
Refonder la
politique
d'intégration

Rapport du groupe Protection sociale

29 octobre 2013

**Bénédicte MADELIN et
Dominique GENTIAL,**
pilotes du groupe

Nathalie GOYAUX (DGS) et
Isabelle BOUILLE-AMBROSINI
(DSS), rapporteures

Sommaire

I. Enjeux	5
Un enjeu de dignité.....	5
Un enjeu de cohésion sociale.....	5
Cohésion sociale et valeurs de la République	6
Un enjeu de santé publique	6
2. Un constat récurrent : le recours aux dispositifs de droit commun est rarement effectif et les situations de rupture de droits sont très nombreuses.....	9
Des règles de droit complexes et méconnues.....	9
Un droit inadapté aux parcours de vie spécifiques des immigrés.....	11
La nécessité d'un droit adapté effectif et non discriminant.....	11
Recommandations	13
3. La nécessité de généraliser et renforcer des dispositifs d'accueil et d'accompagnement adaptés ...	15
Un accueil adapté et professionnalisé	15
L'amélioration de l'information des publics par une plus grande adaptation des supports et une meilleure formation des personnels	16
Des actions d'informations variées pour être mieux adaptées	16
L'indispensable formation des personnels	16
La nécessité d'un accompagnement adapté et professionnalisé.....	16
Le recours généralisé à l'interprétariat professionnel pour répondre aux enjeux liés à la barrière de la langue	17
Le développement et l'indispensable reconnaissance des métiers de tiers social, créateurs de liens.....	17
Recommandations	18
4. Des conditions de travail et de vie difficiles, source de grande précarité et d'un état de santé plus dégradé que la moyenne.....	19
Des conditions d'arrivée qui aggravent l'état de santé des migrants.....	19
Des conditions très difficiles de travail, source de grande précarité.....	19
Des conditions de vie qui concourent à la dégradation de leur état de santé	20
L'état de santé des personnes immigrées est plus dégradé que la moyenne.....	21
Un non recours aux soins important	21
La protection maternelle et infantile doit être un axe essentiel non seulement en termes d'accès aux soins mais aussi de prévention	22
Recommandations	23

5. Penser la formation des intervenants sociaux afin de prendre en compte la dimension multiculturelle de la société française qui est une réalité.	25
Rompre avec une culture professionnelle « endogamique » excluante et développer les compétences professionnelles des travailleurs sociaux par la formation continue.....	25
Reconnaître la médiation sociale et l'interprétariat professionnel.....	27
La formation en médiation sociale, une filière à créer, des métiers à soutenir et à pérenniser ..	27
La formation des interprètes médicaux et sociaux	28
Recommandations	29
6. Repenser la gouvernance	31
Développer la participation et la représentation des citoyens dans les instances décisionnelles pour élaborer, suivre et évaluer la mise en œuvre, au niveau national et local, de la politique d'intégration	31
Développer le partenariat et la co-construction entre les acteurs locaux	32
Recommandations	33
BIBLIOGRAPHIE	35
LETTRE DE MISSION	39
MEMBRES DU GROUPE « PROTECTION SOCIALE »	42

I. Enjeux

« Construire une société inclusive est un effort partagé par tous ceux qui résident ici ; c'est un horizon commun d'effacement des divisions, non un effort asymétrique où certains ont les droits et d'autres les devoirs ; c'est une politique publique et un mouvement de transformation sociale, non une prestation qu'on condescend à verser à certains aux dépens d'autres ; c'est une élévation collective – de nos richesses et de nos conditions de vie, non une aide accordée à des tiers.

Nous n'entendons que donner corps à l'égalité et à la fraternité dans la liberté – partagée. »

(Thierry Tuot, La grande nation pour une société inclusive, Rapport au Premier ministre sur la refondation des politiques d'intégration, 1er février 2013).

Un enjeu de dignité

« Considérant que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde », la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 fait passer la dignité avant le droit « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits ».

Déjà, la Convention européenne des droits de l'homme de 1945 prévoit d'une part le droit pour toute personne de fonder une famille, d'autre part le droit pour toute personne au respect de sa vie familiale. C'est sur ces principes universels de dignité et de liberté que Valéry Giscard d'Estaing, président de la République et son Premier ministre Jacques Chirac ont rendu légal et institutionnalisé par le décret du 29 avril 1976 le regroupement familial.

La migration est une histoire longue, bien souvent douloureuse pour nombre de personnes issues de l'immigration. Aussi, la politique d'intégration doit-elle veiller avec la plus grande rigueur à respecter le principe de dignité de toute personne humaine. Cela exige notamment de changer de regard sur les personnes immigrées, de leur garantir l'accès au droit commun et les reconnaître pleinement comme membres de la communauté nationale. L'État a donc la responsabilité de donner des signaux et symboles autant que de produire des politiques pour que le « faire société ensemble » s'appuie sur la richesse que constitue la diversité de sa population et soit attentif aux vulnérabilités qui peuvent la traverser.

Thierry Tuot, dans son rapport au Premier ministre, insiste sur cette dimension : *« Le résultat de l'intégration n'est pas la disparition de l'origine étrangère réelle ou supposée, ni même son effacement, et encore moins son oubli ou sa négation. Chacun d'entre nous doit et peut demeurer fier de ses origines – dont il n'est, hélas, pas inutile de rappeler qu'elles nous font tous descendants de la seule race connue parmi les hommes : la race humaine. »*

Un enjeu de cohésion sociale

La cohésion sociale traduit la volonté politique d'une société démocratique de permettre aux citoyens et aux individus d'adhérer librement, et dans le respect de la loi, à des valeurs communes, un projet de société, une organisation des relations sociales et des institutions.

La cohésion sociale peut apparaître parfois comme une notion floue, ambiguë qui désigne tantôt des politiques sociales plus ou moins novatrices, tantôt le civisme et la participation démocratique à la vie de la société locale ou nationale. Mais elle est l'une des valeurs fondatrices que l'État mobilise pour concrétiser la nécessité d'un pacte social.

En juin 2005, le Conseil de l'Europe a choisi de définir la cohésion sociale d'une société moderne comme « *la capacité de la société à assurer de façon durable le bien-être de tous ses membres, incluant l'accès équitable aux ressources disponibles, le respect de la dignité dans la diversité, l'autonomie personnelle et collective et la participation responsable* ».

La cohésion sociale fait donc référence à des valeurs de solidarité et d'équité. Pour ce faire, l'accès aux droits reste le premier échelon incontournable de non-discrimination et le symbole d'une société qui accueille et s'enrichit des autres.

Cohésion sociale et valeurs de la République

Les enjeux de cohésion sociale interrogent alors nécessairement l'inégal accès aux droits au regard notamment des phénomènes d'exclusion et de discrimination qui touchent, entre autres, les populations immigrées.

Il ne s'agit pas pour autant de réclamer des politiques publiques spécifiques mais un droit commun adapté, pour tous et pour chacun, quel qu'il soit. Le socle de la justice sociale réside sur des droits adaptés à des parcours singuliers (notamment lié aux parcours hachés, aux réfugiés, aux droits des femmes, aux enfants, aux personnes âgées issues de l'immigration avec la question des allers/retours des personnes migrantes âgées).

Mais ces droits ne peuvent être réservés aux seules personnes migrantes ni à certaines catégories de population. La cohésion sociale exige l'intégration de toutes les populations par l'accès aux droits. Il s'agit bien de définir des politiques publiques qui répondent à cet enjeu... Si l'humanité se conjugue au pluriel, les droits de l'Homme, eux, sont universels.

Un enjeu de santé publique

« *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Cette définition est celle du préambule de 1946 à la Constitution de l'organisation mondiale de la santé (OMS). Elle implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels.

La santé d'une population et des groupes qui la constituent résulte des déterminants sociaux de la santé, à savoir les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que des systèmes mis en place pour promouvoir la santé ou faire face à la maladie.

Ainsi, la Santé publique a pour objectif de mettre en place une action d'ensemble afin d'améliorer la santé des populations en tenant compte de ces déterminants. Le champ d'action de la santé publique inclut alors l'ensemble des systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre les maladies (médecine et soins) et de réadaptation.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique lui assignait un objectif double : réduire l'apparition de la maladie et maintenir la population en santé. L'enjeu est de trouver des réponses face à de nouvelles réalités, aux évolutions sociales, démographiques, épidémiologiques, économiques, environnementales ainsi qu'à celles du système de soins.

Le droit à la protection sociale, l'accès aux droits en matière de santé et de soins sont un enjeu majeur de santé publique. Les politiques européennes en matière de santé reconnaissent le droit au meilleur état de santé possible comme un droit fondamental de l'être humain sans discrimination d'aucune sorte.

La discrimination dans l'accès aux soins, tout particulièrement des personnes immigrées, est un déni de ces droits fondamentaux et une absurdité de santé publique. Les études conduites sur les déterminants sociaux de la santé montrent que ce sont toujours les populations qui vivent dans une forte précarité économique et sociale qui cumulent à la fois le plus de risques pour leur santé et le plus de difficultés à accéder ou faire valoir leurs droits et l'accès aux soins.

Aussi, la santé publique doit-elle avoir pour objectifs :

- la responsabilité collective de la santé et le rôle clé de l'État dans la protection et la promotion de la santé publique ;
- la prise en compte des déterminants socioéconomiques de la santé et de la maladie aussi bien que des facteurs de risque les plus importants ;
- la prévention, et en particulier les stratégies participatives dans la prévention primaire (*community health care*) ;
- une attention particulière et des stratégies ajustées aux groupes de population particulièrement vulnérables ;
- l'association des populations concernées aux différents niveaux décisionnels et dans les programmes qui les concernent.

Pour conclure, revenons aux propos de Thierry Tuot : « *La justice est la condition du succès de la construction d'une société inclusive* ». Un État juste et démocratique se doit d'être attentif à tous et doit, à cette fin, produire du sens commun pour tous et de la singularité pour chacun.

Produire de la justice sociale implique d'ajuster les politiques et leur mise en œuvre aux difficultés particulières des individus, de tous les individus qui font la France. Aussi, le développement d'une stratégie claire de régularisation des sans papiers ne serait-il pas une réponse en termes de reconnaissance et de dignité, de cohésion sociale et de santé publique, mais aussi en termes de réduction des coûts des politiques sociales ?

Comme le rappelle Cyril Lemieux, sociologue, directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), dans un article « Avec les Roms, refaire la France », publié dans le journal *Libération* du 11 octobre dernier, « *les phénomènes sociaux sont des processus. Raison pour laquelle notre identité, personnelle et collective, doit être comprise non pas comme une donnée fixe mais comme un processus continu de transformation. C'est au contact des autres, y compris sur le mode du conflit, que nous ne cessons de changer* ». Et plus loin, il ajoute : « *La leçon à tirer des sciences sociales n'est pas que la culture d'origine des migrants dresse un obstacle définitif à leur intégration. Elle est plutôt que la transformation de l'identité des migrants, au contact de la société d'accueil, est non seulement inévitable mais encore qu'elle va inmanquablement dans le sens d'une intégration à cette société d'accueil. Ceci à une précision près : ce n'est jamais au pays 'éternel' que les migrants ou leurs enfants s'intègrent ; c'est toujours à un pays en train de se refaire à travers eux et avec eux.* ».

Cette dernière phrase nous invite à davantage nous appuyer sur les ressources que constituent les populations immigrées, en particulier des quartiers populaires, pour faire société ensemble.

2. Un constat récurrent : le recours aux dispositifs de droit commun est rarement effectif et les situations de rupture de droits sont très nombreuses

Si l'organisation de la sécurité sociale repose depuis l'origine sur le principe de solidarité nationale historiquement entendu comme la protection des travailleurs et de leur famille, les assurés sociaux étant donc affiliés à raison de leur activité professionnelle et finançant leur protection selon leurs cotisation, la loi « CMU » du 27 juillet 1999 a étendu la qualité d'assuré à ceux qui ne sont ni travailleurs ni ayants droit d'un assuré, sous réserve de résider de façon stable et régulière sur le territoire national.

La même loi a créé la CMU complémentaire, une complémentaire santé gratuite pour les personnes disposant de faibles ressources. Le législateur a également institué l'aide à la complémentaire santé, qui est une aide au financement d'une complémentaire santé, dont le montant varie entre 100 et 500 euros selon l'âge du demandeur (moins de 16 ans, 16 à 49 ans, 50 à 59 ans et 60 ans et plus). Parallèlement, on estime que plus de 3,5 millions de personnes sont allocataires de minima sociaux. Cependant, de nombreux travaux réalisés notamment par le Fonds CMU, ODENORE ou bien encore la MIPES Ile-de-France corroborant les témoignages de professionnels de « terrain » allant dans ce sens, font état d'un pourcentage important de personnes qui ne recourent pas aux droits et services auxquels elles sont néanmoins éligibles : entre 10% et 90% selon la nature de l'offre concernée¹.

De même, l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde relève, dans son rapport 2012 publié en octobre 2013 que seuls 12,3% des personnes qui ont été accueillies dans les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) ont des droits ouverts – contre 16% en 2011 – alors que 77% de ces patients sont éligibles à un droit social (AME ou CMU). L'accès aux droits et la simplification de la mise en œuvre de la réglementation sont des axes essentiels des conventions d'objectifs et de gestion qui viennent d'être conclues ou qui vont l'être entre les caisses nationales de sécurité sociale et les ministères concernés.

Afin d'optimiser leur application, il est important d'identifier les facteurs juridiques pouvant constituer des obstacles à l'accès effectif au droit commun, tels que :

- La complexité des textes (par exemple des conditions de résidence d'une durée différente selon le type de prestations) ;
- Le caractère discriminant de certaines dispositions (tels le délai de stage de plusieurs années sur le territoire pour l'obtention de certaines prestations ou bien encore certaines procédures nécessaires à l'immatriculation définitive des assurés) ;
- L'inapplication de certains textes législatifs faute de décret d'application. C'est le cas, par exemple, de l'aide à la réinsertion familiale et sociale qui permet aux anciens migrants bénéficiaires de l'aide au logement, de l'assurance maladie ou de l'assurance vieillesse de percevoir ces aides quel que soit l'endroit où ils résident et notamment dans leur pays d'origine.

Des règles de droit complexes et méconnues

D'une façon générale, le recours aux dispositifs de droit commun n'est pas effectif, la plupart du temps, compte tenu de la méconnaissance de ces dispositifs et des démarches administratives

¹ Cf. Regards juillet 2012, MIPES.

souvent difficiles à initier et mettre en œuvre. En effet, les textes légaux et réglementaires sont nombreux et complexes. Ainsi, il existe des conditions différentes d'accès aux droits selon les prestations.

Dans son avis « faire vivre la solidarité dans le domaine de l'autonomie », la Conférence nationale de santé (CNS) indiquait que *« Le premier consensus ... porte sur la remise en cause de l'intérêt et de l'efficacité des politiques ciblées sur un public particulier, défini au titre de l'âge ou de la pathologie ou de la situation sociale. Pour la CNS, l'approche 'tous publics' doit être le principe et les approches sectorielles ou ciblées des exceptions dûment justifiées par un bilan coût-avantage documenté. Les dispositifs de droit commun doivent être inclusifs, et s'adapter aux personnes vulnérables, plutôt que ces dernières escomptent - de la part de politiques ciblées - le réaménagement de politiques globales mal ajustées. »*

En second lieu, les mêmes grands principes doivent s'appliquer à toute la population et il ne peut y avoir de régime de droits spécifiques pour une partie de la population. Par contre, pour certaines populations fragiles, dont les populations immigrées font partie, il est nécessaire de renforcer des dispositifs et aides spécifiques, ce qui ne constitue pas pour autant un système dérogatoire aux soins. En effet, il est important de ne pas oublier les personnes étrangères en situation administrative précaire, qu'elles soient citoyennes européennes pauvres, sans papiers, titulaires d'autorisation provisoire de séjour avec ou sans droit au travail, en cours de renouvellement d'un titre de séjour, en attente d'une décision de la juridiction administrative...

Effectivement, quel que soit leur statut administratif, même sans titre de séjour, les personnes étrangères ont des droits, et notamment des droits sociaux, trop souvent méconnus. Dans plusieurs domaines, la simplification des droits devrait aller jusqu'à supprimer la condition de régularité de séjour pour pouvoir y accéder.

À cette source importante de complexité et de confusion pour les bénéficiaires potentiels s'ajoutent des contrôles portant sur les bénéficiaires inadaptés à ces difficultés. Il est donc important de relever les effets de « discrimination systémique » que les textes légaux et réglementaires peuvent engendrer.

En outre, l'application des textes peut varier non seulement en fonction des pratiques locales, variables d'un organisme à un autre, mais aussi selon les décisions jurisprudentielles, créant ainsi de nombreuses inégalités de traitement. Le risque de rupture des droits sociaux peut de ce fait être conséquent, notamment en raison de la méconnaissance par le public concerné des conditions nécessaires à leur ouverture et à leur maintien.

Des conditions de durée de résidence différentes selon le type de prestations sont un facteur de complication particulièrement important : mal maîtrisé par les personnes concernées, qui peuvent enfreindre la règle sans le savoir, il les expose ainsi à la perte du droit voire à des sanctions.

C'est le cas en particulier des conditions de résidence dont la durée varie selon la nature de la prestation :

- 3 mois consécutifs avant la demande pour les primo demandeurs de CMUC ;
- 6 mois non consécutifs au cours des 12 mois précédant la demande notamment pour les renouvellements ;
- 6 mois non consécutifs au cours de l'année civile notamment pour l'ASPA ;
- 8 mois au cours de l'année civile (pendant lesquels le logement doit être occupé) pour l'aide personnalisée au logement.

Sans parler d'une application différenciée en fonction des préfectures, d'autant que la jurisprudence des arrêts « GISTI » notamment porte à la connaissance de tous ces inégalités de traitement.

Un droit inadapté aux parcours de vie spécifiques des immigrés

Il s'agit notamment des enfants mineurs, qui peuvent être exclus des droits lorsqu'ils rejoignent leurs parents installés en France dans des conditions régulières mais qui font venir leurs enfants sans que les règles relatives au regroupement familial ne soient respectées.

En ce qui concerne la pension de retraite, il est fréquent de constater des difficultés de reconstitution de carrière pour le calcul du montant de la pension (employeurs inexistants, documents perdus en raison de l'importante mobilité géographique dans le cadre du travail, à des conditions de vie précaire notamment dans de l'habitat diffus dégradé...).

De même, l'obligation pour tout assuré d'être identifié par un numéro d'inscription au répertoire (NIR) certifié afin de pouvoir bénéficier de ses prestations, particulièrement lors de la liquidation de la pension de vieillesse, est problématique pour l'ensemble des assurés nés à l'étranger (absence d'état civil fiable dans les pays d'origine pour les périodes considérées entraînant homonymie, documents d'état civil perdus voire détruits) conduisant souvent à l'obligation de fournir une apostille ou une légalisation, procédures particulièrement complexes à mettre en œuvre.

En outre, il est nécessaire de reconnaître le caractère discriminant de certaines prestations. C'est le cas, par exemple de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou le RSA. À la différence de la CMU dont le bénéfice est soumis à une condition de stabilité de résidence de 3 mois en France aussi bien pour les Français de retour sur le territoire que pour les ressortissants étrangers y arrivant en situation régulière, le RSA et l'ASPA ne sont servis aux assurés ressortissants étrangers que s'ils justifient d'un séjour régulier de 5 ans au moins, voire de 10 ans.

Ces derniers rencontrent souvent de grandes difficultés pour justifier de cette condition (le titre de séjour récemment renouvelé ne permet pas de vérifier cette condition et le précédent a dû être restitué pour procéder au renouvellement) alors qu'ils ont travaillé pendant de nombreuses années en France et ont de ce fait acquis des droits à la retraite. Les textes visant la population âgée générale (service d'aide à domicile, Centres locaux d'information et de coordination, Allocation personnalisée d'autonomie...) doivent donc être adaptés. Les personnes immigrées qui vieillissent en France n'ont actuellement pas intérêt à opter pour la carte de séjour mention « retraité » et doivent conserver leur carte de résidence de 10 ans.

Cependant, si la carte de séjour mention « retraité » peut permettre à certaines personnes qui ont décidé de retourner définitivement dans leur pays d'origine de continuer à venir en France, sans que leur séjour n'excède 12 mois, il faut qu'elle s'accompagne de manière systématique du maintien de l'ensemble de leurs droits sociaux (APL, ASPA, droits à la santé etc.)

Concernant l'ASPA, la condition imposée aux seuls étrangers semble ne pas être conforme aux engagements de la France pris dans le cadre des conventions bilatérales de sécurité sociale. Elle serait en contradiction avec les conventions européennes et internationales et avec la volonté affichée d'une politique d'intégration.

Déjà, considérant que le projet de loi RSA exigeait une durée de résidence de 5 ans, la HALDE avait constaté que cette exigence violait le principe d'égalité et de non discrimination protégé par de nombreux textes internationaux (Délibération n° 2008-228 du 20 octobre 2008).

La nécessité d'un droit adapté effectif et non discriminant

L'application des textes peut produire des effets inverses aux résultats recherchés et contribuer ainsi à provoquer et alimenter l'exclusion (par exemple, la variabilité de la durée de séjour exigée selon la

nature de la prestation ; la diversité de l'application de la réglementation par les organismes, par les préfectures ; les conséquences de la jurisprudence etc.).

Il est donc important de parvenir à l'harmonisation des conditions de résidence aux fins de simplification pour, d'une part, un accès aux droits facilité et, d'autre part, éviter les ruptures de droits en rendant la condition de résidence compréhensible et compatible avec les allers et venues entre la France et le pays d'origine.

La CNAV propose ainsi régulièrement la suppression de la condition de détention préalable d'un titre de séjour autorisant à travailler de dix ans pour l'ASPA afin de tenir compte du parcours professionnel en France des intéressés par lequel cette condition préalable de régularité du séjour est avérée ainsi que l'atteste « leur compte carrière » qui démontre leur présence sur le territoire préalable.

Dans l'attente ou en l'absence de cette modification, il est proposé de poser une présomption que cette condition est remplie pour les retraités qui sollicitent l'ASPA et totalisent dans leur compte carrière un nombre de trimestres équivalent à la durée de 10 ans (40 trimestres). Cet assouplissement simplifierait les démarches des assurés qui ne peuvent établir la condition de 10 ans avec le titre de séjour en leur possession.

Par ailleurs, la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007, dite « loi Dalo », a pris en compte la problématique des allers et retours des personnes âgées de plus de 65 ans et vivant seules en créant l'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants dans leur pays d'origine.

Il est ainsi prévu que les bénéficiaires de ce dispositif aient droit, lors de leur séjour en France, aux prestations en nature du régime obligatoire dont ils relevaient au moment de leur départ.

Or, cette disposition destinée à sécuriser les allers et retours entre la France et le pays d'origine en termes de droit aux prestations et de complément de ressources demeure inapplicable, faute de décret d'application.

En outre, le cadre juridique pourrait également être assoupli afin que certains échanges informatisés entre organismes de différentes branches de la sécurité sociale permettent une ouverture du droit à certaines prestations quasi-automatique, impliquant un minimum de démarches de la part des personnes concernées (passage à la retraite, CMUC, ACS ...) tel que cela a été mis en œuvre pour les demandeurs du RSA socle et l'attribution de la CMUC.

Par ailleurs, certains dispositifs mis en place dans le cadre des politiques publiques de lutte contre la fraude, tels le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), peuvent être des outils de facilitation de l'accès aux droits.

Ainsi le RNCPS, en regroupant les données sur l'identification des bénéficiaires, leur rattachement aux organismes sociaux, la nature des risques couverts, des avantages servis permet également une qualité de service renforcée, se traduisant notamment par la simplification des démarches et des procédures en permettant le repérage des droits sociaux des bénéficiaires selon leur statut et donc de constater notamment les cas de non-recours. Outre sa fonction d'outil contre la fraude, il doit prioritairement aider à prévenir la rupture des droits, voire à repérer les droits non ouverts.

L'application des textes produit dans certaines situations des effets inverses aux résultats recherchés et contribue ainsi à provoquer et alimenter l'exclusion (par exemple, la variabilité de la durée de

séjour exigée selon la nature de la prestation ; la diversité de l'application de la réglementation par les organismes, par les préfetures ; les conséquences de la jurisprudence etc.).

En outre, certains textes d'application nécessaires à l'accès aux droits effectifs des intéressés ne sont pas publiés, ce qui empêche la mise en œuvre des dispositifs.

Recommandations

Procéder à la recension des textes existants afin d'identifier ceux qui ne sont pas appliqués (faute de texte d'application ou tombés en désuétude) ainsi que ceux comportant un caractère discriminant et simplifier le cadre juridique en procédant à l'harmonisation des textes et de leurs modalités d'application et développer la dématérialisation des documents.

1. **Mettre en conformité la législation française avec les législations européennes et internationales et avec les conventions bilatérales de sécurité sociale.**
2. **Uniformisation des durées de présence en France pour l'accès aux droits en s'alignant sur le mieux-disant social pour chacun des droits et application de la réglementation sur l'ensemble du territoire national.**
3. **Ouverture des droits à tous les enfants quels que soient leur condition d'arrivée en France, leur pays d'origine et la situation de leurs parents au regard du droit au séjour en France.**
4. **Publier les décrets d'application de l'Aide à la réinsertion familiale et sociale permettant sa mise en œuvre effective, notamment pour sécuriser les allers et retours entre la France et le pays d'origine des personnes âgées de plus de 65 ans et vivant seules.**
5. **Dématérialiser les documents administratifs aux fins d'accès aux droits et non seulement de contrôle. Utiliser le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) à des fins de facilitation de l'accès aux droits.**

3. La nécessité de généraliser et renforcer des dispositifs d'accueil et d'accompagnement adaptés

Le public étranger en situation administrative précaire doit trouver un accueil dépourvu de toute discrimination auprès de l'ensemble des guichets de droit commun, avec le premier souci de vérifier si des droits sont ouvrables et d'aider à leur mise en œuvre le cas échéant.

Les informations ne sont pas toujours accessibles. Les personnes concernées ignorent souvent auprès de quelle structure se renseigner. En outre, les informations nécessaires pour accéder aux dispositifs auxquels elles peuvent prétendre sont rarement réalisées aux moyens de support adaptés et ne sont donc pas toujours accessibles en raison de la barrière de la langue, de sa maîtrise insuffisante ou bien encore d'une difficulté d'appréhender l'écrit.

L'absence de véritable politique globale sur cette question se traduit par un très faible recours à l'interprétariat professionnel ou à la médiation sociale et culturelle² dans les structures où sont accueillies, accompagnées et prises en charge des personnes allophones, par exemple aux guichets d'accueil, dans les hôpitaux et les diverses structures sociales, médico-sociales et de soins y compris chez les professionnels de santé libéraux. Les solutions mises en œuvre sont le plus souvent empiriques et lorsqu'il est mis en place, l'interprétariat professionnel ou la médiation sociale et culturelle demeurent ponctuels et fortement tributaires des possibilités de financement.

Par ailleurs, les confusions fréquentes entre interprétariat et médiation sociale peuvent donner un caractère inapproprié à des actions a priori conduites pour résoudre les difficultés rencontrées.

Les personnes concernées ont besoin d'un accompagnement individualisé et adapté, notamment à leur environnement socioculturel pour leur permettre un accès au droit commun sans stigmatisation. Au manque de formation adaptée des professionnels chargés de l'accueil et de l'accompagnement des publics concernés se conjugue le défaut de professionnalisation des structures : cadre déontologique souvent insuffisant, faiblesse de l'encadrement, absence de politique salariale conjugée à des emplois faiblement rémunérés et précaires des intervenants (exemple des adultes relais).

La dimension de l'accueil ne doit pas, et c'est trop souvent le cas, revêtir la fonction de sélection mais bien le premier contact qui met en confiance et doit faciliter la suite des démarches. Aussi, la formation des professionnels aux accueils des différentes structures publiques doit faciliter le changement de regard et la lutte contre les discriminations, permettre de comprendre les dynamiques qui s'opèrent dans un parcours migratoire (ancien ou récent), dans les processus de précarisation et donner les éléments de compréhension permettant d'ajuster sa posture de professionnel aux besoins de compréhension de la personne accueillie.

Un accueil adapté et professionnalisé

C'est l'étape préalable à l'accompagnement et incontournable en ce sens que l'accueil doit créer la relation de confiance par la proximité physique entre la personne et le professionnel. Au sujet de ce dernier, le terme de « tiers social » est préféré à celui d'accompagnant social en ce sens qu'en introduisant la société dans la relation, le professionnel redonne à la personne sa place comme sujet, acteur social et citoyen. L'accueil notamment sur le site de vie ou au domicile de la personne, pour les personnes les plus exclues et les plus en difficulté peut également être envisagé.

La mise en place d'un accueil de qualité se décline à travers plusieurs axes.

² La médiation sociale et culturelle est l'une des composantes de la médiation sociale.

L'amélioration de l'information des publics par une plus grande adaptation des supports et une meilleure formation des personnels

Des actions d'informations variées pour être mieux adaptées

L'importance d'une information de proximité et adaptée aux publics visés en parallèle des supports et actions habituels doit être soulignée.

Ainsi, s'agissant des travailleurs salariés, l'employeur peut constituer un relais efficace afin de faire connaître les droits sociaux acquis grâce notamment aux cotisations versées à l'occasion de l'activité professionnelle.

Par ailleurs, les échanges d'information dématérialisés entre organismes des différentes branches de sécurité sociale permettant d'identifier les futurs changements de situation des assurés (entre la CNAMTS et la CNAV à la fin de pension d'invalidité pour passage à la retraite par exemple) afin d'éviter les ruptures de droit en contactant les assurés pour la mise en œuvre des démarches nécessaires, doivent être développés.

L'utilisation de films, d'Internet et du Smartphone peut également ouvrir des perspectives intéressantes dans la diffusion des informations en les déclinant selon plusieurs niveaux adaptés aux besoins des destinataires (usager en recherche d'information, ou intervenant social ou association). C'est également le cas de certains supports d'information, tels le guide du retraité étranger, élaboré par l'union professionnelle du logement accompagné (UNAFO) en collaboration avec la CNAV et la DAIC, qui peut également informer les professionnels.

Les initiatives mises en place notamment par la CNAMTS, la MSA, la CNAV ou certaines municipalités, en lien avec des associations et qui consistent notamment à réaliser des séances d'information au sein de différents lieux de vie (locaux associatifs, foyers d'hébergement) avec la collaboration de tiers, méritent également d'être développées.

L'indispensable formation des personnels

Les dispositifs de formation, en particulier de formation continue à destination des agents administratifs ainsi que des professionnels de santé en contact avec le public sont d'autant plus nécessaires que le public des personnes immigrées est divers (personnes venant d'arriver sur le territoire, installées depuis longtemps, conditions d'arrivée différentes etc.), doivent être généralisés à l'instar par exemple, de ce qui a été mis en place par la CARSAT de Normandie. Celle-ci organise un cycle de formation à destination de ses agents avec l'appui d'un sociologue spécialisé en communication interculturelle et en droit des étrangers.

La nécessité d'un accompagnement adapté et professionnalisé

L'importance d'un accompagnement adapté, du recours à l'interprétariat professionnel, de la reconnaissance de la médiation sociale et plus globalement de toutes fonctions créatrices de lien a été mise en exergue durant toute la durée des travaux du groupe.

Cependant, toutes nécessaires et complémentaires, chacune de ses fonctions doit être reconnue avec ses spécificités propres, comme une profession à part entière.

Ainsi, si l'interprète et le médiateur social sont des métiers qui semblent proches dans la mesure où ils mobilisent tous deux la question de la langue et de la culture et se situent comme tiers entre les institutions et les usagers qui ont des difficultés d'accès aux services, il est néanmoins important de souligner leurs différences pour savoir quelle solution envisager selon les contextes.

Le travail de l'interprète est centré sur la langue et sur la restitution du sens. Lorsqu'il traduit, il mobilise des connaissances culturelles des deux langues qui lui permettront de restituer les dictons, expressions et autres spécificités mais il ne s'autorisera à apporter des explications culturelles que très exceptionnellement en précisant qu'il sort de la traduction et en demandant la validation de son apport par les personnes.

De même, l'interprète n'effectue pas d'accompagnement ou de démarche avec les personnes et n'a pas pour mission de résoudre les conflits. Il a celle de donner la possibilité aux deux parties de s'exprimer dans le conflit pour leur permettre de le résoudre elles-mêmes.

Le médiateur quant à lui, prend appui sur ses connaissances des cultures, des contextes voire des langues et des cultures pour proposer ou négocier des solutions acceptables par les parties. Il peut apporter des éclairages culturels lorsqu'il le juge nécessaire. Il a également celle de donner la possibilité aux deux parties de s'exprimer dans le conflit pour leur permettre de le résoudre elles-mêmes.

Le recours généralisé à l'interprétariat professionnel pour répondre aux enjeux liés à la barrière de la langue

La barrière de la langue constitue un frein essentiel à l'accès aux droits, aux soins et à la prévention. Pour les personnes non ou peu francophones, il s'avère particulièrement ardu d'exprimer ses demandes, ses questions ou ses doutes et de comprendre les droits, les messages de prévention, les diagnostics ou les recommandations d'observance. Les professionnels de la santé et du social connaissent d'importantes difficultés à accompagner et prendre en charge ces personnes : comment instaurer la confiance, comprendre les attentes, poser un diagnostic, informer ? Les enjeux se posent en termes déontologiques (comment exercer son métier auprès de tous ?), juridique (secret professionnel, recueil du consentement éclairé...) et éthique (quelle place est accordée à la parole des personnes ?).

Ces éléments peuvent sembler évident et pourtant, au quotidien, les solutions pour palier à la barrière de la langue sont le plus souvent bricolées et leurs conséquences non réfléchies : gestes, illustrations, dictionnaires, appel à des interprètes de proximité (famille, ami, ...) ou à des professionnels non formés à la traduction.

Or, traduire ne s'improvise pas et demande des compétences qui vont au-delà de la connaissance de deux langues. En effet, il faut savoir restituer les niveaux de langues, les différents registres, les nuances, les émotions. Un recul sur sa place occupée dans l'entretien est également nécessaire pour rester centré sur la traduction, ne pas se laisser déborder par les émotions et ne pas proposer son point de vue. Des études menées dans d'autres pays ont montré que les erreurs de traduction étaient plus nombreuses lorsqu'il n'y avait pas recours à un interprète professionnel et pouvaient conduire notamment à des erreurs de diagnostics.

Le développement et l'indispensable reconnaissance des métiers de tiers social, créateurs de liens

Les pratiques d'accompagnement physique des personnes, de considération pour le temps nécessaire pour l'échange et la compréhension de la problématique individuelle, d'intervention au domicile ou sur le lieu de travail, de médiation sociale entre les individus ou les groupes d'individus avec les institutions sont autant de solutions non seulement pour favoriser l'accès au droit commun des publics fragilisés mais aussi et peut-être surtout, pour trouver et amener les personnes qui ne se déplacent pas, parce qu'elles ne le peuvent ou ne le souhaitent pas (ou plus), à accéder effectivement aux droits, à la prévention et aux soins.

La médiation sociale, dont la médiation sociale et culturelle, apparaît comme un élément essentiel de cet accompagnement en permettant la création de liens entre les institutions, les administrations et

les publics. Cependant, la reconnaissance des savoirs développés dans ce cadre peine à être valorisée et concrétisée, à l'exemple du métier de médiateur social.

Des acteurs divers peuvent participer à cette action indispensable de « l'aller vers » (bénévoles ou salariés, médecins, infirmiers, associations, travailleurs sociaux de secteur ou institutionnels, réseaux de santé, etc.) mais il est primordial de reconnaître les professions jusqu'ici perçues comme des fonctions précaires voire provisoires (médiateurs sociaux, agents de développement, écrivains publics, ...).

À titre d'illustration, le programme national de médiation sanitaire récemment généralisé, vise à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de populations en situation de précarité. C'est un outil adapté à leurs spécificités qui vise à faciliter leur accès dans le système de droit commun. Les actions sont menées par des professionnels de la médiation sanitaire. Ils travaillent à la fois avec les populations et avec les professionnels du système de santé : les médiateurs de santé jouent le rôle d'interface temporaire pour construire à terme l'accès facilité au système de droit commun.

Les médiateurs de santé peuvent être issus ou non de la communauté mais ils en ont une bonne connaissance. Ils reçoivent une formation spécifique pour participer au programme (déontologique et technique sur la médiation, d'ordre administratif et social, connaissances sanitaires de base, etc.).

Parmi les principales activités, le médiateur de santé contribue à : favoriser l'ouverture et la continuité des droits à la couverture maladie, renforcer la capacité des personnes à solliciter de façon pertinente et autonome les structures de santé, promouvoir les initiatives des structures et des institutions améliorent la prise en compte de ce public. Ces professionnels travaillent dans une équipe pluridisciplinaire et sont en lien avec le réseau associatif, notamment pour relayer les demandes des familles sur des questions qui ne concernent pas le champ de la santé.

Dans le même ordre d'idée, le développement de permanences d'accueil, d'information, d'orientation, d'accompagnement et de médiation sociale peut également être évoqué tel à Paris, l'exemple de l'association Migration santé et de ses permanences pluridisciplinaires – sanitaire, social et juridique – en foyers.

Le travail pour la reconnaissance de la médiation sociale comme métier à part entière a ainsi connu des avancées qu'il convient de consolider notamment par le développement de la formation et la professionnalisation des métiers de l'intervention sociale.

Recommandations

Mettre en place un accueil et un accompagnement adaptés aux besoins (interprétariat professionnel, médiation sociale, professionnalisation et formation des intervenants ...)

- 1. Reconnaître la médiation sociale et l'interprétariat professionnel et leur fonction de tiers social de façon pleine et entière afin de sortir de la précarité actuelle des emplois aidés et sécuriser leur parcours et leur professionnalisation ;**
- 2. Développer une politique de formation à l'accueil et à l'accompagnement, en s'appuyant notamment sur le CNFPT et les OPCA des organismes et associations ;**
- 3. Favoriser le recours à l'interprétariat professionnel par les structures d'accueil en les incitant à contribuer au financement de la traduction lors de l'accompagnement social vers les soins des personnes démunies ;**
- 4. Développer ces pratiques au travers des engagements déclinés dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) conclues entre les organismes sociaux et l'État.**

4. Des conditions de travail et de vie difficiles, source de grande précarité et d'un état de santé plus dégradé que la moyenne

Le constat, sans appel, est celui d'une conjonction de facteurs de fragilisation. En effet, la santé des personnes résulte de différents processus en lien avec leur parcours migratoires et avec leurs conditions de vie dans le pays d'accueil. L'amélioration de l'état de santé et la prévention de sa dégradation supposent ainsi de prendre en compte la situation actuelle de l'individu, en s'appuyant sur les difficultés qu'il rencontre (notamment pour l'accès aux droits, les difficultés à les faire valoir allant jusqu'à la rupture de ses droits, la détérioration du lien social...) ainsi que sur l'ensemble des compétences qu'il a mises et met en œuvre pour s'adapter.

Aussi, faciliter l'accès à la prévention et aux soins passe-t-il par une culture partagée plus importante autour des déterminants sociaux de la santé et des mécanismes de production des inégalités de santé sociales et territoriales. La compréhension de ces déterminants permet de dépasser l'approche biomédicale et curative qui ne permet pas l'approche compréhensive des problématiques des publics : les formations initiales et continues des professionnels de la santé doivent intégrer ces dimensions de même qu'une meilleure compréhension des processus migratoires de façon à soutenir les compétences des personnes et ne pas les voir comme une somme de problèmes.

Des conditions d'arrivée qui aggravent l'état de santé des migrants

Il doit être rappelé que la politique de fermeture des frontières, notamment, de même que l'allongement des procédures d'obtention des visas ont eu pour effet d'aggraver l'état de santé des personnes migrantes à leur arrivée en France, sans oublier les situations de guerre qu'ils ont fuies dans leur pays. À ce propos, il peut être fait référence à un extrait du Livre Blanc « Soigner les victimes de torture exilées en France » du Centre Primo Levi : *« L'approche pluridisciplinaire du centre de soins nous a paru plus que jamais essentielle face à une précarisation croissante des demandeurs d'asiles et des réfugiés, un accès aux soins rendu difficile et donc une prise en charge de plus en plus tardive. »*

C'est la raison pour laquelle, les moyens d'action et les compétences des professionnels sanitaires de « première ligne » (infirmiers, aides-soignantes, médecins généralistes...) doivent aussi être renforcés dans les domaines du dépistage et de la prise en charge des violences et traumatismes psychologiques et physiques auxquelles les migrants en situation de précarité sont particulièrement exposés, que ces violences soient arrivées au pays d'origine (pays en situation de guerre...), pendant le trajet de migration, ou en France. Ces violences ont des conséquences directes non seulement sur leur état de santé mais aussi sur leur approche de leur santé et de l'environnement médico-social.

La situation des mineurs, dont les mineurs étrangers isolés, ou des jeunes majeurs est particulièrement préoccupante, leur vulnérabilité et les complexités administratives accentuent les problèmes de santé. La mission de protection doit prévaloir. Les femmes enceintes étrangères dont le suivi de grossesse est souvent tardif voire inexistant doivent aussi faire l'objet d'une attention spécifique, d'autant qu'elles et leur nouveau-né connaissent des risques élevés de morbi-mortalité.

Des conditions très difficiles de travail, source de grande précarité

Les travailleurs immigrés, hommes et femmes, occupent souvent des emplois peu valorisants, très faiblement rémunérés, pénibles voire dangereux.

Ces travailleurs salariés sont de ce fait surexposés aux risques professionnels, notamment par l'utilisation de produits particulièrement toxiques, de gestes et postures altérant leur santé. La

situation n'a donc guère évolué au cours des dernières décennies et l'état de fait décrit par Günter Walraff dans son ouvrage « Tête de Turc » en 1986 reste d'actualité.

En outre, l'intervention sur le sol français, en particulier dans les domaines de l'agriculture et du BTP, de sociétés étrangères qui emploient des salariés étrangers, sans être soumises aux règles du droit français, aggrave cette situation. C'est le cas des sociétés d'intérim étrangères proposant de la main d'œuvre étrangère. Aucun contrôle ne peut ainsi être effectué, les salariés n'ont aucun droit social et ne sont donc pas protégés par le droit du travail français, ce qui accroît leur exposition à toutes sortes de risques pour leur santé.

De plus, il convient de noter que beaucoup de travailleurs étrangers obtiennent des contrats de travail de courte durée et notamment les travailleurs occasionnels dans le bâtiment et l'agriculture, et méconnaissent voire ignorent les conditions d'accès aux droits et de l'offre de soins.

Ces travailleurs, n'ayant pas l'occasion d'être rencontrés, ni par les institutions publiques ni par les médecins du travail, ne sont pas informés qu'ils se constituent des droits à une protection sociale du fait de leur activité.

De ce fait, ils ont souvent recours aux soins en urgence, privilégiant en outre le milieu hospitalier à l'ambulatoire, cette situation étant aggravée dans les zones à très faible densité médicale.

Des conditions de vie qui concourent à la dégradation de leur état de santé

Trop souvent, les conditions de santé des personnes ne sont pas réunies dans les conditions d'habitat insalubre ou précaire, tant du point de vue des conditions de vie de base, permettant la satisfaction des besoins de santé primaire, que du fait du caractère authentiquement pathogène de ces environnements. La vétusté voire l'insalubrité des logements, le manque d'hygiène et la malnutrition concourent à la dégradation de leur état de santé.

La satisfaction des fonctions primaires vitales est empêchée ou rendue plus difficile quand les conditions de vie ne répondent pas aux standards habituels : se nourrir, cuisiner, conserver de la nourriture, dormir, se laver, se reposer... Les conditions d'une vie psychique et relationnelle équilibrée et sereine sont donc compromises. La promiscuité entraîne une absence d'intimité, un périmètre d'autonomie restreint, de l'agressivité, de l'insécurité, l'irrespect des rythmes individuels... De la même façon, les conditions de travail à domicile - scolaires ou intellectuelles - sont rendues difficiles.

La présence de toxiques est souvent constatée (plomb, oxyde de carbone), ainsi que celle d'agents biologiques (moisissures allergisantes ou toxiques, parasites). De plus, la surpopulation entraîne une contagiosité de certaines pathologies infectieuses du fait de la promiscuité (tuberculose, virose...).

Le suivi et l'observance des traitements des pathologies chroniques graves dans ces conditions ne sont pas facilités.

Enfin, le suivi de la grossesse et la prévention des pathologies périnatales sont également rendus particulièrement compliqués.

L'ensemble de ces questions constitue un enjeu de santé publique pour la société.

Aussi est-il essentiel pour les acteurs institutionnels et libéraux, sanitaires et sociaux, d'adapter leurs pratiques à la situation des personnes, et non l'inverse, en simplifiant les démarches administratives et en facilitant l'accès aux services de droit commun ou spécifiques : transports, guichets uniques, horaires aménagés..., nécessaires pour que ces personnes puissent faire valoir leurs droits.

L'état de santé des personnes immigrées est plus dégradé que la moyenne

Si l'état de santé initial des personnes immigrées peut être bon en raison notamment du jeune âge des personnes immigrantes pour chercher un emploi, leur situation économique fragilisée dans le pays d'accueil ainsi que la détérioration du lien social contribuent notamment à la dégradation de leur état de santé et à leur moindre recours aux soins.

Ainsi, Caroline Berchet et Florence Jusot ont mis en évidence l'existence de disparités de l'état de santé et du recours aux soins entre les populations française et immigrée. De meilleur, l'état de santé des immigrés est devenu moins bon que celui des Français de naissance. Ces différences sont plus marquées chez les immigrés de première génération ainsi que la population féminine et varient selon le pays d'origine. Un moindre recours aux soins de ville et à la prévention a également été constaté.

De même, l'étude menée par Paul Dourgnon et des chercheurs de l'IRDES, a montré que les personnes immigrées ont un taux de recours à la médecine de ville, au généraliste comme au spécialiste, plus bas que le reste de la population française. Ceci s'explique davantage par la situation sociale défavorisée des immigrés que par des différences d'âge, de sexe ou d'état de santé entre ces deux populations.

Les réflexions autour des obstacles à la prévention et aux soins doivent permettre de lever les incompréhensions réciproques entre professionnels et usagers du système de santé. La création d'une fonction de tiers social au titre de référent unique répond à cet objectif. Ces réflexions doivent être ancrées sur un territoire et être intégrées aux dispositifs territoriaux existants.

Un non recours aux soins important

L'accroissement des phénomènes d'exclusion et la montée du chômage, en particulier pour les personnes les moins qualifiées où sont surreprésentés les travailleurs immigrés, au cours des dernières décennies a fortement contribué à accentuer le rôle social des acteurs de l'offre de soins auprès des populations précaires.

Plusieurs éléments expliquent les difficultés propres aux plus démunis : ceux-ci ont perdu tout réflexe de recours aux soins, ignorent ou méconnaissent leurs droits, manquent d'initiative pour effectuer une démarche administrative, se heurtent à la complexité et à la lenteur de certaines procédures. Leurs difficultés financières font obstacle pour accéder à des soins comprenant un « reste-à-charge », dentaires notamment.

Malgré la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU), de la CMU-C et de l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé (ACS), des obstacles dans l'accès aux soins subsistent notamment en raison du taux de remboursement de certains produits et de prestations, voire même de leur déremboursement, de l'absence de professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville et dans de trop nombreuses zones rurales, du nombre croissant de professionnels en secteur 2 – et du montant de leurs dépassements d'honoraires – ou de couvertures complémentaires aux garanties insuffisantes. Aux côtés des personnes en situation de grande précarité – personnes seules, sans domicile, sans couverture sociale ou ressources –, d'autres publics sont de plus en plus concernés : personnes se situant à la frontière de la CMU disposant de ressources juste en-deçà du seuil de perception et ayant des difficultés à accéder à une couverture sociale...

En outre, ainsi que l'a montré le Fonds CMU dans ses rapports d'évaluation de la loi CMU, les refus de soins sont nombreux et sous formes multiples alors que les moyens d'action à leur encontre sont faibles, faute de décret d'application du texte pris dans le cadre de l'article 54 de la loi du 21 juillet

2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, communément appelée « loi HPST ».

C'est pourquoi les deux dispositifs d'accès aux soins – les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) – créés depuis les années 2000, conservent un rôle primordial : cela, tant directement auprès des personnes en situation de précarité qu'indirectement auprès de tous les intervenants en charge de ces publics. Il serait donc nécessaire de consolider le fonctionnement des PASS et de développer plus particulièrement leur implantation sur les territoires où les indicateurs de précarité sont importants.

Aux frontières du sanitaire et du social, ces dispositifs offrent un accueil et une prise en charge soignante, tous deux indissociables. Les médecins, les personnels soignants et les travailleurs sociaux doivent chacun intégrer la dimension de travail des autres professionnels dans leur action et, ainsi, se compléter et échanger les uns avec les autres, pour assurer une prise en charge adaptée aux patients nécessitant une aide pour accéder aux soins. Les réseaux de santé sont une illustration de ces pratiques qu'il faudrait conforter.

Par ailleurs, le récent rapport de l'IGAS sur « la situation économique et la place dans l'offre de soins de demain des centres de santé » reconnaît l'utilité sanitaire et sociale de ces structures qui constituent une réponse aux inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins.

Il est impératif de souligner les inégalités territoriales et l'importance de cibler le développement des centres de santé dans les villes les plus déficitaires (confrontées à des problématiques de désertification médicale, notamment des médecins généralistes), en particulier dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville où la problématique n'est pas seulement celle de la santé mais aussi celle de l'ordre public local.

La protection maternelle et infantile doit être un axe essentiel non seulement en termes d'accès aux soins mais aussi de prévention

Dans ce cadre, il est primordial de prendre en compte les facteurs de vulnérabilité qui sont présents (précarité, isolement social et familial, etc...) ainsi que les déterminants culturels qui entravent ou favorisent cet accès aux soins et à la prévention (importance particulier d'un membre de la famille pour la prise de décisions, représentations sur la grossesse et l'accouchement, etc.) afin de faciliter l'accès des femmes au système de droit commun pour notamment améliorer le suivi de la grossesse.

A cette fin, le système de soins et de prévention doit être connu et intelligible en développant les espaces d'écoute et d'échanges (au sein des PMI, des maisons de parents, des maisons de santé, des PASS, des actions des femmes-relais, etc.) autour des interrogations des parents sur les implications d'élever des enfants en France et l'entretien prénatal précoce doit être plus accessible notamment grâce à une offre plus systématique et, si nécessaire, à des dispositifs d'interprétariat et/ou de médiation sociale et culturelle.

Recommandations

Structurer et / ou renforcer une offre de prévention et de soins adaptée au territoire en encourageant les projets intégrant la pluridisciplinarité, la proximité et en ciblant de façon prioritaire les champs de la périnatalité et de la petite enfance ainsi que de la santé mentale et de la gérontologie.

- 1. Publier les décrets d'application prévus par la loi HPST et prendre des sanctions à l'encontre des médecins ne la respectant pas.**
- 2. Créer la fonction de tiers social au titre de référent unique pour les personnes en situation de vulnérabilité afin de favoriser l'accès et le maintien des droits, en particulier dans le domaine de la périnatalité et de la santé mentale.**
- 3. Généraliser, à l'exemple de la MSA, un guichet unique de sécurité sociale dans un but de simplification des démarches à engager pour l'accès aux droits et faciliter ainsi l'accès à la prévention et aux soins.**
- 4. Dématérialiser les documents administratifs afin d'éviter les ruptures de droit. Utiliser le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) à des fins de facilitation de l'accès aux droits.**
- 5. Reconnaître les organisations de soins alliant la prise en charge sanitaire et sociale en réformant le financement respectif des réseaux de soins, des centres de santé et des PASS afin de développer une offre visant à réduire explicitement les inégalités territoriales.**
- 6. Revaloriser le plafond de ressources de la CMU-C afin de permettre aux bénéficiaires de l'AAH et de l'ASPA de pouvoir y accéder.**

5. Penser la formation des intervenants sociaux afin de prendre en compte la dimension multiculturelle de la société française qui est une réalité.

L'accompagnement social est un facteur primordial pour favoriser l'accès aux droits et aux services. Sa valorisation, incontournable pour favoriser d'une part le développement du nombre d'emplois de travailleurs sociaux et, d'autre part, la reconnaissance de professions jusqu'ici perçues comme des fonctions précaires voire provisoires (médiateurs sociaux, agents de développement, écrivains publics, ...), suppose de développer la formation et la professionnalisation des métiers de l'intervention sociale.

L'accent doit être mis sur la nécessité d'un environnement social apaisé, passant par le changement du regard porté sur les personnes étrangères (souvent victimes de suspicions d'abus ou d'inéligibilité) avec tout ce que cela implique notamment en termes de pratiques des administrations et de l'ensemble des intervenants (travailleurs sociaux, personnels de prévention, de soin et de santé). À cette fin, il est nécessaire de revoir l'organisation du travail social, en particulier en insistant sur l'importance des fonctions d'encadrement et de management pour améliorer la coordination et l'efficacité des interventions.

Le développement de la formation initiale et continue des intervenants, outre ceux de l'encadrement, en matière d'accueil et d'accompagnement doit permettre de prendre en compte les spécificités des publics fragilisés (insécurité matérielle et linguistique, difficulté de compréhension de l'univers juridique et administratif, références culturelles différentes, mauvais état de santé, parcours migratoires sensibles, ...) pour s'adapter à leurs besoins et leur permettre d'accéder aux dispositifs de droit commun comme tout un chacun. En effet, le manque de culture partagée concernant les déterminants des inégalités sociales et territoriales de santé engendre des difficultés d'accès ou des retards à la prévention et aux soins.

La médiation sociale, dont la médiation sociale et culturelle, apparaît comme un élément essentiel de cet accompagnement en permettant la création de liens entre les institutions, les administrations et les publics. Le travail pour la reconnaissance de la médiation sociale comme métier à part entière a récemment connu des avancées qu'il convient de consolider.

Rompre avec une culture professionnelle « endogamique » excluante et développer les compétences professionnelles des travailleurs sociaux par la formation continue

La formation des travailleurs sociaux repose sur la délivrance de 14 diplômes (niveau V à I) délivrés par le ministère des Affaires sociales (au niveau territorial via la DRJSCS, qui délivre les diplômes, et les DDCS, qui accordent les agréments), de l'Éducation nationale (au niveau territorial, l'interlocuteur est le rectorat) et du Travail (diplôme AMIS [agent de médiation information services] et TMS [technicien médiation services]).

Alors qu'elle a été conçue comme ancrée dans des champs disciplinaires, la formation s'est ensuite appuyée sur les domaines de compétences, pour finalement reposer sur la professionnalisation, l'élève évoluant en alternance entre stages et établissement de formation. Tant le stage que la formation en établissement s'appuient sur l'environnement territorial immédiat et les réseaux qui le traversent. Plus largement, comme l'illustrent les formations de niveau III (éducateur, assistant

social, ...) désormais validées en crédits européens, c'est l'individualisation des parcours et la mobilité des futurs professionnels qui sont recherchées.

Les référentiels de formation sont aujourd'hui élaborés pour permettre aux futurs travailleurs sociaux de disposer de compétences satisfaisant aux problématiques d'accès et d'accompagnement aux droits, à leur appropriation par les personnes, d'interculturalité, d'approches de la santé publique ou encore d'empowerment. Si tout semble inclus dans ce contenu pédagogique et les compétences attendues, pour autant ces référentiels ne disent rien de la façon dont ces compétences sont mises en œuvre.

La sélection par le concours des futurs travailleurs sociaux débouche sur un recrutement « normalisé » de jeunes, de niveau bac+1 ou 2, ayant souvent effectué une préparation au concours, issus des CSP+ où les familles disposent des revenus suffisants pour faire face à 3 années de formation, à l'achat d'un véhicule pour effectuer les stages sur le territoire départemental ou régional, etc.

Cette standardisation du recrutement interroge à plus d'un titre : si l'Institut du Travail Social se muait en une future « école normale » du travail social, elle-même produit et résultat d'un modèle assis sur l'endogamie sociale, les futurs diplômés pourraient-ils se transformer en professionnels accessibles et perméables aux publics auprès desquels ils sont censés intervenir ?

Il apparaît ainsi que les publics appartenant aux populations « cibles » des travailleurs sociaux ne disposent pas d'information sur la formation des travailleurs sociaux (elle n'arrive pas jusqu'à eux), ils ne s'y présentent pas non plus en raison de l'image défavorable qu'ils ont de leurs capacités propres ou encore, ils peuvent aussi avoir une expérience familiale tellement négative de l'intervention des travailleurs sociaux qu'ils ne veulent surtout pas le devenir.

Aussi, afin d'intensifier la lutte contre le nonaccès à ces formations et les discriminations systémiques que cela induit, une interpellation de l'État à l'ensemble des employeurs de personnels d'accueil du secteur social (secteur public et secteur associatif) pourrait produire un vaste programme de formation croisée de ces personnels avec des bénéficiaires des services.

Les représentations des travailleurs sociaux peuvent s'inscrire dans des rapports de domination sociale ou dans un « laisser filer », voire d'abandon, des personnes auprès desquelles une intervention sociale est indispensable. Si de telles pratiques interpellent, combinées à une absence de contrôle de leur action (ils ne sont pas des professions libérales mais bien des salariés des associations), elles amoindrissent fortement les chances de mettre en place un accompagnement efficace. Or celui-ci doit rester la finalité première de l'intervention sociale.

L'impact des programmes de formation pour suivre les évolutions des connaissances et des besoins, ne touche que les effectifs des promotions en cours. Par ailleurs, les programmes de formation initiale ne peuvent contenir un approfondissement suffisant, notamment des particularités de politique sociale. La conception de formations complémentaires visant le développement de compétences professionnelles nouvelles, spécialisées ou renforcées, paraît donc indispensable.

En outre, il convient d'insister sur la formation des cadres au management afin de leur permettre d'acquérir les compétences requises à partir d'un contenu pédagogique adapté pour, à la fois, encadrer les équipes, qui sont souvent soumises à de fortes pressions et à des situations sociales complexes, et élaborer des documents cadres de référence (projet d'établissement, projet de services, etc.).

Reconnaître la médiation sociale et l'interprétariat professionnel

Depuis les années 1990, de nouveaux professionnels se sont inscrits dans le paysage institutionnel de l'intervention sociale, au plus proche des populations migrantes dans un objectif d'accompagnement, dans une fonction de tiers social.

Cette nouvelle offre de service montre à la fois des complémentarités et des approches différenciées, mais les unes comme les autres développent une démarche d'aller vers les populations en difficulté d'accès aux droits.

Lorsque l'interprète professionnel traduit, il mobilise des connaissances culturelles des deux langues qui lui permettront de restituer notamment les dictons et les expressions, mais il ne s'autorise qu'exceptionnellement à apporter des explications culturelles en précisant qu'il sort de la traduction, et en demandant la validation de son apport par les personnes.

Le médiateur prend appui sur ses connaissances des cultures, des contextes et des langues pour proposer des solutions acceptables par les parties. Il peut apporter des éclairages culturels lorsqu'il le juge nécessaire.

L'interprète comme le médiateur social travaille toujours en présence des deux parties. Il n'effectue pas d'accompagnement ou de démarche avec les personnes. Ils n'ont pas la mission de résolution de conflits ; ils ont celle de donner la possibilité aux deux parties de s'exprimer dans des situations conflictuelles, ou qui pourraient le devenir, entre les institutions et les personnes, pour leur permettre de le résoudre elles-mêmes.

L'interprète postule l'autonomie et la capacité des personnes à s'exprimer en leur nom dès lors qu'on leur en donne la possibilité en levant la barrière de la langue. Le médiateur accompagne les personnes vers une autonomie progressive (sans injonction à l'autonomie). Une formation spécifique est nécessaire à ces deux formes d'accompagnement.

La formation en médiation sociale, une filière à créer, des métiers à soutenir et à pérenniser

Il existe actuellement plusieurs diplômes et titres intéressant le champ de la médiation sociale :

- le Titre Professionnel ou le Certificat de Compétences Professionnelles, également accessible par la validation des acquis de l'expérience, d' « Agent de Médiation, Information, Services » (niveau V) et de « Technicien, Médiation, Services » (niveau IV) délivrés par le ministère du Travail ;
- le certificat d'aptitude professionnelle (CAP) « Agent de prévention et de médiation » (niveau V) et le baccalauréat professionnel « Services de Proximité et Vie Locale » (niveau IV) certifiés par le ministère de l'Éducation Nationale ;
- le brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport spécialité « Animation sociale » (niveau IV), également accessible par la validation des acquis de l'expérience, certifié par le ministère Jeunesse et Sports.

Des diplômes universitaires sont également délivrés. En revanche, il manque un diplôme de niveau III nécessaire pour l'exercice des fonctions d'encadrement et de management : sa création est à encourager.

Le défaut de reconnaissance de la médiation sociale par des enseignants et certains établissements préparant au bac professionnel SPVL induit un risque élevé ou avéré d'invalidation des stages effectués dans des associations de médiation sociale : la reconnaissance du métier de médiateur social

par les pouvoirs publics permettra de remédier à cet obstacle et de conforter la formation en médiation sociale de ces futurs professionnels.

Si certaines structures de médiation sociale ont pu évaluer leur utilité sociale à l'aide du référentiel d'évaluation CITER et démontrer ainsi les coûts évités, la mutualisation et les économies d'échelle, le pouvoir d'innovation et d'apprentissage, cette démarche doit toutefois être soutenue par les pouvoirs publics en vue de sa diffusion auprès des associations. Une telle perspective permettra également de sortir de la précarité les personnes bénéficiaires de contrats aidés dans le domaine de la médiation sociale.

Le soutien au développement à la médiation sociale contribuera également à son développement dans les futurs contrats de ville.

La formation des interprètes médicaux et sociaux

Le travail de l'interprète est centré sur la langue et sur la restitution du sens.

La référence actuelle de la formation est la Charte nationale de l'interprétariat médical et social signée en novembre 2012 en France : celle-ci est en effet le résultat d'un travail d'harmonisation des pratiques à travers l'énonciation d'une définition du métier, de ses principes déontologiques ainsi que de trois domaines de compétences à développer que sont la traduction orale consécutive, l'attention interculturelle et la distanciation.

La formation consiste à préparer les interprètes à leurs fonctions dans le respect des principes déontologiques de leur métier [fidélité du sens, impartialité, confidentialité, respect de l'autonomie des personnes] au sein des contextes que représente le monde médical, social et éducatif.

Pour se faire, les associations employeurs ont bâti au fil du temps un dispositif en deux temps :

- La formation initiale s'articule autour de trois axes : un temps de formation présentiel en groupe, le tutorat et l'intégration à des groupes d'analyse des pratiques. Elle vise des apports de savoirs, savoir être et savoir faire contribuant à la prise de conscience des responsabilités de l'interprète dans ses interventions. Elle met en valeur la richesse du travail propre à l'acte de traduction : écoute, mémorisation, restitution, veille de compréhension. Elle rend vigilant à l'importance du cadre dans la mise en œuvre des principes d'impartialité et de fidélité propre à l'interprétariat de liaison. Il s'agit de traduire avec fidélité pour chacune des parties alors que le contexte médicosocial est de fait marqué par des relations interculturelles asymétriques entre l'utilisateur et le professionnel au sein de situations pouvant être chargées émotionnellement.
- La formation continue comprend :
 - un travail mensuel au sein de groupe d'analyse des pratiques indispensable à une prise de recul quant à sa propre subjectivité.
 - des formations thématiques stimulant l'interprète à réfléchir plus finement à l'acte de traduction en fonction des contextes mais aussi à la délimitation de sa place au sein de collaborations avec d'autres professionnels.

L'ensemble des formations vise une professionnalisation des interventions de l'interprète médical et social, qui soit lisible et visible par les professionnels et les usagers, contribuant ainsi à l'accès aux droits et à l'autonomie des personnes.

Recommandations

Restructurer la formation professionnelle des intervenants sociaux en renforçant la formation continue et l'encadrement et en l'ouvrant notamment sur les métiers de médiateur social et d'interprète professionnel.

- 1. Reconnaître la médiation sociale et l'interprétariat professionnel et leur fonction de tiers social de façon pleine et entière, afin de sortir de la précarité actuelle des emplois aidés et sécuriser leur parcours et leur professionnalisation, par le développement de la formation.**
- 2. Développer un programme de formation croisée des professionnels de l'intervention sociale avec des bénéficiaires des services. Pour cela, mobiliser les OPCA concernés et le CNFPT pour le montage technique et financier de ces formations et le secteur associatif pour favoriser la participation des publics concernés.**
- 3. Encourager la diversification du recrutement des intervenants sociaux, en particulier de niveau V, en multipliant les voies d'accès au concours et les ouvrant à de nouveaux publics, notamment en s'appuyant sur les dispositifs d'accueil des jeunes (service civique ou emplois d'avenir, par exemple).**
- 4. Créer un diplôme de niveau II nécessaire pour l'exercice des fonctions d'encadrement et de management.**
- 5. Organiser la formation continue au titre de la mise à niveau obligatoire des agents et des professionnels institutionnels concernant le champ réglementaire et législatif, tant en ce qui concerne les textes que les dispositifs, en s'appuyant notamment sur les associations spécialisées dans l'accueil et l'accompagnement des personnes immigrées.**

6. Repenser la gouvernance

Si cette thématique ne figurait pas dans la lettre de mission du groupe, la réflexion sur son nécessaire développement, tant au niveau national que local, est apparue incontournable. Deux pistes ont rapidement émergé. La première, autour de la participation et de la représentation des citoyens, s'est appuyée sur différents travaux, en particulier le rapport Bacqué Mechmache ; elle a également donné lieu à une saisine de la Conférence nationale de santé : sa contribution, très riche, est en partie intégrée à ce rapport. Associer la société civile, en particulier les habitants des quartiers, à participer à la construction et à la mise en œuvre des politiques publiques est un acte fort de reconnaissance de leurs capacités de créer et d'agir.

Le groupe s'est également appuyé sur des constats bien établis concernant la grande diversité des dispositifs et des intervenants institutionnels dans le champ des politiques sociales concernées par le travail social (ASE, protection sociale, insertion professionnelle, lutte contre la pauvreté, handicap, etc.) et le besoin d'évaluation de ces politiques mises en œuvre dans un champ éclaté de compétences, où les chefs de file sont nombreux. Cette deuxième piste valorise le décloisonnement professionnel et institutionnel, la pluridisciplinarité, le partenariat, le partage des pouvoirs et des savoirs des différents acteurs concernés.

Développer la participation et la représentation des citoyens dans les instances décisionnelles pour élaborer, suivre et évaluer la mise en œuvre, au niveau national et local, de la politique d'intégration

Le développement de la participation des personnes en situation de pauvreté et de précarité à l'élaboration et au suivi des politiques publiques est un des axes d'action du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Reprenant les expériences, telles que la création du 8^e collège du CNLE et la création d'un conseil consultatif des personnes accueillies (CCPA) et de ses déclinaisons régionales (CCRPA), le Plan prévoit d'« étendre et de diversifier ces formules de participation, porter un intérêt particulier aux contacts entre personnes en situation précaire et services publics, promouvoir des méthodes de co-construction et d'évaluation participatives et développer l'ingénierie nécessaire à cette participation ».

De même, l'expérience de la Conférence nationale de santé (CNS) est une illustration de la concertation sur les questions de santé en permettant aux acteurs du système de santé – la population en l'occurrence – de formuler des avis sur l'amélioration du système de santé et de contribuer à l'organisation de débats publics.

Le groupe de travail propose qu'au niveau national, la représentation citoyenne des personnes immigrées soit assurée dans un collège spécifique créé au sein d'une future instance décisionnelle de la politique d'intégration, outil incontournable de la gouvernance nationale, dont la création est nécessaire.

Dans leur rapport, M.-H. Bacqué et M. Mechmache ont proposé une représentation citoyenne locale, en particulier dans le cadre des contrats Politique de la ville ou encore, en matière de logement, dans les instances de gouvernance des organismes de logement social. « *La présence significative des citoyens dans les conseils d'administration des structures qui assurent une fonction de service public représente une modalité de participation qui permet de les associer aux orientations des services publics. Nous préconisons de faire entrer les citoyens, dans leur diversité, dans ces conseils et de conforter leur présence quand celle-ci est déjà effective.* » La récente proposition du Conseil national des villes de constituer le Collège représentant les habitants des quartiers s'inscrit également dans cette perspective.

Le groupe de travail, sur la base de ces références, propose qu'au niveau local, soit développé un processus participatif reposant sur l'implication et l'expression de la population et des acteurs

concernés du territoire pour construire la politique d'intégration à partir d'un diagnostic des besoins et des ressources établi en commun. Par exemple, les expériences de centres de santé communautaire telles que « La Case de Santé » à Toulouse et « La Place Santé » à Saint-Denis permettent aux personnes d'exprimer leurs besoins, leurs priorités et de participer activement aux solutions à mettre en place (actions collectives de promotion de la santé, de sensibilisation et de prévention, etc.). Elles s'appuient également sur la coproduction effective des pratiques.

Sur ce principe, la CNS préconise « *dans le cadre des dispositifs avec participation des usagers (Contrats urbains de cohésion sociale, Atelier santé ville, Contrats locaux de santé, ...) d'encourager les 'bonnes pratiques' méthodologiques (débat public, conférence de consensus, forum citoyen, atelier citoyen,...) et de favoriser une méthode partagée de recueil de la parole des usagers, sur tous les territoires* ».

Développer le partenariat et la co-construction entre les acteurs locaux

L'État doit s'alimenter de la connaissance issue des territoires, ce qui nécessite de reconstruire la confiance entre les pouvoirs publics locaux et l'État. Il est primordial de mettre en place une politique publique permettant de recenser les diverses actions locales, en les évaluant et en généralisant, de manière coordonnée, les actions retenues qui pourront ainsi s'appuyer sur des partenariats institutionnels forts et pérennes. Les lois de décentralisation ayant reconnu et transféré des compétences aux différents échelons territoriaux, la gouvernance des politiques publiques ne peut se construire dans la défiance. Les problématiques de santé et d'accès aux droits des personnes immigrées devraient donc davantage s'inscrire dans des plans portés par les ARS et les DRJSCS (PRAPS, PRS, PRIAC, PRIPI...), en y associant étroitement les conseils généraux, notamment responsables de l'action sociale au niveau départemental).

A l'instar de ce groupe de travail qui s'inscrit dans une démarche interministérielle et d'échanges de diverses compétences, il est nécessaire de réfléchir à une démarche commune des intervenants concernés sur l'ensemble du territoire. Des partenariats entre institutions (CCAS, CAF, CPAM, ARS, CARSAT, MSA, RSI et établissements de santé), des organismes où les usagers sont représentés (CRSA par exemple) et associations spécialisées pour la réalisation de supports d'information, la mise en place de forums d'information ou l'accompagnement dans certaines démarches administratives doivent pouvoir servir d'exemples pour la mise en place d'un partenariat généralisé sur l'ensemble du territoire. La mise en œuvre de telles démarches permettrait de lutter encore plus efficacement contre les problèmes de non recours et d'agir concrètement sur les inégalités territoriales constatées de manière récurrente. Ce serait le cas en particulier pour la consolidation du fonctionnement des PASS ainsi que mentionné dans de nombreux rapports institutionnels et associatifs, en priorisant les territoires où les indicateurs de précarité sont importants. Les évaluations seraient ainsi systématiques et permettraient de sécuriser leur budget (dédié et fléché).

L'évaluation en cours des politiques d'insertion et de lutte contre l'exclusion apportera prochainement des éléments de réflexion. En effet, dans le cadre de la mise en œuvre de la modernisation de l'action publique, et pour améliorer la gouvernance des politiques locales d'action sociale comme le prévoit le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, le Gouvernement a souhaité que soient évaluées les politiques publiques. Celle relative à l'insertion et de lutte contre les exclusions vise notamment la nécessité d'organiser la coordination de l'intervention des acteurs multiples compte tenu du manque de lisibilité qui en résulte. L'objectif vise, en particulier, concernant les « usagers fragiles » à éviter le non accès aux droits et la rupture des parcours, risques majeurs associés à la complexité des situations personnelles de pauvreté ou d'exclusion. L'évaluation d'ensemble des dispositifs d'accompagnement social doit permettre d'en améliorer l'articulation et d'optimiser leur gouvernance. Cette approche globale implique logiquement les bénéficiaires. Le lancement d'expérimentations de modèles de gouvernance adaptés à la diversité des territoires impliquant une organisation en réseau intégré des professionnels de l'intervention sociale est prévu à l'automne 2013.

Recommandations

Compte-tenu de la grande diversité des intervenants institutionnels dans le champ des politiques sociales concernées par le travail social (**ASE**, protection sociale, insertion professionnelle, lutte contre la pauvreté, handicap, etc.) et le besoin d'évaluation de ces politiques mises en œuvre dans un champ éclaté de compétences et de chefs de file, il est nécessaire de clarifier leur gouvernance.

1. La politique d'intégration étant par essence interministérielle, il convient de la rattacher au Premier ministre. Elle ne peut en aucun cas relever du ministère de l'Intérieur.
2. Mettre en place une conférence annuelle associant l'ensemble des partenaires (État, collectivités territoriales, organismes de protection sociale, associations, citoyens...) au titre du suivi / évaluation et des ajustements des orientations.
3. Assurer la participation et la représentation des citoyens dans les instances décisionnelles, au niveau national et local, visant à élaborer, suivre et évaluer la mise en œuvre de la politique d'intégration.
4. Promouvoir le développement des coopérations entre les organismes de sécurité sociale, les conseils généraux, les **CCAS** et les centres de santé afin de développer des stratégies territoriales communes.

BIBLIOGRAPHIE

Arifa, Fédération des associations de femmes-relais de Seine-Saint-Denis, Profession Banlieue (2011), « 20 ans de médiation sociale et culturelle, 20 ans d'intervention auprès des habitants », http://www.professionbanlieue.org/c_7_25_Publication_1729__l_20_ans_de_mediation_sociale_et_culturelle_20_ans_d_intervention_aupres_des_habitants_104_p_a_telecharger.html

Assemblée Nationale (2013), Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur les immigrés âgés n° 2014, http://www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/immigres_ages.asp

BACQUÉ M.-H., MECHMACHE M. (2013), « Participation des habitants : le pouvoir d'agir des citoyens », rapport, <http://www.atd-quartmonde.fr/Rapport-Bacque-Mechmache-sur-la.html>

BEAUCHEMIN C., BORREL C., REGNARD C. (2013), « Les immigrés en France : en majorité des femmes », *Population et Sociétés*, N°502, juillet-août, http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/bdd/publication/1648/

BERCHET C., JUSOT F. (2012), « État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français », *Questions d'économie de la santé*, n°172, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf>

BLANCHARD M.-M., BOUVIER T., CARTON L., DAL VERME S., FAYMAN S., MAUREL E., NEVEU C. (2000), « Femmes-relais : quelle place dans l'intervention sociale ? », Profession Banlieue, http://www.professionbanlieue.org/c_7_25_Publication_176__5_Femmes_relais_quelle_place_dans_l_intervention_sociale_nbsp_90_p_18_50_.html

Centre national de la fonction publique territoriale, Délégation interministérielle à la Ville (2004), « La médiation sociale. Une démarche de proximité au service de la cohésion sociale et de la tranquillité publique », *Collection Repères*, 2004, http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/mediation_sociale_cle28fd48.pdf

Centre national de la fonction publique territoriale, Délégation interministérielle à la Ville, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale (2005), « La médiation sociale, une démarche d'écoute et de prévention au service de la cohésion sociale », rapport

Centre Primo Levi (2012), Livre blanc. Soigner les victimes de torture exilées en France, <http://www.solipam.fr/Livre-Blanc-Centre-Primo-Levi,252>

Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France (2012), http://www.conference.migrationssante.org/wp-content/uploads/2013/03/Charte_diffusion_electronique.pdf

COHEN-ÉMERIQUE M. (Coll.), GUILLAUME-HOFNUNG M. (Coll.), IRTS Île-de-France (Coll.) (2006), « Les femmes-relais médiatrices sociales et culturelles. Des principes déontologiques, un métier », Profession Banlieue, <http://www.professionbanlieue.org/>

Comité médical pour les exilés (2013), « Dossier : santé et accès aux soins des migrant.e.s âgé.e.s », *Maux d'exil*, n°40, juin, COMEDE, <http://www.comede.org/-Publications->

Comité médical pour les exilés (2013), « Migrants / étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement », Guide pratique pour les professionnels, <http://www.comede.org/Guide-Comede-2013>, <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2013/028-guide-comede-2013.asp>

Conférence nationale de santé (2013), Avis du 2 avril et du 18 juin, <http://www.sante.gouv.fr/les-avis-2011-2014.html>, Rapport du 2 avril sur le droit des usagers, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_droits_usagers_cns_2012_jol_vuav_220413.pdf

Conseil de l'Europe (2005), « Élaboration concertée des indicateurs de cohésion sociale. Guide méthodologique », juin, http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialcohesiondev/source/GUIDE_fr.pdf

Conseil national des Villes (2013), Avis sur le renforcement du Conseil national des villes dans le cadre des évolutions de la gouvernance nationale de la politique de la ville, 24 juin, <http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/cnv-avis-renfort-130624-interactif.pdf>

CUNHA Maria do Céu (2003), « Le travail de médiation dans les quartiers populaires. Regards des institutions », Profession Banlieue, <http://www.professionbanlieue.org/>

Direction générale de l'offre de soins (2013), Circulaire N°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=37144>

DOURGNON P., JUSOT F., SERMET C., SILVA J. (2009), « Le recours en soins de ville des immigrés en France », *Questions d'Économie de la Santé*, n° 146, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes146.pdf>

EMSELLEM S. (2007), « Décrypter le vieillissement des immigrés par le prisme de leurs liens familiaux », *L'année du Maghreb*, III, p. 601-614, <http://anneemaghreb.revues.org/404>

Fonds CMU (2011, 2012), Rapports d'activité, [Rapport d'activité 2012](#), [Rapport d'évaluation 2011](#)

Guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale, Editions du CIV, Collection : Cahiers pratiques, 2009, http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/GuideSGCIV_EvaluationMediation.pdf

GUILLOUET J.-J., PAUQUET P., FAZIO C. (2010), « La domiciliation administrative des personnes sans domicile fixe en Île-de-France en 2009 », Institut d'aménagement et d'urbanisme Ile-de-France, http://www.iau-idf.fr/fileadmin/Études/etude_657/Étude_domiciliation_SDF_012010_1.pdf

HAMEL C., MOISY M. (2013), « Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé », *Documents de travail*, N° 190, janvier, Institut national d'études démographiques (INED) http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/documents_travail/bdd/publication/1625/

Haut Conseil de la Santé Publique (2009), Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, Paris, Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20091112_inegalites.pdf

Institut de veille sanitaire (2009), « Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France et qualité des soins obstétricaux : étude nationale 1996-2001 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°9, mars, http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1222

Institut de veille sanitaire (2012), « Santé et recours aux soins des migrants en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°2-3-4 janvier, <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012>

Institut national de la statistique et des études économiques (2012), « Immigrés et descendants d'immigrés en France », Coll. *INSEE Références*, <http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?codesage=IMMFRA12>

LAZARUS A., STROHL H., ARÈNE M., QUEROUIL O. (1995), « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », rapport du groupe de travail 'Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale', <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/954050300/0000.pdf>

LEMIEUX C. (2013), « Avec les Roms, refaire la France », *Libération*, 11 octobre, http://www.liberation.fr/societe/2013/10/11/avec-les-roms-refaire-la-france_938919

LOPEZ A., MOLEUX M., SCHAETZEL F., SCOTTON C. (2011), « Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant », *Inspection générale des affaires sociales*, RM2011-065P, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581/0000.pdf>

Médecins du Monde (2013), Observatoire de l'accès aux soins de la mission France – rapport 2012, <http://www.medecinsdumonde.org/En-France/A-l-occasion-de-la-Journee-du-refus-de-la-misere-Medecins-du-Monde-publie-son-Observatoire-2013#tab-02>

Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale en Ile-de-France, <http://www.mipes.org/-Le-non-recours-aux-droits-et-aux-.html>

MOLEUX M., SCHAEZEL F., SCOTTON C. (2011), « Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action », Inspection générale des affaires sociales, RM2011-061P, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580/0000.pdf>

Observatoire DEs NON-Recours aux droits et services, <http://odenore.msh-alpes.fr/>

Observatoire national des zones urbaines sensibles (2013), rapport 2012, Les éditions du CIV, <http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-onzus-2012.pdf>

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (2010), « Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise », rapport 2009-2010. http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/RapportONPES_2009-2010.pdf

Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (2013), <http://www.cnle.gouv.fr/Publication-du-plan-pluriannuel.html>

POTVIN L., MOQUET M.-J., Catherine M. JONES C.M., MARMOT M., (2010), « Réduire les inégalités sociales en santé », *Coll. La santé en action*, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1333.pdf>

Profession Banlieue (2006), « Principes déontologiques de la médiation sociale et culturelle », en collaboration avec la Fédération des associations des femmes relais de Seine-Saint-Denis et l'IRTS de Paris V http://www.professionbanlieue.org/c_v_recherche_themes_RT.html

Profession Banlieue (2013), L'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale et culturelle. Un outil pour la reconnaissance du métier, Groupe de travail animé par France Médiation, http://www.professionbanlieue.org/c_7_25_Publication_2183_0_L_evaluation_de_l_utilite_sociale_de_la_mediation_sociale_et_culturelle_Un_outil_pour_la_reconnaissance_du_metier_102_p_15_.html

Programme de médiation sanitaire, Association ASAV, <http://www.mediation-sanitaire.org/>

SABAN L., « Le rôle professionnel de l'interprète », in *Guide méthodologique pour construire une culture institutionnelle inclusive - Compétences interculturelles dans les services sociaux*, Conseil de l'Europe

SCHWARZINGER M. (2012), « Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète », 2012. Étude commandée par la Direction générale de la santé, <http://www.sante.gouv.fr/interpretariat-professionnel-dans-le-domaine-de-la-sante.html>

Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (2013), Évaluation des politiques d'insertion et de lutte contre l'exclusion, <http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/fichiers-attaches/exe-resume-epp-230713-v2.pdf>

SIEIRA ANTELO M., DESMARTIN-BELARBI V., RIDEZ S., LEDESERT B. (2003), « Conditions de vie et état de santé des immigrés isolés de 50 ans et plus en Languedoc-Roussillon », CESAM Migrations Santé et ORS Languedoc-Roussillon, <http://cesam.ms.free.fr/rapportVIES2003.pdf>

TUOT T. (2013), « La grande nation pour une société inclusive », Rapport au premier ministre sur la refondation des politiques d'intégration http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/fichiers_joints/rapport_au_premier_ministre_sur_la_refondation_des_politiques_d_integration_0.pdf

VILAIN A., GONZALEZ L., REY S., MATET N., BLONDEL B. (2013), « Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques », *Études et résultats* n°848, juillet 2013
<http://www.drees.sante.gouv.fr/surveillance-de-la-grossesse-en-2010-des-inegalites-socio,11175.html>

WARIN P. (2007), « Pas de politique d'accès aux droits sociaux sans information sur les publics vulnérables, un défi pour les administrations », revue *Recherches et prévisions*, N° 87, mars
<http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/PSF/087/RP87-PWarin.pdf>

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DÉLÉGUÉ AUX PERSONNES HANDICAPÉES
ET À LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

Les Ministres

Fait à Paris le 12 JUL. 2013

C. A. / M1 / MAC / D 13-5568

Mesdames,

Lors de son discours de politique générale, en juillet 2012, le Premier ministre a annoncé son ambition de renouveler en profondeur l'approche des questions d'intégration en France, « dans un esprit de responsabilité et avec le souci constant du respect des valeurs de la République ». Il a alors confié à Thierry Tuot, Conseiller d'Etat, la rédaction d'un rapport, remis le 11 février dernier, dessinant un état des lieux des politiques d'intégration dans notre pays et proposant plusieurs pistes de réforme.

Au vu de ces premiers éléments, le Premier ministre souhaite que soit engagé un vaste travail de refondation de la politique d'intégration, dans le cadre d'une démarche partagée avec l'ensemble des partenaires de la politique d'intégration. Les principes structurants de cette refondation seront les suivants :

- Un changement de regard sur les personnes immigrées et leurs descendants, dans le sens d'une valorisation de l'enrichissement mutuel des citoyens.
- Une distinction très claire entre la politique d'immigration (gestion des flux), la politique d'accueil (amenée à être restructurée autour d'un service public de l'accueil) et la politique d'intégration, qui vise la cohésion sociale sur le long terme, en luttant contre toutes les discriminations, notamment celles liées à l'origine.
- Une approche interministérielle des questions d'intégration, qui doivent être intégrées à l'ensemble des volets de l'action publique (santé, social, emploi, culture, habitat, défense...), dans le sens de l'accès de tous au droit commun.
- L'appui sur les associations de proximité, dont le réseau a été fortement fragilisé ces dernières années, et qui permettent de renforcer le lien social.

Madame Bénédicte MADELIN
Directrice de Profession banlieue
15, rue Catulienne
93200 SAINT-DENIS

Dominique GENTIAL
Directrice de la MSA Ardèche-Drôme-Loire
43, avenue Albert Raimond - BP 80051
42275 SAINT-PRIEST EN JAREZ

14, AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP
TÉLÉPHONE 01 40 56 60 00

Refonder notre politique d'intégration suppose de répondre à l'attente des personnes immigrées et de leurs descendants : être considérés comme n'importe quel Français. Une telle démarche ne peut réussir qu'à la condition d'admettre que la richesse de l'héritage légué par les migrants au fil des âges fait partie de l'identité française, en refusant que les personnes immigrées soient enfermées dans des identités communautaires cloisonnées. Elle suppose également d'assumer collectivement que les différences faites entre les citoyens, y compris ceux issus de l'immigration, sont le plus souvent le produit de contextes sociaux « made in France », et non « importés ». Pour définir de nouvelles politiques publiques, il est donc indispensable d'opérer un déplacement, un pas de côté dans la façon de concevoir ces questions.

Afin de préparer la déclinaison concrète de cette nouvelle stratégie du gouvernement en matière d'intégration, cinq groupes de travail thématiques sont mis en place, pilotés par une ou deux personnalités qualifiées, travaillant étroitement avec les cabinets ministériels concernés par les sujets abordés. Nous avons souhaité que la présidence de l'atelier « Protection sociale », dont nous avons la responsabilité, vous soit conjointement confiée. Vos compétences et votre expérience reconnues par tous seront particulièrement utiles pour mener ce travail important dans des délais relativement contraints. Le groupe de travail, dont la composition est annexée à ce courrier, comporte une vingtaine de personnes : représentants du monde associatif, des personnes issues de l'immigration, des services de l'Etat, des collectivités locales, des institutions, ainsi que des experts de terrain et des universitaires.

Sans préjuger des propositions nouvelles que vous voudrez bien apporter dans l'exercice de votre mission, nous souhaiterions que le groupe de travail puisse s'articuler autour des grandes problématiques suivantes :

- L'accès aux droits : Comment améliorer les pratiques d'accueil, d'accompagnement et d'accès aux droits, réduire les incompréhensions réciproques liées aux différences de culture ou de langue, lutter contre les discriminations, rompre l'isolement des populations immigrées, faire évoluer les conditions réglementaires pour faciliter l'accès de tous aux droits sociaux ?
- L'accès à la prévention et aux soins : Comment rendre effectifs la prévention sanitaire et l'accès aux soins (en effectuant un zoom particulier dans le domaine de la périnatalité et de la santé mentale) et comment améliorer l'état de santé des personnes immigrées ?
- Comment améliorer les conditions de vie des immigrés âgés (retraite des immigrés effectuant la navette, prévention du risque de perte d'autonomie...) ?
- Quels enjeux en matière de formation des intervenants sanitaires et sociaux dans les services et en établissement pour garantir l'accès de tous au droit commun (pratiques différenciées, intégration de l'approche interculturelle dans les formations, travail social communautaire, ouverture des formations à la diversité...) ?

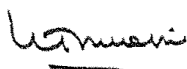
Au fil de vos travaux, vous veillerez à la cohérence des débats avec les concertations déjà menées par le gouvernement, lors de multiples démarches et comités interministériels

(pauvreté, ville, jeunesse, droits des femmes, racisme et antisémitisme, prévention de la récidive, concertation sur les attributions des logements sociaux...). A l'issue de cette réflexion partagée, vous produirez, en vous appuyant sur les travaux du groupe et les contributions des administrations, un relevé de conclusion constitué des éléments suivants : un rappel des principaux éléments de diagnostic relatifs aux thèmes du groupe de travail ; les principes politiques et objectifs prioritaires que vous entendez fixer en matière de politiques publiques sur les thèmes étudiés (avec un soin particulier quant au choix des formulations) ; vos propositions concrètes de mesures à mettre en œuvre, avec un objectif global de mobilisation du droit commun ; les instruments de mesure à mettre en place pour suivre et évaluer ces mesures ; les sujets nécessitant la production de connaissances nouvelles ; enfin vos recommandations en termes de gouvernance, notamment au niveau local, et de formation des acteurs.

Les cinq relevés de conclusions des groupes serviront de base au document de stratégie gouvernementale, qui sera rendu public par le Premier ministre à l'automne. Nous savons pouvoir compter sur votre engagement pour formuler des propositions ambitieuses et réalistes, qui contribueront à améliorer le quotidien des personnes aujourd'hui encore en difficulté d'accès au droit commun.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, l'expression de notre sincère considération.

Bien à vous,



Marisol TOURAINE

Bien à vous.



Marie-Arlette CARLOTTI

MEMBRES DU GROUPE « PROTECTION SOCIALE »

Pilotes / Personnalités qualifiées :

Bénédicte Madelin, directrice Profession banlieue

Dominique Gentil, directrice de la MSA Ardèche-Drôme-Loire

Ministères chefs de file :

Christine Laconde, cabinet de Mme Carlotti

Agnès El Majeri, cabinet de Mme Touraine

Rapporteuses :

Isabelle Bouille-Ambrosini, DSS

Nathalie Goyaux, DGS

Associations

Association France médiation : Laurent Giraud, Camille Gremez

Association Franco-chinoise Pierre-Ducet : Stéphane Kerjose

Association La Cimade : Jean-Claude Mas

Association Schebba à Marseille : Haciba Redjda

Fédération des ASTI : Francis Lecomte (ASHETI Le Havre)

Fédération des centres sociaux de France : François Vercoutère

France Terre d'asile : Fatiha Mlati

Migration santé Alsace : Émilie Jung

Secours Populaire : Brigitte Berlan

UNAFO : Sylvie Emsellem

Institutions

CAF de Seine-Saint-Denis (Rosny) : Tahar Bel Mounes, Gaëlle Choquer-Marchand

CNAV : Christine Cambus

CNLE 8^e collège : Khalid Alaoui, Djemila Mahmoudi

Conseil général de l'Hérault : Nadine Rouillon

Fonds CMU : Raphaëlle Verniolle, Muriel Angèle

UNAFORIS : Fabien Tuleu, directeur de l'ITS de Pau

Personnalités et élus

Boualam Azahoum, directeur de l'association El Ghorba à Villeurbanne

Chantal Mannoni, médecin de santé publique

Olivier Noblecourt, adjoint au maire de Grenoble

Hélène Geoffroy, députée du Rhône (Bernard Tante, assistant parlementaire)

Ministères associés

Droits des femmes, Famille, Intérieur, Ville (SG CIV et Acsé)

Administrations centrales associées

DGCS, DGOS