



La problématique de l'accès aux soins

des populations migrantes et/ou exclues en France

Olivier BOUCHAUD*

En dépit des progrès considérables en termes d'espérance et de qualité de vie observés depuis la mise à disposition des thérapies, l'infection par le VIH-sida est une maladie dont la représentation au niveau individuel et collectif reste très lourde à porter par les patients et tout particulièrement par les migrants⁽¹⁾. À ce fardeau, trop souvent non partagé avec les proches, s'ajoutent des vulnérabilités multiples d'ordre non seulement socio-économique mais aussi administratif et psychoaffectif. Ces vulnérabilités ont un impact souvent considérable sur la prise en charge médicale, en amont pour initier l'accès aux soins mais aussi en aval pour rester dans la filière de soins⁽²⁾. Il n'est donc pas excessif de parler de « double peine » pour les patients VIH+ en situation de vulnérabilité ou d'exclusion. Ce serait sans doute une profonde erreur que d'assimiler migrants et vulnérabilité mais il faut bien reconnaître que c'est souvent le cas pour les patients inscrits dans un parcours migratoire, et notamment lorsqu'ils sont d'arrivée récente en France ou en Europe. D'autres populations désocialisées comme certains toxicomanes, certaines personnes vivant un effondrement social ou souffrant de fragilité mentale, partagent tout ou partie de ces difficultés. Seront brièvement exposées ici les principales causes de vulnérabilité constituant des obstacles à l'accès aux droits sociaux et aux soins avant d'envisager quelques pistes pour tenter d'y remédier.

Double peine pour les patients VIH+ en situation de vulnérabilité ou d'exclusion

Les causes de la vulnérabilité sont plurielles, le plus souvent associées et ne se limitent pas à la seule dimension de la précarité économique ou de logement qui ne seront pas détaillées car en général assez bien identifiées^(2,3). À l'inverse, la précarité administrative en termes de droit aux soins et/ou de droit à résider sur le territoire national a un impact très sous-estimé alors qu'elle fragilise considérablement les patients. Pour les migrants sans papiers ou menacés de les perdre, la crainte permanente est l'expulsion avec toutes ses conséquences, d'où des conduites d'évitement de tout contact institutionnel, y compris les hôpitaux. Ces dernières années, à côté de plusieurs exemples de refus d'autorisation de séjour pour soins pour des patients asymptomatiques et sans s'attarder sur la complexité des démarches qui relèvent souvent du parcours du combattant, des contraintes administratives souvent auto-promues et parfois illégales comme par exemple des frais de chancellerie très élevés pour

obtenir la carte de séjour, des durées de trois mois renouvelables ou la non-délivrance d'un permis de travail, pourtant prévu dans la loi de 1988, sont autant d'obstacles confinant à l'épreuve de force chez les patients peu francophones, ne connaissant pas le système ou fragilisés par un itinéraire éprouvant. Pour les résidents légaux, qu'ils soient français ou non, la perte des droits aux soins (Aide médicale, CMU complémentaire, Sécurité sociale de base) semble parfois irremédiable tant le labyrinthe administratif est fastidieux pour des personnes ayant perdu leurs repères sociaux et dont la santé n'est plus une priorité.

La précarité affective et psychologique a un impact également très sous-estimé sur les soins. Chez les migrants, elle s'explique par des motifs de migration pour l'essentiel économiques, ce qui sous-en-



Une grande vulnérabilité des migrants d'arrivée récente

tend que le plus souvent femmes et enfants sont restés dans le pays d'origine. La vie « communautaire » (squat, foyer, hébergement chez un tiers plus ou moins toléré avec tous les excès que la dépendance à autrui peut entraîner) va souvent poser de grands problèmes de confidentialité se traduisant souvent par des difficultés pour prendre les traitements. Les difficultés linguistiques, souvent masquées par une apparente mais superficielle francophonie, aggravent cette fragilité en générant des angoisses liées à des incompréhensions ou à l'impossibilité d'exprimer correctement doutes et interrogations. Chez les non-migrants, la fréquente fragilité psychologique sous-jacente aggravée par l'image en miroir négative projetée par la société (et parfois le monde médical) contribue à creuser le fossé de la rupture sociale.

Une des principales conséquences de tous ces facteurs de vulnérabilité est une mise en état d'infériorité, et donc de soumission sociale (s'exprimant parfois paradoxalement par des comportements « rebelles ») dont on sait qu'elle est un élément très péjoratif pour sortir des difficultés car elle brise les ressorts pour « s'en sortir », avec un risque d'abandon des démarches administratives



ou du suivi médical lorsque l'aide apportée n'est pas suffisamment globale et personnalisée. Les conséquences sont un recours au diagnostic et aux soins trop tardif, bien identifié chez les migrants, et des ruptures de traitement ou de suivi⁽⁴⁾.

Des réponses forcément plurielles à ces facteurs de vulnérabilité

Tout comme les causes, les réponses sont plurielles et complémentaires, institutionnelles ou proposées par le monde associatif^(2,5).

En premier lieu, au plan institutionnel, en attendant une politique moins répressive avec ses conséquences négatives sur la santé individuelle et collective, on pourrait être en droit d'attendre des institutions républicaines une stricte application des lois existantes, l'inégalité observée entre départements étant particulièrement choquante.

Par ailleurs, au-delà d'une plus grande lisibilité des dispositifs existants (Aide médicale et ses procédures d'urgence, CMU et CMU complémentaire, PASS, accueil associatif (COMÉDE, Médecins du Monde...), une meilleure information des usagers et de ceux sensés les informer est indispensable. Par exemple, des droits pour lutter contre la précarité socio-économique, trop souvent ignorés, existent comme l'allocation logement si un titre de séjour de plus de trois mois est disponible ou l'allocation adulte handicapé pour les titulaires d'une carte de séjour d'un an⁽⁶⁾.

Dans les hôpitaux et structures de soins, un regard plus attentif permettrait de détecter plus tôt les facteurs sociaux ou psychoaffectifs responsables des difficultés ou ruptures de suivi. Les difficultés linguistiques devraient faire en sorte que l'intervention d'un interprète (par exemple Inter Service Migrants), trop peu utilisée alors que les coûts en sont pris en charge par le ministère de la Santé, soit considérée comme indispensable dans les étapes clés du diagnostic initial, du suivi ou en cas de difficulté identifiée, voire à titre systématique⁽⁵⁾. Chez les migrants, et même si la dimension culturelle a un impact limité à côté des vulnérabilités évoquées ici, une prise en compte de cette dimension peut contribuer à renforcer l'alliance thérapeutique qui pourra ainsi contribuer à compenser les difficultés.

L'accès aux soins, notamment dans le cadre de l'infection par le VIH, reste en France relativement privilégié par rapport à d'autres démocraties occidentales, en espérant que les restrictions légales ou par défaut de respect des lois actuelles, imposées ces dernières années, ne s'aggravent pas. Mais à côté de ces remparts institutionnels, il est capital que les soignants, et tout particulièrement dans le contexte des restrictions budgétaires actuelles, prennent conscience de l'existence de ces facteurs de vulnérabilité et d'exclusion pour pouvoir mettre en place des dispositifs de détection précoce et de réponse qui par essence doivent être pluridisciplinaires. Outre la dimension humaine (et humaniste) qui n'est pas rien, l'enjeu collectif de santé publique et économique est important car un accès facilité et simplifié aux droits et aux soins, qui passe notamment par des dispositifs permettant d'aller au-devant des exclus, permettra des prises en charge plus précoces et plus stables avec tous les bénéfices qu'on peut en attendre, de diminution non seulement de la morbi-mortalité mais également de la transmission secondaire. ●

1. Beltzer N, Lagarde M, Wu-Zhou X, et al. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-sida en Île-de-France : Évolutions 1992-1994-1998-2001-2004. Paris : ORS d'Île-de-France, 2005.

2. Bouchaud O. La prise en charge des populations vulnérables infectées par la tuberculose et le VIH. BEH 2009 ; N°12/13 :119-21.

3. Fassin D. Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux. In Sida, immigration et inégalités. Collection Sciences sociales et sida, ANRS, Paris, 2002.

4. Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, et al. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2007. BEH 2008 N° 45-46: 434-43.

5. Bouchaud O, Chérabi K. Particularités de la prise en charge des migrants infectés par le VIH en France. Rev Prat 2006;56(9):1005-10.

6. Comède. Prise en charge medico-psycho-sociale. Migrants/étrangers en situation précaire. Édition 2008 : 568 p. (www.comede.org)

* Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Avicenne, 125 rue de Stalingrad, 93009 Bobigny ; olivier.bouchaud@avc.aphp.fr

Le Concours médical

Direction générale, direction des publications :
Dr Alain Trébuçq

Société éditrice : Global Média Santé -
114, avenue Charles-de-Gaulle
92522 Neuilly-sur-Seine cedex - Tél. : 01 55 62 68 00
N° de CPPAP : 0409 T 81575

Impression : RAS (Villiers-le-Bel, 95)