé des rendez-vous de dépistage tuberculose. Cela permet une prévention réelle et peut éviter des contaminations sur les hébergements, notamment collectifs. Par ailleurs, nos dispositifs travaillent en partenariat avec le Réseau Solène présent sur le secteur de l'agglomération nancéenne afin de permettre un meilleur accès aux soins des publics précaires. Pour le moment, ce travail permet d'organiser, au sein des services, des rendez-vous de préconsultations en ophtalmologie avec un interne en médecine et une coordinatrice. Ces derniers se chargent d'organiser des rendez-vous vers des praticiens libéraux ou hospitaliers

Dans le graphique ci-dessous, la valeur n'est pas exprimée en pourcentage. Au sein du questionnaire, plusieurs réponses pouvant être choisies pour une seule situation.



Globalement, il apparaît qu'en majorité les professionnels s'occupent de la prise des rendez-vous médicaux auprès des partenaires pour ensuite les transmettre et les rappeler aux usagers. Ensuite, nous pouvons constater que la proportion, concernant la coordination du parcours de soins de la personne accueillie sur le dispositif, est importante. Elle reflète le sentiment général abordé au début de cette enquête. En effet, les professionnels occupent une place de coordination pour palier cet aspect dans l'accompagnement. Nous pouvons mettre en lien cette donnée avec la forte sollicitation auprès des professionnels de santé couplée aux sollicitations accrues des usagers. Les travailleurs sociaux occupent une place centrale dans l'accompagnement de la personne accueillie. Ils expliquent des certificats médicaux, comptes-rendus ou encore des ordonnances aux personnes suite à un passage dans un service de soins, lorsque cela n'a pas été réalisé par le corps médical. Cela demande aux travailleurs sociaux de reprendre contact avec les services hospitaliers pour obtenir des précisions sur un sujet qu'ils ne maîtrisent pas.

Une procédure est actuellement mise en place en lien avec les services hospitaliers concernant les demandes d'interprétariat auprès du service où se déroule le rendez-vous. Le travailleur social du Pôle Asile prend attache avec le service social pour solliciter une demande d'interprétariat pour un rendez-vous lorsque la personne ne comprend pas le français. En fonction de la nature du rendez-vous (diagnostic, hospitalisation à venir, traitement lourd à mettre en place, consultation simple, rendez-vous de contrôle), la demande est validée ou non par les services hospitaliers. Nous pouvons nous interroger sur cette méthodologie définie conjointement. Au regard d'un suivi régulier dans les services du CHRU, n'est-il pas judicieux que l'appel aux interprètes soit organisé directement en interne ?

Il est également nécessaire pour les professionnels d'organiser les trajets hébergement-service de soins en VSL ou ambulance pour les publics les plus fragiles. Cependant, nous avons pu observer que les sociétés en charge de ces transports refusent maintenant les trajets courts, au sein de l'agglomération. Cela peut mettre en difficulté le public concerné malgré la présence d'une prescription médicale. Plus à la marge et lorsque la situation le nécessite, les

professionnels accompagnent physiquement les personnes aux rendez-vous médicaux. Cette pratique est exceptionnelle car les travailleurs sociaux tentent d'amener les usagers vers une certaine autonomie.

En fonction de la situation, les professionnels sont amenés à solliciter les partenaires caritatifs ou du soin pour palier des besoins non-pourvus. Par exemple, un demandeur d'asile sans couverture sociale (moins de 3 mois de présence sur le territoire) peut se voir prescrire des béquilles ou un fauteuil roulant lors d'une consultation à la PASS. Sans droits ouverts à la CPAM, il est difficile de mettre en œuvre cette prescription. Dans ce type de situations, le réseau partenarial auprès des associations caritatives, le CHU ou la CPAM est activé.

En parallèle, les professionnels ont indiqué plus minoritairement dans « autre », la réalisation des demandes PUMA, CSS et AME.

Le sentiment de départ général exprimé par les professionnels ne semble pas rejoindre les constats effectués ci-dessus. En effet, ils ont pu exprimer que la gestion du parcours de soins et des démarches inhérentes dépassaient généralement leur cadre d'intervention comme travailleur social. Cependant, 71% des professionnels qui ont répondu au questionnaire estiment que leur cadre d'intervention n'est pas affecté, agrandi ou dépassé. Cela est, toutefois, à nuancer car cette enquête « flash » concerne une période donnée dans un contexte donné.

Il sera donc opportun d'être attentif, dans la suite de cette étude, aux difficultés d'accès aux soins des publics précisés par les travailleurs sociaux. Est-ce que la multiplicité des difficultés rencontrées dans les accompagnements peut créer un sentiment d'impuissance et d'isolement dans la pratique professionnelle ?

- Un difficile accès aux soins et aux structures médico-sociales ?

Pour objectiver le sentiment général de départ, il semblait nécessaire de questionner les dysfonctionnements d'accès aux soins de manière concrète. Il s'avère que dans 64% des situations, les professionnels ne relèvent pas de difficulté particulière. Cette proportion peut paraître surprenante tant elle peut prendre de la place, à première vue, dans le quotidien des professionnels et dans les accompagnements. Toutefois, cette donnée est à nuancer car elle ne signifie pas que les difficultés n'existent pas.

Les professionnels estiment donc que 33% des personnes, concernées par cette enquête, sont en difficulté pour accéder aux soins nécessaires à leur état de santé et ce pour diverses raisons. Majoritairement, cette enquête affirme que la barrière linguistique et la difficulté d'accès à l'interprétariat représente une difficulté pour accéder aux soins. D'autres difficultés sont évoquées, telles que :

- L'éloignement des structures de soins/absence de transport
- Le manque ou l'absence de coordination dans le parcours de soins de la personne
- L'isolement ou l'absence d'aidant familial
- La rupture dans l'accompagnement psychologique/psychiatrique du public (plusieurs mois d'attente entre certains rendez-vous notamment),
- L'impossibilité d'accéder à des structures médico-sociales adaptées
- Des difficultés de compréhension de la posologie/des soins
- L'exigence de présentation d'une carte vitale
- La prise en charge trop courte dans certains services et cela ne permet pas d'engager des suivis médicaux adaptés

- Autre : besoins spécifiques non pris en charge par la CPAM et absence ou faibles ressources (transport, protections, appareillage, alimentation spécifique, médicaments non remboursés, soins de \"confort\"...]

Concernant l'interprétariat, il est à noter que la médecine de ville a aujourd'hui la possibilité de faire appel à des interprètes via ISM. Le CHRU a également la possibilité de faire appel à des interprètes pour des rendez-vous médicaux importants (diagnostic, mise en place d'un traitement lourd notamment). La difficulté majeure soulignée par cette enquête semble pourtant pouvoir être évitée avec les moyens déployés aujourd'hui. Une meilleure coordination pourrait-elle pallier à cette difficulté ?

Par ailleurs, les travailleurs sociaux ont précisé dans certains cas, la nécessité d'orienter les personnes avec des problèmes de santé sur des hébergements ou structures adapté(e)s à leurs pathologies et besoins, tels que :

- Structures spécialisées dans le handicap : IME, SESSAD
- Hébergement dans des logements ARS à proximité des hôpitaux et services de soins
- LHSS
- ACT

Cependant, nous pouvons constater qu'en majorité, les professionnels ne sollicitent pas d'entrée dans ce type de structure et pour plusieurs raisons :

- La situation irrégulière de la personne ne permet pas la constitution de certains dossiers ou leur étude (MDPH par exemple)
- L'attribution de certains droits ne peuvent être mis en place faute de situation régulière ou séjour
- Pas de besoins spécifiques

En effet, lorsque des dossiers sont transmis et étudiés, les délais d'attente pour l'entrée dans ces structures sont longs, plus de deux ans. Par ailleurs, malgré l'étude de certains dossiers et l'attribution de droits, ils ne peuvent être mis en place au vu du statut de demandeur d'asile ou d'absence d'une situation régulière stable auprès de la préfecture.

D'autres ont précisé que l'hébergement spécifique à la demande d'asile n'était pas forcément adopté. Cependant, ils n'ont pas été en mesure de préciser la nature du dispositif le plus adapté aux problématiques de santé du public accueilli. Ceci peut s'expliquer par une méconnaissance des dispositifs existants ou de leurs évolutions constantes.

Au regard des difficultés avancées par les professionnels, ils ont été amenés dans cette enquête à suggérer des pistes d'amélioration pour lever les freins repérés et améliorer l'accès aux soins et ce dans le but de limiter les incidences dans leur quotidien professionnel. Avant de conclure et de dégager les perspectives qui nous semblent pertinentes, ci-dessous, leurs retours transcrits,

- Mise en place de groupes de paroles avec interprétariat et confidentialité
- Coordonner la prise en charge des soins dès l'arrivée de la famille
- Faciliter la communication avec les CMP avec la désignation éventuelle d'un référent dans cette structure
- Avoir plus de visibilité sur les démarches attendues par la CPAM dans le passage CSS vers AME
- Accueillir les personnes avec des problèmes de santé importants au sein d'hébergement adapté (PMR, RDC, par exemple)
- Etudier les situations de vulnérabilité santé avec la Préfecture et la DEETS afin de faciliter l'accès au séjour pour des raisons de santé

- Renforcer l'équipe EMPP pour une prise en charge rapide du besoin exprimé par la personne
- Augmentation des moyens alloués aux PASS afin de permettre un accès rapide aux soins, un accès à l'interprétariat systématique pour explication des pathologies, soins, traitement à mettre en place etc.
- Accueillir les personnes avec problèmes de santé dans des logements à proximité des services de soins

Conclusion & Perspectives

Pour conclure, l'ensemble des données de cette enquête nous a permis de proposer de premières pistes de compréhension et d'analyse. Afin d'améliorer la prise en charge et les parcours de soins du public en demande d'asile/issu de la demande d'asile, nous souhaitons proposer plusieurs hypothèses de travail et perspectives à construire, en lien avec nos partenaires et nos financeurs, pour la prise en charge du public en demande d'asile et vulnérable.

A ce jour, les partenaires associatifs et les services hospitaliers/médicaux métropolitains interviennent dans leur champ et leur cadre d'intervention avec des protocoles et méthodologies mises en place conjointement. Un professionnel coordinateur des parcours de soins des publics précaires actuellement en poste au CHRU de Nancy a initié ce travail commun. Ce poste est pluri-financé par les services de l'état, hospitaliers et les opérateurs associatifs du secteur. Les missions menées et les actions mises en œuvre nous semblent ne plus correspondre tout à fait aux besoins de terrain. Aujourd'hui, la mise en place d'un réel réseau partenarial dédié à la coordination des parcours de soins à destination des personnes précaires et/ou migrantes paraît indispensable. Les demandeurs d'asile accueillis sont davantage porteurs de pathologies chroniques et lourdes. Aussi, de part ces constats, nous pensons qu'il serait pertinent qu'un professionnel paramédical ou médical, en interne à l'association, puisse coordonner les liens et actions mise en place entre les dispositifs asile et les services de soins en général. Afin d'être au plus près des besoins des usagers, il nous semble indispensable que ce professionnel intervienne au sein du Pôle Asile. Il pourrait ainsi avoir un rôle pivot dans ce cadre, avec plusieurs objectifs :

- Affiner les observations, les constats et analyses suggéré(e)s par cette enquête,
- « Aller vers » les professionnels du travail social et du secteur médical afin de mieux comprendre les besoins, dans le but de coordonner globalement les parcours de soins des demandeurs d'asile et issus de la demande d'asile
- Impulser un réseau partenarial dédié, avec l'organisation de rencontres partenariales plus régulières, actions de sensibilisation, voire de formation auprès des professionnels.

Au regard du développement de l'équipe d'intervention médicosociale hors les murs sur le Pôle CHRS & Santé, il pourrait être opportun d'envisager un travail commun. Cela permettrait à ce professionnel de pouvoir exercer ses missions, aux côtés de professionnels issus du domaine médical.

Par ailleurs, nous avons pu voir dans cette enquête que l'absence de couverture sociale durant les trois premiers mois de présence en France représente une difficulté dans la prise en charge du public. Les PASS sont aujourd'hui au cœur du parcours de soins des demandeurs d'asile, à leur arrivée. La mise en place d'une primo-consultation médicale à l'arrivée des personnes en France, au même titre que le dépistage CLAT, pourrait permettre de coordonner le parcours de soins dès leur arrivée. Une prise en charge anticipée permettrait la prévention de certaines pathologies ou tout du moins la dégradation d'état de santé car pris en charge tardivement.

Aussi, la mise en place d'un carnet de santé à destination des personnes en demande d'asile/précaires représenterait un outil de cette coordination globale des parcours de soins. Durant l'écriture de cette enquête, nous avons découvert l'existence d'un « Passeport Santé » mis en place par l'Agence Régionale de Santé Grand Est. Nous pensons qu'il est nécessaire qu'il soit mis en place sur le secteur Métropolitain et les territoires où sont pris en charge

notre public. Il est indiqué par l'ArS qu'il doit être distribué au sein des Guichets Uniques des Préfectures dans la Région ou au sein des PASS. A notre connaissance, cela n'est pas mis en place sur le secteur métropolitain.

Enfin, il est apparu dans cette enquête que les hébergements DN@ ne sont pas toujours adaptés aux problématiques santé rencontrées par le public accueilli. En effet, notre parc immobilier dispose d'un nombre très restreint de logements PMR, en RDC ou à des étages peu élevés. Cependant, l'hypothèse de dédier des places hébergement DN@ adaptées aux difficultés de santé du public en demande d'asile semble difficilement réalisable. La méconnaissance ou connaissance partielle des problématiques santé au préalable des orientations sur les dispositifs DN@ et la disponibilité réduite de logements adaptés/PMR sont plusieurs facteurs qui nous laissent penser que cet axe de travail en lien avec l'OFII est difficile à mettre en œuvre.

Glossaire

- ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique
- AME : Aide Médicale Etat
- CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CSS : Complémentaire Santé Solidaire
- EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
- ICL : Institut de Cancérologie de Lorraine
- IME : Institut Médico-Educatif
- LHSS : Lits Haltes Soins Santé
- OFPRA : Office Français pour les Réfugiés et les Apatrides
- OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- PUMA : Protection Universelle Maladie
- SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
- VSL : Véhicule Sanitaire Léger

Annexe

Questionnaire en ligne transmis aux professionnels du Pôle Asile, via l'application FORMS d'Office 365

Questions

Réponses 70

ENQUETE "SANTE DES USAGERS" - Pôle Asile de l'ARS

Le cadre de l'enquête :

Les différentes équipes du pôle Asile font part de difficultés liées à une augmentation du nombre de personnes en demande d'asile ou issues de l'asile présentant des problèmes de santé, parfois graves. Ces situations ont une incidence dans l'accompagnement social et votre mobilisation dans la coordination du parcours de soin de ce public, souvent chronophage.

Vous faites face à des aspects de l'accompagnement qui, parfois, dépassent le champs d'intervention du travailleur social.

Par ailleurs, certaines situations semblent inextricables et les travailleurs sociaux sont en première ligne pour tenter de pallier à l'absence de solutions adaptées aux particularités du public ou l'impossibilité d'orienter ces publics vers les dispositifs dédiés et adaptés.

Aussi, cette enquête a pour vocation d'objectiver le ressenti des équipes et ainsi d'analyser plus précisément l'origine de ces difficultés et les répercussions dans l'accompagnement social au travers des données factuelles, tant qualitatives que quantitatives.

Cette enquête "flash" dressera une photographie de la situation sur un temps donné.

Un bilan et une analyse des données seront proposés à partir des résultats recueillis dans le cadre de cette enquête.

Cette enquête est anonyme. Aucun élément personnel ne sera transmis et diffusé.

Quelques consignes :

Cette enquête concerne l'ensemble des personnes hébergées au sein des différents dispositifs (MADA, CAES, HUDA 1 et 2, CADA, CPH) du 1er au 30 septembre 2021.

Réponses attendues avant le 16 octobre 2021. L'extraction et consolidation des données aura lieu à partir du 18 octobre 2021.

Si une personne est accueillie après le 30 septembre 2021, elle n'est pas concernée par l'enquête.

En cas de transfert de dispositif en interne à l'ARS (du CAES vers l'HUDA ou le CADA par exemple), le questionnaire sera complété par le service orienteur.

Merci de compléter une enquête par personne concernée (exemple : si 2 personnes ont des problèmes de santé au sein d'un même ménage, 2 formulaires sont nécessaires).

Cette enquête concerne l'ensemble des difficultés rencontrées pendant la prise en charge, qu'elles soient toujours présentes ou antérieures (et pas uniquement sur le mois concerné par l'enquête)

Certaines questions sont obligatoires (essentiels pour l'analyse des données). Aussi, si vous ne répondez pas à la question, vous ne pouvez pas passer à la suite.

Nous vous remercions pour votre collaboration et le temps dédié à cette enquête.

Origine du questionnaire / interlocuteur

L'objectif de ces questions est de pouvoir quantifier le nombre de personnes concernées par service, proportionnellement au nombre de personnes accueillies sur la période de référence de l'enquête. L'enquête étant anonyme, indiquer votre nom et prénom permet d'identifier plus rapidement l'interlocuteur si des éléments complémentaires sont nécessaires par la suite (dans l'exploitation des données).
Une seule réponse possible.

1. SERVICE DU POLE *

Sélectionnez votre réponse

2. NOM DU TRAVAILLEUR SOCIAL REFERENT *

Sélectionnez votre réponse

Informations sur la personne concernée

Cette section de l'enquête permet d'analyser la situation globale des personnes concernées et faire des recoupements avec les difficultés repérées dans l'accompagnement social.

Avoir des informations précises sur la situation globale de la personne apporte des indicateurs sur la typologie du public concerné (tranche d'âge, nationalité, situation administrative...).

3. Sexe *

- Femme
- Homme

4. S'agit-il d'un mineur ? *

Sélectionnez votre réponse

5. Quelle est la date de naissance de la personne concernée ? *

Si vous ne connaissez pas la date de naissance exacte, indiquez le premier jour de l'année de naissance (exemple : 01.01.1970)

Entrez la date (dd/MM/yyyy)

6. quelle est la composition du ménage de la personne concernée ? *

Cette question permet notamment d'appréhender la notion d'isolement

Sélectionnez votre réponse

7. Combien d'autres personnes, dans le ménage, sont concernées par cette enquête ? *

Autres personnes du ménage (conjoint, enfant...) avec une pathologie lourde ou chronique et d'éventuels dysfonctionnements dans l'accès aux soins.

Sélectionnez votre réponse

8. Depuis combien de temps la personne est-elle prise en charge au sein du service ? *

Sélectionnez votre réponse

9. Quelle est la date d'entrée en France de la personne concernée ? *

Si vous ne connaissez pas la date d'entrée en France, indiquez la date du rendez-vous au GUDA (guichet unique pour demandeurs d'asile).

Entrez la date (dd/MM/yyyy)

10. Quelle est la nationalité de la personne concernée ? *

Entrez votre réponse

11. Dans quelle situation administrative se trouve la personne concernée ? (au regard du séjour/ de l'hébergement et des CMA - conditions matérielles d'accueil - Plusieurs réponses possibles. *

Plusieurs réponses possibles. Pour les situations particulières, n'hésitez pas à utiliser la case "autre". Les réponses concernent à la fois le séjour et le maintien des conditions matérielles d'accueil (CMA)

- DA procédure normale / OFPRA
- DA procédure normale / CNDA
- DA procédure accélérée / OFPRA
- DA procédure accélérée / CNDA
- DUBLIN
- BPI (Protection subsidiaire ou statut de réfugié)
- Récépissé/APS ou CST en cours de validité (hors asile et BPI)
- Débouté de l'asile sans titre de séjour
- OQTF PA POS (DA en procédure accélérée débouté à l'OFPRA)
- OQTF
- Référé mesure utile en cours (demande d'expulsion du dispositif par la préfecture auprès du Tribunal administratif)
- Autre

12. Si la personne bénéficie d'actuellement d'un droit au séjour de dehors de l'asile, merci d'indiquer la nature du titre de séjour (récépissé, Autorisation Provisoire de séjour - APS, Carte de séjour temporaire - CST), et le motif.

exemple de motif : parent d'enfant français, conjoint d'une bénéficiaire d'une protection internationale, titre de séjour pour soins, parent d'enfant malade ... / vous pouvez également préciser si le titre de séjour est assorti d'une autorisation de travail, et toute autre information utile.

Entrez votre réponse

13. Si la personne (ou son représentant légal) a sollicité un titre de séjour, quel est le motif de la demande ?

Merci d'indiquer dans votre réponse le motif de la demande (titre de séjour pour soins, parent d'enfant français...) et depuis combien de temps la demande a été déposée en préfecture.

Entrez votre réponse

14. Avez-vous constaté des difficultés dans le dépôt ou traitement de la demande de titre de séjour ?

exemples : délais d'instruction long, refus d'enregistrement de la demande, la personne n'a pas les justificatifs demandés...

Entrez votre réponse

15. Quels sont les "droits santé" de la personne concernée ? *

Sélectionnez votre réponse



16. Avez-vous constaté des difficultés/dysfonctionnements dans l'accès aux droits auprès de la CPAM ? *

OUI

NON

17. Si vous avez constaté des difficultés, merci d'expliquer brièvement la nature des difficultés/dysfonctionnements dans l'accès aux droits auprès de la CPAM.

Entrez votre réponse

Problèmes de santé repérés

18. Pathologies médicales connues *

Plusieurs choix possibles. Il s'agit des pathologies attestées par un médecin ou déclarées par la personne concernée, dont vous avez connaissance. Une case "autre" à la fin de la liste de propositions, pour les cas particuliers : Si vous n'avez pas connaissance de la pathologie, précisez "non renseigné", si la pathologie n'apparaît pas dans la liste des propositions, si le diagnostic n'est pas clairement posé ...

- troubles psychologiques / psychiatriques (exemple : syndrome de stress post-traumatique, dépression, schizophrénie...)
- dentaire
- autismes et Troubles envahissants du développement
- handicap moteur
- handicap sensoriel (ouïe, toucher, vue, odorat, goût)
- handicap cognitif (ex : troubles de la mémoire, dyslexie...)/déficience intellectuelle
- ORL
- ophtalmologie
- gynécologie
- épilepsie
- hépato-gastro-entérologie
- hépatites
- VIH
- addictologie
- diabète
- hypertension
- affections respiratoires
- dermatologie
- cancer
- cardiologie
- neurologie
- troubles du sommeil
- maladies rénales
- dialyse
- traumatologie/rhumatologie

- maladie auto-immune (tiroïde, drépanocitose, maladie de chrone, sclérose en plaque...)
- tuberculose (latente ou active)
- maladies infectieuses
- dégradations générales de la santé en lien avec le vieillissement
- endocrinologie (problèmes hormonaux avec impact sur le métabolisme)
- Autre

19. A votre connaissance, la personne avait-elle connaissance des ces problèmes de santé avant son arrivée en France ? *

Plusieurs réponses possibles. Si vous avez des informations complémentaires à ce sujet, n'hésitez pas à commenter dans la case "autre"

- Oui, la personne avait connaissance de ses problèmes de santé avant son arrivée en France
- Oui, partiellement. D'autres problèmes ont été diagnostiqués après l'arrivée en France
- Oui, la personne exprime avoir des difficultés à se faire soigner dans son pays d'origine
- Non, le diagnostic a été établi en France
- Non, la personne n'avait pas accès aux soins dans son pays d'origine
- Autre

20. Quelle est la nature du problème de santé repéré et dans l'accès aux soins ? *

Plusieurs choix possibles. (un problème de santé "bénin ou passager" peut également présenter des problèmes d'accès aux soins ponctuels. Exemple : soins à domicile difficiles à mettre en place après une sortie d'hospitalisation, absence de relais sur les soins post-opératoires, refus de prise en charge par un praticien libéral, etc...).

- aiguë (apparition brusque et évolution rapide sur une courte durée. ex : Leucémie, pancréatite, infarctus, embolie pulmonaire, méningites...)
- chronique (affection de longue durée évoluant lentement. ex : diabète, AVC, cancer, cardiopathie...)
- bénigne/passagère
- en cours d'évaluation (pas de diagnostic établi)
- pronostic vital engagé (uniquement évalué par le corps médical)
- grossesse
- Autre

21. séquelles/difficultés repérées et connues en lien avec la pathologie

Plusieurs réponses possibles. Séquelles et difficultés que vous avez pu repérer en tant que travailleur social / ou établies par le corps médical

- PMR/fauteuil
- difficultés pour se déplacer/à la marche
- manque d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne
- manque de repères spatio-temporels
- troubles du langage
- communication non verbale
- non voyant
- malvoyant
- sourd
- malentendant
- douleurs difficiles à évaluer et à prendre en charge
- fatigabilité importante
- violence/inadaptation sociale
- perte d'autonomie en lien avec le vieillissement
- troubles de la déglutition
- instabilité émotionnelle/mise en danger
- Autre

22. Besoins spécifiques repérés et connus

en lien avec la pathologie. Plusieurs réponses possibles.

- soutien et accompagnement dans les déplacements
- aide ponctuelle dans les actes de la vie quotidienne
- présence permanente d'une tierce personne
- alimentation adaptée /compléments
- logement adapté / matériel médical
- conditions de stockage particulière des traitements
- Autre

23. quelle est la fréquence des soins médicaux/paramédicaux ?

- journalier
- plusieurs fois par semaine
- hebdomadaire (une fois par semaine minimum)
- mensuelle (une fois par mois minimum)
- trimestrielle
- aléatoire
- Autre

24. Avez-vous repéré des dysfonctionnements dans l'accès aux soins ? *

- oui
- Non
- Autre

25. difficultés repérées *

Plusieurs réponses possibles. une case "autre" à la fin de la liste si vous avez repéré d'autres difficultés qui n'apparaissent pas dans les propositions.

- barrière linguistique/difficultés d'accès à l'interprétariat
- éloignement des structures de soins/absence de transport
- manque de praticiens libéraux autour du lieu de vie
- difficultés ou refus de prise en charge par les praticiens libéraux
- exigence de présentation d'une carte vitale
- bénéficiaires de la CSS/AME refusés par le praticien
- renoncement aux soins (difficultés financières, garde d'enfants, éloignement des structures, découragement lié à la complexité de la prise en charge, aidant d'un proche dépendant, peur du jugement...)
- la personne refuse de se soigner
- inadéquation du lieu de vie (Accès PMR, sanitaires collectifs, impossibilité de cuisiner, conditions de stockage des médicaments...)
- besoins spécifiques non pris en charge par la CPAM et absence ou faibles ressources (transport, protections, appareillage, alimentation spécifique, médicaments non remboursés, soins de "confort"...
- difficultés de compréhension de la posologie/des soins
- isolement/absence d'aidant familial ou amical
- épuisement de l'entourage
- solution inexistante ou inadéquate en sortie d'hospitalisation
- impossibilité d'accéder à certaines structures médico-sociales adaptés (MDPH, centre de réadaptation...)
- manque ou absence de coordination dans le parcours de soins
- besoin de prise en charge spécialisée peu ou pas remboursé
- absence ou failles dans l'organisation du parcours de soin en sortie d'hospitalisation
- fracture numérique / difficultés dans la transmission des informations
- Autre

26. partenaires mobilisés / impliqués dans la situation
plusieurs réponses possibles.

- CHU / milieu hospitalier
- clinique privée
- PASS (permanence d'accès aux soins de santé)
- Médecins du Monde
- praticien libéral (médical/paramédical)
- EMPP (équipe mobile précarité psychiatrie)
- CMP (centre médico-psychologique)
- SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile)
- HAD (hospitalisation à domicile)
- Maison des addictions
- PMI (protection maternelle et infantile)
- Maternité
- CPN (Centre Psychothérapique de Nancy)
- ICL (Institut de Cancérologie de Lorraine)
- Autre

27. Avez-vous repéré des difficultés particulières concernant le recours à ces partenaires ?
collaboration, difficultés d'accès, délais de rendez-vous, prise de contact, fonctionnement ...

Entrez votre réponse

28. Avez-vous sollicité des dispositifs d'accueils spécifiques ? (FAM, LAM, LHSS, ACT, IME, EPHAD...) ? Si oui, quelle réponse a été apportée ? Avez-vous rencontré des difficultés? *

FAM (foyer d'accueil médicalisé) / LAM (Lits d'accueil médicalisés) / LHSS (Lits halte soins santé) / ACT (Appartements de coordination thérapeutique). IME (institut médico-éducatif) / EPHAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)...

Entrez votre réponse

29. intervention et mobilisation du travailleur social

Plusieurs réponses possibles. Une case "autre" à la fin de la liste.

- coordination du parcours de soins
- prise et rappel des rendez-vous
- accompagnement physique aux rendez-vous médicaux
- forte sollicitation des professionnels de santé (explications complémentaires, prise de RDV, interprétariat, posologie...)
- sollicitation accrue de la personne accueillie (soutien moral, demande d'aide sur les questions liées à la santé, explications des CR médicaux)
- recherche de VSL
- organisation/demandes d'interprétariat
- demandes et sollicitations auprès des partenaires (caritatifs, hôpitaux...) pour pallier aux besoins non pourvus
- Autre

30. Selon vous, l'accompagnement que vous avez été amené à faire pour la personne concernée dépasse-elle le cadre de votre intervention ? / Avez-vous rencontré des difficultés dans votre pratique? *

- oui
- non

31. Selon vous, quelle structure serait la plus adaptée pour accueillir cette personne ?

Entrez votre réponse

32. Souhaitez-vous apporter des précisions/compléments concernant la situation de la personne concernées et les difficultés repérées qui n'auraient pas été évoquées dans ce questionnaire ?

Entrez votre réponse

33. Dans cette situation précise, avez-vous des propositions et pistes d'amélioration pour lever les freins repérés, améliorer l'accès aux soins et limiter les incidences dans votre quotidien professionnel ? *

Entrez votre réponse

34. Le questionnaire est terminé. Merci !
Avez-vous des pistes d'améliorations pour ce questionnaire ? Avez-vous rencontré des difficultés dans le remplissage?

Entrez votre réponse