



Université de Lille

Faculté des sciences juridiques, politiques et sociales

Année universitaire 2018-2019

L'accès aux soins des migrants en France

Mémoire réalisé dans le cadre du Master 2 Droit et Politique de santé

par

Lucas DUPONT

Sous la direction de Madame Johanne SAISON, professeur en droit public et responsable du
Master 2 Droit et Politique de santé.

« Les opinions exprimées dans ce mémoire sont propres à leur auteur et n'engagent, ni les responsables de la formation, ni l'Université de Lille ».

SOMMAIRE

Introduction.....	7
Partie 1. L'accès au système de santé des personnes migrantes : entre droit fondamental et impératif de santé publique.....	18
Chapitre 1 : Le droit fondamental d'accès aux soins reconnu et garanti par les textes	19
Section 1 : Le droit fondamental à la protection de la santé	19
Section 2 : Les aspects administratifs et légaux du droit d'accès aux soins des migrants	25
Chapitre 2 : Les enjeux de la santé des migrants	32
Section 1 : L'accès aux soins et à la prévention : un enjeu de santé publique	32
Section 2 : L'état de santé des migrants en France	42
Partie 2. Un accès aux soins en pratique difficile.....	49
Chapitre 1 : Les obstacles dans l'accès aux soins et à la prévention des personnes migrantes	50
Section 1 : Des obstacles d'ordre administratif et individuel.....	50
Section 2 : L'accès à la santé des migrants en France : entre discriminations et inégalités	57
Chapitre 2 : Les failles et les faiblesses dans les dispositifs de droit commun d'accès aux soins	64
Section 1 : Un accès aux soins en pratique soumis à conditions	64
Section 2 : Les débats autour de la prise en charge des migrants	72
Conclusion générale	78
Bibliographie.....	83

Table des abréviations

- ACS : Aide à la complémentaire santé
- AME : Aide médicale de l'Etat
- AMS : Assemblée mondiale de la santé
- ARS : Agence régionale de santé
- ASE : Aide sociale à l'enfance
- BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire
- CASO : Centre d'accueil de soins et d'orientation
- CESEDA : Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
- CMP : Centre médico-psychologique
- CMU : Couverture maladie universelle
- CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire
- CNAMTS : Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés
- CNRS : Centre national de recherche scientifique
- COMEDE : Comité médical pour les exilés
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CRA : Centre de rétention administrative
- CSP : Code de la santé publique
- DDHC : Déclaration universelle des droits de l'Homme et du citoyen
- HAS : Haute autorité de santé
- HCSP : Haut conseil de la santé publique
- FRA : Agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne (Agency for fundamental rights)
- MDM : Médecins du monde
- OFII : Office français de l'intégration et de l'immigration
- OIM : Organisation internationale pour les migrations
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse
- PMI : Protection maternelle infantile
- PRAPS : Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins

- PUMA : Protection universelle maladie
- UE : Union Européenne
- UMCRA : Unité médicale du centre de rétention administrative
- UNHCR : Haut-commissariat des nations unies pour les réfugiés

Introduction

Selon Anne-Cécile HOYEZ¹, « *L'accès aux soins des individus, indépendamment de leur statut et de leur origine nationale, est un droit fondamental édicté dans toutes les conventions, les chartes, les traités, les conférences mondiales et les normes juridiques internationales* »².

Migrants, immigrants, réfugiés, demandeurs d'asile ... ces différents termes sont utilisés couramment dans le langage populaire, de manière indifférente, comme s'ils étaient tous synonymes et sans en connaître réellement le sens³. Pourtant, pour ces personnes, l'étiquette qu'on leur applique peut avoir des conséquences importantes dans leur parcours.

Selon le rapport de synthèse du réseau des bases factuelles en santé (HEN) les termes « migrant » et « immigrant » sont utilisés de manière interchangeable sans référence à des sources bien précises⁴. Les termes « réfugié » et « demandeur d'asile » font, en revanche, l'objet de définitions plus strictes du fait de l'existence de références normalisées au niveau international⁵.

En effet, au niveau international, il n'existe pas de définition universellement acceptée du terme « migrant »⁶. Les définitions autour de ce terme sont donc multiples et les catégories utilisées dans ce domaine diffèrent selon les zones géographiques. Toutefois, ces différences peuvent avoir des répercussions sur les politiques de santé et sur l'accès des migrants aux soins de santé. Or l'accès des migrants au système de santé dans un pays donné dépend en grande partie de leur situation juridique.

¹ Chargée de recherche au Centre national de la recherche scientifique (CNRS)

² A.C HOZEY, « l'accès aux soins des migrants en France » cybergeographie : European journal of Geography, Espace, Société, Territoire, document 566, mis en ligne en 2011.

³A. HANNIGAN, P. O'DONNELL, Rapport de synthèse n°46 du Réseau des bases factuelles en santé, *Influence des différentes définitions du terme « migrant » et de leur utilisation sur l'accès des migrants aux services de soins de santé*, 2016, 51p.

⁴ *ibidem*

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

Cependant, dans certains États, il arrive que des migrants disposant d'un statut juridique aient un accès limité aux soins de santé, en fonction à la fois de la durée de leur séjour et du type de permis de séjour⁷.

Alors qu'est-ce qu'un migrant ? Si l'on se réfère à la définition de l'ONU, le terme migrant peut être compris « *comme toute personne née dans un pays et qui vit dans un autre pays pour une durée supérieure à un an, quelles qu'en soient les raisons, et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays* »⁸.

C'est une catégorie générale qui peut recouvrir un grand nombre de situations comme notamment les réfugiés, les demandeurs d'asile mais aussi les étudiants étrangers ou les travailleurs venus d'autres pays, par exemple.

Malgré le fait qu'il n'existe pas de définition universelle du terme migrant, le droit international a admis une définition du terme de réfugié⁹. En effet, la Convention de Genève de 1951 relative aux réfugiés pose le cadre d'une définition internationale du statut précité en disposant qu' « *est considérée comme réfugié toute personne forcée de quitter son pays d'origine à cause d'une crise politique majeure et qui craint 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 et qui ne peut ou ne veut se réclamer de son pays d'origine* »¹⁰.

Avant d'obtenir le statut de réfugié, la personne est d'abord demandeur d'asile, le temps que sa situation soit étudiée¹¹. Il doit s'inscrire dans une procédure administrative pour faire valoir ses droits au statut et, s'il correspond aux critères de la Convention de 1951, il obtiendra alors le statut de réfugié¹².

⁷ OMS, Données et bases factuelles, *Qu'est-ce qu'un migrant ? Ou comment les définitions ont une incidence sur l'accès aux soins de santé*, 02/03/2017

⁸ Secrétaire générale des nations unies, Convention relative au statut des réfugiés, 28 juillet 1951, 56p.

⁹ F.BALLIERE, *le recours aux soins des demandeurs d'asile*, L'harmattan, paris, 2011, p.16.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ibid*.

¹² *Ibid*.

En droit français, le statut de réfugié fut institué par la loi du 25 juillet 1952 relative au droit d'asile¹³. Ce texte lui donna une consistance juridique et y associa un certain nombre de droits portant sur le travail, les prestations sociales ou la santé¹⁴.

Par ailleurs en France, le terme « migrant » remplace celui d'« étranger » et correspond à un statut sociopolitique différencié par rapport à celui du citoyen français¹⁵. Or, selon Hilème KOMBILA (enseignante chercheuse en Droit public et spécialiste dans la lutte contre les discriminations) « *ce statut conditionne l'exercice des droits fondamentaux et pour les migrants, il suppose un contrôle de la régularité du séjour*¹⁶ ».

En conséquence, les personnes migrantes auront plus de mal à faire valoir leurs droits que les citoyens non soumis aux politiques migratoires, comme les étrangers originaires de l'Union européenne (UE)¹⁷.

La notion d'accès aux soins, quant à elle, recouvre classiquement 3 critères¹⁸ : Premièrement, l'accessibilité physique, c'est-à-dire un accès de proximité aux différents services de soins de santé pour les personnes en ayant besoin¹⁹. Il s'agit également de veiller au respect des droits du patient : respect de sa dignité, secret professionnel, équité dans l'accès aux soins etc.²⁰.

Deuxièmement, l'accessibilité financière, qui consiste à analyser la capacité des personnes à accéder aux services de santé sans difficulté financière²¹. Ce coût doit être compris de manière large, en intégrant à la fois le prix de la prestation ou du service mais aussi le coût que la personne a déboursé pour accéder à ce service (exemple : le transport, l'interruption de travail etc.)²².

¹³ Légifrance, Loi n° 52-893 du 25 juillet 1952.

¹⁴ F.BALLIERE, *Le recours aux soins des demandeurs d'asile*, op.cit.

¹⁵ H.KOMBILA, *Le respect des droits fondamentaux des migrants non ressortissants de l'Union européenne*, *Informations sociales*, N°194, 2016, p.28

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ *Ibid*.

¹⁸ L. Chambaud, *accès aux soins : éléments de cadrage*. Regards, 2018/1, N°53, p.19

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ *Ibid*.

²¹ *Ibid*.

²² *Ibid*.

Enfin, troisième critère, l'acceptabilité, c'est-à-dire la réalité de l'utilisation des services par les personnes qui en ont le besoin et de la manière dont est organisée l'offre de services²³.

Chaque jour, des personnes sont contraintes de quitter leur pays, leur ville, leur village ainsi que leur famille. Les raisons en sont multiples : fuir un conflit, des violences ethniques, la famine. Qu'ils viennent d'Afrique, du moyen Orient ou d'Amérique centrale, l'objectif reste le même : entrevoir un avenir meilleur.

La France est considérée comme le plus ancien territoire d'immigration d'Europe²⁴, son histoire remonte au 19^{ème} siècle. Les historiens s'accordent à dire que cette histoire repose sur 3 phases d'immigrations successives²⁵.

La première phase est celle qui date de la révolution industrielle, qui encourage l'immigration de mains d'œuvres ouvrières des pays voisins européens (Pologne, Italie, Espagne....) dans le but de pallier au faible taux de fécondité et de croissance démographique²⁶.

La deuxième phase d'immigration est celle datant de la première guerre mondiale jusqu'à la veille de la seconde guerre mondiale²⁷. Dès 1915, on sait que le conflit sera long. Les femmes, les réfugiés, les prisonniers ne suffiront pas aux besoins de la guerre totale²⁸. L'État se lance alors dans une vraie politique de recrutement de travailleurs. Pendant la grande guerre, les étrangers, et plus particulièrement les troupes coloniales, sont sollicités pour combattre pour la France²⁹. En tout, sur un total de plus de 600 000 hommes étrangers (Nord-Africains, Indochinois, Chinois) mobilisés par la France, 480 000 sont envoyés au front et 225 000 travailleurs mobilisés dans les secteurs de l'industrie et de l'agriculture³⁰.

Enfin, la 3ème vague d'immigration est post seconde guerre mondiale³¹. Durant la période des « 30 glorieuses » se produit une nouvelle vague massive qui recompose la France étrangère et conduit à retrouver en 1975 une proportion d'étrangers voisine de celle de

²³ Ibid.

²⁴ F.HERAN, *parlons immigration en 30 questions*, la documentation française, 2016, p.40

²⁵ Ibidem.

²⁶ G.LEDEGEN, T. VETIER, *Histoire de l'immigration en France*, L'encyclopédie des migrants, ressources pédagogiques en ligne : <http://www.encyclopedie-des-migrants.eu/projet/pedagogie/>, 2015.

²⁷ Ibidem.

²⁸ M-C. BLANC-CHALEARD, *Histoire de l'immigration*, paris, la découverte, 2001, p.22

²⁹ Ibidem.

³⁰ Ibid.

³¹ G.LEDEGEN, T.VETIER, op.cit.

1931 (7 % de la population totale)³². Le pays ayant besoin de mains d'œuvres pour la reconstruction, le gouvernement de l'époque met en place une politique d'immigration durable via le regroupement familial³³.

Dès lors, on constate que la volonté du gouvernement de mettre en œuvre des politiques favorables à la migration est toujours dans l'optique de servir les intérêts de la nation (reconstruction, besoins de mains d'œuvres ouvrières/soldats etc.). A l'inverse, en période de crise ou de récession économique, on assiste à une sorte de repli identitaire et les politiques relatives à la migration sont plus fermes.

Par exemple, la période des Trente Glorieuses a favorisé l'immigration pour satisfaire aux besoins de l'économie française³⁴. Mais lors de la crise économique des années 1970, en partie provoquée par le choc pétrolier de 1973, l'État a été contraint de mettre en place un contrôle des flux migratoires³⁵.

Selon le « Portrait social de l'Insee 2018 », en 2015, 6.1 millions d'immigrés vivaient en France (hors Mayotte), soit 9.2 % de la population totale³⁶. Ce chiffre a augmenté de manière exponentielle au fil des années. Au début du XXe siècle, 1,1 million d'immigrés résidaient en France métropolitaine, 2,3 millions en 1954 puis 4,2 millions en 1990³⁷. Après une certaine stabilisation dans les années 1990, le nombre d'immigrés connaît à nouveau une augmentation depuis 1999³⁸.

De même, la population migrante n'est plus la même actuellement par rapport à celle présente au 19eme siècle³⁹. Les origines géographiques se sont diversifiées. L'INSEE indique en effet, dans le portrait social en 2018, que la part des immigrés européens se réduit et atteint 36 % en 2015 (contre 66 % en 1975)⁴⁰. Cette baisse peut s'expliquer notamment par la diminution du nombre d'immigrés venus des pays frontaliers (Espagne et d'Italie) en raison spécifiquement des retours au pays.

³² *Ibidem*

³³ *Ibid.*

³⁴ G. NOIRIEL, *La France, un vieux pays d'immigration*, L'Histoire, collection n°46, janvier-mars 2010.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ Insee références, *France, portrait social*, 20/11/2018, p.152

³⁷ *ibidem*

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ *Ibid.*

En 2015, l'INSEE recense que 44% des migrants arrivés sur le sol français sont issus du continent africain dont 30% du Maghreb, représentant une population de 2.7 millions de personnes⁴¹. Enfin, 14 % des immigrés sont originaires du continent Asiatique et seulement 6 % d'Amérique ou d'Océanie⁴².

L'année 2015 est celle qui a marqué le début de ce qu'on a appelé « la crise des réfugiés »⁴³. Selon l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) et le Haut-commissariat des NU pour les Réfugiés (HCR), plus d'un million d'entrées irrégulières ont été recensés dans l'Union Européenne, dont 160 000 demandeurs d'asile⁴⁴. La plupart fuient les conflits au Moyen-Orient comme en Syrie et en Irak.

Pour répondre à ce phénomène géopolitique majeur, l'Union Européenne a mis en place un mécanisme de relocalisation entre Etats membres des demandeurs d'asile à travers notamment le « programme européen de relocalisation »⁴⁵. A ce titre, en 2015, la France s'est engagée à accueillir un peu plus de 30 000 demandeurs d'asile sur son territoire en deux ans, respectant ainsi a minima la répartition des réfugiés souhaitée par la Commission européenne⁴⁶.

Ces personnes qui ont fui leur pays, dans la plupart des cas au péril de leur vie, se retrouvent, une fois en France (et dans les autres pays européen) dans une situation instable et précaire. Comme le rapporte le directeur général de Santé Publique France, François Bourdillon, « *La situation sanitaire des personnes précaires est un sujet de préoccupation, un enjeu de société.* »⁴⁷.

Les migrants sont dans une situation d'extrême vulnérabilité et leur situation restera incertaine jusqu'à l'obtention d'une protection administrative et juridique. Outre le fait d'être placés dans des centres de détention ou des camps de fortune, ces personnes subissent également des discriminations dans la société, limitant leur accès à l'emploi, aux soins ou encore à l'éducation.

⁴¹ Ibid.

⁴² Ibid.

⁴³ C.RODIER, *Migrants et réfugiés*, la découverte, paris, 2018, p.30

⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁵ Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile région hauts de France, 2016/2017, p.7

⁴⁶ Instruction ministérielle n° NOR INTV1524992 du 09/11/2015

⁴⁷ F.BOURDILLON, *Eclairage sur l'état de santé des populations migrantes en France*, BEH, N° 19-20, 5 septembre 2017, p.373.

L'académie de médecine, dans un rapport publié le 20 Juin 2017 et intitulé *Précarité, pauvreté et santé*⁴⁸ mentionne le fait que « *les migrants nécessitent une attention particulière du point de vue médical parce qu'elles présentent de nombreux facteurs de vulnérabilité et de précarité* »⁴⁹.

Il est par ailleurs important de rappeler que la charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, qui garantit l'égal accès aux soins de santé, s'impose à tous les états membres de l'Union dans le ressort de leur juridiction et s'applique à toute personne, y compris les migrants en situation irrégulière⁵⁰.

S'il n'est pas proscrit pour un État d'accorder des avantages à ses ressortissants et qu'il lui appartient la faculté d'autoriser ou non une personne à entrer sur son territoire, il doit en revanche respecter certaines normes fondamentales en matière de droits de l'Homme⁵¹. Pour les migrants en situation irrégulière présents sur son territoire, l'Etat doit offrir des prestations respectant les droits fondamentaux notamment en matière d'accès aux soins de première nécessité et d'urgence , dont la possibilité de consulter un médecin et, pour les femmes enceintes et les enfants, de bénéficier de la même protection sanitaire que les ressortissants du pays d'accueil⁵².

Dès lors, mettre en place des politiques d'intégration des migrants, avec une attention particulière à l'accès aux soins, relève d'une nécessité d'un point de vue humain mais représente aussi des enjeux de santé publique (d'un point de vue épidémiologique).

Toutefois, en pratique, l'accès aux soins de ces personnes peut être entravé par des contraintes à la fois d'ordre administratives et juridiques. Par ailleurs, les migrants - en tant que personnes vulnérables - souffrent de multiples discriminations dans la société les empêchant dans certains cas d'avoir recours à des soins de qualité⁵³.

Le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), dans son édition du 5 septembre 2017 a présenté plusieurs études sur l'état de santé des migrants les plus précaires. L'ensemble des travaux menés à ce propos soulignent la nécessité d'un meilleur accès aux soins pour ces

⁴⁸ Académie Nationale de médecine, rapport, *précarité, pauvreté et santé*, 20 juin 2017.

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ P. GRELLEY, Contrepoint, l'accès aux soins des migrants, informations sociales, 2016, n°194, p.95

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² *Ibid*.

⁵³ M.COINET, Entre droit aux soins et qualité des soins, revue Hommes et migrations, 2009, p.54

populations⁵⁴. Les différentes enquêtes effectuées ont mis en avant l'extrême fragilité sociale de certaines populations migrantes⁵⁵.

S'agissant des exilés, installés dans les camps de fortune (Grande Synthe, Calais, Paris), le Comité pour la santé des exilés (Comede) souligne, dans son rapport d'activité et d'observation 2017⁵⁶, un important cumul de facteurs de vulnérabilité : faibles ressources financières, logement précaire voire absence d'hébergement, précarité du séjour, défaut de protection maladie, obstacles linguistiques et culturels, difficultés d'accès à l'alimentation, isolement et situation de détresse sociale.

De plus, il faut rajouter les traumatismes liés à l'exil, des conditions de voyage souvent très rudes et les conséquences physiques et psychiques que cela implique. Dès lors, le COMEDE énonce (dans son rapport précité) qu'environ 62% des quelque 5 000 personnes reçues en consultation médicale par l'association entre 2012 et 2016, majoritairement en provenance d'Afrique et d'Asie du Sud, ont été victimes de violence, 14% de torture et 13% de violences liées au genre et à l'orientation sexuelle (viols, mariages forcés, excisions, etc.)⁵⁷.

Sur place, dans les camps, les pathologies infectieuses sont omniprésentes, notamment les infections respiratoires aiguës, les syndromes grippaux ou encore la gale⁵⁸. Afin de limiter les épisodes épidémiques détectés, des campagnes de vaccination contre la rougeole, la varicelle et la grippe ont été mis en place⁵⁹. De très nombreuses violences subies sont aussi rapportées par les agents du COMEDE.

Ces constats sont également ceux établis dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) pour les immigrés sans domicile et sans couverture maladie, présents en France depuis moins d'un an⁶⁰. Dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO), l'association Médecins du Monde souligne une fréquence plus forte de certains problèmes de santé pour les migrants par rapport à la population consultant en médecine de ville, tels

⁵⁴S. REY, *La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique*, BEH, 5 septembre 2017

⁵⁵ Ibidem.

⁵⁶ Comede, rapport d'activité et d'observation, 2017, p.76

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ Ibid.

que les troubles digestifs (14,5% contre 7,8%), oculaires (3,7 % / 1,0 %), cutanés (9,2% / 4,8%) et respiratoires (19,5% / 12,9%)⁶¹.

Selon l'étude du BEH précitée⁶², parmi les personnes les plus vulnérables et les plus exposées aux maladies, les femmes immigrées présentent un risque élevé de mort maternelle, en particulier pour celles nées en Afrique subsaharienne (risque relatif de décès multiplié par 3,4)⁶³. L'étude démontre qu'à côté de l'impact des conditions de vie précaire de ces femmes sur la dégradation de leur état de santé, c'est un suivi prénatal inadéquat voire inexistant qui est la source principale de cette surmortalité⁶⁴.

Les personnes étrangères qui résident en France peuvent bénéficier, au regard de leur situation, d'une prise en charge de leurs frais de santé, qu'elles soient en situation régulière ou irrégulière⁶⁵. Depuis le 1er janvier 2000, les personnes résidant de manière stable en France - c'est-à-dire depuis plus de 3 mois - et ayant de faibles ressources, bénéficient en droit d'une couverture maladie⁶⁶. Pour autant dans les faits, des inégalités persistent.

En effet, bien que ces personnes aient théoriquement droit à une telle protection sous réserve d'une période de résidence de trois mois sur le territoire, les migrants en séjour précaire restent confrontés, par la suite, à des difficultés à la fois d'ordre administratives et juridiques du fait de la complexité de la réglementation⁶⁷.

De plus, les associations et professionnels spécialisés dans la prise en charge des migrants restent souvent impuissants face à d'autres problèmes dans l'accès aux soins, comme le manque de moyen dédié à l'interprétariat professionnel ou encore face aux refus de soins de la part de certains professionnels de santé à l'encontre des bénéficiaires de l'AME ou de la

⁶¹ Médecins du monde, *rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins des plus démunis en France*, 2018

⁶² P.SAUVEGRAIN, *Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées*, BEH, N° 19-20,5 septembre 2017, p.389

⁶³ *Ibidem*

⁶⁴ *Ibidem*.

⁶⁵ Instruction DGS du 08 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants

⁶⁶ M.COINET, *Entre droit aux soins et qualité des soins*, op.cit. p.54

⁶⁷ E. STANOJEVICH, A. VEISSE, *Repères sur la santé des migrants*, La santé de l'Homme n°392, novembre-décembre 2007, p.21 à 24.

CMU-C⁶⁸. La création de prestations non contributives, au côté de celles du régime général, ne garantit pas un même accès pour tous aux services de santé⁶⁹.

En France, la santé des migrants a émergé comme domaine de recherche à partir des années 1990 notamment avec les études sur les disparités en matière de mortalité et de morbidité entre groupes de population⁷⁰. Si dans les années 1980 et 1990, l'état de santé des migrants semblait meilleur que celui des natifs, des travaux menés dans les années 2000, à partir de l'Enquête décennale santé⁷¹, ont montré que les migrants se déclaraient plutôt en moins bonne santé que le reste de la population, un constat qui résulte notamment de conditions de vie souvent plus précaires pour ces personnes⁷².

De nos jours, ce constat reste identique voire s'accroît du fait de la crise économique, des conditions de vie toujours plus précaires des immigrés et de l'affaiblissement des appuis familiaux et sociaux suite à l'exil⁷³. De plus, on peut craindre que cette tendance s'accroisse avec l'arrivée massive de réfugiés dans les pays de l'Union européenne ces dernières années⁷⁴.

Une étude récente de Santé publique France en date de septembre 2017, ciblant plus particulièrement les migrants primo-arrivants sur le territoire français, démontre que ces derniers ont des conditions d'accès aux soins très dégradées et inégalitaires par rapport au reste de la population⁷⁵.

Par conséquent, la problématique actuelle tient au fait de l'impasse dans laquelle les personnes migrantes sont confrontées : entre aggravation des inégalités sociales et des pratiques discriminatoires en France et de l'instabilité politique dans la plupart des pays d'origine, le séjour devient de plus en plus précaire, et un retour dans le pays d'origine de moins en moins envisagé.

⁶⁸ J.-F. CHADELAT, *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*. Rapport IGAS. Paris : La Documentation française, 2006, 32 p.

⁶⁹ M. COGNET, *Entre droit aux soins et qualité des soins*, op.cit.

⁷⁰ Marie-Odile SAFON, *La santé des migrants*, centre de documentation de l'IRDES, février 2018, p.3

⁷¹ INSEE, Enquête décennale de santé 2002-2003.

⁷² *Ibidem*.

⁷³ *Ibid*.

⁷⁴ *Ibid*.

⁷⁵ A. GUISAO, la santé des migrants primo-arrivants, BEH santé publique France, 5 septembre 2017, p.382

A partir de ce postulat, on peut se demander quels sont les moyens mis à la disposition des migrants pour accéder aux soins et au système de santé en France ?

L'accès à la santé est un droit fondamental qui profite à tous les individus indépendamment de leur origine ou leur statut. L'accès aux soins des migrants répond donc à une double logique : entre respect du droit fondamental à la protection de la santé et à des impératifs de santé publique (partie 1). Toutefois, la réalité apparaît plus nuancée car les migrants souffrent, en pratique, de nombreux obstacles dans leur droit d'accès aux soins (partie 2).

Partie 1. L'accès au système de santé des personnes migrantes : entre droit fondamental et impératif de santé publique.

Les politiques en matière de migration relèvent principalement, mais pas exclusivement, de la compétence interne des Etats. Chaque Etat à la faculté, au titre de sa souveraineté, d'autoriser ou non une personne migrante sur son territoire ainsi que d'établir les critères pour son admission. De même, chaque Etat conserve la compétence d'établir son système de santé avec des règles propres. Pour autant, les Etats doivent se conformer aux règles juridiques internationales existantes en matière de droit de l'Homme et du respect des droits fondamentaux. Le droit à la santé, entendu par les différents textes internationaux comme le droit à la protection de la santé⁷⁶, est un droit fondamental qui garantit à toute personne, sans différence selon l'origine ou le statut, d'accéder aux services de santé de base (chapitre 1). Les migrants primo-arrivants se retrouvent une fois sur le territoire national, dans une situation instable et précaire et souffrent de nombreuses pathologies à la fois physiques et mentales. Or la santé est un facteur d'intégration dans la société, c'est pourquoi garantir un accès aux soins effectif au profit de cette population représente un véritable enjeu de santé publique (chapitre 2).

⁷⁶ J-M. CROUZATIER, *L'accès aux soins des migrants au regard du droit international*, « L'accès aux soins, principes et réalités » Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, Actes de colloques de l'IFR, LGDJ lextenso édition, Toulouse, 2010, p.141 (OpenEdition, consulté le 08/05/2019 : <https://books.openedition.org/putc/336?lang=fr#text>)

Chapitre 1 : Le droit fondamental d'accès aux soins reconnu et garanti par les textes

L'accès aux soins des individus est un droit fondamental qui n'est soumis à aucun critère que ce soit l'âge, l'origine ou financier, pour pouvoir y prétendre. Ce droit est reconnu au niveau international à travers toutes les conventions, chartes, traités, les normes juridiques internationales⁷⁷. Chaque pays doit donc s'engager à garantir le droit à la santé pour tous les individus (nationaux et étrangers), et à respecter l'accès aux services de santé de base. Le droit international et européen consacre le droit fondamental à la protection de la santé (section 1) garantissant, en théorie, le droit d'accès aux soins au profit de tous les individus. Reconnu dans le droit français comme un objectif à valeur constitutionnelle, l'Etat met en œuvre des dispositifs administratifs légaux pour garantir un accès aux soins égalitaires à tous (section2).

Section 1 : Le droit fondamental à la protection de la santé

L'accès au système de santé des migrants en général et des migrants vulnérables en particulier, puise sa source au sein du droit à la protection de la santé, garantis à la fois dans les textes internationaux et le droit de l'UE consacrés à la protection des droits de l'Homme (paragraphe 1) mais également dans le droit français, érigé comme principe constitutionnel (paragraphe 2)⁷⁸.

⁷⁷ A-C. HOYEZ, *L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale »*. Espace, société, territoire. Revue européenne de géographie, 2011.

⁷⁸ K.MICHALET, *Migrants vulnérables et droits fondamentaux*, sous la direction de P.MBONGO, BERGER-LEVRAULT, Paris, Juin 2015, p.179

Paragraphe 1 : L'apport du droit international et européen

De nombreux textes internationaux garantissent le droit fondamental d'accès aux soins et à la protection de la santé à tous les individus (A) tout comme le droit communautaire et européen met en place des obligations à l'encontre des Etats membres concernant le respect de ce droit (B).

A. Le droit international comme garant du droit d'accès aux soins et à la protection de la santé

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la conception d'un nouvel objectif en matière de santé a été pensée⁷⁹. Il s'agissait notamment de favoriser la santé des individus dans la société internationale. C'est pourquoi les Etats fondateurs de l'ONU se sont mis d'accord, en 1946, pour constituer une organisation unique dans ce domaine : l'organisation mondiale de la santé (OMS)⁸⁰. Sa constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé en 1946 à New York et est entrée en vigueur le 7 avril 1948⁸¹. L'article 1^{er} de la constitution de l'OMS énonce que son but « est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ⁸²».

Dans cet optique, l'OMS propose aux Etats signataires des conventions, des accords et des règlements ainsi que d'élaborer des recommandations concernant les questions internationales de santé. A cet égard, l'OMS énonce dans son préambule que « *les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées* »⁸³.

La déclaration universelle des droits de l'Homme du 10 décembre 1948, quant à elle, déclare un « *droit à la protection de la santé des individus* » en lui accordant une valeur universelle⁸⁴.

⁷⁹ C. EMANUELLI, *Le droit international de la santé. Évolution historique et perspectives contemporaines*, Revue québécoise de droit international, 1985, p.14.

⁸⁰ Ibidem.

⁸¹ Constitution de l'organisation internationale de la santé.

⁸² Ibidem article 1^{er}.

⁸³ Ibid. préambule

⁸⁴ P. SOPENA, *Accès aux soins pour tous : rien n'est jamais acquis*, le sujet dans la cité, 2012, N°3, p.108

Son article 22 énonce notamment que « *toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale [...]* » et l'article 25 poursuit en énonçant que « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux [...]* »⁸⁵.

Par ailleurs, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, reconnaît un véritable droit de la personne à la santé⁸⁶, tout comme en 1970, l'Assemblée mondiale de la santé (organe décisionnel suprême de l'OMS) déclara, dans une résolution, que « *le droit à la santé est un droit fondamental de l'être humain* »⁸⁷.

Plusieurs autres conventions internationales, telles que la Convention du 28 septembre 1954 relative au statut des apatrides⁸⁸ ou la Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés⁸⁹, ont également fixé des principes destinés à garantir les droits des personnes qui, peu importe la raison, quittent leur pays pour s'installer dans un autre.

Ainsi le droit à la santé décliné sous la forme du droit à la protection de la santé est très largement cité sur le plan international. En plus des nombreux textes précédemment cités, les organisations internationales à vocation sanitaire, humanitaire ou de protection des droits de l'Homme mais aussi les ONG contribuent à leur échelle à son développement⁹⁰.

B. L'apport du droit de l'Union Européenne

Le droit communautaire et européen s'efforce également de garantir le droit fondamental à la protection de la santé. En effet, l'article 168 paragraphe 1 du traité sur le fonctionnement de l'UE (TFUE) souligne que l'action de l'UE « *porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale* »⁹¹.

⁸⁵ DUDH 1948

⁸⁶ Pacte International. 1976 art.12

⁸⁷ AMS, résolution, 23^{ème} assemblée mondiale de la santé, 22 Mai 1970, Genève.

⁸⁸ Convention relative au statut des apatrides, New York, 1954

⁸⁹ Convention relative au statut des réfugiés, Genève, 1951

⁹⁰ J-M CROUZATIER, *L'accès aux soins des migrants au regard du droit international*, p.142

⁹¹ TFUE, article 168 paragraphe 1, Lisbonne, 13 décembre 2007.

Les États membres sont également tenus de respecter l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne⁹² qui réaffirme le droit pour toute personne d'accéder « à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales »⁹³.

Dès lors, à la lecture de ces textes, l'explication tient au fait de la méfiance des Etats à l'égard d'une notion qui pourrait engager leur responsabilité en cas de manquement à ce droit fondamental⁹⁴. Les Etats membres sont, par conséquent, tenus de délivrer des soins médicaux de base aux personnes migrantes. Refuser ces soins dans une situation d'urgence ou des soins médicaux aux enfants et femmes enceintes serait alors contraire au droit de l'Union Européenne.

Dans le domaine de la protection sociale, l'UE offre, sur la base des articles 151 et 152 du TFUE, une protection particulière aux migrants dans le cadre de la lutte contre l'exclusion des travailleurs et vise à protéger leurs droits⁹⁵. La directive-cadre européenne relative à la sécurité et à la santé au travail de 1989⁹⁶ améliore la sécurité et la santé au travail en garantissant, aux travailleurs étrangers, des conditions minimales de sécurité et de santé à travers les pays membres.

Le texte qualifie comme « travailleur » « *toute personne employée par un employeur* »⁹⁷ ce qui n'exclut pas une certaine protection des droits sociaux fondamentaux des travailleurs en situation irrégulière car le texte ne se limite pas uniquement aux travailleurs réguliers.

Ainsi, en matière de travail clandestin, la directive 2009/52/CE du parlement et du conseil européen⁹⁸ indique les différentes actions et mesures que les États membres sont tenus de prendre vis à vis des employeurs qui ne respecteraient pas l'interdiction d'employer des ressortissants des pays tiers en séjour irrégulier⁹⁹. En conséquence, si le droit de l'UE

⁹² La charte a été adoptée en 2001 puis intégrée dans le traité de Lisbonne en 2007.

⁹³ Article 35 charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne.

⁹⁴ J.M CROUZATIER, *op.cit.* P.142

⁹⁵ H.KOMBILA, *Le respect des droits fondamentaux des migrants non ressortissants de l'Union européenne*, dans Informations sociales, 2016/3, (N°194), p.28 à 36

⁹⁶ Directive 89/391 CEE du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail

⁹⁷ *Ibidem*.

⁹⁸ Directive 2009/52/CE du parlement européen et du conseil du 18 juin 2009, *Prévoyant des normes minimales concernant les sanctions et les mesures à l'encontre des employeurs de ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier*

⁹⁹ H.KOMBILA *op.cit.* p.29

sanctionne les employeurs de travailleurs migrants en situation irrégulière, ces travailleurs à l'inverse, bénéficient d'une protection et ont le droit de réclamer tout salaire impayé résultant d'un travail clandestin voire même de porter plainte à l'encontre de leurs employeurs¹⁰⁰.

Dès lors comme le résume parfaitement J-M SAUVE, vice-président du Conseil d'Etat, *« Si ces principes universels d'égalité et de respect des droits de l'homme sont parfois contrebalancés par des considérations liées au respect des souverainetés nationales, qui conduisent les Etats à adopter des politiques plus ou moins restrictives des droits des non-nationaux, le droit international et le droit européen garantissent ainsi un « minimum de traitement civilisé » à tous les étrangers¹⁰¹ »*.

¹⁰⁰ *Ibidem*.

¹⁰¹ J-M.SAUVE, *Les migrations et le respect des droits fondamentaux de la personne humaine*, conseil d'état, Paris, 15 février 2018.

Paragraphe 2 : L'apport du droit français : l'égal accès aux soins garanti par la constitution

La droit à la protection de la santé constitue l'un des droits fondamentaux garantis par le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 11, repris dans la Préambule de la Constitution de 1958 : « La Nation garantit à tous [...] la protection de la santé »¹⁰².

L'article 1^{er} de la charte de l'environnement du 1^{er} mars 2005 dispose que « Chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé. »¹⁰³. Cette charte, à valeur constitutionnelle, a étendu le droit individuel de chacun à la protection de sa santé en un droit collectif plus vaste¹⁰⁴.

Le droit à la protection de la santé suppose dès lors pour être effectif un accès aux soins, c'est à dire la possibilité de pouvoir se faire soigner de manière préventive ou curative sans référence à des conditions de nationalité ou de revenus¹⁰⁵. Ainsi, le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite.

Les principes à la fois d'égal et de libre accès aux soins sont garantis aux usagers par le système de protection sociale mis en place en 1945 et a pour fondement la solidarité. Cela signifie que tous les acteurs de santé, que ce soit les professionnels, les établissements hospitaliers, les organismes de prévention ou de soins ou encore les autorités sanitaires doivent utiliser tous les moyens à leur disposition pour le mettre en œuvre et au bénéfice de toute personne.

La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions prévoit en son article 67 que « *l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé* »¹⁰⁶. Pour faciliter l'accès aux soins et la prévention des plus démunies, la Loi de 1998 a prévu des dispositions spécifiques avec notamment la création des permanences d'accès aux soins de santé(PASS)¹⁰⁷. Présent dans la plupart des

¹⁰² Préambule de la constitution, alinéa 11, 27 octobre 1946.

¹⁰³ Loi constitutionnelle n° 2005-205 du 1^{er} mars 2005 relative à la Charte de l'environnement. Journal Officiel n° 51 du 2 mars 2005.

¹⁰⁴ P. SOPENA, *Accès aux soins pour tous : rien n'est jamais acquis, op.cit. p.108*

¹⁰⁵ *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir* sous la direction de Y.RAYSSIGUIER, J.JEGU, M.LAFORCADE, édition de l'école des hautes études en santé publique, 2008, p.165

¹⁰⁶ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, article 67.

¹⁰⁷ *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir* loc.cit. 83

établissements hospitaliers, les PASS ont pour rôle d'accueillir, orienter et soigner toute personne présentant un problème de santé, ayant besoin de soins et qui ne peuvent y accéder en raison de leur situation de précarité¹⁰⁸.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits et obligations des usagers du système de santé quant à elle, a inscrit ce droit à la santé et à l'accès aux soins dans le code de la santé publique et pose également dans le chapitre préliminaire à l'article L1110-3 le principe de non-discrimination dans l'accès aux soins¹⁰⁹. En effet, l'article dispose « *qu'aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.* ». Les établissements de santé ainsi que les professionnels de santé sont donc tenus de délivrer les soins à toutes personnes, sans différenciation selon leur origine, sexe, croyance, revenu etc. y compris, donc, les migrants en situation irrégulière.

A ce titre, les professionnels de santé ne peuvent refuser de délivrer des soins aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'aide à la complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale d'État (AME).

Section 2 : Les aspects administratifs et légaux du droit d'accès aux soins des migrants

Les personnes migrantes qui résident en France, peuvent bénéficier, en fonction de leur statut et de leur situation, d'une prise en charge de leurs frais de santé (paragraphe1). Des dispositifs spécifiques d'accès aux soins ont été conçus selon que les personnes sont en situation régulière ou irrégulière. L'hôpital, au regard de sa mission de soins, détient un rôle primordial dans la prise en charge médicale des migrants (paragraphe 2).

¹⁰⁸ ARS, site officiel en ligne <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0> (consulté le 07/06/2019)

¹⁰⁹ CSP, article L1110-3

Paragraphe 1 : La prise en charge des frais de santé

Il existe différents dispositifs de prise en charge des frais de santé, à la fois l'aide médicale de l'Etat pour les migrants en situation irrégulière (A) mais aussi la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) à destination des personnes en situation régulière (ayant un titre de séjour) (B).

A. L'AME : un dispositif au bénéfice des migrants en situation irrégulière

Instituée le 1^{er} janvier 2000 après l'entrée en vigueur de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle¹¹⁰ (CMU), l'aide médicale d'État (AME) a pour objectif d'assurer une protection médicale de base aux personnes qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier de la CMU-C, c'est-à-dire essentiellement aux étrangers en situation irrégulière¹¹¹. En effet, l'AME est un dispositif destiné à prendre en charge les dépenses médicales des étrangers en situation irrégulière et sans ressources. Financée par l'Etat, elle est attribuée pour une période de 1 an et peut être reconduite chaque année sur demande¹¹².

L'AME possède 3 dispositifs distincts qui ont vocation à s'appliquer en fonction de la situation de la personne¹¹³.

Premièrement, l'AME de droit commun, qui assure la couverture des soins des personnes migrantes en situation irrégulière. Pour cela, ces personnes doivent remplir la condition de résidence sur le territoire depuis plus de 3 mois de façon ininterrompue et remplir des conditions de ressources identiques à celles retenues pour l'admission à la CMU-C (Soit 727 euros par mois pour une personne seule en métropole au 1^{er} avril 2017)¹¹⁴. Toutefois la règle de résidence n'a pas vocation à s'appliquer pour les enfants mineurs, ceux-ci

¹¹⁰ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, JORF n°0172 du 28 juillet 1999, p. 11229

¹¹¹ Sénat, service des études juridiques, *L'accès des étrangers en situation irrégulière au système de santé*, Étude de législation comparée n° 160, mars 2006. <https://www.senat.fr/> (consulté le 20/04/2019)

¹¹² *Ibidem*.

¹¹³ *Ibid*.

¹¹⁴ A.JOYANDET, mission « santé », rapporteur spécial, Sénat, 2017.

bénéficient de l'AME sans délai, même s'ils ne respectent pas la condition de résider en France depuis plus de 3 mois¹¹⁵.

Deuxièmement, l'AME pour soins urgents. Elle concerne les étrangers en situation irrégulière ne pouvant bénéficier de l'AME de droit commun car ne répondent pas à la condition de résidence de 3 mois sur le territoire, tout en nécessitant, selon l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles « *des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître* »¹¹⁶.

Troisièmement, l'AME dite « humanitaire », accordée au cas par cas pour les personnes ne résidant pas de manière stable sur le territoire français (personnes étrangères en situation régulière ou françaises) par décision individuelle du ministre compétent¹¹⁷.

L'AME permet pour ses bénéficiaires d'avoir accès à plusieurs prestations de soins, en particulier aux consultations médicales, qu'elles soient dispensées ou non dans un établissement hospitalier, aux examens complémentaires, aux médicaments, aux soins infirmiers et dentaires, aux soins hospitaliers et au forfait journalier¹¹⁸.

C'est le principe du tiers-payant qui est utilisé pour l'AME, il n'y a aucun frais à avancer même en ce qui concerne le ticket modérateur. L'Etat est en charge de financer les soins délivrés aux étrangers en situation irrégulière, qui rembourse notamment aux caisses d'assurance maladie les sommes versées aux prestataires de soins¹¹⁹.

Toutefois, le bénéfice de l'AME n'est pas automatique, les intéressés doivent déposer une demande à la caisse d'assurance maladie de leur lieu de résidence et fournir les pièces justificatives à la fois de leur identité et de celle de leurs ayants droit, ainsi que l'attestation de leur résidence sur le territoire et de leurs ressources, car les déclarations sur l'honneur ne sont plus admises¹²⁰.

¹¹⁵ Service-public, *Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État*, site officiel en ligne, (consulté le 20/04/2019). <https://www.service-public.fr/>

¹¹⁶ Article L.254-1 du code de l'action sociale et des familles.

¹¹⁷ A.JOYANDET, mission « santé », op.cit.

¹¹⁸ Sénat, *service des études juridiques*, loc.cit. Note 76.

¹¹⁹ *Ibidem*.

¹²⁰ *Ibid*.

B. Les migrants en situation régulière et les mineurs isolés

Depuis le 1er janvier 2016, l'assurance maladie a été réformée par le dispositif de la Protection Universelle Maladie de base dite « PUMA »¹²¹. La PUMA vise à couvrir les frais de santé en cas de maladie ou de maternité pour les personnes affiliées¹²².

Les personnes migrantes en situation régulière qui résident en France depuis plus de 3 mois peuvent demander leur affiliation à l'assurance maladie et bénéficier ainsi de la PUMA, de la CMU- complémentaire (aide sociale qui s'apparente à une mutuelle gratuite permettant une dispense d'avance des frais et la prise en charge des frais de santé), ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) si elles remplissent les conditions de ressources.¹²³ Pour les demandeurs d'asile, les réfugiés et les bénéficiaires de la protection subsidiaire, ceux-ci peuvent bénéficier de ces prestations dès la reconnaissance de leur statut, sans que soit exigé la condition de résidence minimale de trois mois sur le territoire¹²⁴.

Enfin pour ce qui est du cas des mineurs, isolés ou non, et quel que soit la situation de leurs parents vis-à-vis du droit au séjour, ceux-ci ont le droit de bénéficier, au regard de la convention internationale des droits de l'enfant¹²⁵, d'une prise en charge de leurs frais de santé dès leur entrée sur le territoire¹²⁶.

Pour se faire, les représentants légaux des personnes mineures doivent effectuer une demande de prise en charge auprès de la caisse d'assurance maladie de leur lieu de résidence soit au titre de l'assurance maladie et de la CMU-C si les parents sont en situation régulière ou si les personnes mineures sont prises en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) soit au titre de l'AME si les parents sont en situation irrégulière ou si les personnes mineures ne sont pas prises en charge par les services de l'ASE ou de la PJJ¹²⁷.

¹²¹ Site officiel Assurance maladie, <https://www.ameli.fr/> (consulté le 12/06/2019)

¹²² *ibidem*

¹²³ Instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants, p.5

¹²⁴ *ibidem*

¹²⁵ Convention internationale relative aux droits de l'enfant, 20 novembre 1989

¹²⁶ Instruction du 08 juin 2018 relative au parcours de santé des migrants loc.cit. 94

¹²⁷ *ibidem*

Paragraphe 2 : Le rôle de l'hôpital dans la prise en charge médicale des migrants

L'hôpital revête un rôle important dans la prise en charge sanitaire des migrants, notamment pour ceux en situation irrégulière, en instaurant des dispositifs spécifiques tels les permanences d'accès aux soins (A) ou le dispositif soins urgents (B).

A. Le rôle des Permanences d'accès aux soins

Les migrants primo-arrivants, en situation irrégulière, se retrouvent dans une position instable et précaire. L'absence de ressources et de droit à la sécurité sociale leur rend l'accès à la médecine de ville dans les semaines qui suivent leur arrivée difficile voire impossible¹²⁸. C'est alors vers l'hôpital, et plus particulièrement dans les permanences d'accès aux soins de santé que ces personnes s'orientent pour les soins.

En effet, l'hôpital public a historiquement une mission d'accueil des plus démunis. Le terme « hôpital » renvoie d'ailleurs à la notion « d'hospitalité », qui fait appel à un devoir de protection et d'accueil des personnes dans le besoin¹²⁹.

La loi du 9 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions met en œuvre une politique publique contre toutes les formes d'exclusion et comporte notamment un volet santé qui réaffirme la mission sociale des hôpitaux¹³⁰. Cette loi insiste également sur le fait que cette mission doit s'inscrire dans une « dynamique de réseaux », c'est à dire une collaboration avec la médecine de ville, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale ainsi que les associations luttant contre la précarité¹³¹.

La loi de 1998 également mis en place les PASS¹³². Ce sont des dispositifs hospitaliers ambulatoires qui se situent à la frontière entre le domaine sanitaire et social et visent à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité tout en les

¹²⁸ F. BALLIERE, *le recours aux soins des demandeurs d'asile*, op.cit.

¹²⁹ *Ibidem*.

¹³⁰ Loi du 27 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

¹³¹ *Ibidem*.

¹³² F. BALLIERE, *le recours aux soins des demandeurs d'asile*, op.cit.

accompagnants dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits¹³³. Elles incarnent parfaitement le droit à la protection de la santé pour les personnes exclues du système de santé en raison de leur vulnérabilité économique ou de l'instabilité de leur statut, comme c'est le cas pour les migrants en situation irrégulière¹³⁴.

Les PASS s'inscrivent dans le cadre des Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et assurent de nombreuses missions de service public qui incombent aux établissements de santé¹³⁵.

Définies par la circulaire du 17 décembre 1998 comme « *des structures d'accueil pour les personnes en situation de précarité* »¹³⁶, l'article L1434-2 du code de la santé publique énonce que les PASS sont destinées à permettre « *l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies* »¹³⁷ et visent, selon l'article L6112-6 « *à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits* »¹³⁸.

Les personnes migrantes sollicitent fortement ces dispositifs en raison du caractère instable de leur statut. Toutefois, plus de 20 ans après leur création, les PASS doivent être renforcés et il apparaît nécessaire de les faire évoluer pour les rendre mobiles afin « d'aller vers » les populations précaires les plus éloignées des soins de santé¹³⁹. Ainsi, les modalités d'intervention de ces PASS mobiles seront complémentaires avec celles des PASS intra-hospitalières dans l'optique de faciliter l'accès aux soins des plus démunis¹⁴⁰.

Ces PASS mobiles ont vocation à opérer au plus près des populations en question et ont la possibilité de s'intégrer dans des maraudes et se rendre dans les squats ou camps¹⁴¹. Elles représentent des dispositifs ressources sur le territoire à la fois pour les personnes en situation de précarité mais aussi pour les professionnels concernés¹⁴². Les PASS mobiles

¹³³ Y. RAYSSIGUIER, *Politiques sociales et de santé, comprendre et agir*, EHESP, 2008, p.170

¹³⁴ V. PFISTER, *Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner*, informations sociales, n°182, 2014, p.100

¹³⁵ *ibidem*

¹³⁶ Circulaire du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes démunies.

¹³⁷ CSP, article L1432-2

¹³⁸ CSP, article L6112-6

¹³⁹ ARS nouvelle Aquitaine, *PASS mobiles : quelques repères*, département communication, janvier 2018

¹⁴⁰ *Ibidem*.

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² *Ibid.*

n'ont donc pas vocation à se substituer aux dispositifs existants mais représentent bien un dispositif d'appui, dont l'objectif est de faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

A. Les soins urgents

Les personnes en situation irrégulière, qui ne bénéficient pas de l'AME car ne répondent pas à la condition de résidence minimale de 3 mois sur le territoire français, peuvent bénéficier du dispositif dit « de soins urgents », défini à l'article L. 254-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles¹⁴³.

En effet celui-ci dispose que ces soins urgents sont pris en charge par l'Etat et sont dispensés dans les établissements hospitaliers, et regroupent les soins dont l'absence « mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître »¹⁴⁴. Ces soins ont également pour mission d'éviter la propagation d'une pathologie et sont à destination des femmes enceintes et du nouveau-né, notamment pour tous les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, ainsi que les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical)¹⁴⁵.

La circulaire du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents à destination des étrangers en situation irrégulière et non bénéficiaire de l'AME dispose que, peuvent être compris dans le cadre des « soins urgents », les médicaments délivrés à la suite des soins effectués dans l'établissement, à « *la condition que ceux-ci aient été prescrits par un médecin de l'établissement au cours de la délivrance des soins* »¹⁴⁶.

¹⁴³ Instruction du 08 juin 2018 relative au parcours de santé des migrants loc.cit. 93.

¹⁴⁴ Article L.254-1 du code de l'Action sociale et des familles

¹⁴⁵ Instruction du 08 juin 2018 op.cit.

¹⁴⁶ Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME.

Chapitre 2 : Les enjeux de la santé des migrants

Les personnes migrantes qui arrivent en France se retrouvent dans une situation de précarité et de vulnérabilité et, pour la plupart, souffrent de nombreuses pathologies que ce soit physiques et/ou psychiques liées notamment à l'exil et à leurs conditions de vie. Ces traumatismes, cumulés à l'état de santé précaire des personnes migrantes, représentent un véritable sujet de préoccupation et un enjeu de société. La prise en compte des besoins de santé des migrants répond à de forts enjeux à la fois individuels mais aussi de santé publique dans l'accès aux soins et à la prévention (section 1). Elle est également nécessaire pour favoriser l'intégration, par la santé, de personnes parfois fragilisées et en situation de vulnérabilité dans la société qui les accueille (section 2).

Section 1 : L'accès aux soins et à la prévention : un enjeu de santé publique

La vulnérabilité des migrants primo-arrivants résultant de leur situation précaire peut engendrer différentes pathologies, à la fois physiques et mentales. C'est pourquoi un contrôle sanitaire doit s'opérer précocement au bénéfice de cette population notamment à travers la visite médicale de prévention, opérée par les médecins de l'OFII (paragraphe 1). Enfin il apparaît indispensable de faciliter l'accès à la prévention et aux soins des migrants en améliorant à la fois l'information ainsi que le développement de l'interprétariat professionnel et la médiation sanitaire (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : La nécessité d'un contrôle sanitaire

Le contrôle sanitaire s'apparente sous la forme d'une visite médicale de prévention réalisée au bénéfice des migrants primo-arrivants (A). Ce contrôle incite à mettre en place « un rendez-vous santé » le plus précocement possible pour ces personnes afin de diagnostiquer d'éventuelles pathologies (B).

A. La Visite médicale des étrangers primo-arrivants

1. Le déroulement de la visite médicale de prévention

La visite médicale de prévention, réalisée par les agents de l'Office français de l'intégration et de l'immigration (OFII) est une étape obligatoire pour tous les étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers qui souhaitent obtenir l'asile, admis à séjourner pour une durée supérieure à 3 mois en France¹⁴⁷. Instituée au lendemain de la seconde guerre mondiale par un décret du 30 juin 1946 afin de contrôler les flux migratoires¹⁴⁸, la visite médicale a évolué pour devenir un « instrument de santé publique » et de lutte contre les maladies infectieuses et transmissibles¹⁴⁹. Son contenu est précisé par un arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France, qui a placé la visite médicale dans une logique de santé publique et de promotion de la santé¹⁵⁰. Ce dispositif est assuré par les médecins de l'OFII et concerne environ 200 000 personnes par an¹⁵¹. Il comprend un examen clinique général, une vérification du statut vaccinal, un examen radiographique des poumons ainsi qu'un examen urinaire¹⁵².

¹⁴⁷ Haut Conseil de la santé publique, avis relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers, 6 Mai 2015.

¹⁴⁸ Décret n° 46-1574 du 30 juin 1946 réglementant les conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers.

¹⁴⁹ Sénat, *Projet de loi de finances pour 2018 : Asile, immigration, intégration et nationalité*, 13 juillet 2019

¹⁵⁰ M. WLUCZKA, *Du contrôle sanitaire à la prévention, les enjeux de la santé des migrants*, dans Les Tribunes de la santé, 2007/4 (n° 17), pages 39 à 45.

¹⁵¹ Haut Conseil de la santé publique, avis relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers, op.cit.

¹⁵² Article 1, Arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France.

L'immigration familiale et étudiante sont les plus importantes (respectivement 80 000 et 60 000 visites par an) suivi par la suite par les travailleurs immigrés (20 000) alors que sur les 70 000 demandeurs d'asile par an, seuls ceux qui sont pris en charge dans les centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) bénéficient de cette visite médicale (25 000 seulement par an sur les 70 000), les autres migrants, hébergés en structures d'urgence ou par leurs propres moyens, n'en bénéficient pas¹⁵³.

Toutefois le HCSP rappelle que le terme d'étrangers « primo-arrivants » comme indiqué et prévu par le dispositif n'est pas le plus adapté dans la mesure où la visite médicale est également obligatoire pour les migrants qui demandent à changer de statut, présent depuis plusieurs années sur le territoire¹⁵⁴. C'est également le cas des étrangers en situation irrégulière, régularisés et présents en France depuis quelques années et qui ne correspondent pas à la dénomination de « primo-arrivants »¹⁵⁵.

La réalisation de la visite médicale par les médecins de l'OFII répond à un double objectif à la fois de prévention et de contrôle. Elle priorise notamment le dépistage des principales maladies et est réalisée dans l'intérêt et au bénéfice des personnes migrantes tout en répondant à un objectif de santé publique¹⁵⁶.

Selon l'article 3 de l'arrêté du 11 janvier 2006, « A l'issue des différents examens, il est délivré un certificat indiquant que l'intéressé remplit ou ne remplit pas les conditions médicales autorisant son séjour en France. »¹⁵⁷.

La mission de contrôle sanitaire a pour objectif d'éviter la propagation de certaines maladies infectieuses et transmissibles sur le territoire français, mentionnées dans le règlement sanitaire international (RSI)¹⁵⁸. C'est également le cas pour certaines maladies émergentes (EBOLA, grippe aviaire, virus Zika etc.) qui peuvent faire l'objet d'une urgence de santé

¹⁵³ Haut Conseil de la santé publique, avis relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers, op.cit.

¹⁵⁴ Ibid.

¹⁵⁵ Ibid.

¹⁵⁶ M. WLUCZKA, *Du contrôle sanitaire à la prévention, les enjeux de la santé des migrants*, op.cit.

¹⁵⁷ Arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France, article 3.

¹⁵⁸ Le Règlement sanitaire international (2005), est un instrument juridique international qui à force obligatoire pour 196 pays dans le monde, dont tous les États Membres de l'OMS. Il a pour but d'aider la communauté internationale à prévenir les risques graves pour la santé publique, susceptibles de se propager au-delà des frontières et de constituer une menace dans le monde entier et à y riposter.

<https://www.who.int/features/qa/39/fr/> (site officiel de l'OMS en ligne, consulté le 13/06/2019)

publique de portée internationale (USPPI)¹⁵⁹. Parmi les maladies transmissibles à contrôler, le dépistage de la tuberculose représente un enjeu majeur de la visite médicale¹⁶⁰.

Un dépistage précoce de cette maladie sera en tout premier lieu bénéfique pour la personne elle-même. Le diagnostic de la tuberculose, dans le dispositif actuel, ne donne pas lieu à un refus de titre de séjour mais conduit en l'occurrence à suspendre la délivrance du titre jusqu'à la preuve d'une prise en charge adaptée ayant permis l'atténuation des symptômes de la maladie (suppression de l'excrétion de bacilles de Koch)¹⁶¹.

Enfin, une pathologie psychiatrique diagnostiquée par les médecins lors de la visite médicale peut conduire, théoriquement, au refus de délivrance d'un titre de séjour lorsqu'elle est susceptible de porter atteinte à l'ordre public¹⁶². Toutefois le HCSP considère que « *la protection de l'ordre public est un objectif légitime des pouvoirs publics mais que ses modalités d'application pour les malades mentaux doivent être les mêmes quels que soient la nationalité ou le statut de résidence des personnes présentes sur le territoire et que cette mission relève des services de soins psychiatriques* »¹⁶³.

2. Un dispositif qui tend à la baisse

Le champ d'action des visites médicales opérées par l'OFII s'est réduit ces dernières années, excluant certains groupes de migrants de ce dispositif¹⁶⁴. Parmi les groupes désormais exemptés de la visite médicale on retrouve :

- Depuis un décret de 2014, les étrangers demandant des cartes de séjour « artistes, chercheurs, salariés en mission, compétences et talents et leur famille » soit une population totale de 7500 personnes par an¹⁶⁵.

¹⁵⁹ HCSP loc.cit. Note 125

¹⁶⁰ *Ibidem*.

¹⁶¹ *Ibid*.

¹⁶² *Ibid*.

¹⁶³ *Ibid*.

¹⁶⁴ Sénat, *Projet de loi de finances pour 2018 : Asile, immigration, intégration et nationalité* op.cit.

¹⁶⁵ Décret n° 2014-921 du 18 août 2014 modifiant diverses dispositions relatives au droit au séjour et au travail des étrangers.

- Depuis 2016, les étrangers présents en France depuis plus de 6 mois et dont un titre de séjour leur est accordé, représentant une population de 90 000 personnes¹⁶⁶.
- Depuis 2017, les étudiants étrangers, avec la loi du 7 Mars 2016 relative au droit des étrangers en France¹⁶⁷ représentant une population de 73 000 personnes.

Le nombre de visites médicales a considérablement diminué passant de 212 000 en 2016 à 50 000 en 2017 et seule une minorité de migrants primo-arrivants aujourd'hui bénéficient de ce dispositif (notamment les travailleurs étrangers et ceux admis au titre du regroupement familial)¹⁶⁸. Les raisons principales de cette baisse du nombre de visites médicales et de la restriction du champ d'action tiennent, en premier lieu, de compenser le transfert d'une nouvelle compétence à l'OFII qui est « l'instruction des dossiers des étrangers malades » qui sollicite, au regard du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, la délivrance d'un titre de séjour sur ce motif¹⁶⁹.

En second lieu, la baisse du nombre de médecin de l'OFII pour pratiquer ces visites médicales (75 médecins vacataires en 2017 sur l'ensemble du territoire national)¹⁷⁰ explique cette baisse de ce dispositif.

B. Mise en place d'un rdv santé précocement

La prise en charge des migrants primo-arrivants passe par la mise en place d'un « rendez-vous santé » précocement afin de garantir l'efficacité de leur parcours de soins¹⁷¹. Ce rendez-vous santé a plusieurs objectifs parmi lesquels : « l'information, la prévention, le dépistage de certaines maladies transmissibles et infectieuses et l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun »¹⁷².

Selon l'avis du Haut conseil en santé public en date du 06 mai 2015, ce dispositif doit intervenir dans un délai de 4 mois après l'arrivée de la personne migrante, est détaché de

¹⁶⁶ Sénat, loc.cit. Note 140

¹⁶⁷ Article 5 de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France.

¹⁶⁸ Sénat, loc.cit.

¹⁶⁹ Article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

¹⁷⁰ Sénat, loc.cit.

¹⁷¹ Instruction 08 Juin 2018 relative au parcours santé des migrants op.cit.

¹⁷² *Ibidem*.

toute fonction de contrôle et est soumis au secret médical¹⁷³. Ce rendez-vous santé doit comporter différents éléments et délivrer des informations portant notamment sur :

- Les grands principes de la santé en France : droits de refuser les soins, liberté de choisir son praticien, droit au secret médical etc.¹⁷⁴.
- Les modalités d'accès, d'organisation et de fonctionnement du système de santé et les modalités de prise en charge des soins (AME, CMU-C etc.)¹⁷⁵.
- La santé de certaines catégories de personnes particulièrement vulnérables notamment les femmes enceintes et les mineurs : suivi gynécologique, droit à l'avortement, service de protection maternelle et infantile etc.¹⁷⁶.
- Un examen clinique général effectué par un médecin, incluant : une évaluation de l'exposition à des violences physiques, sexuelles, et mentales et de leurs conséquences sur la santé ainsi que le recueil des antécédents médicaux du patient¹⁷⁷.
- Une mise à jour du statut vaccinal et un dépistage de la tuberculose pour les personnes en provenance de pays à forte endémicité (dépistage réalisé par les CLAT)¹⁷⁸.
- Des examens complémentaires sont également systématiquement proposés pour le dépistage du VIH, VHB et VHC¹⁷⁹.

A l'issue de ce rendez-vous santé, une attestation sera délivrée à la personne, qui fera mention que celle-ci a bien procédé à ce dispositif et qu'il sera le seul document permettant l'obtention du titre de séjour dans ce cadre¹⁸⁰.

Au préalable de ce rendez-vous santé, d'autres actions en amont peuvent être réalisées notamment si la situation l'impose (accueil massif de migrants primo-arrivants)¹⁸¹. Ça peut être par exemple la mise en place de bilans d'orientations infirmiers réalisés en équipe avec des interprètes, ayant pour but d'intervenir dans des camps, squats ou structures

¹⁷³ HCSP, avis du 06 mai 2015 op.cit.

¹⁷⁴ Ibidem.

¹⁷⁵ Ibid.

¹⁷⁶ Ibid.

¹⁷⁷ Ibid.

¹⁷⁸ Ibid.

¹⁷⁹ Ibid.

¹⁸⁰ Ibid.

¹⁸¹ Instruction 08 juin 2018 op.cit.

d'hébergements d'urgence afin d'orienter, sans délai, les personnes qui le nécessitent vers des soins adaptés et identifier les personnes pour qui le rendez-vous santé peut être réalisé sans urgence¹⁸².

Paragraphe 2 : Faciliter l'accès à la prévention et aux soins

Faciliter l'accès à la prévention et aux soins des personnes migrantes nécessitent, d'une part, d'améliorer l'information à leur égard et à celui des professionnels de santé (A) puis, d'autre part, de développer l'interprétariat professionnel et la médiation sanitaire (B).

A. Améliorer l'information à destination des migrants et des professionnels

L'information à destination des personnes migrantes primo-arrivants sur le territoire représente un enjeu important pour leur accès effectif aux soins et à la prévention. Cette information doit porter sur le fonctionnement du système de santé de manière générale à tous les différents points d'entrée sur le territoire, de l'ensemble de leurs droits mais également sur les structures et services de l'offre locale qui contribuent à la santé des migrants, et sur la prise en charge de leurs frais de santé¹⁸³.

L'information porte également pour les professionnels de santé sur la prise en charge sanitaire des migrants. En effet, la connaissance, pour les professionnels de santé, des différentes structures existantes et autres partenaires ressources (associations d'aide aux migrants, structures d'hébergements etc.) sur le territoire apparaît indispensable pour améliorer la prise en charge sanitaire des migrants. Améliorer cette information et assurer qu'elle arrive à destination à la fois des personnes migrantes et des professionnels de santé tend à faciliter l'accès à la prévention et aux soins.

Un rapport thématique de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA) en date de 2011¹⁸⁴ constate que les professionnels de santé et les migrants souffrent

¹⁸² *Ibidem*.

¹⁸³ Instruction du 08 juin 2018 loc.cit. Note 151

¹⁸⁴ FRA, *L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne*, octobre 2011

respectivement d'un manque d'information sur le droit d'accès aux soins. Cette méconnaissance s'explique notamment par la complexité de la législation et des procédures administratives d'accès aux soins pour les migrants en situation irrégulière¹⁸⁵.

B. Le recours à l'interprétariat et la médiation sanitaire

1. La nécessité de l'interprétariat professionnel

Le recours à l'interprétariat professionnel et la médiation sanitaire apparaissent comme des outils indispensables pour une prise en charge médicale effective des personnes migrantes dans leur parcours de santé. Or comment soigner une personne qui ne parle pas la même langue ? Comment établir un diagnostic médical fiable pour les professionnels de santé alors même que le patient ne comprend pas les questions posées ?

En France, l'usage de l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé n'est pas assez développé et beaucoup d'acteurs concernés dans la prise en charge médicale des personnes migrantes se plaignent du peu de moyen mis en œuvre dans ce domaine¹⁸⁶. Pourtant, l'interprétariat linguistique constitue un relai essentiel entre les soignants et les patients non francophones pour ce qui concerne la réalisation d'un diagnostic, la délivrance de médicaments ou réalisation de soins de base ainsi que pour la prévention.

Selon la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé désigne « *la fonction d'interface, assurée entre des patients/usagers et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction* »¹⁸⁷.

Cette pratique garantit, « *d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en*

¹⁸⁵ FRA, *Les droits fondamentaux des migrants en situation irrégulière dans l'Union européenne*, rapport comparatif, 2011, p.62

¹⁸⁶ A.TABOURI, *Santé et droits des étrangers : réalités et enjeux. L'interprétariat dans le domaine de la santé*, Hommes et migrations, N°1282, 2009

¹⁸⁷ Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée à Strasbourg, 14 novembre 2012

charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical »¹⁸⁸.

Offrir la possibilité aux personnes migrantes qui ne bénéficient pas ou peu d'information sur le système de santé du pays d'accueil ou de résidence de pouvoir exprimer ses souffrances, tant physiques que psychiques, relève d'une nécessité éthique et de justice sociale.

L'instruction du 08 Juin 2018 relative au parcours de santé des migrants primo-arrivants recommande aux établissements de santé *« d'identifier une personne référente pour organiser l'accès à l'interprétariat et s'assurer que l'accès aux prestations d'interprétariat soit simple et rapide et disponible pour d'autres services que les PASS »¹⁸⁹.*

Quant à la Haute Autorité de Santé (HAS), celle-ci a élaboré des référentiels de pratiques en octobre 2017¹⁹⁰. Elle estime que l'interprétariat dans le domaine de la santé garantit à la fois les droits des patients mais a aussi un impact positif sur la qualité des soins¹⁹¹. De plus, l'intervention d'un interprète garantit le secret professionnel et assure le libre choix des personnes non francophones dans les décisions les concernant sur leur santé¹⁹². Cela permet également d'établir un lien de confiance entre le soignant et le soigné et d'instaurer des rapports plus égalitaires.

Une étude menée par la direction générale de la santé en date de décembre 2012 a démontré l'impact positif du recours à l'interprétariat professionnel, d'une part, sur la qualité des soins par rapport à l'interprétariat exercé par une personne bilingue du personnel non-soignant ou par un accompagnant du patient et, d'autre part, une meilleure information délivrée au patient¹⁹³. La santé étant un facteur d'intégration, il apparaît nécessaire d'intensifier le recours à l'interprétariat professionnel à destination des personnes migrantes.

¹⁸⁸ Ibidem.

¹⁸⁹ Instruction 08 juin 2018 op.cit.

¹⁹⁰ HAS, *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé : Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques*. Octobre 2017.

¹⁹¹ Ibidem.

¹⁹² Ibidem.

¹⁹³ M.Schwarzinger, *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*, décembre 2012. Paris, Direction générale de la santé, 2012.

2. Le recours à la médiation sanitaire

Face à la complexité du système de santé et des diverses démarches administratives cumulé à la méconnaissance pour les personnes migrantes de leurs droits et des dispositifs disponibles de prise en charge, de multiples obstacles existent pour l'accès aux soins et la prévention.

C'est pourquoi la médiation en santé vise à améliorer de manière globale l'accès aux soins, la prévention ainsi qu'aux droits des personnes les plus démunies et éloignées. La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 reconnaît et garantit la médiation en santé¹⁹⁴ et la haute autorité de santé a élaboré un référentiel de pratiques dans le cadre des articles L.1110-13 du code de la santé publique et L.161-37 du code de la sécurité sociale en précisant les bonnes pratiques à respecter et le niveau minimal de formation pour l'exercice de la médiation sanitaire¹⁹⁵.

Selon la HAS, la médiation en santé représente « *la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables et d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé* »¹⁹⁶.

Les médiateurs de santé ont pour rôle d'agir auprès des professionnels de santé afin d'améliorer la prise en compte des facteurs de vulnérabilités et des spécificités du public, de rendre accessible un discours médical, améliorer la communication entre les professionnels de santé et les usagers et de sensibiliser/informer dans l'objectif de favoriser l'accès aux soins, aux droits et à la prévention¹⁹⁷.

La médiation en santé est donc un outil indispensable pour tenter de réduire les inégalités d'accès aux soins. Elle vise notamment la promotion de la santé qui a pour but de donner

¹⁹⁴ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹⁹⁵ HAS, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques, octobre 2017.

¹⁹⁶ *ibidem*

¹⁹⁷ *Ibid.*

plus d'autonomie aux individus concernant leur santé et davantage de moyen de l'améliorer, telle que définie dans la charte d'Ottawa¹⁹⁸.

Section 2 : L'état de santé des migrants en France

L'académie de médecine, dans un rapport en date du 20 Juin 2017, dresse un état des lieux de la santé des migrants en France en indiquant que les migrants y sont identifiés comme l'une des populations les plus précaires notamment parce qu'elles présentent de nombreux facteurs de vulnérabilité et « nécessitent une attention particulière du point de vue médical »¹⁹⁹ (paragraphe 1). De plus, il n'est pas rare que les personnes migrantes arrivées sur le territoire soient fragilisées par leur parcours migratoire et des différentes violences qu'ils ont pu subir accentuant de ce fait le risque de troubles psycho-traumatiques et psychiques. Des lors, l'offre et l'accès en soins psychiatriques est primordiale à destination de ces personnes pour permettre la continuité des soins (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Les facteurs de vulnérabilité des migrants

De manière générale, et contrairement aux idées reçues, les problèmes de santé des migrants sont semblables à ceux du reste de la population, même s'il arrive que la prévalence de certaines pathologies soit plus élevée chez certaines populations²⁰⁰.

Selon le rapport observatoire de Médecins du Monde de 2018, chez les migrants primo-arrivants, dans 81,6 % des consultations médicales réalisées par les médecins, au moins un

¹⁹⁸ Charte adoptée à Ottawa en 1986, lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous.

¹⁹⁹ Académie de médecine, rapport « précarité, pauvreté et santé » 20 juin 2017

²⁰⁰ MDM rapport Observatoire 2018

problème de santé a été diagnostiqué et dans 15,2 % des cas, au moins deux problèmes de santé ont été identifiés²⁰¹.

Les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés sont d'ordre digestif (24,7 %), respiratoire (20,9 %) et ostéo-articulaire (19,7 %) ; suivis des problèmes dermatologiques (15,8 %), cardiovasculaires (9,4 %) et psychologiques (8,6 %)²⁰². Les femmes migrantes quant à elles sont, pour leur part, confrontées à des difficultés particulières liées à la santé du nouveau-né et de l'enfant, avec les complications lors de la grossesse ou de l'accouchement mais également à la santé sexuelle et reproductive et aux violences²⁰³.

Pour ce qui est de la situation des enfants, en raison des conditions de vie déplorables, du manque d'hygiène et des multiples privations subies durant le parcours migratoire, les enfants sont particulièrement vulnérables et sont sujets à des infections aiguës, comme les infections respiratoires et la diarrhée ainsi que des problèmes cutanés²⁰⁴.

Ces constatations sont liées aux parcours migratoires, souvent violents, et de la précarité de leurs conditions de vie dans le pays d'accueil (condition de logement précaire, régime alimentaire insuffisant etc.) engendrant dès lors l'apparition plus précoce des pathologies chroniques et accentuent leur vulnérabilité face aux maladies non transmissibles.

Médecins du Monde constate enfin que 82,8 % des patients reçus en consultation nécessitent un suivi médical et/ou un traitement, ce qui pose la question des modalités de prise en charge des frais de santé sachant que la plupart d'entre eux ne disposent d'aucune couverture maladie et vivent dans des conditions très précaires²⁰⁵. À cet égard, l'interruption des soins ou le non recours aux soins représentent les principaux problèmes, en raison de la difficulté d'accès au système de soins de santé.

Toutefois, les problèmes de santé des migrants dus aux parcours migratoires ne représentent pas leur seule cause de vulnérabilité, d'autres facteurs interviennent au côté des problèmes physiques. C'est le cas en effet des vulnérabilités matérielles, le manque de

²⁰¹ ibidem

²⁰² Ibid.

²⁰³ Ibid.

²⁰⁴ Ibid.

²⁰⁵ Ibid.

ressource pécuniaire a un impact négatif sur la santé au même titre que les mauvaises conditions de vie²⁰⁶.

Les personnes migrantes, qui se retrouvent dans une situation précaire une fois sur le territoire national, sont confrontées à un manque de ressource combiné à la précarité de leur hébergement ce qui contribuent, à ce titre, à la détérioration de leur état de santé aussi bien physique de psychique²⁰⁷.

Enfin, autre critère de vulnérabilité des migrants : le critère psychosociale²⁰⁸. En effet, le bien-être physique et psychique est lié avec un lien social solide.

Or les migrants sont souvent dans une situation d'éloignement familial et la solitude est très présente. Selon une étude menée par Médecin du Monde en 2017, les migrants représentent le groupe de personnes le plus impacté par l'absence totale de lien social solide et de soutien (famille, amis etc.)²⁰⁹ accentuant par conséquent leur vulnérabilité et la précarité de leur situation.

²⁰⁶ Médecins du Monde, *Les laissés pour compte : l'échec de la couverture santé universelle en Europe*, rapport de l'observatoire 2017.

²⁰⁷ Ibidem.

²⁰⁸ Ibid.

²⁰⁹ Ibid.

Paragraphe 2 : L'importance de l'accès aux soins psychiatriques

La prise en charge des troubles psychologiques des personnes migrantes représente un véritable enjeu de santé publique (A). Une attention particulière doit être adressée aux populations les plus vulnérables comme les mineurs (B).

A. La prise en charge des troubles psychologiques : un enjeu de santé publique

Pour les personnes migrantes arrivant en France, les troubles psychiques ne sont pas rares. Ces traumatismes psychologiques constituent d'ailleurs la pathologie la plus fréquente chez les migrants²¹⁰. Les principaux facteurs de ces troubles tiennent aux conditions de vie des personnes pendant l'exil combiné à la rupture des liens familiaux, le manque de repères culturels une fois arrivés en France ainsi qu'aux multiples discriminations subies et à la précarité de leur situation. Or la santé mentale des migrants constitue un enjeu important de santé publique, notamment en raison de la vulnérabilité de ces populations et de la fréquence des troubles psychiques mais aussi lié aux interactions de cette population avec les acteurs du domaine médico-social et avec l'ensemble des individus en société²¹¹.

Selon le rapport observatoire 2018 de l'association *Médecins du Monde*, en 2017, un trouble psychologique a été détecté pour près de 9% des migrants reçus en consultation médicale avec un médecin généraliste (dans la majorité des cas ce sont des troubles anxieux ou dépressifs qui sont recensés)²¹². Le rapport relativise toutefois ces données dans la mesure où les médecins ont du mal à diagnostiquer des troubles psychiques du fait notamment d'un manque d'information de la part des migrants (méfiance et manque de confiance envers le professionnel), d'un manque de suivi médical mais aussi face aux barrières à la fois linguistiques et culturelles.

Ces troubles psychologiques ne sont souvent pas isolés et sont symptomatiques d'autres problèmes de santé. Le rapport estime alors que 60% des personnes dont un trouble

²¹⁰ Guide Comede, soins et accompagnement des migrants/étrangers en situation précaire, édition 2015

²¹¹ BEH, La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique, op.cit. p.405

²¹² Médecins du monde, rapport observatoire, 2018, p.47

psychologique a été diagnostiqué, présentent en plus une autre pathologie, parmi lesquelles les plus représentées étant des troubles digestifs et respiratoires²¹³, liées directement au trouble psychologique résultant des conditions de vie précaire ainsi que du parcours migratoire de la personne.

Il faut de même rajouter que la situation juridique et administrative instable des migrants renforce le risque de développer des problèmes psychologiques. Ainsi, beaucoup de professionnels de santé témoignent de syndromes psycho-traumatiques des personnes migrantes lorsque ceux-ci sont confrontés à un rejet de leur demande d'asile (concernent 2 demandeurs sur 3)²¹⁴. Par ailleurs, médecins du monde souligne que parmi la population migrante, les mineurs isolés sont les plus touchés par les troubles psychiques en raison notamment du parcours violent qu'ils ont subi²¹⁵.

C'est pourquoi il paraît indispensable de mettre en place des dispositifs adaptés pour faciliter la prise en charge des migrants en santé mentale. Les actions de santé publique doivent dès lors favoriser l'ensemble du parcours de soins.

Le repérage précoce de ces troubles est à accentuer dans le cadre des bilans de santé organisés dans les dispositifs de soins et de prévention²¹⁶. L'orientation vers les dispositifs de droit commun, notamment les établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur tel les Centres médico psychologiques (CMP) est à renforcer, tout comme le développement des dispositifs facilitant l'entrée dans le soin²¹⁷.

De plus, selon l'article L. 3221-4 du code de santé publique, « *le directeur général de l'ARS s'assure que des modalités d'organisation permettant l'accueil et la prise en charge des migrants soient mises en place par les établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur* »²¹⁸.

L'instruction du 08 juin 2018 relative au parcours de santé des migrants encourage, quant à elle, la formation des professionnels libéraux et des CMP à la prise en charge du psycho

²¹³ ibidem

²¹⁴ Ibid.

²¹⁵ Ibid.

²¹⁶ BEH, *La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique*, op.cit. p.44

²¹⁷ Instruction du 08 juin 2018 relative au parcours de santé des migrants

²¹⁸ Article L.3221-4 CSP

traumatisme par des structures spécialisées ainsi que le développement de l'accès à un interprétariat professionnel.

B. Une attention particulière adressée aux mineurs isolés étrangers

Les mineurs isolés sont considérés, parmi les populations migrantes, comme étant ceux les plus vulnérables et les plus exposés aux troubles psychiques²¹⁹. Plusieurs facteurs expliquent cette vulnérabilité : parcours migratoires violents, séparation familiale, manque de repères culturels, politique hostile à leur arrivée en Europe ... autant de facteurs cumulés au fait qu'ils sont dans un âge où la présence parentale est importante pour leur développement.

C'est pourquoi la prise en charge des mineurs isolés doit se faire la plus précocement possible et la plus adaptée à leur état de santé²²⁰. L'instruction du 29 janvier 2016 évoque que « *les mineurs étrangers isolés doivent être orientés sans délai vers les structures de droit commun les plus adaptées à leur âge supposé (ou déclaré) et à l'urgence de leur situation (services hospitaliers, services de la protection maternelle et infantile...) afin qu'un premier bilan, comprenant un examen médical complet adapté à leur âge, une mise à jour vaccinale et un dépistage de la tuberculose, soit réalisé* »²²¹.

Il est difficile de déterminer le nombre précis de mineurs isolés en France, faute de chiffres officiels. Selon l'assemblée des départements de France, les estimations varient entre 15000 et 25 000 enfants non accompagnés sur le territoire national en 2017²²². La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance énonce que « *Tout enfant et adolescent en danger, qu'il soit français ou étranger, relève de la protection de l'enfance* »²²³.

²¹⁹ France terre d'asile, *Bilan de santé : l'accès aux soins et l'accompagnement médical des réfugiés*, lettre de l'asile et de l'intégration, N°65, avril 2015

²²⁰ Circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 relative à la mobilisation des services de l'Etat auprès des conseils départementaux concernant les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et les personnes se présentant comme tels.

²²¹ Ibidem.

²²² MDM rapport observatoire 2018

²²³ Loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance

Les professionnels (de santé ou pas) qui travaillent sur la prise en charge des mineurs isolés étrangers accentuent notamment leur action sur une approche interculturelle²²⁴. Il apparaît également primordial pour ces mineurs isolés d'avoir accès et recours à des professionnels compétents afin qu'ils puissent exprimer leurs maux et être accompagnés.

Selon France-Terre d'asile, au moins 20% des mineurs isolés étrangers souffriraient de troubles psychiques et psycho traumatiques²²⁵. C'est pourquoi il est nécessaire pour les professionnels concernés par la prise en charge d'assurer un suivi strict de leur état de santé et de prendre en compte les vulnérabilités et les souffrances endurées. Il convient également de mettre en place une véritable politique d'accueil des migrants (mineurs comme adultes), de les orienter vers les structures adaptées et de les prendre en charge le plus précocement possible.

²²⁴ France terre d'asile, loc.cit. Note 172

²²⁵ Ibidem.

Partie 2. Un accès aux soins en pratique difficile

Comme nous l'avons étudié précédemment, le droit français garanti, en théorie, un droit à la santé égalitaire à destination de tous les individus. Sur cette base, toute personne démunie à le droit de recevoir les soins nécessaires, appropriés à son état dans l'ensemble des services de santé. Toutefois, en pratique, les obstacles dans l'accès aux soins sont nombreux et sont sources d'inégalités. Ces difficultés dans l'accès aux soins concernent aussi bien l'accès aux droits de manière générale (manque d'information, difficulté à faire valoir les droits) que l'accès aux lieux de soins. Ces différents obstacles se répercutent sur l'état de santé des migrants qui, de ce fait, est aggravé par les difficultés d'accès aux soins. Selon les indicateurs du MIPEX, la France est l'un des pays où les droits accordés aux migrants semblent les plus avantageux²²⁶.

Toutefois, divers obstacles existent pour ces populations migrantes dans l'accès au système de santé en général et aux soins et à la prévention en particulier (chapitre 1). Par ailleurs, les différents dispositifs de prises en charge des migrants ne sont pas sans imperfections et ont leur lot de failles et de faiblesses, tout comme la dernière réforme de l'assurance maladie avec la PUMA qui présente un caractère instable pour les étrangers en situation régulière qui risquent de voir leurs droits à une protection sociale souffrir de nombreuses restrictions et ruptures²²⁷(chapitre 2).

²²⁶ IRDES, *la santé des migrants*, février 2018

²²⁷ MDM, rapport observatoire, 2018, p.64

Chapitre 1 : Les obstacles dans l'accès aux soins et à la prévention des personnes migrantes

De nombreux obstacles existent pour les personnes migrantes dans l'accès aux soins et à la prévention. Parmi ces obstacles, ceux d'ordre administratifs et juridiques (section 1) figurent paradoxalement parmi les premiers obstacles notamment à cause de la complexité du droit en matière d'immigration, des multiples démarches administratives en fonction des situations pour la reconnaissance d'un statut et de l'ouverture des droits à l'assurance maladie, les délais d'attente, les différentes réformes et les nouveaux textes de loi etc.²²⁸. À cela s'additionnent des difficultés de communication relevant à la fois des domaines linguistique et culturel, sans compter les nombreux actes de discrimination à l'égard des migrants dans la société (section 2).

Section 1 : Des obstacles d'ordre administratif et individuel

Les personnes migrantes sont confrontées à de nombreux obstacles dans l'accès aux soins notamment à cause des difficultés administratives (paragraphe 1) pour bénéficier d'une couverture des soins mais également des obstacles d'ordre individuel que ce soit linguistique, culturel ou économique (paragraphe 2).

²²⁸ IRDES, la santé des migrants, loc.cit. 122

Paragraphe 1 : La complexité des démarches administratives

Comme nous l'avons étudié précédemment, le droit français garantit, pour toute personne en situation de précarité, qu'elle soit demandeur d'asile, réfugié ou étranger en situation irrégulière, une prise en charge à 100% de leurs frais médicaux et hospitaliers (sur la base des tarifs de la sécurité sociale) sans avoir à les avancer, au titre soit de la CMU-C soit de l'AME.

Pourtant les obstacles juridico-administratifs et la complexité des démarches constituent les principaux freins dans l'accès aux soins et à la prévention des personnes migrantes²²⁹. Ces obstacles sont fréquemment dénoncés par les associations et les professionnels qui concourent à la prise en charge des personnes les plus démunies et ont été confirmés en 2016 par le Défenseur des droits qui énonce que « *1 personne sur 5 en France éprouve des difficultés à accomplir des démarches administratives courantes* »²³⁰.

Par ailleurs, le Comité médical pour les exilés (COMEDE) a recensé pour l'année 2012, qu'environ 77% des problèmes rencontrés par ses patients concernaient les difficultés des démarches auprès des caisses d'assurance maladie pour faire valoir leurs droits²³¹. Ces obstacles dans l'accès aux soins touchent particulièrement les personnes migrantes en raison de l'instabilité de leur situation.

Ainsi l'obstacle majeur identifié par les professionnels et relaté par les personnes migrantes, se rapporte aux difficultés juridico-administratives²³². Ces difficultés sont liées notamment à l'absence ou au renouvellement du titre de séjour ou de manière large à la complexité de demande et d'obtention des droits sociaux (AME/CMU-C)²³³.

En effet, le système de santé et les différentes démarches et modalités pour y accéder sont perçues comme compliquées pour les personnes migrantes surtout d'un point de vue administratif avec les différents documents à fournir et les délais d'attente souvent long pour constituer un dossier de prestation sociale (CMU-C ou AME)²³⁴.

²²⁹ PRIPI, Rapport final : *Accès à la santé et aux soins des personnes immigrées*, Août 2012

²³⁰ Défenseur des droits, rapport, « les droits fondamentaux des étrangers en France » Mai 2016.

²³¹ COMEDE, rapport 2012

²³² PRIPI, rapport final loc.cit. Note 199

²³³ Ibidem.

²³⁴ Ibid.

Par ailleurs, les démarches pour obtenir l'AME sont le plus souvent ignorées par les intéressés du fait d'un manque d'accompagnement et d'une méconnaissance générale de leurs droits²³⁵. Et lorsqu'ils sont bénéficiaires de l'AME, les migrants sont souvent confrontés à des refus de soins de la part de certains professionnels de santé²³⁶.

Ces praticiens justifient leurs pratiques en mettant en avant les contraintes administratives, la difficulté lors de la prise en charge (du fait de la très grande précarité des patients) ainsi que pour la rémunération car les bénéficiaires de l'AME ne sont pas enregistrés dans la patientèle de leur médecin généraliste notamment parce que ce régime ne prévoit pas de déclaration de médecin traitant à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)²³⁷. Sur cette base, les praticiens ne perçoivent pas de rémunération pour les pathologies chroniques ni le forfait médecin traitant²³⁸.

Une étude menée par le défenseur des droits en 2019 met en avant les nombreux dysfonctionnements existants ainsi que les pratiques abusives orchestrées par les administrations (perte de dossier, refus d'accepter l'adresse déclarative, demandes injustifiées de documents etc.)²³⁹.

A cela s'ajoute les restrictions dans l'accueil et l'accompagnement des personnes, le durcissement des contrôles opérés par les caisses ou encore la dématérialisation dans l'accès aux droits, autant de problématiques qui renforcent la difficulté pour les migrants à accéder aux soins²⁴⁰.

Une fois cet obstacle juridico-administratif levé, encore faut-il, pour les migrants, faire face à d'autres difficultés dans leur parcours de soins, notamment linguistiques et culturelles.

²³⁵ MDM, rapport observatoire 2018 op.cit. p.65

²³⁶ Défenseur des droits, rapport, *Exilés et droits fondamentaux : la situation sur le territoire de Calais*, 01 octobre 2015.

²³⁷ MDM, rapport observatoire 2018, loc.cit. Note 204.

²³⁸ Ibidem.

²³⁹ Défenseurs des droits, rapport 2019 op.cit. p.23

²⁴⁰ Ibidem.

Paragraphe 2 : Les obstacles individuels

Plusieurs obstacles d'ordre individuel entravent l'accès aux soins des migrants, qu'il s'agisse de barrières linguistiques (A), culturels (B) ou financières (C).

A. La barrière linguistique

La barrière linguistique est spécifique aux personnes migrantes et fait partie des principaux obstacles au recours aux soins et à la prévention. Selon le rapport observatoire de MDM de 2018, 16% des personnes migrantes interrogées ont évoqué la barrière de la langue comme principal obstacle à l'accès aux soins et à la prévention²⁴¹. La plupart des personnes proviennent de régions géographiques où ils n'ont ni la maîtrise du français ni de l'anglais. Parfois même, certains individus ne parlent que des dialectes locaux, accentuant la difficulté à se faire comprendre et à trouver des interprètes professionnels.

La barrière de la langue est problématique dans le sens où elle entraîne des difficultés dans la relation médecin/patient et pose des difficultés dans l'élaboration du diagnostic par le médecin pouvant entraîner des erreurs médicales ou des traitements inadaptés voire incomplets. Le patient lui-même peut éprouver de la crainte à expliquer ses problèmes de santé de peur de ne pas être compris ou que cela lui porte préjudice dans son parcours de soins et éventuellement dans l'obtention d'un titre de séjour.

Une étude réalisée en 2009 en hôpital a d'ailleurs mis en avant que la barrière linguistique pouvait fausser ou déformer les informations émises par le patient sur son état de santé et sur ses symptômes, rendant le diagnostic médical difficile²⁴².

De plus, au-delà de la problématique que la barrière de la langue pose pour le diagnostic médical et le recours aux soins, les difficultés linguistiques peuvent également faire obstacle

²⁴¹ MDM, rapport observatoire 2018, op.cit. p. 71

²⁴² E.CARDE, F.MBODJ, M.QUERRE. *Etude sur la prise en charge des immigrés infectés par le VIH ayant des difficultés dans l'expression française courante*, Rapport d'étude CREDES pour la Direction Générale de la Santé, 2009.

dans l'accès et l'obtention des prestations sociales²⁴³. En effet, pour pouvoir prétendre à bénéficier de la CMU-C ou de l'AME, encore faut-il pouvoir comprendre la langue pour pouvoir remplir les papiers et constituer un dossier ou du moins être accompagné par un interprète.

Or comme nous l'avons vu, le recours à l'interprétariat est indispensable pour une prise en charge optimale des personnes migrantes. Il permet de bien diagnostiquer les problèmes de santé, instaurer une relation de confiance entre le professionnel de santé et le patient et permet de réduire, par conséquent, les retards de soins et les complications médicales.

B. Les freins culturels

Les migrants proviennent d'horizons différents avec des représentations culturelles diverses. Ces différences culturelles portent sur les représentations du corps, de la maladie, en termes de rapport entre genre et dans la relation professionnel/patient, les pratiques religieuses également peuvent poser des barrières dans le parcours de soins.

Premier obstacle culturel que l'on peut relever est celui qui s'apparente au genre. Selon une étude menée par le PRIPI²⁴⁴, la plupart des professionnels de santé questionnés ont mis en avant le fait que des réticences peuvent exister pour une femme à se faire soigner par un homme, selon les cultures.

De même, les témoignages démontrent également que la différence entre les hommes et les femmes face à la santé est un élément culturel de l'accès aux soins²⁴⁵. Par exemple, dans la culture africaine ou maghrébine, les hommes auront « culturellement » tendance à laisser les femmes s'occuper des enfants. Les femmes sont ainsi plus proches du système de soins en général que les hommes, notamment à travers la prise en charge de la santé des enfants²⁴⁶.

Toutefois, il y'a des situations qui peuvent être problématiques, en particulier lorsque les femmes n'ont ni la maîtrise de la langue française ni aucun lien social ne leur permettant

²⁴³ PRIPI, rapport final, op.cit. p.26.

²⁴⁴ *Ibidem*.

²⁴⁵ *Ibid*.

²⁴⁶ *Ibid*.

d'accéder aux structures de soins, ce qui peut engendrer des complications de leur état de santé et de celui de l'enfant.

Autre élément culturel pouvant engendrer des freins dans l'accès aux soins est celui de la crainte suscitée par les institutions sanitaires engendrant des non recours aux soins²⁴⁷. En effet, toujours selon l'étude et les témoignages des praticiens, les personnes migrantes originaires de l'Est de l'Europe, en particulier du Caucase, éprouvent de la peur pour se rendre dans les structures de soins car « ils considèrent les praticiens comme des agents de l'Etat » comme c'était le cas dans leur pays d'origine²⁴⁸. Ce sentiment est également partagé par des migrants en situation irrégulière issus d'autres origines, qui rechignent à faire confiance aux professionnels de santé de peur d'être renvoyés dans leur pays.

Ainsi, les professionnels de santé interrogés encouragent à introduire « plus de souplesse et de précaution interculturelle » dans leur pratique et dénoncent que le manque de sensibilisation aux rapports interculturels des professionnels de santé en France engendrent des barrières dans l'accès aux soins des personnes migrantes²⁴⁹.

C. Les difficultés économiques

Les personnes migrantes, en situation précaire, éprouvent de réelles difficultés financières pour accéder aux soins²⁵⁰. En effet, selon les chiffres établis par Médecins du Monde, environ 17% des migrants rencontrés dans les CASO évoquent des difficultés financières à accéder aux soins et plus d'un tiers des personnes rencontrées en zone rurale²⁵¹.

Confrontés à une situation de précarité économique (pas d'emploi ou peu rémunérateur, faibles allocations etc.) les migrants rencontrent de réelles difficultés pour combler les

²⁴⁷ Ibid.

²⁴⁸ Ibid.

²⁴⁹ Ibid.

²⁵⁰ MDM rapport observatoire, op.cit p. 71

²⁵¹ *Ibidem*.

dépenses de santé. Car en effet, ces difficultés tiennent en particulier au fait qu'il leur ait impossible d'avancer les frais de soins ou de souscrire à une complémentaire santé²⁵².

Malgré l'existence de nombreuses couvertures complémentaires, beaucoup de personnes en sont encore dépourvues et ce malgré la création de dispositifs type CMU-C, AME et l'aide à la complémentaire santé (ACS)²⁵³. En effet, la CMU-C a pour but de venir pallier le reste à charge pour les personnes les plus démunies, et de couvrir les frais de santé trop élevés pour leur situation économique et compenser ainsi le fait de ne pas bénéficier de complémentaire santé²⁵⁴. Créées dans un objectif d'assurer aux personnes démunies une couverture santé de base, ces dispositifs ne sont pas aussi efficaces en pratique et ont pour conséquence d'engendrer notamment des non recours aux soins²⁵⁵.

Selon le rapport de l'observatoire 2018, Médecin du Monde énonce que « *si 9 personnes sur 10 disposent aujourd'hui d'une couverture maladie complémentaire en France (contre 7 sur 10 en 1981), les plus pauvres restent moins couverts, ce qui n'est pas sans lien avec le recours aux soins puisque les individus non couverts sont deux fois plus nombreux à ne pas avoir consulté de médecin au cours des douze derniers mois* »²⁵⁶.

En conséquence, les difficultés financières combinées aux failles et faiblesses des dispositifs de couverture santé incitent les personnes à se tourner vers les dispositifs sanitaires type PASS ou les services de Protection maternelle Infantile (PMI) qui n'exigent pas d'avance de frais²⁵⁷. Or l'avance de frais pour les personnes les plus démunies en difficulté financière représente une cause importante de non recours aux soins ou de rupture de soins.

A ce titre, la généralisation du tiers payant, proposée par la loi santé de janvier 2016²⁵⁸ (reportée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018) apparaît comme un outil indispensable contre les non-recours et les renoncements aux soins. Cette mesure qui a pour objectif de dispenser le bénéficiaire de dispositifs tels AME, CMU-C ou ACS, de régler l'avance des frais médicaux, pourra permettre également de lutter, en partie, contre les

²⁵² PRIPI, rapport final, op.cit. p.23

²⁵³ MDM, rapport observatoire 2018, loc.cit. Note 218

²⁵⁴ *Ibidem*.

²⁵⁵ *Ibid*.

²⁵⁶ MDM, rapport de l'observatoire 2018.

²⁵⁷ PRIPI, rapport final, op.cit. p.23

²⁵⁸ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

discriminations et les refus de soins de certains professionnels envers les bénéficiaires de ces dispositifs²⁵⁹.

Section 2 : L'accès à la santé des migrants en France : entre discriminations et inégalités

Les migrants sont confrontés à de nombreuses difficultés dans leur parcours de soins. Outre les obstacles juridico-administratifs, culturels et linguistiques, ces personnes subissent également, dans leur prise en charge sanitaire, d'importants actes de discriminations (paragraphe 1) et font l'objet d'un traitement parfois inégalitaire par les professionnels de santé qui refusent de prendre en consultation ces personnes (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : L'impact des discriminations sur la santé des migrants

Les discriminations dans l'accès aux soins à l'égard des migrants sont nombreuses. C'est une notion large qui intervient dans plusieurs domaines de la société (A) et qui met un frein dans l'accès à la santé durant tout le long du parcours de soins (B).

A. La notion de discrimination

Les migrants primo-arrivants en situation de précarité doivent faire face également à un climat hostile à leur rencontre et à de nombreux préjugés dans la société qui les accueille pouvant créer des difficultés et des discriminations dans l'accès aux soins.

La notion de discrimination est définie juridiquement comme « une différence de traitement entre des personnes ou des groupes placés dans une situation comparable sur la base d'un critère illégal dans un domaine visé par la loi et entraînant un préjudice »²⁶⁰. L'article 225-1 du code pénal énonce que « *Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les*

²⁵⁹ Service public, site officiel en ligne, <https://www.service-public.fr/> (consulté le 19/07/2019)

²⁶⁰ Migration santé grand Est, discriminations dans le champ de la santé, note de synthèse, mai 2016

personnes physiques sur le fondement 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 »²⁶¹.

Dans le domaine de la santé, d'autres textes juridique complète le champ d'interdiction des discriminations. Le code de déontologie médicale érige un principal fondamental de non discriminations en stipulant, dans son article 7 que « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* »²⁶².

Le code de santé publique quant à lui énonce en son article 1110-3 que « *aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés par le code pénal.* »²⁶³

Or dans les faits, les discriminations sont fréquentes dans l'accès aux soins, notamment concernant les bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME ou certains professionnels leur refusent de pratiquer les soins.

B. Les discriminations tout au long du parcours de soins

Tout au long du parcours de soins des migrants, des pratiques discriminatoires peuvent intervenir que ce soit pour une demande d'accès aux soins, lors de la visite devant un professionnel de santé ou une structure de soins, ou encore pour un diagnostic et la délivrance de soins²⁶⁴.

²⁶¹ Article 225-1 du code pénal

²⁶² Article 7 code de déontologie médicale

²⁶³ Article 1110-3 code de la santé publique

²⁶⁴ M.CORNU PAUCHET, *discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité*, dans Regards, 2018, N°53, p.43 à56

Des études menées en 2001 par des professionnels²⁶⁵ ont permis d'identifier 5 formes de discriminations dans l'accès aux soins liées à l'origine : le refus de soins, le retard aux soins, l'abaissement des normes de prise en charge, des paroles racistes ou xénophobes, l'instauration de modalités culturellement spécifiques.

Dès lors les conséquences de ces pratiques discriminatoires peuvent être terribles sur les personnes migrantes pour leur santé à la fois psychique et physique, allant de la situation d'inconfort au risque vital, des humiliations, du non accès aux médicaments etc.²⁶⁶. Ces pratiques mettent de plus en question le principe fondamental d'égalité de tous les citoyens à la protection de la santé.

L'enquête *trajectoire et origine*²⁶⁷ menée par l'INSEE et L'INED en 2008 met en avant le fait que des pratiques discriminatoires existent également dans la prise en charge de santé entre les usagers par certains professionnels. L'enquête estime notamment que les personnes immigrés bénéficient d'un traitement inégalitaire dans leur parcours de santé par rapport aux natifs engendrant un moins bon état de santé²⁶⁸.

Ces pratiques discriminatoires sont alors la cause et les conséquences d'un état de santé moins bon pour les migrants que pour le reste de la population générale. En effet, toujours selon l'enquête la plupart des personnes migrantes interrogées estiment avoir subi un traitement différencié de la part des médecins par rapport au reste de la population, avec pour motif principalement avancé, celui de l'origine²⁶⁹.

Enfin, pour les bénéficiaires de complémentaires santé type CMU-C, AME ou encore l'ACS, la notion de discrimination concerne principalement les refus de soins opérés par les professionnels de santé²⁷⁰.

²⁶⁵ FASSIN D., CARDE E., FERRE N., MUSSO-DIMIOTRIJEVIC S., *Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins*, Paris, Inserm, 2001, p. 65-69.

²⁶⁶ Médiation santé Alsace op.cit. p.12

²⁶⁷ COGNET M., HAMEL C., MOISY M., *Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe*, Revue européenne des migrations internationales, vol. 28, n° 2, 2012, p. 11-34.

²⁶⁸ Ibidem.

²⁶⁹ Ibid.

²⁷⁰ M.CORNU PAUCHET op.cit. p.46

Paragraphe 2 : Un accès à la santé entravé par les refus de soins

La notion de refus de soins est large et peut constituer, lorsqu'elle répond à des conditions légales, à un acte discriminatoire (A). Les professionnels de santé qui refusent de dispenser les soins à l'égard des migrants avancent différents arguments pour se justifier (B).

A. Des refus de soins discriminatoires

La notion de refus de soins peut être envisagée de manière large et désigne «*tout comportement ou pratique qui entrave l'accès aux soins et/ou qui conduit, directement ou indirectement, à ne pas dispenser les soins ou traitements qu'appelle la situation du patient* »²⁷¹.

Un refus de soins sera qualifié comme tel à partir du moment où un professionnel va refuser de délivrer les soins aux personnes les plus démunies bénéficiant des prestations sociales de type CMU-C, AME ou ACS dans les conditions de délai de qualité identiques à celles proposées à tout autre assuré²⁷². Un refus de soins, pour être qualifié de discriminatoire devra répondre à un des critères établis par la loi.

Dans une circulaire en date de juin 2008²⁷³, la CNAM a dressé une liste des cas de refus de soins, mettant en avant le fait que les discriminations interviennent dans différentes étapes de l'accès aux soins. Le refus de soins peut dès lors s'apparenter à un refus direct de rendez-vous, un refus d'élaborer un devis, la délivrance de soins de mauvaises qualités mais également des discriminations fondées sur le statut économique de la personne avec des refus d'application du tiers payant et dépassement d'honoraires non autorisés etc.²⁷⁴.

Plusieurs enquêtes ont été réalisées ces dernières années permettant de démontrer l'existence des refus de soins pour les bénéficiaires de la CMU-C, AME ou l'ACS. En effet, en

²⁷¹ Défenseur des Droits, Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, 2014, p. 20

²⁷² M. CORNU PAUCHET loc.cit. Note 239.

²⁷³ CNAM, Circulaire N°33/ du 30 juin 2018

²⁷⁴ Ibidem.

2006, Médecins du monde, a réalisé une enquête²⁷⁵ auprès de 725 médecins généralistes répartis dans dix villes de l'hexagone et en a conclu qu'environ 37% des médecins généralistes de secteur 1 et 59% des médecins généralistes de secteur 2 refusaient de prendre en consultation des bénéficiaires de l'AME.

Les refus de soins opposés aux personnes bénéficiaires de l'AME représentent des discriminations qui vont spécifiquement à l'encontre des migrants. En 2007, la DREES a mené une enquête dans la région Île-de-France²⁷⁶ soulignant que plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois s'était vu opposer un refus de soins de la part d'un professionnel de santé dans leur parcours de soins.

B. Les raisons invoquées par les praticiens

Les professionnels de santé invoquent de nombreux faits justificatifs pour se dédouaner de leurs pratiques discriminatoires. Parmi les arguments avancés : les contraintes administratives, les problèmes liés à la rémunération ou encore les motifs liés à la condition sociale des bénéficiaires sont les plus souvent remontés par les différentes enquêtes et études²⁷⁷.

Pour ce qui est des contraintes administratives, les arguments relevés de manière générale tiennent au fait des délais de remboursement très long ainsi que les rejets de remboursements. Les médecins qui reçoivent des patients bénéficiaires de prestations sociales type CMU-C, AME ou encore l'ACS, peuvent rencontrer des difficultés de rémunérations lorsqu'ils ne disposent pas d'outils de télétransmission²⁷⁸.

En effet, pour ces patients exemptés d'avance des frais, il appartient aux professionnels de santé de remplir une feuille de soins en format papier à destination de la CPAM pour

²⁷⁵ A. VELISSAROPOULOS, N.DROUOT, N.SIMONNOT, «*Je ne m'occupe pas de ces patients*», *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle ou de l'Aide Médicale d'État dans 10 villes de France*, Médecins du monde, octobre 2006.

²⁷⁶ B.BOISGUÉRIN et B. HAURY, «*Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins*», *Etudes et résultats*, n° 645 – juillet 2008, DREES.

²⁷⁷ Défenseur des droits, *les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, AME et de l'ACS*, mars 2014.p.16

²⁷⁸ Ibid.

percevoir leurs honoraires²⁷⁹. Or ce système apparaît contraignant pour les professionnels car trop long à exécuter. Cette gestion des paiements d'honoraires par la CPAM, considérée comme trop lourde administrativement, incite donc certains professionnels à refuser les soins pour cette population²⁸⁰.

De plus, des contraintes très lourdes administrativement ont été relevées pour les bénéficiaires de l'AME spécifiquement, notamment pour ceux ne disposant pas de carte vitale²⁸¹.

Le rapport de l'IGAS en 2007²⁸² a mis en avant les complexités administratives de règlement des consultations pour un bénéficiaire de l'AME pour les professionnels de santé en médecine de ville. En effet, ces modalités de remboursement se font soit par le biais d'une télétransmission dégradée pour les professionnels équipés soit par format papier à transmettre à la CPAM, ce qui est synonyme de lourdeur administrative et de délais de remboursement parfois très long de la CPAM²⁸³.

Les professionnels de santé justifient également leur refus de soins d'un point de vue financier et notamment ceux exerçant en secteur 2 (habilités à pratiquer les dépassements d'honoraires)²⁸⁴. Il n'est donc pas rare de voir des praticiens secteur 2 demander une avance de frais ou pratiquer les dépassements d'honoraires envers les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME²⁸⁵.

Enfin, outre les raisons administratives et financières, les stéréotypes et préjugés envers les bénéficiaires de ces dispositifs sont une cause non négligeable de refus de soins²⁸⁶. En effet le défenseur des droits, dans son rapport en 2014, indique que les différentes enquêtes réalisées auprès des professionnels de santé révèlent que certains praticiens considèrent les

²⁷⁹ Ibid.

²⁸⁰ Ibid.

²⁸¹ Ibid.

²⁸² A.CORDIER, F.SALAS, *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat*, IGF-IGAS, décembre 2010

²⁸³ Ibidem.

²⁸⁴ Défenseurs des droits, rapport 2014 op.cit. p.18

²⁸⁵ Ibidem.

²⁸⁶ Ibid.

bénéficiaires de l'AME ou de la CMU-C « *moins rigoureux que le reste de la population, plus agressifs et moins respectueux* »²⁸⁷.

Des préjugés qui ont notamment un impact sur l'état de santé des migrants, qui, face à un parcours migratoire souvent violent, se retrouvent dans un climat hostile dans leur parcours de soins par certains professionnels.

²⁸⁷ Ibid.

Chapitre 2 : Les failles et les faiblesses dans les dispositifs de droit commun d'accès aux soins

L'accès au système de santé des personnes, de manière globale (étrangers ou non), implique l'existence d'un dispositif de prise en charge des frais de santé garantissant l'accessibilité financière au système de soins. Or pour les migrants, ce dispositif de prise en charge des frais de soins n'est pas homogène et est en pratique soumis à condition (section 1) notamment au regard de la régularité du séjour et de la durée de résidence sur le territoire national. Dans un contexte actuel où la crise migratoire divise les pays européens quant à sa résolution, respectant à la fois les droits humains et les politiques d'accueil des migrants fuyant les régions en guerre, la prise en charge des migrants fait l'objet de débat et de nombreuses perspectives d'avenir se dessinent afin de leur garantir un meilleur accès aux soins (section 2).

Section 1 : Un accès aux soins en pratique soumis à conditions

L'accès au système de santé et aux soins en France est conditionné. Pour les personnes étrangères, l'accès aux soins sera conditionné selon leur situation (régulière ou irrégulière) et de leur durée de résidence sur le territoire national, engendrant une prise en charge différenciée et de qualité variable (paragraphe 1). De plus, la pratique de la rétention administrative des étrangers en France s'est considérablement développée ces dernières années entraînant de nouveaux enjeux pour leur prise en charge sanitaire (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Une prise en charge inégale des frais de soins et de qualité variable

Comme nous l'avons vu précédemment, seuls les étrangers qui répondent à la condition de durée de résidence sur le territoire national et de régularité de sa situation peuvent accéder au dispositif d'accès aux soins de droit commun. Il peut s'agir dans ce cas soit de la branche maladie-maternité de la sécurité sociale soit, en cas faibles ressources, de la CMU-C ou de l'ACS.

Toutefois, à côté de la protection universelle maladie (PUMA) mis en œuvre par la loi de financement de 2016²⁸⁸, un dispositif spécifique pour les étrangers en situation irrégulière a été maintenu. En effet, lorsque la personne migrante ne remplit pas les conditions de régularité et de durée de résidence, la prise en charge des frais de soins est différenciée²⁸⁹. Vulnérable de fait par sa situation précaire, l'étranger en situation irrégulière ne bénéficie ni des mêmes droits que ceux en situation régulière, ni du même accès au dispositif de droit commun²⁹⁰.

Ces personnes ont en effet été reléguées dans différents dispositifs spécifiques ayant pour conséquence à la fois de ne pas offrir de protection équivalente par rapport au dispositif de droit commun mais également de renforcer ce sentiment de marginalisation et de précarisation au lieu de favoriser leur intégration²⁹¹.

C'est le cas notamment de l'AME, prévue par l'article L.251-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), l'AME est un dispositif particulier qui jouit d'un statut à part entière dans le système français de protection sociale puisqu'elle ne correspond pas à une prestation de sécurité sociale mais à une aide sociale²⁹².

Cela implique que ses bénéficiaires ne disposent pas des mêmes droits et de la même protection que les étrangers en situation régulière sous le dispositif de droit commun. En effet, à titre d'exemple, ils ne disposent pas de carte vitale, pas de numéro de sécurité

²⁸⁸ Loi de financement de la sécurité sociale de 2016, Article 59

²⁸⁹ K.Michalet, *migrants vulnérables et droits fondamentaux*, op.cit.p.182

²⁹⁰ Ibidem.

²⁹¹ Ibid.

²⁹² Défenseur des droits, *Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*, rapport 07/05 2019, p.22

sociale définitif (procédure d'immatriculation spécifique) et ont accès à un panier de soins de 6 prestations seulement²⁹³.

Les personnes en situation irrégulière ne bénéficient que d'une prise en charge des frais de soins dont le niveau est très inférieur par rapport à celui dont bénéficient les personnes démunies²⁹⁴. Face à la protection minimale qu'elle confère, l'AME est souvent considérée comme trop coûteuse ou indue, instaurant une forme de « prime à l'illégalité »²⁹⁵ et les garanties et avantages qu'elle avance, ne sont pas semblables à ceux que propose la CMU-C ou la PUMA.

En dépit que l'AME offre une prise en charge à 100% des soins médicaux dispensés par la médecine de ville ou les établissements de santé avec une dispense d'avance des frais de soins, aucune limitation des tarifs applicables n'est envisagée comme dans le cadre des autres dispositifs²⁹⁶. De plus, la prise en charge ne s'opère que dans la limite des tarifs de responsabilité des organismes d'assurance maladie et les frais qui les dépassent sont *ipso facto* à la charge des bénéficiaires²⁹⁷.

Enfin, si les prestations accordées par l'AME sont inférieures par rapport aux autres dispositifs, il convient de souligner que la couverture à laquelle ont droit les étrangers en situation irrégulière ne répondant pas à la condition de durée de résidence sur le territoire national est encore plus limitée²⁹⁸.

En effet, le dispositif de prise en charge des seuls soins urgents dispensé dans les établissements de santé n'est que ponctuelle et ne concerne pas le recours à la médecine de ville²⁹⁹.

A travers ces exemples on note la différenciation dans les dispositifs de prise en charge des soins pour les personnes selon leur situation et statut. Or cette différenciation renforce

²⁹³ Ibidem.

²⁹⁴ K.MICHELET, *Migrants vulnérables et droits fondamentaux*, op.cit. p.184

²⁹⁵ Défenseur des droits, rapport 2019 loc.cit. note 260

²⁹⁶ K.MICHELET, *op.cit.* p.185.

²⁹⁷ Ibidem.

²⁹⁸ Ibid.

²⁹⁹ Ibid.

paradoxalement l'aggravation des pathologies et ont par conséquent un impact financier puisque les frais de soins sont plus onéreux à ce stade³⁰⁰.

Paragraphe 2 : Une prise en charge sanitaire fragile des migrants placés en rétention administrative

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a, dans un avis du 17 décembre 2018³⁰¹, rappelé les enjeux importants de la prise en charge sanitaire des étrangers retenus et met en œuvre des nouvelles modalités de prise en charge.

La rétention administrative vise à retenir dans un lieu fermé un étranger qui fait l'objet d'une mesure d'éloignement, dans l'attente de son renvoi forcé vers son pays d'origine³⁰². Décidée par l'administration, puis éventuellement prolongée par le juge lorsque le départ immédiat de l'étranger du territoire est impossible, la rétention ne peut excéder une durée de 90 jours (sauf cas de terrorisme)³⁰³.

Les personnes retenues dans les centres de rétentions administratives (CRA) ne sont pour autant pas dépourvues de droits. Ils bénéficient notamment du droit fondamental à la protection de la santé inscrit dans le préambule de la constitution de 1946, impliquant de ce fait la sécurité sanitaire mais aussi l'égal accès aux soins³⁰⁴. Les soins doivent de plus être prodigués dans l'intérêt de la personne et de sa dignité ainsi que dans le respect des règles de déontologies médicales et du code de la santé publique³⁰⁵. Les unités médicales (UMCRA) présentes dans chaque CRA, ont pour mission d'assurer la prise en charge sanitaire des étrangers retenus³⁰⁶.

³⁰⁰ Ibid.

³⁰¹ CGLPL, Avis du 17 décembre 2018 relatif à la prise en charge sanitaire des personnes étrangères au sein des centres de rétention administrative

³⁰² Service public, site officiel en ligne (www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2780, consulté le 30/06/2019)

³⁰³ Ibidem.

³⁰⁴ CGLPL, Avis du 17 décembre 2018 op.cit. p.2

³⁰⁵ Ibidem.

³⁰⁶ Ibid.

Or les migrants retenus souffrent d'une absence de prise en compte de leur vulnérabilité (A) et leur droit à l'assistance médicale, défaillant (B). Enfin, on notera la problématique liée à l'absence de procédure en droit interne pour les migrants dont l'état de santé est incompatible avec leur rétention (C).

A. L'absence de prise en compte des vulnérabilités des migrants retenus

Le CGPL dans son avis rendu public le 21 février 2019, fait état, au terme de plusieurs enquêtes menés sur le terrain relative à la santé des étrangers retenus, qu'il existe d'importantes difficultés d'accès au personnel soignant ainsi que plusieurs violations aux règles déontologiques, notamment le secret professionnel et de nombreuses défaillances dans la prise en charge des troubles psychiques³⁰⁷.

Le défenseur des droits, dans son rapport du 07 mai 2019³⁰⁸, met en exergue le fait qu'il n'est pas suffisamment pris en compte, par l'autorité administrative compétente du placement, des vulnérabilités de la personne au moment de la mise en œuvre de la mesure de rétention. Ainsi, de nombreuses personnes étrangères sont enfermées alors même que cette mesure est inadaptée par rapport à leur état de santé. Une enquête menée par la Cimade en 2017³⁰⁹ constate que l'état de santé de plusieurs personnes retenues étaient incompatibles avec la mesure de rétention (grossesse à risque, patients atteints du VIH, troubles psychiques etc.).

Les personnes migrantes ont subi de nombreux traumatismes au cours de leur parcours migratoires et beaucoup souffrent de troubles psycho traumatiques, or la mesure de rétention, synonyme d'enfermement, peut être facteur de troubles psychologiques très graves et accentuer la vulnérabilité de ces personnes.

Une étude menée par l'OFII en 2017³¹⁰ a démontré que les migrants souffrant de troubles psychiques dans les CRA sont très nombreux, et représentent la principale catégorie de pathologie (avec les maladies infectieuses et parasitaires) recensée dans ces centres. Ces

³⁰⁷ Ibid.

³⁰⁸ Défenseur des droits, rapport 2019 op.cit. p.67

³⁰⁹ La Cimade, *Migration. Etat des lieux*, 2017

³¹⁰ OFII, rapport d'activité 2017, p.66

troubles peuvent conduire à des pratiques auto-mutilantes voire même suicidaire³¹¹. C'est pourquoi le repérage et la prise en charge des troubles psychiques apparaissent indispensables pour améliorer l'état de santé des personnes retenues.

Or il ressort des enquêtes précédemment citées que le personnel soignant intervenant en rétention n'est pas formé au repérage de ces troubles psychiques ni même à leur prise en charge³¹². Les mesures qui sont prises à cet effet sont souvent la mise en isolement, accentuant dès lors les troubles psychiques.

Le manque de moyen pour la prise en charge sanitaire est mis en avant pour expliquer cette gestion des troubles psychiques des migrants retenus³¹³. Une pénurie de moyen humain en rétention tels de psychiatres et de psychologues combiné avec le manque d'escorte policière et la saturation des services hospitaliers pour une consultation spécialisée concourent à la défaillance de la prise en charge sanitaire des personnes migrantes retenues en CRA³¹⁴.

B. Un droit à l'assistance médicale défaillant

L'article L.551-2 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) consacre le droit à l'assistance médicale en disposant que « *L'étranger est informé dans une langue qu'il comprend et dans les meilleurs délais du fait qu'il bénéficie, dans le lieu de rétention, du droit de demander l'assistance d'un interprète, d'un conseil et d'un médecin ainsi que de communiquer avec son consulat et avec toute personne de son choix* »³¹⁵. Toutefois en pratique, ce droit à l'assistance médicale dans les CRA se heurte à de nombreux obstacles.

En effet, en dépit de la présence d'une ou plusieurs salles dotées d'équipements médicales dans les CRA comme le prévoit le CESEDA³¹⁶, l'accès aux unités médicales n'est pas toujours facile pour les migrants retenus. L'information du droit à cette assistance pour les personnes peu faire l'objet d'omission de la part du personnel intervenant, tout comme les horaires

³¹¹ *Ibidem*.

³¹² Défenseur des droits, 2019, op.cit. p.70

³¹³ *Ibidem*.

³¹⁴ *Ibid*.

³¹⁵ Article L.551-2 du CESEDA

³¹⁶ Article R.553-3 du CESEDA

d'ouverture ou les modalités de prise de rendez-vous³¹⁷. De plus, dans certains CRA, l'accès à l'unité médicale n'est accessible que par escorte policière, ce qui accentue la difficulté d'accès et le non recours à ce droit³¹⁸.

Au-delà de la difficulté d'accès aux UMCRA pour les personnes migrantes retenues, ces personnes éprouvent également des obstacles dans l'effectivité de leur droit à l'assistance médicale du à un manque de personnel soignant³¹⁹.

Dans l'hexagone, les effectifs médicaux présents dans les CRA ne sont pour la plupart pas suffisant pour répondre aux besoins et se retrouvent très réduits le week end et la nuit voire se réduit, dans certains CRA, à quelque demi-journées par semaine³²⁰. Or ce temps de présence ne permet pas de garantir le repérage de certaines pathologies ni le suivi efficace de l'état des personnes migrantes retenues.

En cas d'urgence, un médecin ne peut se déplacer uniquement si les policiers présents dans le CRA considèrent la situation comme telle, ce qui peut engendrer des complications médicales lorsque l'état de santé du migrant retenu est incompatible avec la rétention³²¹.

C. Une absence de procédure pour les personnes dont l'état de santé est incompatible avec la rétention

Alors même que le droit français prévoit des mesures de mise en liberté pour raisons médicales à destination des détenus dont l'état de santé est incompatible avec leur détention, aucune disposition légale ni aucun texte ou procédure n'existe pour les personnes migrantes retenues en centre de rétention et dont l'état de santé est incompatible avec cette mesure³²².

Toutefois ces personnes ne font pas toutes l'objet de mesure de protection contre l'éloignement, leur état de santé peut ne pas être compatible avec la mesure de rétention sans pour autant signifier qu'ils bénéficient de la mesure de protection pour raison médicale

³¹⁷ Défenseur des droits, 2019 op.cit. p.71

³¹⁸ *Ibidem*.

³¹⁹ *Ibid*.

³²⁰ *Ibid*.

³²¹ *Ibid*.

³²² *Ibid*.

et leur éviter un retour au pays d'origine (c'est le cas des femmes enceintes, des troubles psychiques, handicap, certains traitements spécifiques etc.) ³²³.

Toutefois, en dépit de l'absence de disposition légale en la matière, l'administration doit toutefois respecter certaines obligations internationales et européennes, notamment celle de ne pas faire subir de traitements dégradants ou inhumains aux personnes retenus, consacré par l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme³²⁴.

L'article R.4127-10 du code de la santé publique impose quant à lui des obligations déontologiques à l'égard des médecins des UMCRA en disposant que « *Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire* »³²⁵. Le médecin peut, sur cette base, établir un certificat d'incompatibilité de l'état de santé de la personne retenue avec sa rétention qui va conduire, pour la plupart des cas à sa libération³²⁶.

³²³ Ibid.

³²⁴ Convention européenne des droits de l'Homme article 3, entrée en vigueur en 1953

³²⁵ Article R.4127-10 du code de la santé publique

³²⁶ Défenseur des droits, 2019 op.cit. p.75

Section 2 : Les débats autour de la prise en charge des migrants

Face aux inégalités persistantes dans l'accès aux soins, de nouvelles stratégies sont à penser afin de promouvoir la santé des migrants (paragraphe 1) notamment en intégrant les représentations culturelles pour les professionnels de santé au cours de la prise en charge sanitaire mais également en développant les initiatives d'actions au niveau local. Les difficultés rencontrées par les migrants en situation irrégulière dans la prise en charge de leurs frais de santé incitent à nous interroger sur la nécessité d'une réforme de l'AME (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Des nouvelles stratégies à penser pour promouvoir la santé des migrants

Les nouvelles actions et stratégies pour promouvoir la santé des migrants nécessitent de prendre en compte les représentations culturelles dans leur prise en charge sanitaire (A). Le développement d'actions à l'échelle locale apparaît également primordial pour une prise en charge globale des migrants (B).

A. Prendre en compte les représentations culturelles dans la prise en charge sanitaire des migrants

Les professionnels de santé doivent prendre en compte les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants. Dans l'exercice de leur fonction, que ce soit dans le milieu hospitalier ou en médecine de ville, la prise en charge des migrants conduit parfois les professionnels à s'interroger sur la réaction des migrants par rapport à des pratiques médicales³²⁷. Car la méconnaissance réciproque des représentations culturelles de chacun peut entraîner des situations instables : arrêt des soins et de suivi médical, violence, erreur de diagnostic médical etc.³²⁸.

³²⁷ Revue *la santé de l'homme* n°392, *Des stratégies pour promouvoir la santé des migrants*, novembre-décembre 2007, p.25 à 30

³²⁸ Ibidem.

La spécificité culturelle doit être considérée de manière large : la langue, le comportement face à la maladie et à la mort, les représentations par rapport au genre et à la sexualité, les pratiques religieuses etc. autant de facteurs qui influent sur la santé des migrants.

Toutefois les différents documents existants autour de la spécificité culturelle n'évoquent pas le problème de façon globale et l'analyse culturelle devient dès lors restrictive en l'absence de réflexions socio-économique plus globale, qui jouent pourtant un rôle primordial dans le comportement des patients face à la maladie³²⁹.

En cas de maladie chronique, les retours au pays d'origine (si l'état clinique du patient le permet) doivent être mis en œuvre avec une vigilance particulière, notamment pour s'assurer d'une prise adéquate et bien régulière des traitements³³⁰.

Rappelons que les difficultés socio-économiques représentent des causes importantes de non recours aux soins aggravées par la complexité des démarches administratives et des refus de soins souvent illégaux ainsi qu'un fréquent isolement social qui caractérisent la situation de beaucoup de patients migrants.

C'est pourquoi il apparaît nécessaire, pour les professionnels de santé, de faire évoluer les pratiques de soin pour accorder davantage de place au travail multidisciplinaire afin de tendre vers une prise en charge « globale » des migrants dans leur parcours de soin³³¹.

B. Développer les actions à l'échelle locale dans la prise en charge sanitaire des migrants

Les actions locales en matière de santé sont particulièrement importantes. Beaucoup d'institutions ou d'organismes déclinent des actions à promouvoir à l'échelle locale. C'est le cas notamment de l'Agence régionale de santé qui élabore une planification de territoires de santé identifiés comme « problématiques » ou résident des populations démunies ayant des problèmes d'accès aux soins³³². Toutefois, la santé des migrants, et particulièrement des

³²⁹ Ibid.

³³⁰ Ibid.

³³¹ Ibid.

³³² ARS, site officiel en ligne

primo-arrivants, ne fait pas toujours l'objet d'une question à part entière³³³. En effet, les problèmes de santé spécifiques aux migrants sont intégrés dans ceux de l'ensemble des populations dites « vulnérables »³³⁴.

Afin d'identifier les difficultés liées à l'accès aux soins et d'apporter des moyens de réponses efficaces, les professionnels de santé, du social et politique doivent traiter cette question à l'échelon local en se dotant d'outils opérationnels (programmes, structures, moyens humains et financiers etc.) visant la santé des migrants et les pratiques de soins (développer les réseaux locaux d'acteurs, les centres de soins gratuits etc.)³³⁵.

Comme nous l'avons vu, les inégalités dans l'accès aux soins des migrants est une réalité constatée sur le terrain par les différents acteurs contribuant à la prise en charge sanitaire des migrants. Toutefois, ces professionnels sont confrontés à des situations paradoxales, entre réalité de terrain (urgence de situation individuelle) et respect des prérogatives légales fixées par le gouvernement (mesures restrictives dans l'accès aux soins)³³⁶.

Les actions menées à l'échelon local font parties intégrante de l'action territoriale de l'Etat, et il appartient à la politique de la ville d'identifier les actions prioritaires pour les publics sensibles, notamment les migrants³³⁷. Il revient donc pour ces acteurs de l'action sociale et citoyenne locale de mettre en place des dispositifs pour améliorer l'accès aux soins des migrants, en permettant notamment de promouvoir la prévention, l'éducation thérapeutique, la formation des professionnels concourant à la prise en charge des migrants etc.³³⁸.

³³³ A-C. HOYEZ, *L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale »*. Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales, Cybergeog : european journal of Geography (en ligne), *Espace, société, Territoire*, document 566, mis en ligne le 21 novembre 2011, consulté le 05/07/2019

³³⁴ Ibidem.

³³⁵ Ibid.

³³⁶ Ibid.

³³⁷ Ibid.

³³⁸ Ibid.

Paragraphe 2 : Vers une réforme de l'AME ?

Depuis son instauration par la Loi de 1999, l'AME ne cesse de susciter des débats et controverses (A) au point où l'on peut se questionner sur la nécessité de réformer ce dispositif (B).

A. Débats et controverses autour de l'AME

Depuis sa création en 2000, l'AME ne cesse d'attirer l'attention médiatique et susciter les débats politiques. Considérée comme trop couteuse, elle fait l'objet de controverses et d'attaques régulières³³⁹. Les opposants à l'AME considèrent, à tort, que le régime de protection sociale français encourage les flux migratoires illégaux en créant un « appel d'air » alors même que plusieurs études ont démontré que le lien entre le besoin de soins et l'immigration n'est pas établi et reste très marginal³⁴⁰.

En effet, selon une enquête réalisée par l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde³⁴¹, sur 1218 migrants en situation irrégulière interrogés, seuls 6% citent la santé comme l'un des motifs de migration.

Le cout de l'AME, bien important qu'il soit, est à relativiser car son budget constitue uniquement une enveloppe à part entière et ne rentre pas dans la branche maladie de la sécurité sociale³⁴². Cependant, comme le démontre un rapport du Sénat en 2018, « *la dotation de l'Etat à la CNAMTS ne couvre pas la totalité des dépenses effectivement constatées lors de l'exercice, entraînant la constitution d'une dette de l'État vis-à-vis de la CNAMTS* »³⁴³.

De plus, l'argument des opposants à l'AME la déclarant coupable du déficit de l'Assurance maladie n'est pas recevable si l'on regarde les chiffres de cette dernière pour l'année 2015 : les dépenses de l'AME sont de l'ordre de 678 millions d'euros soit 0.45% de l'ensemble des

³³⁹ C.DUCHENE, *Les grands débats qui font l'actu : santé et société*, Dunod, Malakoff, 2018, p.62

³⁴⁰ Défenseur des droits, 2019 op.cit. p.24

³⁴¹ Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, *L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays européens*, septembre 2009.

³⁴² C.DUCHENE, op.cit. p.64

³⁴³ A.JOYANDET, rapport mission « santé », Sénat (site officiel consulté le 29/06/2019) <https://www.senat.fr/commission/fin/pjlf2018/np/np25/np255.html#toc82>)

dépenses de santé, ce qui est dérisoire par rapport aux sommes dépensées par la branche Assurance maladie (186.9 Milliards d’euros de prestations en 2016)³⁴⁴.

Enfin autre argument à relativiser, celui qui incite à dire que l’AME serait plus avantageux au niveau des soins pour les personnes migrantes que les autres dispositifs existants pour les plus démunis³⁴⁵.

En effet, la CMU-C offre une couverture des soins à la fois gratuite mais également plus confortable et efficace que l’AME car moins exposée aux refus de soins de la part des professionnels (argumenté précédemment). C’est pourquoi le bénéficiaire de l’AME ne dispose pas d’un statut privilégié et ce dispositif peut, à l’inverse, davantage créer une situation de stigmatisation que d’intégration car est spécifiquement réservé à un groupe de population, détaché du reste de la population³⁴⁶.

B. L’opportunité d’une réforme de l’AME

Comme nous l’avons vu précédemment, le dispositif d’AME est attribué sous condition à la fois de ressources et de durée de résidence minimale de 3 mois sur le territoire et donne droit à un large panier de soins.

Selon le rapport du Sénat en 2018 relatif la mission « santé »³⁴⁷ « *afin d’assurer la soutenabilité des dépenses de santé, une réforme en profondeur du dispositif d’AME de droit commun semble indispensable* ». En effet, face à la difficulté d’atténuer la progression du nombre de bénéficiaires de l’AME, le rapport du Sénat énonce que la réforme pourrait consister en « *un recentrage des soins pris en charge sur un panier ciblant le traitement des soins urgents, des maladies graves et des mesures de médecine préventive.*³⁴⁸ ».

³⁴⁴ C.DUCHENE op.cit. p.64

³⁴⁵ *Ibidem*.

³⁴⁶ *Ibid*.

³⁴⁷ A.JOYANDET, op.cit.

³⁴⁸ *Ibidem*.

Dans la mesure où les professionnels de santé et les établissements de soins, ne peuvent, pour des raisons de respect déontologique professionnel, refuser de prendre en charge certains patients, le danger principal de la réforme de l'AME de droit commun serait donc de voir les praticiens aiguiller ces personnes vers les hôpitaux³⁴⁹.

Dans un contexte marqué par une crise des urgences, ce recentrage des soins vers les hôpitaux ne serait pas sans risque, pouvant entraîner la saturation des services hospitaliers. Le rapport insiste donc sur la nécessité de maintenir un dispositif de prise en charge minimale tout en continuant d'être financé par le budget de l'État et en particulier par la mission « Santé »³⁵⁰.

³⁴⁹ Ibid.

³⁵⁰ Ibid.

Conclusion générale

Le droit fondamental à la santé, décliné sous la forme du droit à la protection de la santé, garantit, en théorie, l'accès aux prestations de soins à toute personne, sans référence à l'origine ou le statut. Or comme nous avons pu le constater, la réalité est plus nuancée. En France, les différentes lois relatives aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers ont, pour la plupart des cas, amené à une régression de la situation de cette population³⁵¹. Pire encore, elles ont provoqué, dans le droit et dans la société, une banalisation du traitement différencié réservé aux personnes migrantes de par leur nationalité et leur statut³⁵².

Les différents textes internationaux (conventions, traités, chartes etc.) indiquent tous que les migrants, en tant qu'êtres humains, doivent bénéficier au même titre que les natifs, des droits et des obligations inaliénables à la personne humaine³⁵³. L'article 1 de la déclaration des droits de l'Homme et du citoyen (DDHC), en tant que partie intégrante de notre bloc de constitutionnalité, déclare à ce propos que « tous les hommes naissent libres et égaux en droits »³⁵⁴. Toutefois, cette caractéristique ne suffit pas à leur accorder un accès effectif et égalitaire au système de soins. En effet, ces personnes doivent en plus, revêtir un statut spécifique (demandeur d'asile, apatride, réfugié, regroupement familial ...) qui va conditionner leur accès aux soins.

Il apparaît, à la vue des différentes enquêtes réalisées et mentionnées précédemment, que les migrants rencontrent de nombreuses difficultés et divers obstacles dans leur parcours de soins. Entre complexité des démarches administratives et juridiques, la barrière de la langue et des représentations culturelles très diverses face à la maladie, les migrants subissent également de nombreuses discriminations par les professionnels de santé dans leur parcours de soins (refus de soins, manque d'informations etc.).

Pour ce qui concerne l'accès à la couverture maladie, les migrants en situation irrégulière font l'objet d'un traitement différencié car ils sont exclus de l'assurance maladie, renforçant leur vulnérabilité et une atteinte susceptible à leurs droits. Quant aux étrangers en situation

³⁵¹ Défenseur des droits, rapport 2016 op.cit. p.7

³⁵² *Ibidem*.

³⁵³ J.M.CROUZATIER, op.cit. p.148

³⁵⁴ Article 1 de la DDHC de 1789

régulière, bien qu'ils puissent bénéficier de l'assurance maladie, ceux-ci peuvent rencontrer des difficultés d'accès spécifiques que la réforme de l'assurance maladie en 2016, avec l'instauration de la PUMA, n'a pas réussi à résoudre³⁵⁵.

Or, les migrants représentent, à la vue de leur parcours migratoire souvent violent, une population vulnérable dont particulièrement ceux en situation irrégulière. Ces personnes souffrent pour la plupart de nombreuses pathologies, à la fois physiques et/ou psychiques résultant soit directement de leur parcours, soit du fait de leurs conditions de vie précaire.

Beaucoup de personnes migrantes en situation irrégulière ou même en attente de statut (demandeur d'asile) ne bénéficient pas d'un hébergement stable, du fait d'un manque criant de place dans les différentes structures existantes et beaucoup se retrouvent à dormir dans la rue ou dans des camps de fortune, propices à la propagation de pathologies. La barrière de la langue renforce la difficulté pour les professionnels de santé à établir un diagnostic médical fiable combiné à un manque de suivi. Les pathologies psycho traumatiques sont courantes chez ces personnes, et le système juridico-administratif contribue à renforcer à la fois le stress et les appréhensions.

A cela s'ajoute les nombreux préjugés auxquels sont confrontés les migrants dans la société. Entre l'idée selon laquelle notre système de santé serait trop généreux, créant un « appel d'air » qui attirerait des étrangers venus spécialement pour se soigner et bénéficier des meilleures prestations à moindre coût par rapport à leur pays d'origine. Autre idée reçue, celle selon laquelle les dispositifs existants en France au bénéfice des migrants malades seraient détournés par des étrangers n'en relevant pas (des cas de fraudes).

Toutefois, de nombreuses enquêtes ont toutes démenti ces préjugés en argumentant le fait, d'une part, que l'immigration pour besoins de soins est très infime en France, les migrants s'apercevant pour la plupart des cas qu'ils souffrent d'une pathologie une fois arrivés en France seulement (par la visite médicale de l'OFII ou lors de bilan de santé)³⁵⁶. D'autre part, l'OFII rapporte dans son rapport d'activité 2018³⁵⁷, que le nombre de cas de fraude ne représente qu'à peine 1% des dossiers étudiés.

³⁵⁵ Défenseur des droits, rapport 2019, op.cit. p.9

³⁵⁶ *Ibidem*.

³⁵⁷ OFII, rapport d'activité 2018, p.79

Force est de constater que ces personnes sont en premier lieu perçues et traitées dans la société comme des étrangers avant d'être considérées comme des personnes malades vulnérables nécessitant une prise en charge sanitaire.

« *Vous qui entrez, abandonnez toute espérance* »³⁵⁸, cette phrase inscrite dans la *Divine comédie* qui représente l'entrée dans « *l'Enfer* », ferait, au regard des constats observés, davantage échos pour les migrants que l'article 1 de la DDHC précité.

Or l'accès aux soins des migrants est une véritable source d'enjeux et un impératif de santé publique car la santé représente un facteur d'intégration dans la société. C'est pourquoi il apparaît primordial à l'avenir de mettre en place des mesures supplémentaires à celles existantes afin de renforcer et mieux structurer le parcours de santé des migrants.

De nouveaux dispositifs doivent être créés tels des plans d'actions à l'échelle nationale et locale afin de permettre une prise en charge globale des personnes migrantes dans leur parcours de soins. Parmi les axes prioritaires : la formation du personnel soignant, développer les services d'interprétariat professionnel et de médiation sanitaire, améliorer l'information des migrants sur leurs droits et les orienter de manière efficace. De plus, des partenariats peuvent être noués entre régions/territoires pour améliorer l'accompagnement et la prise en charge sanitaire des migrants, comme c'est le cas par exemple avec le projet « *AB réfugiés* »³⁵⁹.

C'est donc en changeant les mentalités -en se débarrassant des fausses idées reçues- et avec l'appui de tous les acteurs (nationaux et locaux) ainsi que tous les dispositifs existants ou en création que l'accès aux soins des migrants sera plus effective et égalitaire.

³⁵⁸ Dante ALIGHIERI, *La Divine Comédie*, chant III, première partie, 1321

³⁵⁹ Interreg, « *projet AB réfugiés* » voir Annexe 1.

Tables des matières

Introduction.....	7
Partie 1. L'accès au système de santé des personnes migrantes : entre droit fondamental et impératif de santé publique.....	18
Chapitre 1 : Le droit fondamental d'accès aux soins reconnu et garanti par les textes	19
Section 1 : Le droit fondamental à la protection de la santé	19
Paragraphe 1 : L'apport du droit international et européen	20
A. Le droit international comme garant du droit d'accès aux soins et à la protection de la santé	20
B. L'apport du droit de l'Union Européenne	21
Paragraphe 2 : L'apport du droit français : l'égal accès aux soins garanti par la constitution	24
Section 2 : Les aspects administratifs et légaux du droit d'accès aux soins des migrants	25
Paragraphe 1 : La prise en charge des frais de santé	26
A. L'AME : un dispositif au bénéfice des migrants en situation irrégulière	26
B. Les migrants en situation régulière et les mineurs isolés	28
Paragraphe 2 : Le rôle de l'hôpital dans la prise en charge médicale des migrants	29
A. Le rôle des Permanences d'accès aux soins	29
A. Les soins urgents	31
Chapitre 2 : Les enjeux de la santé des migrants	32
Section 1 : L'accès aux soins et à la prévention : un enjeu de santé publique	32
Paragraphe 1 : La nécessité d'un contrôle sanitaire	33
A. La Visite médicale des étrangers primo-arrivants	33
1. Le déroulement de la visite médicale de prévention	33
2. Un dispositif qui tend à la baisse	35
B. Mise en place d'un rdv santé précocement	36
Paragraphe 2 : Faciliter l'accès à la prévention et aux soins	38
A. Améliorer l'information à destination des migrants et des professionnels	38
B. Le recours à l'interprétariat et la médiation sanitaire	39
1. La nécessité de l'interprétariat professionnel	39
2. Le recours à la médiation sanitaire	41
Section 2 : L'état de santé des migrants en France	42
Paragraphe 1 : Les facteurs de vulnérabilité des migrants	42
Paragraphe 2 : L'importance de l'accès aux soins psychiatriques	45
A. La prise en charge des troubles psychologiques : un enjeu de santé publique	45
B. Une attention particulière adressée aux mineurs isolés étrangers	47

Partie 2. Un accès aux soins en pratique difficile	49
Chapitre 1 : Les obstacles dans l'accès aux soins et à la prévention des personnes migrantes	50
Section 1 : Des obstacles d'ordre administratif et individuel	50
Paragraphe 1 : La complexité des démarches administratives	51
Paragraphe 2 : Les obstacles individuels	53
A. La barrière linguistique	53
B. Les freins culturels	54
C. Les difficultés économiques	55
Section 2 : L'accès à la santé des migrants en France : entre discriminations et inégalités	57
Paragraphe 1 : L'impact des discriminations sur la santé des migrants	57
A. La notion de discrimination	57
B. Les discriminations tout au long du parcours de soins	58
Paragraphe 2 : Un accès à la santé entravé par les refus de soins.....	60
A. Des refus de soins discriminatoires.....	60
B. Les raisons invoquées par les praticiens	61
Chapitre 2 : Les failles et les faiblesses dans les dispositifs de droit commun d'accès aux soins	64
Section 1 : Un accès aux soins en pratique soumis à conditions	64
Paragraphe 1 : Une prise en charge inégale des frais de soins et de qualité variable	65
Paragraphe 2 : Une prise en charge sanitaire fragile des migrants placés en rétention administrative.....	67
A. L'absence de prise en compte des vulnérabilités des migrants retenus	68
B. Un droit à l'assistance médicale défaillant	69
C. Une absence de procédure pour les personnes dont l'état de santé est incompatible avec la rétention	70
Section 2 : Les débats autour de la prise en charge des migrants	72
Paragraphe 1 : Des nouvelles stratégies à penser pour promouvoir la santé des migrants.....	72
A. Prendre en compte les représentations culturelles dans la prise en charge sanitaire des migrants.....	72
B. Développer les actions à l'échelle locale dans la prise en charge sanitaire des migrants	73
Paragraphe 2 : Vers une réforme de l'AME ?	75
A. Débats et controverses autour de l'AME	75
B. L'opportunité d'une réforme de l'AME.....	76
Conclusion générale	78
Bibliographie	83

Bibliographie

Avis et recommandations

- Le contrôleur général des lieux de privation de liberté, avis relatif à la prise en charge sanitaire des personnes étrangères au sein des centres de rétention administrative, 17 décembre 2018, Journal officiel de la république française N°44, 21 février 2019.
- Haut Conseil de la santé publique, avis relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers, 6 Mai 2015.

Chartes et conventions

- AMS, résolution, 23^{ème} assemblée mondiale de la santé, 22 Mai 1970, Genève. 96p.
- Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, 7 décembre 2000, (2000/C 364/01), 22 p.
- Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée à Strasbourg, 14 novembre 2012. 17p.
- Convention européenne des droits de l'Homme, entrée en vigueur en 1953
- Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés, entrée en vigueur le 22 avril 1954
- Convention internationale relative aux droits de l'enfant, Convention des Nations-Unies du 20 novembre 1989, 19 p.
- Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen, 1789

- Déclaration universelle des droits de l'Homme, Assemblée générale des Nations unies, Paris, 10 décembre 1948
- Traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne, Rome, 25 mars 1957
- UNHCR, convention relative au statut des apatrides, New York, 1954, 32 p.

Ouvrages et manuels

- ADAM, V.FAUCHERRE, P. MICHELETTI, G.PASCAL, *La santé des populations vulnérables*, Ellipses, Paris, 2017, 412p.
- F.BALLIERE, *Le recours aux soins des demandeurs d'asile, approche ethnographique de l'expérience de l'exile*, l'harmattan, paris, 2011, 136p.
- M-C. BLANC-CHALEARD, *Histoire de l'immigration*, Paris, le découverte, 2001, 128p.
- Dante ALIGHIERI, *La Divine comédie*, 1321
- C.DUCHENE, *Les grands débats qui font l'actu : santé et société*, Dunod, Malakoff, 2018, 247p.
- F.HERAN, *Parlons immigration en 30 questions*, la documentation française, 2016, 99p.
- P.MBONGO, *Migrants vulnérables et droits fondamentaux*, Berger-Levrault, Paris, Juin 2015, 211p.
- C.RODIER, *Migrants et réfugiés*, la découverte, Paris, 2018, 99p.
- *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir*, sous la direction de J.JEGU, M.LAFORCADE, Y.RAYSSIGUIER, édition de l'école des hautes études en santé publique, 2008, 491 p.

Rapports et enquêtes

- Agence des droits fondamentaux de l'UE (FRA), *L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne*, octobre 2011, 76 pages.
- Agence des droits fondamentaux de l'UE (FRA), *Les droits fondamentaux des migrants en situation irrégulière dans l'Union européenne*, rapport comparatif, 2011, 124 pages.
- B.BOISGUÉRIN, B. HAURY, «*Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins*», *Etudes et résultats*, n° 64, juillet 2008, DREES.
- E.CARDE, F.MBODJE, M.QUERRE. *Etude sur la prise en charge des immigrés infectés par le VIH ayant des difficultés dans l'expression française courante*, Rapport d'étude CREDES pour la Direction Générale de la Santé, 2009.
- Comede, guide, *Soins et accompagnement des migrants/étrangers en situation précaire*, édition 2015
- J.-F. CHADELAT, *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*. Rapport IGAS. Paris : La Documentation française, 2006, 32 p.
- Défenseur des droits, *les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, AME et de l'ACS*, mars 2014. 47 pages.
- Défenseur des droits, rapport, *Exilés et droits fondamentaux : la situation sur le territoire de Calais*, 01 octobre 2015, 85 pages.
- Défenseur des droits, *Les droits fondamentaux des étrangers en France*, Mai 2016, 305 pages.
- Défenseurs des droits, *Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*. 2019, 78 pages.
- Haute autorité de santé, *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé : Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques*. Octobre 2017, 57 pages.

- Haute Autorité de Santé, *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins : Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques*, octobre 2017, 70 pages.
- Médecins du monde, rapport observatoire, 2018, 144 pages.
- Médecins du monde, rapport observatoire, *Les laissés pour compte : l'échec de la couverture santé universelle en Europe*, 2017, 52 pages.
- OFII, rapport d'activité 2018, 10 juillet 2018, 103 pages.
- PRIPI, Rapport final : Accès à la santé et aux soins des personnes immigrées, Août 2012.
- J.-M.SAUVE, *Les migrations et le respect des droits fondamentaux de la personne humaine*, Conseil d'Etat, Paris, 15 février 2018.
- M.SCHWARZINGER, 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, décembre 2012. Rapport d'étude, Paris, Direction générale de la santé, 2012.
- Sénat, *Projet de loi de finances pour 2018 : Asile, immigration, intégration et nationalité*, rapport législatif, Avis n° 114 (2017-2018) de M. François-Noël BUFFET, fait au nom de la commission des lois, déposé le 23 novembre 2017.
- VELISSAROPOULOS, N.DROUOT, N SIMONNOT, «*Je ne m'occupe pas de ces patients*», *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle ou de l'Aide Médicale d'État dans 10 villes de France*, Médecins du monde, octobre 2006.

Ressources numériques

- J.M CROUZATIER. *L'accès aux soins des migrants au regard du droit international* In : *L'accès aux soins : Principes et réalités* [en ligne]. Toulouse : Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, Actes de colloques de l'IFR, LGDJ, Lextenso Editions, 2010, 286 pages. (Généré le 08 août 2019). Disponible sur Internet : <http://books.openedition.org/putc/336> . ISBN : 9782379280047.
- A-C. HOYEZ, *L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale »*. *une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales*, Cybergeog : european journal of Geography (en ligne), *Espace, société, Territoire*, document 566, mis en ligne le 21 novembre 2011, URL : <http://journals.openedition.org/cybergeog/24796>
- G. LEDEGEN, T. VETIER, *histoire de l'immigration en France*. L'encyclopédie des migrants, ressources pédagogiques en ligne : <http://www.encyclopedia-des-migrants.eu/projet/pedagogie/> , 2015.
- G. NOIRIEL, *la France, un vieux pays d'immigration*, L'Histoire, collection n°46, janvier-mars 2010. <https://www.lhistoire.fr/la-france-un-vieux-pays-dimmigration>
- BEH, *La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique*, santé publique France, n°19-20, 5 septembre 2017, <http://www.comede.org/wp-content/uploads/2017/09/BEH-N%C2%B0-19-20-sant%C3%A9-et-acc%C3%A8s-aux-soins-des-migrants-5-sept-2017.pdf>
- France terre d'asile, *Bilan de santé : l'accès aux soins et l'accompagnement médical des réfugiés*, lettre de l'asile et de l'intégration, N°65, avril 2015. https://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/7694-FTA_LETTERE_FRANCE_TERRE_DASILE-69-web-V2.pdf
- Marie-Odile SAFON, *La santé des migrants*, centre de documentation de l'IRDES, février 2018, 298p. <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf>

Revues

- L. CHAMBAUD, *Accès aux soins : éléments de cadrage*. Regards, 2018/1, N°53, p.19 à 28
- M.COINET, *Entre droit aux soins et qualité des soins*, revue Hommes et migrations, *santé et droits des étrangers : réalité et enjeux*, N°1282 2009, p.54-65
- M.CORNU PAUCHET, *Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité*, dans Regards, 2018, N°53, p.43 à 56
- H.KOMBILA, *Le respect des droits fondamentaux des migrants non ressortissants de l'Union européenne*, Informations sociales, N°194, 2016, p.28 à 36
- V.PFISTER, *Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner*, informations sociales, n°182, 2014, p.100 à 107
- E. STANOJEVICH, A. VEISSE, *Repères sur la santé des migrants*, revue la santé de l'Homme n°392, INPES novembre-décembre 2007
- P. SOPENA, *Accès aux soins pour tous : rien n'est jamais acquis*, le sujet dans la cité, 2012, N°3, p.108 à 119.
- A.TABOURI, *L'interprétariat dans le domaine de la santé*, Santé et droits des étrangers : réalités et enjeux, revue Hommes et migrations, N°1282, 2009, p.102-106
- M. WLUCZKA, *Du contrôle sanitaire à la prévention, les enjeux de la santé des migrants*, dans Les Tribunes de la santé, 2007/4 (n° 17), pages 39 à 45.

Sites internet

- ARS : <https://www.ars.sante.fr/>
- Assurance maladie : <https://www.ameli.fr/>
- Service-public : <https://www.service-public.fr/>
- Sénat : <https://www.publicsenat.fr/>
- OMS : <https://www.who.int/fr>

Textes officiels

- Arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France, JORF n°20 du 24 janvier 2006 page 1147 texte n° 5.
- Circulaire n° 98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes démunies.
- Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME.
- Code de l'Action sociale et des familles
- Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.
- Code de la santé publique
- Décret n° 46-1574 du 30 juin 1946 réglementant les conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers, JORF du 2 juillet 1946 page 5920.
- Décret n° 2014-921 du 18 août 2014 modifiant diverses dispositions relatives au droit au séjour et au travail des étrangers, JORF n°0192 du 21 août 2014 page 13897, texte n° 28.
- Directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JOUE n° L 183 du 29/06/1989 p. 0001 – 0008
- Directive 2009/52/CE du parlement européen et du conseil du 18 juin 2009, *Prévoyant des normes minimales concernant les sanctions et les mesures à l'encontre des employeurs de ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier*, JOUE n°168 du 30 juin 2009 page 24
- Instruction ministérielle n° NOR INTV1524992 du 09 Novembre 2015 relative à la mise en œuvre du programme européen de relocalisation
- Instruction N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.
- Loi n° 52-893 du 25 juillet 1952 portant création d'un office français de protection des réfugiés apatrides, JORF du 27 juillet 1952 p. 7642.

- Loi n° 98-657 du 27 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, JORF n°175 du 31 juillet 1998, p.11679
- Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, JORF n°0172 du 28 juillet 1999, p. 11229
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016
- Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France, JORF n°0057 du 8 mars 2016, texte n° 1
- Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile région Hauts de France, 2016/2017, 60 p.

Annexe

Projet « AB réfugiés » Interreg



AB Réfugiés - Social

Le projet INTERREG franco-belge AB Réfugiés-Social a pour ambition de proposer une intégration réussie des réfugiés et demandeurs d'asile par le renforcement de l'accompagnement sanitaire et social. Lancé en septembre 2018, le projet s'articule sur trois actions visant :

- à réunir les acteurs de l'accompagnement (franco-belge) dans des réseaux permettant un échange de compétence et dépasser les frontières. Trois catégories de professionnels sont visées : les interprètes non assermentés, les acteurs en santé mentale et les médiateurs. Les réseaux seront avant tout un lieu d'échanges de bonnes pratiques afin de connaître les difficultés et carences du terrain et d'y remédier.

- A créer des dispositifs mobiles et transfrontaliers d'accompagnement, composés de deux équipes pluridisciplinaires (interprètes, psychologues et personnels paramédicaux spécialisés dans la gestion des traumatismes, médiateurs interculturels) sur les versants français et wallon. L'association *LA VIE ACTIVE* a pour mission de créer les dispositifs mobiles d'accompagnement pour le versant français avec le soutien de l'ARS. Le versant flamand déploie, quant à lui, son dispositif *MindSpring* sur le territoire du projet en établissant des séances de formation pour les professionnels français et wallon prêts à mettre en place le dispositif. Celui-ci intervient notamment sur le bien-être des réfugiés en passant par des rencontres en groupe de paroles.

L' équipe mobile, qui sera déployée pour la première fois début 2019, aura pour mission d'apporter un soutien psychologique, sanitaire et social au public visé dans les centres collectifs d'hébergement et les hébergements diffus, lorsque les demandeurs d'asiles et réfugiés sont accompagnés par des opérateurs, et dans des situations d'urgence notamment des campements de migrants non accompagnés lorsqu'il existe une action des pouvoirs publics visant à les prendre en charge dans des dispositifs encadrés. Elle pourra mener par

ailleurs une réflexion plus spécifique sur le sujet des réponses possibles sur la question des stress post-traumatiques et les interactions avec les dispositifs de santé mentale.

- Mettre en place une fonction « d'ambassadeur de l'intégration » permettant à des réfugiés intégrés d'intervenir sur le terrain directement auprès de leurs pairs, créer des environnements d'activités collectives pour favoriser l'intégration des mineurs non-accompagnés et expérimenter des labels de tolérance dans les commerces de proximité, tout en favorisant l'apprentissage du français/néerlandais par des rencontres informelles.