

## Chapitre 3

### Migrations, vulnérabilités et santé en France

Pascal Revault

*« Je touche encore à la frontière d'un mot et à un autre pays,  
Je suis à la frontière de tout, même si peu, toujours davantage »*

Ingeborg Bachmann.

#### I. Des enjeux en santé de la migration

En 2009, le rapport mondial du Programme des Nations unies pour le Développement [1] s'intitulait : « Lever les barrières : mobilité et développement humain ». Ses conclusions sur la santé en particulier n'ont rien perdu de leur actualité.

Ce rapport illustre l'apport de la migration à travers, le plus souvent, l'amélioration du développement humain pour les personnes migrantes, pour les communautés d'accueil et pour celles de départ, et la stimulation de l'activité économique des pays d'accueil. De manière générale, l'impact des migrants sur les finances publiques nationales et locales des pays d'accueil reste relativement faible, tandis que les avantages qu'ils apportent dans d'autres domaines, tels que la diversité sociale et la capacité d'innovation, y sont largement démontrés.

Le terme de « mobilité » (*mobility*), employé ici pour souligner le phénomène migratoire et son apport dans l'épanouissement de l'humanité, laisse souvent la place en France à celui de « migrants ». Aussi est-il fondamental en préambule de préciser le sens des mots utilisés dans le champ de la migration et de la santé (Encadré 1). Cette clarification, dans une période où la cosmopolitisme de l'[(in)hospitalité a remplacé la solidarité peut permettre de dépasser l'assignation d'une identité de victime

pour l'émergence de sujets politiques, *migrants*, en lieu et place d'objets de gestion humanitaire [2]. Dans ses *Considérations morales*, Hannah Arendt [3] nous prévient : « L'élément qui purge la pensée, qui révèle les incidences des opinions reçues et par là les détruit (valeurs, doctrines, théories et même conviction) est politique par ses implications [...] et ceci peut prévenir bien des catastrophes, tout au moins pour moi-même, dans les rares moments où les cartes sont sur la table » (p. 72-73).

#### Encadré 1 : Terminologie employée dans le domaine de la migration en lien avec la santé

**Migration** : traduit le passage de frontières entre États, ou encore entre des régions administratives d'un État, dite alors « migration interne ». La plupart des États caractérisent le type de migration dans leurs statistiques, sans pour autant que l'ensemble des chiffres soient connus, ni les typologies homogènes. Par exemple, en France, si l'OFPRA (Office Français pour les Réfugiés et les Apatrides) fournit un rapport annuel détaillé des demandes d'asile et des réfugiés et protégés, il n'y a pas de document régulier et détaillé concernant les demandeurs de régularisation pour raison médicale.

**Migrants** : personne se déplaçant de son lieu de vie vers un, ou d'autres lieux de vie. Terme notamment utilisé en santé publique souvent dans un sens restreint : personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. La Convention des Nations unies sur les droits des travailleurs migrants (et des membres de leurs familles) les définit comme « les personnes qui vont exercer, exercent ou ont exercé une activité rémunérée dans un État dont elles ne sont pas ressortissantes ». Il n'y a pas de distinction dans cette définition en fonction des causes de migration : fuir une persécution, rechercher un travail, ou toute autre raison. En France, l'image du travailleur migrant originaire d'États à faible revenus est prégnante, même si elle ne traduit pas la réalité du mot « migrant ».

**Immigré** : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, suivant la définition adoptée par le Haut Conseil à l'intégration. Toute personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française. Une personne née française à l'étranger n'est donc pas comptabilisée et les enfants nés en France de parents immigrés (français ou non) ne sont pas des immigrés. Les Nations unies ont une définition plus large, considérant comme immigrée une personne née dans un autre pays que celui où elle réside. Ce qui explique les différences entre chiffres publiés par France et par les Nations unies.

**Étranger** : personne qui n'a pas la nationalité française. Terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique. L'expression « malade étranger » correspond à la définition administrative du droit au séjour pour raison médicale (carte de séjour pour soins). Article 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et des demandeurs d'asile (CESEDA) indique ainsi pour l'étranger résidant habituellement en France, «... si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié. » Version adoptée par l'Assemblée nationale le 18 février 2016.

**Demandeur d'asile** : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève, 1951. Toute personne « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de

sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouvant hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner. » Article 1<sup>er</sup>. (www.unhcr.org)

**Réfugié**: personne ayant obtenue le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordée par l'OFPRA ou la CNDA (Cour Nationale du droit d'Asile). Sont dits « déboutés » les demandeurs d'asile à qui ce statut ou cette protection a été refusé. À la différence des autres migrants, le demandeur d'asile et le réfugié relèvent d'une protection spécifique. La protection subsidiaire concerne les personnes qui ont besoin de la protection internationale, mais ne satisfont pas aux critères énoncés dans la définition d'un réfugié. C'est le cas d'un étranger exposé dans son pays à la peine de mort, ou un traitement humain dégradant, ou à une menace grave du fait d'une violence généralisée résultant d'un conflit armé.

**Exil/exilé**: Terme évoquant les conséquences psychologiques et sociales des migrations, avec le plus souvent la contrainte de vivre hors de son pays d'origine.

**Sans papier ou clandestin**: Étranger en séjour irrégulier. Ces termes soulignent, soit le caractère illégitime de sa présence à travers la situation irrégulière d'un « clandestin », ou au contraire son caractère légitime à travers ses attaches en France, réclamant la régularisation des « sans-papiers ».

De la même façon, il est utile de préciser la signification de *la santé mondiale*, en lien avec les migrations. Celle-ci propose une nouvelle approche dépassant celle de l'aide internationale en santé pour se concentrer sur les soins et la prévention avec les populations vulnérables à travers une collaboration interdisciplinaire. Elle approfondit les formes de participation des populations et considère la santé comme un bien public mondial. Enfin et surtout, elle se fixe pour objectif « l'amélioration mondiale de la santé et de l'équité en santé » à travers une approche transnationale et mutuelle qui associe les différents partenaires concernés [4]. Considérer les enjeux de la santé dans le domaine de la migration, non pas comme une charge, mais bien comme une opportunité pour résoudre les inégalités sociales de santé, répond d'abord aux engagements du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté par les Nations unies en 1966. Il s'agit ensuite de considérer les réponses efficaces aux questions posées par les déterminants sociaux de la santé, qui ne se satisfont pas des frontières entre États.

Pourtant, force est de constater que l'accès aux soins et *a fortiori* la prévention sont conditionnés par le statut économique, le droit au séjour et la maîtrise de la langue dans la plupart des pays [1]. Malgré les résultats des travaux sur les déterminants sociaux de la santé mis en avant par l'Organisation mondiale de la santé [5], les migrants temporaires ou irréguliers ont rarement accès aux services de santé et les soins dits d'urgence sont bien plus accessibles que les soins préventifs. Qu'il s'agisse des pays à Indice de développement humain (IDH) élevé ou de ceux à IDH faibles,

les personnes sans droit au séjour n'ont pas accès à la prévention et aux soins médicaux dans des proportions comparables. Ceci souligne le manque de politiques de santé en direction de, et avec, ces populations particulièrement vulnérables [1].

Si depuis les travaux de Robert Castel [6] les désaffiliations sociale et familiale sont constitutives de la vulnérabilité sociale dans un contexte de montée des incertitudes, Jonathan Mann avait déjà insisté dans la progression de la pandémie du VIH sur la qualité de l'interaction entre les personnes (tolérance, solidarité, discrimination) [7]. À noter qu'en France l'article 225-1 du code pénal a été modifié en 2016 pour introduire la notion de vulnérabilité, seule économique certes, dans la caractérisation de la discrimination punie par loi [8], (Encadré 2).

#### Encadré 2: Article 225-1 du code pénal – 26 juin 2016

« Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs moeurs, de leur orientation ou identité sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée. » Cette définition vaut également pour les personnes morales.

Paul Farmer a bien caractérisé les mécanismes à l'œuvre dans la transmission du VIH dans son ouvrage dès 2003 en Haïti, *Pathologies of Power-Health, Human Right and the New War on the Poor*: les déterminants sociaux de la santé jouent sur la transmission & les soins, qu'il s'agisse des rapports de domination liées au genre, des inégalités sociales de santé, ou encore de la violence des administrations. Les résultats en 2016 de l'étude *Parcours*, cohérents avec d'autres travaux en particulier au Royaume-Uni, confirment cette prégnance des déterminants sociaux de la santé. Ces résultats démontrent qu'entre 30 et 50 % des contaminations par le VIH chez les personnes infectées originaires d'Afrique sub-saharienne surviennent en France et sont associées avec l'absence de titre de séjour, de logement stable, et des rapports sexuels occasionnels ou transactionnels [9].

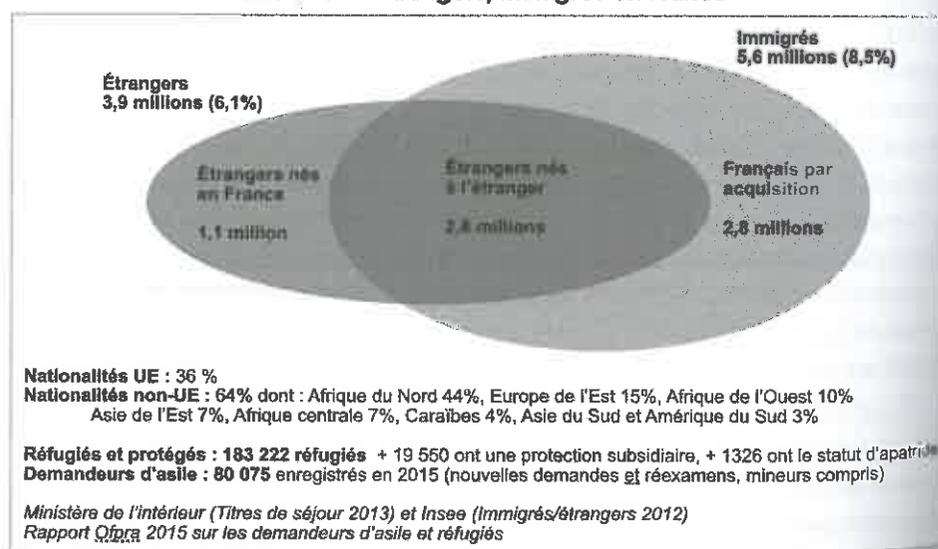
Nombre de recommandations dans le domaine de la santé se sont focalisées sur les comportements à risque et sur la question de l'accès aux soins, c'est-à-dire sur des facteurs individuels ou inhérents au fonctionnement du système de santé. Pourtant les travaux rapportés ci-dessus et les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé insistent, depuis au moins 2008 [5], sur le poids des déterminants sociaux de santé, et donc des inégalités sociales de santé, dans l'altération de l'état de santé et la diminution de l'espérance de vie sans incapacité. Pour Catherine Berchet en 2009, la différence de capital social entre la population française et immigrée expliquerait

ainsi 54 % des disparités de santé observées [10]. Si la santé des migrants en situation de vulnérabilité n'est pas réductible aux seules inégalités de santé, elle en relève donc tout particulièrement, d'autant plus que ces inégalités de santé dépendent des politiques publiques et des programmes & dispositifs mis en place.

## II. Populations, asile, droit au séjour pour raison médicale et certifications

En 2015, sur les 65,3 millions de déracinés dans le monde (dernier rapport *Tendances mondiales* du HCR pour 2015), soit une personne sur 113 en quête de protection hors de son pays, l'on compte 21,3 millions de réfugiés, 3,2 millions en attente de traitement de leurs demandes et 40,8 millions de personnes déplacées dans leurs propres pays. En première approche l'augmentation des conflits mondiaux semble expliquer ce chiffre record. Cependant l'augmentation des migrations causées par les changements climatiques combinés aux évolutions démographiques peut réduire drastiquement l'accès aux moyens de subsistance et créer les conditions de violences et de discriminations en particulier en direction des femmes et des enfants. Mais de façon plus large, la distinction entre réfugiés et migrants économiques donne lieu à des interprétations différentes et évolutives de la part des pays d'accueil pour effectuer un tri des exilés.

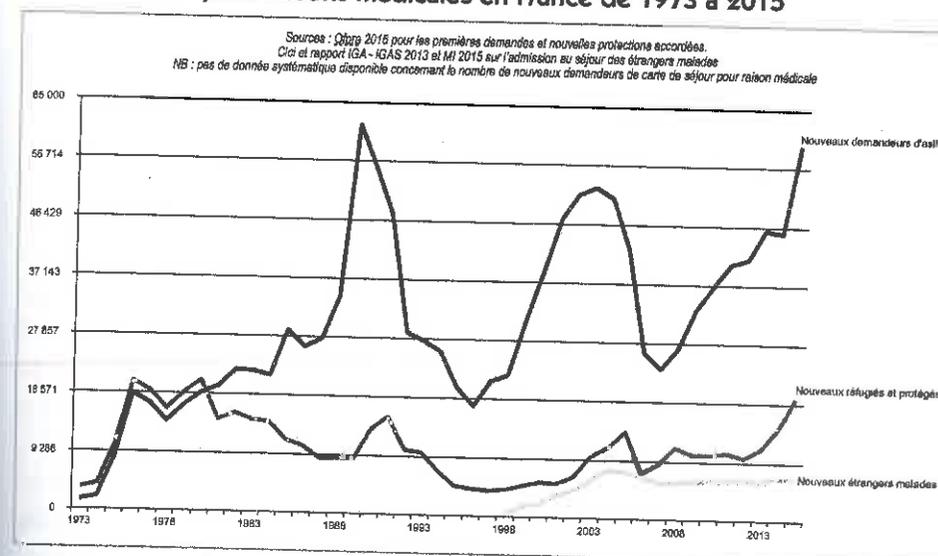
Encadré 3 : Étrangers, immigrés en France



D'après l'Insee (chiffres 2012 actualisés en 2015), le nombre d'immigrés vivant en France est proche de 5,65 millions, et celui d'étrangers de 3,9 millions. La proportion d'étrangers est pratiquement stable depuis près d'un demi-siècle. Les ressortissants

de pays tiers, c'est-à-dire hors de l'Union européenne est de 2,6 millions; le tiers restant est originaire d'Europe de l'Ouest: UE 27, Islande, Liechtenstein et Suisse (Encadré 3).

Encadré 4 : Évolution du Droit d'asile et du Droit au séjour pour raisons médicales en France de 1973 à 2015



L'évolution du droit d'asile et du droit au séjour pour raison médicale, de 1973 à 2015 (Encadré 4), [11], montre deux aspects bien caractérisés. Le nombre de personnes régularisées pour raison médicale est stable depuis 2003, autour de 6 000 par an, sans variation significative en fonction de l'augmentation ou de la diminution des demandeurs d'asile et des entrées et sorties d'immigrés en France. Si de fortes variations du nombre de demandeurs d'asile sont enregistrées et principalement corrélées avec un certain nombre de conflits mondiaux, depuis 1986, le nombre de personnes réfugiées et protégées oscille autour de 10 000 en fonction de l'ordre de grandeur des demandeurs d'asile. En revanche, de 1973 à 1980 les deux courbes étaient parfaitement corrélées. Il est intéressant de relever qu'après cette période, le pic des demandes d'asile, en 1989 et 2003, a toujours précédé celui des réfugiés et protégés. En revanche, les diminutions significatives de nouveaux demandeurs d'asile sont synchrones de la diminution des nouveaux réfugiés et protégés (années 1995-1996 et 2006-2007). Sachant qu'il n'y a pas officiellement de quotas en la matière (ce qui serait en contradiction avec la ratification de la Convention de Genève de 1951 par la France), et qu'il n'y a pas davantage de personnes demandant l'asile sans raison qu'en 1978, c'est bien le traitement de la demande d'asile dans un contexte social différent et la nouvelle figure de l'exilé qui permettent d'expliquer cette évolution. Des travaux en anthropologie [12, 13] ont caractérisé la figure de « l'autre productif », davantage

susceptible d'être reconnu réfugié, à travers l'intériorisation de normes sociales, mais aussi l'établissement de la crédibilité à travers la recherche de traces physiques et psychiques qui ne sont pas des preuves et peuvent constituer une « prime à la torture ». Ces mêmes auteurs ont souligné la standardisation du récit chez nombre de demandeurs d'asile pour correspondre aux typologies de l'asile, obérant ainsi la complexité et la singularité de leurs parcours de vie et de migration forcée. Dans ce contexte le médecin peut être sollicité par un demandeur d'asile pour fournir une certification décrivant les violences rapportées et la compatibilité de lésions avec le récit. Ce type de certification ne doit pas empêcher le temps du soin, qui n'est pas toujours congruent avec celui de la construction de l'histoire personnelle. La certification est justifiée lorsque la personne a des difficultés à dire dans un contexte de psychotraumatisme sévère par exemple (troubles de la mémoire, réminiscence particulièrement douloureuse). Effectivement, l'article 50 du code de déontologie médicale précise que « le médecin, doit sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit » (Article du code de la santé publique R4127-50). Il faut souligner aussi qu'« un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention, sauf urgence, et médecin traitant d'une même personne. » (Article du code de la santé publique R 4127-100). Ainsi l'OFPRA s'est engagé, dans l'intérêt supérieur de l'enfant protégée en France d'un risque d'excision, à contrôler l'absence de mutilation sexuelle féminine à travers les Unités médico-judiciaires (UMJ), et non par le médecin assurant prévention et soin.

**Encadré 5 : principales conditions requises pour obtenir une protection maladie 2016**

Conditions requises Type de protection maladie	Ancienneté de présence en France d'au moins 3 mois	Régularité du séjour	Niveau de ressource Seuil à ne pas dépasser, contrôlé chaque année
<b>Assurance maladie</b>			
Sur critères personnels	non	oui	non
Sur critères de résidence	oui*	oui	non
Complémentaire-CMU ou « CMU-C »	oui*	oui	oui
AME	oui*	non	oui
DSUV	non	non	non

\* A noter : la condition d'ancienneté de présence de trois mois en France n'est pas requise pour les mineurs, les étudiants et les demandeurs d'asile (depuis la dernière loi asile du 29 juillet 2015, qui prévoit la délivrance d'une attestation de « demandeurs d'asile » quelle que soit la procédure) et les membres de famille rejoignant un assuré.

### III. Santé et facteurs de vulnérabilité des migrants

Les connaissances sur l'état de santé des immigrés & étrangers en France restent limitées en raison de l'absence de recueil dans la plupart des études de la nationalité et du pays de naissance. Certaines recherches sur des morbidités spécifiques (comme par exemple le VIH, le VHC) les ont documentés. D'autres études réalisent des estimations à partir des prévalences des pays d'origine rapportées aux groupes de populations vivant en France. Enfin, des structures de santé spécialisées dans l'accueil et les soins des populations fournissent des résultats épidémiologiques [14].

Les premiers travaux français conformes aux autres résultats internationaux étaient en faveur d'un meilleur état de santé des populations immigrées. À partir des années 2000, les études qui prennent en compte la santé perçue et établissent des suivis de cohorte indiquent que l'état de santé des immigrés étrangers est plus dégradé que celui de l'ensemble de la population vivant en France [15]. Le moindre recours aux soins s'explique par les moins bonnes conditions sociales & économiques sur le territoire français [16]. En France, 35 % des immigrés étrangers et 20 % des immigrés naturalisés n'ont pas accès à la complémentaire santé, contre 7 % seulement des Français de naissance [17] réalisant ainsi un gradient de précarité d'accès aux soins. La perte de lien social et les discriminations dans le soin interviennent également sur les inégalités sociales de santé chez les populations immigrées étrangères [18].

Estelle Carde [18] distingue ainsi trois types de discriminations à l'œuvre dans les services de santé, qui permettent d'analyser les mécanismes à l'œuvre.

Les deux premières discriminations sont intentionnelles chez les professionnels sanitaires et sociaux et relèvent d'une *dé légitimation* de la personne immigrée à recevoir des soins (coût des soins considéré comme trop élevé, pas de droit à ouvrir pour une protection maladie), ou effectuent une *différenciation* (chez tel type de population immigrée, le soin n'est pas indiqué, il est possible d'attendre). La troisième discrimination est indirecte et résulte de logiques institutionnelles indépendantes (consignes de ne pas fournir de médicaments à des personnes sans papier par exemple).

Près d'un million de personnes issues de la migration vivent en France en situation de vulnérabilité sociale, incluant la précarité administrative. Chez ces personnes les difficultés d'accès aux soins résultent, outre les contraintes financières, des facteurs de vulnérabilité suivant [14], (voir encadré 8) :

- le statut administratif,
- les barrières linguistiques,
- les discriminations liées aux origines, doublées le cas échéant de celles liées au genre,
- les conditions d'hébergement et de déplacement,
- l'isolement social et relationnel,

- l'absence de protection maladie,
- le traumatisme lié à l'exil et aux violences subies.

#### Encadré 6 : Situation d'obstacle aux soins avec discrimination

Mme P de nationalité anglaise, 76 ans, arrivée en France au printemps 2016, depuis trois mois, et souhaitant s'y établir, se présente aux urgences d'un hôpital public en région parisienne à proximité de son hébergement. Le médecin qui la reçoit inscrit sur une première ordonnance qu'elle présente une infection des voies urinaires rénales nécessitant une antibiothérapie et fait figurer sur une seconde ordonnance l'antibiotique retenu. Lorsque Mme P affirme ne pas pouvoir honorer l'ordonnance, le service social lui dit qu'en tant qu'Européenne, elle doit avoir une carte de protection maladie pour assurer ses soins. Mme P affirme ne pas en posséder et avoir déjà été hospitalisé dans une autre ville en France. L'accompagnateur de Mme P téléphone le jour même à une association de soutien aux étrangers, qui contacte à son tour le service des urgences médicales de l'hôpital public. Le responsable des urgences confirme alors qu'il est nécessaire que Mme P soit de nouveau adressée aux urgences pour bilan. Celle-ci s'y rend donc à nouveau dans les jours qui suivent et est hospitalisée une nuit sans soins particuliers. Le service social s'oppose à toute prise en charge, y compris par la PASS, arguant du fait que Mme P doit pouvoir payer ses soins. « parce que celle-ci a soit une retraite, soit une carte Européenne et qu'il faut l'avis de l'hôpital en région qui l'a hospitalisée, comme préalable à toute décision d'aide sociale ». Devant cette situation, Mme P se rend au centre de santé de l'association qui a commencé à l'accompagner. Les diagnostics de diabète connu mais déséquilibré nécessitant un passage à l'insuline, ainsi que celui de dépression sévère, de trouble thyroïdien, d'insuffisance rénale et d'infection urinaire sont alors réalisés en ambulatoire. Le traitement nécessaire à Mme P lui est fourni gratuitement et l'ARS Ile-de-France est informée de cette situation pour faciliter l'accompagnement par l'hôpital initialement contacté. Il est ainsi demandé au service des urgences de recevoir Mme P avec un résumé de sa situation médicale quinze jours après sa première consultation dans cet hôpital public. Le service des urgences affirme que Mme P ne présentait pas d'insuffisance rénale lors de la consultation initiale. Après de nombreux échanges téléphoniques et courriels, Mme P est finalement hospitalisée et soignée pendant plus d'une semaine.

Cette situation illustre ce qui s'apparente à un retard, voire un refus de soins par l'hôpital public, potentiellement susceptible de déboucher sur une complication grave (insuffisance rénale, aggravation du diabète et des autres co-morbidités). D'autre part, la complexité de la situation, tant sur le plan médical, que social, n'a pas été abordée par l'hôpital qui a effectivement éliminé une urgence vitale, mais pas les conséquences à court et moyen termes de l'état de santé de Mme P sur son espérance de vie sans incapacité. En aucun cas la situation sociale de Mme P ne doit l'empêcher de bénéficier des soins adéquats pour une infection aiguë urgente à traiter, comme de faire le point sur les co-morbidités en assurant la continuité des soins. Cette discrimination de délégitimation de Mme P à accéder aux soins aurait pu avoir des conséquences autrement plus graves sur son état de santé. La consigne informelle de ne pas recevoir de patient non solvable pour l'hôpital peut représenter, si elle était validée, une discrimination indirecte institutionnelle. Le DSUV aurait pu être mobilisé dans un premier temps, et le service social de la PASS fournir immédiatement les médicaments dont elle avait besoin.

\* Diagnostic connu dans le pays d'origine, et total diagnostic connu en France, avant le recours au centre de santé du Comede (population essentiellement francilienne). AFC Afrique centrale, AFE Afrique de l'Est, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, ASE Asie de l'Est, ASS Asie du Sud, CAR Caraïbes, EUE Europe de l'Est.

Il n'existe pas de pathologies propres aux personnes issues de la migration. Les différences de prévalence des affections s'expliquent par les régions d'origine, les parcours d'exil, les conditions d'accès au système de santé, et plus largement par les inégalités sociales de santé, dont les principaux facteurs de vulnérabilité sont rappelés ci-dessus. Il est donc utile pour les soignants et travailleurs sociaux, au-delà du diagnostic biomédical, de caractériser ces facteurs. Les soins ne doivent pas se limiter aux seuls traitements curatifs, mais comporter, comme pour toute personne, les éléments appropriés de prévention primaire (éducation santé, dépistage), l'accompagnement social et l'éducation thérapeutique, la prise en compte de la santé mentale, celle du handicap en lien avec les autres éléments du soin global (« comprehensive care »).

Les caractéristiques démographiques et épidémiologiques de 12 039 patients accueillis en médecine de 2008-2014 pour la réalisation d'un bilan de santé, avec un taux de réalisation proche de 92 % (Encadré 7), permettent de préciser le type de morbidités graves qui nécessitent un soin et des actions de prévention et de dépistage.

Ces personnes arrivées en moyenne depuis deux ans en France, sont en majorité de jeunes hommes, issus de plus de cent pays (avec une sous-représentation du Maghreb et de l'Europe de l'Ouest par rapport à la population migrante vivant en France). La première cause de morbidité est le psychotraumatisme, suivi des infections chroniques par le VHC ou/et le VHB, puis les affections chroniques non transmissibles (diabète et affections cardio-vasculaires). Le VIH et les cancers mis à part, le sex ratio est supérieur chez les hommes – en particulier pour l'infection à Schistosomes (bilharziose), l'infection par le VHB et le handicap. Les personnes les plus âgées sont les plus touchées par les cancers, les maladies cardio-vasculaires et le diabète (essentiellement de type 2).

Certaines pathologies sont concentrées sur des régions spécifiques, comme la bilharziose pour l'Afrique de l'Ouest, le psychotraumatisme pour l'Europe de l'Est et l'Afrique centrale. Ce qui traduit, pour la première les conditions écologiques et les difficultés de lutte contre les endémies, pour la seconde l'importance des violences subies. D'autres maladies, comme les affections cardio-vasculaires, le diabète et les cancers sont réparties sur plusieurs régions du monde.

L'asthme, le diabète, les affections cardio-vasculaires et le handicap sont le plus souvent connus par les personnes à leur arrivée en France. En revanche, il faut souligner que les patients ne connaissent pas pour la plupart leur infection chronique par le VIH, le VHC, le VHB et la tuberculose. Cette situation justifie la proposition systématique d'un bilan de santé en fonction des facteurs de risque et des régions d'origine.

#### Certains publics sont particulièrement vulnérables [14]

Les mineurs étrangers et les jeunes autour de 18 ans dont la minorité est contestée représentent plus de 30 000 personnes en France. D'après les données du Comede,

deux enfants sur trois n'ont pas de protection maladie dans les 6 mois après leur arrivée en France, alors qu'il est possible de procéder à l'ouverture des droits de mineurs juridiquement isolés sans l'accord explicite du représentant légal. Un enfant sur quatre n'a personne avec qui partager ses émotions, et un sur huit n'a pas mangé à sa faim au cours des trois jours précédant la consultation. Les enfants mineurs sont principalement atteints de psychotraumatisme, d'infection chronique par le VHB, et de parasitoses pour certaines régions d'origine. Il ne faut pas sous-estimer la présence d'un psychotraumatisme chez un enfant accompagné, en famille, comme l'existence de violences subies. Malgré la circulaire du ministère de la justice du 31 mai 2013 stipulant qu'« il n'y a pas lieu de remettre en cause l'appartenance au mineur des documents administratifs qu'il présente et dont l'autorité n'est pas contestée », les politiques départementales développent souvent des évaluations sociales contestables avec des mises à l'abri précaires, une utilisation massive des tests osseux, un refus d'aide aux jeunes majeurs, peu de contrats aidés jusqu'à 21 ans, un taux d'accès à l'ASE parfois inférieur à 30 %. Certains parquets peuvent multiplier les poursuites pénales à l'encontre des jeunes accusés d'avoir menti sur leur âge réel. Malgré les avis en défaveur de la pratique du test osseux du Comité consultatif national d'éthique, du Haut Conseil à la Santé Publique et du Comité du droit des enfants des Nations unies, entre autres, celui-ci continue d'avoir une base légale en France. Or il constitue une irradiation contrainte, alors que d'autres méthodes existent (entretien, documents administratifs) et que les erreurs de mesure sont connues, dépendant de la croissance et justement autour de 18 ans parfois supérieurs à plus d'une année. Cet examen porte atteinte à la dignité de l'enfant ou du jeune en introduisant une suspicion systématique et devient un outil qui rejette à la rue des jeunes désormais éloignés de la prévention et du soin. Certains auteurs [19], constatant les difficultés et paradoxes soulevés par l'accueil des mineurs isolés étrangers, insistent sur la nécessité d'un partenariat institutionnel entre structure de soins et d'accompagnement pour élaborer les modalités de travail.

Les migrants âgés de plus de 60 ans sont 320 000 issus de pays tiers, principalement originaires d'Afrique du Nord, d'Europe de l'Est, d'Afrique de l'Ouest et d'Asie de l'Est et particulièrement touchés par les affections chroniques comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète [14]. Nombreux à être arrivés dans les années 1970 et 1980, ils ont un logement précaire, des progressions de carrières entravées, et des difficultés d'accès aux droits sociaux notamment à cause d'inégalités de traitement, qui entraînent la suspension des versements d'allocation, voire des demandes de renvoi. Le caractère discriminatoire des contrôles ciblés est apparu patent et porte sur les conditions de résidence habituelles sur le territoire français [20]. Enfin, la surexposition des travailleurs migrants à certains polluants et la difficile reconnaissance de certaines de leurs maladies professionnelles sont à souligner ici [21].

D'autres situations de vulnérabilité sont à souligner et doivent être explorées (Encadré 8). Il s'agit en premier lieu des femmes exilées. Les femmes présentent plus souvent un syndrome psychotraumatique que les hommes. Bien que plus fréquemment atteintes d'une maladie grave, elles sont davantage dépourvues de protection maladie. Elles sont davantage isolées que les hommes sur le plan affectif et social [14]. Il existe une forte corrélation entre la précarité de l'hébergement et les violences liées au genre (38 % des personnes concernées ont subi de telles violences *versus* 13 % de l'ensemble [14]).

#### IV. La Protection maladie

Comment dans ce contexte faciliter l'accès à une protection maladie en fonction de la situation administrative et sociale rencontrée? Toute personne démunie doit recevoir le soin global nécessaire dans l'ensemble des services de santé [22].

En pratique, seule une protection de base assortie d'une couverture complémentaire (Complémentaire CMU/AME) peut permettre la continuité des soins. Toutefois, la complexité des procédures, l'absence de pièces justificatives et les obstacles linguistiques participent à l'exclusion des droits et au renoncement de la personne aux soins. En attendant, il est possible de recourir au DSUV (Dispositif pour les Soins Urgents et Vitaux) pour permettre le règlement à l'hôpital des soins nécessairement engagés pour un étranger nouvellement arrivé en France, sauf pendant la période de validité du visa. À défaut de DSUV à cause d'un visa en cours, le dispositif PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) de l'hôpital doit permettre le financement des soins nécessaires pour toute personne démunie financièrement.

Toute personne démunie, française ou étrangère, « résidente » en France depuis plus de 3 mois a droit à une protection maladie de service public. Le type de couverture maladie des étrangers dépend de la régularité ou non du séjour (au regard de la réglementation sur la police des étrangers).

Quatre conditions sont à vérifier pour déterminer quelle est la couverture maladie à solliciter :

- résidence habituelle (installation durable en France ou projet, au contraire d'un simple passage en France),
- ancienneté de présence en France: 3 mois ininterrompus (à l'exception des demandeurs d'asile et des mineurs, et des membres de famille rejoignant un assuré social),
- régularité de séjour (à déterminer au regard des documents donnés par la Préfecture: titre de séjour ou convocation, rendez-vous, attestation de dépôt d'une demande de titre de séjour...),
- niveau de ressources (fixé annuellement par décret).

■ Il est possible de synthétiser trois grands types de protection maladie (Encadré 5).

1. *L'Assurance maladie* est une assurance obligatoire accessible aux Français ou aux étrangers résidants en France de manière stable et régulière.

L'affiliation à l'assurance maladie se fait soit via les cotisations d'une activité professionnelle, soit du fait de la simple présence en France avec ou sans cotisation (en fonction des ressources). La réforme dite PUMa (Protection maladie universelle) au 1<sup>er</sup> janvier 2016 n'a pas modifié l'architecture du système (hormis le fait que les personnes « ayant droit » vont devenir progressivement assurées par « elle-même » sur critère de résidence en France, ce qui ne change rien au contenu de leur protection. Seul les mineurs restent ayants droit de leur parent).

La durée d'ouverture de droits ne peut être inférieure à un an, même lorsque le titre de séjour est de courte durée. Il n'y a pas de rétroactivité pour les demandes au titre de la « résidence en France » sauf si une demande de Complémentaire CMU a été faite simultanément. L'affiliation à l'Assurance maladie donne lieu à la délivrance d'une notification papier d'ouverture de droits, ou une carte Vitale dès l'obtention d'une immatriculation définitive.

1. bis. La Complémentaire CMU est une protection maladie complémentaire de service public (en complément de l'Assurance maladie), gratuite, sous condition de ressources (plafonds de ressources annuel). Pour pouvoir en bénéficier, les quatre conditions à vérifier sont globalement les mêmes que celles d'une demande d'affiliation à l'Assurance maladie. Le délai d'obtention peut être long, même si légalement ce délai est de 2 mois maximum.

Si le délai d'instruction peut avoir des conséquences sur l'état de santé de la personne, le professionnel (médecin, travailleur social) peut demander, sur la base d'une lettre, l'*admission immédiate* prévue par l'article L 861-5 4° du code de la sécurité sociale. Les droits ouverts à la Complémentaire CMU sont d'un an incompressible, même si le titre de séjour présenté est de courte durée. Le ministère de la santé a fixé un seuil de deux mois pour la rétroactivité de couverture des soins délivrés en ville ou en établissement de santé.

La dispense complète d'avance de frais est un droit, aucun professionnel de santé (y compris donc les pharmaciens, infirmiers à domicile...) ne peut exiger le paiement des soins pour un bénéficiaire de la Complémentaire CMU comme de l'AME.

2. *L'Aide médicale État (AME)* est une protection maladie, sous condition de ressource, réservée aux étrangers résidants habituellement en France, et en séjour irrégulier. La CPAM (ou la CGSS dans les DOM) est chargée de l'instruction des demandes. Le délai d'obtention peut s'avérer long en fonction de la caisse.

Si le délai d'instruction peut avoir des conséquences sur l'état de santé de la personne, et en dehors de toute urgence (qui justifie une orientation vers l'hôpital), le médecin et uniquement lui, peut requérir sur la base d'un certificat médical *l'instruction prioritaire* de la demande. Les droits à l'AME sont ouverts à compter de la date de la demande et pour une période d'un an. La rétroactivité maximale de 30 jours est possible pour les soins délivrés en ville ou en établissement de santé. Une carte d'AME est délivrée comportant une photo et un numéro d'identifiant. Il n'y a pas de carte Vitale.

3. Le *Dispositif pour les soins urgents et vitaux (DSUV)* doit être mis en œuvre dès que l'état de santé de la personne le requiert, et si elle ne remplit pas la condition d'ancienneté de 3 mois, ou si elle a des ressources dépassant le plafond pour permettre l'accès à l'AME. Ce dispositif n'est pas une protection maladie individuelle. C'est un mode de paiement au coup par coup des soins fournis par l'hôpital comme définit par l'article L 254-1 du code de l'action sociale et des familles. Il s'agit de soins urgents et vitaux, mais également de situations pouvant conduire, en l'absence de soins appropriés, à une altération grave et durable de l'état de santé (traduisant l'espérance de vie sans incapacité). Les femmes enceintes, les mineurs et les personnes qui présentent une pathologie nécessitant d'éviter sa propagation à l'entourage ou à la collectivité (tuberculose, infection par le VIH, VHB, VHC...) sont inclus dans le champ d'application du DSUV.

Pour en bénéficier, il faut être de nationalité étrangère, résider en France et être en séjour irrégulier. Ce qui exclut les personnes sous visa. Il faut dès lors apprécier au cas par cas les possibilités de recours au dispositif PASS pour financer les soins nécessaires (circulaire ministérielle DGOS du 18 juin 2013).

En pratique, pour déclencher ce mode de paiement, la circulaire ministérielle du 16/03/2005 précise que l'hôpital doit remplir un dossier d'AME avec la personne concernée et se voir notifier un refus par la CPAM/CGSS au motif qu'elle ne remplit pas la condition d'ancienneté de présence en France. Cette même circulaire ministérielle précise que les hospitalisations, les consultations, les médicaments prescrits à l'occasion des soins urgents, les frais de transports sont pris en charge.

#### IV. Précarité administrative et droit au séjour pour raison médicale

Si les étrangers en situation irrégulière peuvent bénéficier de droits sociaux, dont l'Aide Médicale État, l'Aide Sociale à l'Enfance et l'hébergement d'urgence (Samu social et centre d'hébergement et de réadaptation), la précarité administrative des étrangers ne se limite pas aux seules personnes qui n'ont pas d'autorisation de séjour

en France (plus de 350 000 personnes, d'après une estimation du ministère de l'intérieur en 2012 [14]). Cette précarité reflète un gradient, depuis le titulaire d'une carte de résident, avec un titre de séjour de dix ans, en principe renouvelable automatiquement et l'étranger en séjour irrégulier faisant l'objet d'une mesure d'éloignement et placé en centre de rétention dans l'attente de l'exécution de la mesure. Les personnes en situation particulièrement précaires peuvent changer de statut jusqu'à plusieurs fois dans l'année, avec par exemple une autorisation provisoire de séjour de 3 mois renouvelable sous condition avec ou sans droit au travail, puis un titre de séjour d'un an, renouvelable sous condition un peu moins précaire. Les frontières entre régularité et irrégularité du séjour sont juridiquement floues en termes de police de l'immigration, frontières accentuées par la complexité du droit social qui considère différemment un même titre de séjour selon les prestations. Ainsi le titulaire d'une autorisation provisoire de séjour est considéré comme en règle pour l'assurance maladie et la complémentaire de la Couverture maladie universelle, mais non pour l'allocation aux adultes handicapés.

Les règles du droit général de l'immigration concernent les étrangers qui souhaitent s'installer en France à des fins professionnelles ou familiales (au contraire des demandeurs d'asile demandeurs d'une protection par la France). La politique de contrôle de l'immigration en vigueur exige de ces personnes un visa long séjour à demander avant le départ pour la France.

Prévu par le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), le droit au séjour pour raison médicale a pour but de garantir la continuité des soins pour les patients étrangers qui seraient exposés à un défaut de prise en charge entraînant des conséquences d'une exceptionnelle gravité. L'exceptionnelle gravité correspond à la diminution de l'espérance de vie sans incapacité. Ce dispositif légal a été modifié par la loi immigration du 7 mars 2016 dans le sens d'un traitement effectif et non plus seulement d'une disponibilité du traitement. L'avis médical sur le dossier du demandeur relevant de la procédure « étranger malade » est désormais, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017, confié au service médical de l'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration), qui dépend directement du ministère de l'intérieur, et non plus du ministère de la santé comme auparavant, ce qui pose des questions d'indépendance et de conflit d'intérêts entre les objectifs de santé publique et ceux de contrôle de l'immigration. L'article L313-11 11° du CESEDA a la formulation suivante :

[Une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est attribuée de plein droit] « À l'étranger résidant habituellement en France, si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait

pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié [...] La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative après avis d'un collège de médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. Les médecins de l'office accomplissent cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé. Chaque année, un rapport présente au Parlement l'activité réalisée au titre du présent article 11° par le service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration ainsi que les données générales en matière de santé publique recueillies dans ce cadre.

Il est important, avant d'accompagner un étranger en situation administrative irrégulière atteint d'une affection grave en mobilisant la régularisation pour raison médicale, d'évaluer la demande et d'apprécier si d'autres possibilités d'admission au séjour ne correspondent pas mieux à la situation de la personne (régularisation pour raison de vie privée et familiale par exemple). Il s'agit en effet de considérer en premier lieu la vie privée et familiale de la personne et donc de sa situation globale, avant de se focaliser exclusivement sur une question de maladie.

À la demande des préfetures, les étrangers qui souhaitent introduire une demande de régularisation pour raison médicale sont amenés à solliciter leur médecin pour deux documents différents :

- un certificat médical non descriptif pour qu'il puisse retirer son dossier administratif en préfecture,
- un rapport médical sous pli confidentiel à l'attention du médecin de l'OFII.

Le médecin de l'OFII qui évaluera le rapport médical confidentiel appréciera l'offre de soins, non pas la seule existence du traitement, et les caractéristiques du système de santé dans le pays d'origine pour la durée du traitement et du suivi nécessaires, afin de ne pas entraîner de diminution de l'espérance de vie sans incapacité.

Pour une infection par le VIH, le VHC ou encore le VHB, les instructions du ministère de la santé indiquent aujourd'hui que les moyens nécessaires à un suivi efficace et adapté (et qui font donc partie du soin) ne sont habituellement pas accessibles dans l'ensemble des pays en développement (à Indice de Développement Humain faible ou intermédiaire). Même si par exemple certains pays à revenus intermédiaires ont des programmes de lutte contre le VHC, ceux-ci peuvent être limités dans le temps et ne concernent pas toujours l'ensemble des personnes infectées (exclusion des usagers de drogue par exemple).

Un différentiel de qualité entre le système de soins français et celui du pays d'origine qui entraîne une diminution significative de l'espérance de vie sans incapacité justifie également une régularisation pour raison médicale. Il peut s'agir, par exemple, de soins palliatifs complexes et utiles pour soulager un syndrome douloureux, ou

encore d'une pluri-thérapie antidiabétique avec l'existence de complications, alors même qu'un antidiabétique de première ligne est accessible dans le pays d'origine.

Dans les centres de rétention administrative (CRA) des étrangers en situation irrégulière, si l'état de santé de l'étranger retenu le nécessite, l'Unité médicale doit être en mesure de rédiger un rapport médical à l'intention du médecin du service médical de l'OFII, ce qui doit déboucher sur une libération afin que les soins soient prodigués. Une demande de régularisation pour raison médicale pourra alors être introduite, sous réserve des conditions administratives et médicales.

### V. Dispositifs facilitant l'accès aux soins et à la prévention et recommandations générales

Il convient en préalable de rappeler la nécessité de renforcer l'équité d'accès aux soins et à la prévention et aux droits, en luttant contre les préjugés et les discriminations (voir la situation de l'Encadré 6).

Si une partie des réponses dépend des politiques de santé publique (avec parfois une contradiction entre les politiques de santé et celles du ministère de l'Intérieur), un certain nombre de recommandations peuvent être mises en œuvre par les équipes sociales et sanitaires :

- l'utilisation de grilles d'analyse de la situation de vulnérabilité personnelle pertinentes (Encadré 8) pour permettre ainsi la continuité d'un soin global au sein des services de santé et en médecine de ville.
- la formation et la supervision régulières du personnel administratif et social qui reçoit les personnes accueillies sur l'importance de l'interprétariat, des droits sociaux et de la non discrimination.
- La diffusion de l'information sur la protection maladie et les dispositifs comme les PASS, et l'amélioration de la formation initiale et continue dans le domaine de la déontologie professionnelle et de la certification médicale.
- L'attention à apporter aux conséquences de toutes les formes de violence exercées sur les exilés dans leur pays d'origine, mais aussi durant leur parcours migratoire et en France (cf. violences liées au genre).

La nouvelle loi 2016 de modernisation du système de santé en France [23] donne une existence institutionnelle à l'interprétariat professionnel et à la médiation santé et précise que « la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées... [du système de santé] en prenant en compte leurs spécificités ».

**Encadré 7 : Caractéristiques démographiques des malades et taux de prévalence par région d'origine**  
Taux pour 1 000 personnes, parmi 12 039 patients accueillis en médecine au Centre de santé des exilés (Comede), 2008-2014  
Les cases en gris clair signalent des occurrences supérieures à la moyenne

	Cas n	Sexe (F/H)	Age médian	Diagnostic *		Taux de prévalence par région d'origine (p. 1000)															
				pays	Fra.*	AFC 2618	AFC 231	AFE 259	AFE 154	AFN 269	AFN 104	AFO 3031	AFO 212	ASS 4411	ASS 87	CAR 125	CAR 160	EUE 875	EUE 246	TOT 12039	TOT 166
Psycho-traumatisme	1 999	42 %	32 ans	4 %	11 %	2618	231	259	154	269	104	3031	212	4411	87	125	160	875	246	12039	166
Maladie cardio-vasculaire	845	47 %	49 ans	49 %	70 %	2618	141	259	4	269	108	3031	61	4411	36	125	144	56	246	12039	70
Infection à VHB	815	16 %	33 ans	8 %	27 %	2618	68	259	50	269	19	3031	147	4411	25	125	64	35	246	12039	68
Diabète	599	30 %	45 ans	53 %	71 %	2618	54	259	8	269	145	3031	30	4411	64	125	80	21	246	12039	50
Infection à VHC	224	37 %	43 ans	14 %	37 %	2618	37	259	4	269	15	3031	7	4411	8	125	-	54	246	12039	19
Asthme persistant	208	25 %	37 ans	71 %	87 %	2618	8	259	15	3031	30	26	96	4411	17	125	32	10	246	12039	17
Infection à VIH	152	68 %	35 ans	20 %	35 %	2618	25	259	8	269	4	23	23	4411	<1	125	8	6	246	12039	13
Handicap	83	18 %	36 ans	57 %	77 %	2618	5	259	-	269	22	12	12	4411	3	125	-	11	246	12039	7
Schistosomose Urinaire	61	10 %	30 ans	2 %	2 %	2618	1	259	-	269	-	19	19	4411	-	125	-	-	246	12039	5
Cancer	57	53 %	46 ans	37 %	82 %	2618	7	259	-	269	26	3	3	4411	2	125	16	9	246	12039	5
Tuberculose	57	26 %	37 ans	2 %	53 %	2618	11	259	-	269	-	4	4	4411	2	125	8	5	246	12039	5

Si la mise en œuvre de l'interprétariat professionnel nécessite un engagement financier de l'État, encore faut-il que les professionnels socio-sanitaires y recourent, sans se satisfaire de solutions improvisées ou basées sur des logiciels qui ne traduisent pas la richesse de l'interaction et la subtilité de la langue, pourtant fondamentales pour un soin efficace et la *re-connaissance* de la personne. Selon l'article L.1111-4 du Code de la Santé Publique: « *Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* », et selon le respect du principe d'égalité dans l'accès aux soins, par-delà les difficultés de langue, toute personne allophone (ne parlant pas ou ne comprenant pas ou peu le français) soignée en France devrait pouvoir bénéficier d'un interprétariat médico-social professionnel.

Selon l'enquête réalisée en 2012 à la demande de la Direction Générale de la Santé [24], le recours aux services d'interprétariat professionnel lors de la consultation hospitalière d'un patient allophone n'a été observé que de façon exceptionnelle (3 cas sur 154, soit 2 %). Les consultations hospitalières de patients allophones se sont le plus souvent déroulées en français avec le seul médecin, sans recours à une tierce personne. Une fois informé.e.s de la possibilité d'avoir recours à un.e interprète, la moitié des patient.e.s allophones (48,2 %) disent qu'ils/elles auraient préféré l'intervention d'un.e interprète lors de leur consultation si cela leur avait été proposée. Pour les personnes allophones accompagnées par un proche, près de la moitié auraient souhaité avoir l'assistance d'un.e interprète professionnel.le, plutôt qu'une traduction par leur accompagnant.

Les médiateurs de santé peuvent être sollicités à la fois dans le cadre de la prévention pour « aller vers » (« outreach ») les personnes les plus éloignées des dispositifs, y compris dans les lieux de vie des personnes, mais également dans le cadre de la prise en charge pour développer un lien de confiance, faciliter l'intercompréhension entre soignant et soigné, voire redéfinir les enjeux de pouvoir au sein de la relation de soin. La pertinence des actions de prévention a notamment été démontrée auprès d'un public rom à partir d'un programme mis en œuvre par plusieurs associations membres de Romeurope et soutenu par la Direction Générale de la Santé [25]. Le suivi des enfants par les médiatrices s'est accompagné d'une amélioration de la couverture vaccinale. Par exemple, celle des enfants de moins de 6 ans pour le vaccin contre l'hépatite B a évolué de 6 % à 68 % après 18 mois d'intervention. La participation des usagers potentiels et effectifs du système de santé, à travers les médiateurs, les patients experts, mais aussi la constitution de comités d'usagers migrants étrangers autour d'un lieu de soin, d'un service hospitalier, d'un lieu de vie, permet de découvrir et de préciser les opportunités et difficultés autour d'un projet, d'une recherche opérationnelle. Il est essentiel de clarifier le type de participation qui s'élabore pour que les enjeux entre soignants et soignés, porteurs de projets et usagers soient clarifiés dès le départ. Plus globalement, l'élaboration de documents de prévention et

d'information, la mise en place d'un dispositif d'« aller vers » doivent être construit avec les personnes concernées, depuis la conception jusqu'aux modalités pratiques et de coopération. Cette démarche vise à fournir aux personnes concernées un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé à travers le renforcement de leurs capacités.

#### Encadré 8 : Évaluation de la vulnérabilité sociale

Vulnérabilité à explorer : formulation de 9 questions – Comede 2016

Allophone : avez-vous une maîtrise orale suffisante du français ou de l'anglais pour vous orienter, comprendre une information, solliciter un recours ?

Isolement relationnel : avez-vous une personne sur qui vous pouvez compter, avec qui partager vos difficultés, les bonnes nouvelles, vos émotions ?

Isolement social : êtes-vous en lien avec une personne qui vous accompagne dans vos démarches ?

Pas de protection maladie : avez-vous une dispense d'avance des frais à travers une protection maladie (ni C-CMU, ni AME) ?

Irrégulier : êtes-vous sans titre de séjour ?

Sans hébergement stable : Avez-vous ou une assurance quant à la stabilité de votre hébergement (non = à la rue, SAMU social, tiers pour un temps limité) ?

Sans ressources suffisantes : vos ressources sont-elles inférieures au seuil de l'ADA (allocation demandeur d'asile) ?

Déficit d'alimentation : dans les derniers jours, avez-vous eu faim & vous êtes vous privé d'un repas habituel pour des raisons financières ?

Difficulté à se déplacer : avez-vous des difficultés (handicap, pas de carte transport IDF) à venir aux rendez-vous des structures qui vous accompagnent, ou pour faire vos démarches administratives, susceptibles de vous empêcher d'être présents ?

Autre(s) ? / (Discriminations : Est-il déjà arrivé qu'on vous refuse une consultation médicale parce que vous êtes à la CMU ou à l'AME ? Vous est-il déjà arrivé qu'un médecin ou du personnel médical vous traite moins bien ou vous reçoive plus mal que les autres patients ? cf. Enquête Trajectoires et origines de 2008 à 2009. Ined. Document de travail 184.

Ces projets devraient se construire sur la base de partenariats entre acteurs de la prévention, du soin et de l'accompagnement social, à commencer par l'hébergement décent, et ne pas se limiter à un type de dépistage, un service spécifique, mais bien proposer un bilan général de santé en lien avec les dispositifs de droit commun. Il peut s'agir de développer le dépistage de type guichet unique (« One-stop shop ») dans une unité de lieu et de temps en s'assurant que l'offre de soin soit appropriée, efficace, flexible et acceptée par les bénéficiaires, comme au niveau du coût pour le système de santé.

L'évaluation de ces projets et la documentation des obstacles aux soins, des discriminations en particulier [26] manquent aujourd'hui et gagneraient à être financés, moins pour justifier l'utilisation des fonds alloués, certes nécessaire, que pour

améliorer les dispositifs mis en place et pouvoir alerter les structures susceptibles de faire évoluer un défaut d'accès aux soins, comme c'est le cas avec le défenseur des droits.

- En conclusion

Des politiques de santé plus accueillantes et des dispositifs d'intégration dans le soin des, et avec les, migrants et étrangers vivant en France sont nécessaires, pour assurer une prévention et un soin efficaces, sans oublier le respect des droits potentiels de chaque personne à être en bonne santé.

### Références bibliographiques

- [1] Programme des Nations unies pour le Développement. *Lever les barrières: mobilités et développement humain*. 2009. 239 p.  
[http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2009\\_fr\\_complete.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2009_fr_complete.pdf)
- [2] Michel Agier. *Le Couloir des exilés*. Éditions du Croquant, Paris. 2011. 120 p.
- [3] Hannah Arendt. *Considérations morales*. Éditions Payot & Rivages. 1996 (Édition originale *Thinking and moral consideration: A lecture*. Social Research. 1971). 79 p.
- [4] Jeffrey P Koplan, T Christopher Bond, Michael H Merson et collaborateurs. Towards a common definition of global health. *The Lancet* 2009; 373: 1993-95.
- [5] Organisation mondiale de la santé. *Comblant le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la commission des déterminants sociaux de la santé*. OMS. Genève. 2009. 32 p. [http://www.who.int/social\\_determinants/fr/](http://www.who.int/social_determinants/fr/)
- [6] Claude Martin. Penser la vulnérabilité. Les apports de Robert Castel. 2009. 9 p. HAL Id: halshs-00915581. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00915581>
- [7] Viviane Châtel, Shirley Roy, sous la direction de. *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*. Presses de l'Université du Québec. 2008. 202-203.
- [8] Version 26 juin 2016.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417828>
- [9] Annabel Desgrée du Loù et collaborateurs. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS Study of Saharan African migrants in France. *AIDS* 2016; 30: 645-656.
- [10] Caroline Berchet, Florence Jusot. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social: Une analyse en décomposition. *Économie publique*. 2009; 24-25 (1-2): 73-100.
- [11] OFPRA. *Rapport d'activités OFPRA 2015*. 2016. 67 p.
- [12] Estelle D'Haluin – E. Mabillot. *Les épreuves de l'asile. Associations et réfugiés face à la politique du soupçon*. Paris. EHESS. 2012. 301 p.
- [13] Robert F. Barsky. *Constructing a productive Other: Discourse Theory and the Convention Refugee*. John Benjamins Publishing. 1994. 272 p.
- [14] Comede. *La santé des exilés. Rapport Comede 2014*. Comede. 2015. 129 p.
- [15] Caroline Berchet, Florence Jusot. État de santé et recours aux soins des immigrés: une synthèse des travaux français. *Questions d'économie de la santé*. n° 172. Janvier 2012. 1-7.
- [16] Caroline Berchet, Florence Jusot. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social: Une analyse en décomposition. *Économie publique*. 2009; 24-25(1-2): 73-100.
- [17] Dourgnon P., Jusot F., Silva J., Sermet C. (2009). « Le recours aux soins de ville des immigrés en France ». *Questions d'Économie de la Santé*, 146.
- [18] Carde E. (2007). « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins ». *Santé Publique*; 2(19): 99-109.
- [19] Bénédicte Goudet-Lafont, Catherine Le Du, Héloïse Marichez, Rahmet Radjack, Thierry Baubet. L'accompagnement éducatif des mineurs isolés étrangers: discours et représentations des éducateurs. *L'autre, clinique, cultures et société*. 2016; 17(1): 16-34.
- [20] Antoine Math. Droits sociaux: quelles discriminations pour les migrants âgés? *Causes communes*. Juillet 2016; 89: 23-25.
- [21] Annie -Thébaud Mony. La surexposition des travailleurs migrants à certains polluants. *Maux d'exil*. Juillet 2016; 51: 4.
- [22] Comede. *Migrants / étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels*. 2015. Direction Générale de la Santé & INPES. 543 p.
- [23] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Version consolidée au 20 juillet 2016. <http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-discussion/projet-loi-relatif-sante.html>
- [24] DGS. Ministère de la Santé. *Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé*. 11 p. [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_rapport\\_interpretariat\\_professionnel\\_sante-3pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_interpretariat_professionnel_sante-3pdf)
- [25] Médecins du monde, Associations pour l'accueil des voyageurs (ASAV), Areas. Programme expérimental de médiation sanitaire. *Rapport final d'évaluation du programme national de médiation sanitaire*. Juillet 2013. 71 p. [www.mediation-sanitaire.org/](http://www.mediation-sanitaire.org/)
- [26] Lesné M. et Simon P. La mesure des discriminations dans l'enquête « Trajectoires et Origines ». Documents de Travail 184. Ined. 2009. 32 p.