



**Santé migrants Année 2017-18**  
**UE4 Focus sur certains groupes**  
**particuliers**

**Problématique de santé et réponses,  
demandeurs d'asile et lieux de privation de  
liberté**



**Bobigny, 15 mai 2018**

COMITÉ POUR LA SANTÉ DES EXILÉS **La lettre du Comede aux membres du réseau**

MAUX d'exil **Numéro 50**

**Editorial**

**Victimes invisibles**

Maux d'exil a consacré, par le passé, plusieurs dossiers à la question des discriminations faites aux femmes migrantes. Aujourd'hui, c'est à travers le témoignage de femmes qui ont traversé les frontières pour échapper à des persécutions, en nous appuyant également sur l'expérience de professionnelles travaillant auprès des femmes migrantes, victimes de violences, que nous avons décidé d'aborder la question spécifique des violences sexuelles.

Si leurs histoires sont particulièrement tragiques, elles révèlent un phénomène général. Les chiffres sont d'autant plus effrayants : une femme française sur cinq a été, au cours de son existence, victime de viol ou de tentative de viol - qu'il s'agisse d'un acte de harcèlement sexuel ou d'un viol - en France mais en exerçant la confusion qui existe autour de cette notion : un tiers des personnes harcelées, humilées ou forcées, pensent que l'obligation de mariage ou de mariage forcé est une violence sexuelle, ce n'est pas un viol. Les femmes migrantes, dans leur pays d'origine, sont le plus souvent victimes de violences sexuelles, invisibles parce qu'elles ne connaissent pas leurs droits, ne maîtrisent pas forcément la langue, vivent avec la honte d'avoir été violées, invisibles encore parce qu'elles hésitent à porter plainte, se considérant éligibles à la honte dans un pays où l'on tente de décourager leur venue.

Les démarches administratives alambiquées, l'obtention ou le renouvellement de la couverture maladie qui se compliquent, les violences institutionnelles, le manque de places d'hébergement, la nécessité pour la plupart des femmes de vivre chez des particuliers... En raison de la précarité qu'on leur impose, les femmes se retrouvent confinées, sans qu'elles réalisent une protection, à subir la domination qu'elles ont pourtant tenté de fuir. Comment imaginer l'innommable, cette maltraitance entrecroisée par les politiques d'intégration ? Le viol ne se dit pas ou peu, comme si la culpabilité des agresseurs était endossée par les victimes. Pourtant ce qui réunit ces femmes c'est bien cela : la volonté de se libérer d'une situation de domination, de choisir leur orientation sexuelle, d'être libres en définitive d'avoir autorité sur leur propre corps.

**Laura Feldman**, gynécologue au centre de santé d'Alger-Ville et vice-présidente du Comede

**LE VIOL, UNE VIOLENCE IMPENSABLE ?**

Le viol n'est pas un « fait divers ». C'est une réalité massive mais encore taboue. Au Comede, 75 % des femmes reçues en consultation psychosomatique déclarent avoir subi des violences liées au genre dans leur pays d'origine. Ici comme là-bas, l'impunité des agresseurs demeure la règle. Dans le pays d'accueil, la précarité et l'isolement induisant une dépendance prolongée de nature d'exploitation et de violence sexuelle, il est primordial de porter le regard sur cette réalité, pour la rendre visible et penser la question du viol.

**Sommaire** **Avril 2016**

**Femmes en exil LE POUVOIR DE LA PAROLE FACE AUX STRATÉGIES DES AGRESSEURS** Photographie: **LE PROCÈS D'UN VIOL DE MASSE SOUS L'ŒIL DE DIANA ZEYNE ALHINDAWI** **Viol collectif NOUS SOMMES DES HOMMES, VOUS ÊTES CENSÉES NOUS AIMER** Gynécologie sans frontières **RICHARD MATIS : NOUS APPARAISONS COMME UNE AUTORITÉ INTIMIDANTE** **Madame du monde LES TRAVAILLEUSES DU SEXE, ENTRE VIOLENCE ET SILENCE** **Tabentes du Comede OUBLIE LE SECRET, SOUVIENS-TOI DU CHAGDIN**

Revue trimestrielle

# Rapports annuels



# Guide Comede 2015

actualisation  
www.comede.org

**ÉDITION 2013**

**Migrants/étrangers en situation précaire**

**SOINS ET ACCOMPAGNEMENT**

**GUIDE PRATIQUE POUR LES PROFESSIONNELLS**

COMITÉ MÉDICAL POUR LES EXILÉS **Comede**  
www.comede.org

# 1979, Cimade, AI & GAS créent le Comede, association de loi 1901

- 07/01/1979 Chute du régime de Pol Pot au Cambodge
- 16/01/1979 Départ du Chah d'Iran en exil
- 27/12/1979 Les troupes soviétiques envahissent l'Afghanistan
- 20-21 juillet : conférence de Genève sur la question des réfugiés indochinois. Le Viêt Nam accepte la mise en place par le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés d'un programme de départs organisés
- 1978 *L'île de lumière* et les boat people
- 1978 Human rights watch
- 1979 Action contre la faim
- 1980 Médecins du monde
- Pour référence :
  - MSF 1971, comme Greenpeace
  - 1969 GRDR
  - Amnesty international 1961
  - Care 1945
  - Oxfam 1942
  - Cimade 1939

# Agir en faveur de la santé des exilés et défendre leurs droits

• En 40 ans, près de 150 000 personnes accompagnées et soignées, de plus de 150 nationalités



- **Centre de santé Hôpital Bicêtre – près de 2700 personnes accueillies par an** *et atelier de danse 104 Paris*
- **Espace santé droit Hôpital Avicenne** – près de 350 personnes accueillies et soutenues par an avec la Cimade
- **Centre MSF Pantin Enfants et adolescents non reconnus mineurs / MIE ou MNA et « MIJEURS »** : 2017
- **Permanences pluridisciplinaires à Marseille** avec Espace : 2017
- **Comede St Etienne** et soutien psychologique et administratif : 2018
- **Cayenne Guyane** – permanences et travail en réseau : 2018
- **Centre ressources** 5000 appelants par an : professionnels, familles, personnes touchées par une affection

# Personnes suivies au Comede, exilées en France

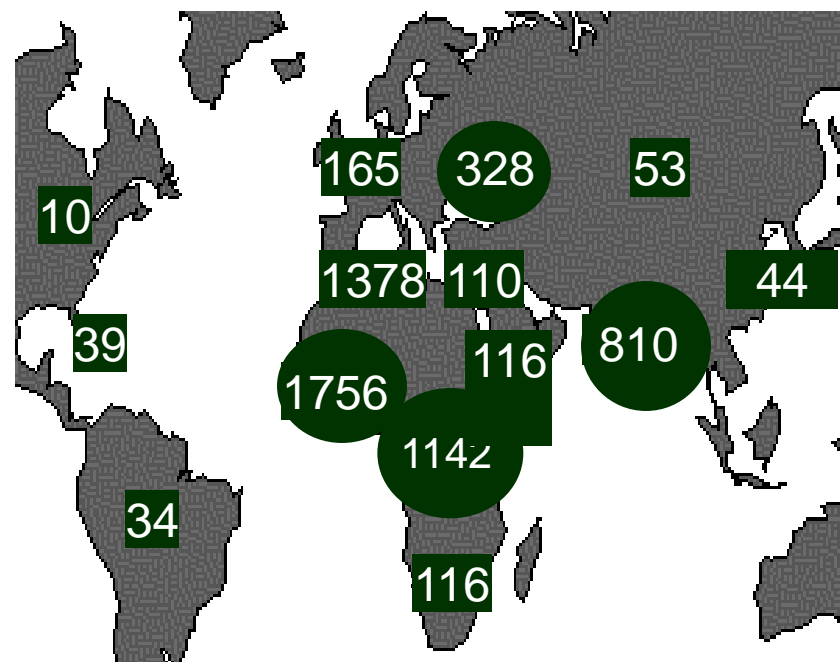
- Sexe Hommes 63%
- Age médian 33 ans
- Ancienneté de résidence 12 mois (<1<sup>ère</sup> consultation)

## • **Situations de vulnérabilité :**

- Femmes
- Personnes touchées par une affection
- Demandeurs d'asile
- Mineurs isolés étrangers
- Exilés > 60 ans
- Issues d'Afrique sub-saharienne

## Origine géographique

6365 personnes soutenues par le Comede en 2016

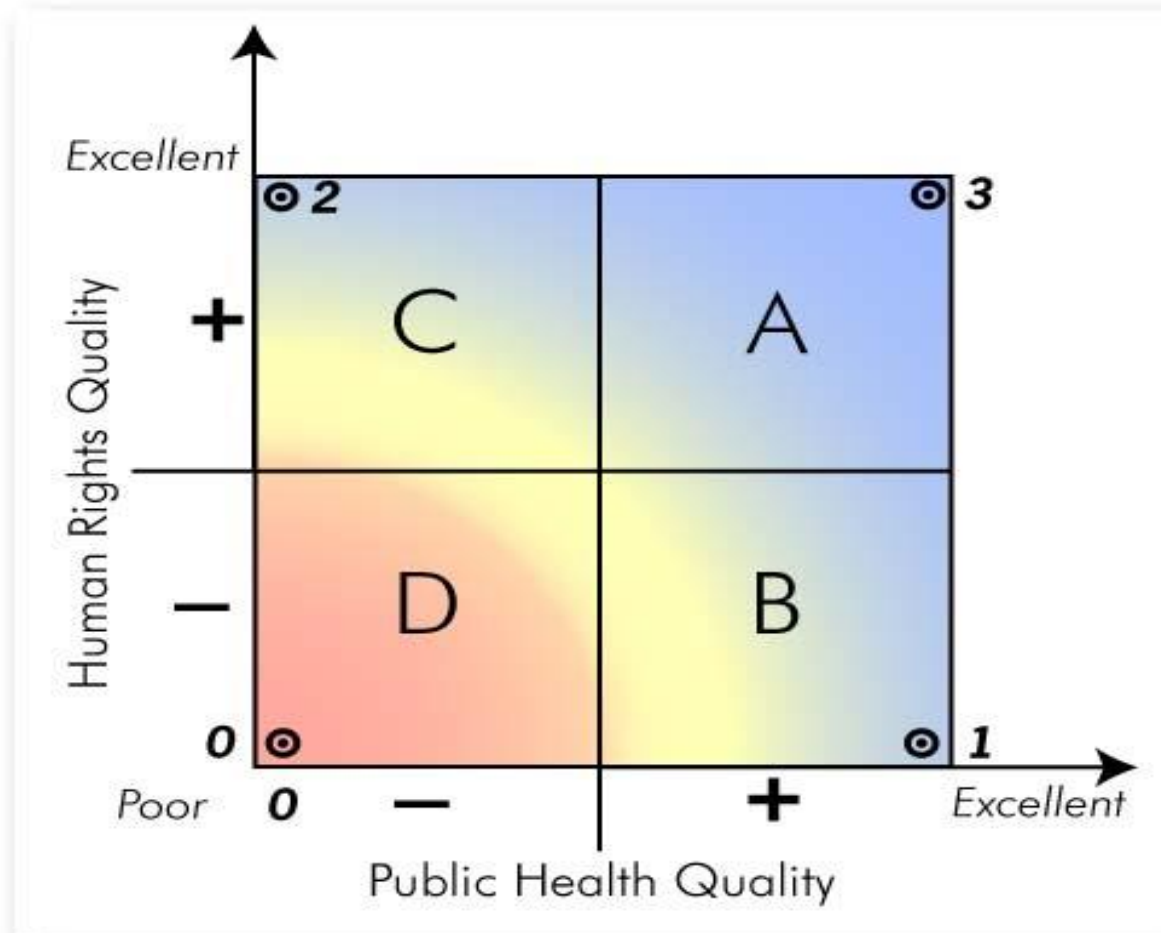


# Populations, observatoire, éthique des soins



- **Populations et santé** : de qui parle-t-on, qu'est ce qui est mesuré et comment ? Principaux résultats. Le concept de vulnérabilité : mesures et limites
- **Des discriminations** : définition, éléments de caractérisation. Le soin coupé ou la figure de l'apocope.
- **Déontologie et éthique des soins et de la prévention** : L'exemple des 3X90 dans la lutte contre le VIH à travers différentes études et les politiques de dépistage

Anne Petitgirard & Jonathan Mann. 1995.



# *I. Populations et santé : de qui parle-t-on, qu'est ce qui est mesuré et comment ?*





# Étrangers et Migrants : des définitions multilingues

- **Étranger :**



- **Migrant :**

- **Immigré :**

- **Demandeur d'asile :**

- **Réfugié :**

- **Exilé :**

- **Étranger malade :**

- **Sans-papiers :**

- **Clandestins :**

# Étrangers et Migrants : des définitions multilingues

**Étranger** : personne qui ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (Insee)

**Migrant** : toute personne se déplaçant à l'intérieur ou à l'extérieur d'un pays, ayant vocation à s'établir (Nation Unies 1998).

**Immigré** : personne née étrangère à l'étranger et résidant en France (Insee + Ceseda).

**Demandeur d'asile** : étranger ayant demandé auprès de l'autorité administrative (préfet) l'accès à la procédure d'asile et en attente de décision par OFPRA/CNDA

**Réfugié** : personne ayant été reconnue (par un Etat) comme « réfugié au sens de la Convention de de Genève du 28 juillet 1951 ».

**Exilé** : entre migration forcée et point de vue plus personnel de la migration

**Étranger malade** : terme désignant la procédure (ou le demandeur ou bénéficiaire) d'un titre de séjour pour soins (au sens du 11° de l'article L313-11 du Ceseda)

**Sans-papiers** : terme auto-attribué par les étrangers en séjour irrégulier lors de mouvement de mobilisation collective pour être « régularisés » (1991)

**Clandestins** : caché, secret, en marge ou en violation de la loi (Larousse)

- **Migrants** : personnes quittant leur pays dans l'objectif d'améliorer leur existence (travail, éducation, famille). Leur gouvernement est en mesure d'assurer leur protection.
- **Réfugié** : **personne ayant une crainte fondée de persécution en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques** se trouvant hors de son pays d'origine ou de sa résidence habituelle et ne pouvant / voulant y retourner.
- **Convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugiés et le Protocole de 1967** : textes constituant la pierre angulaire du droit des réfugiés ; principe de non-refoulement et absence de sanction pénale pour l'entrée irrégulière (sans document valide).
- **Bénéficiaire de la protection subsidiaire (en France)** : personne exposée à la peine de mort, la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants ou à une situation de violence généralisée.
- **Demandeurs d'asile** : personnes demandant la protection internationale et dont la demande n'a pas fait l'objet d'une décision définitive.
- **Déplacés internes** : personnes forcées de quitter leur lieu de résidence habituelle et qui sont restées à l'intérieur de leur pays.
- **Apatrides** : personnes ne disposant de la nationalité d'aucun État.

# Ce que révèlent les migrations



- Proportion de personnes vivant dans un autre pays que le leur aujourd'hui ?
- Migrations dites internes : IDPs ?
- 4 tendances des migrations aujourd'hui ?
- Migrations forcées dans le monde ?
- Flux migratoires ?
- Pays d'accueil des réfugiés ?

## Ce que révèlent les migrations – 2014 F. Gemenne actualisé

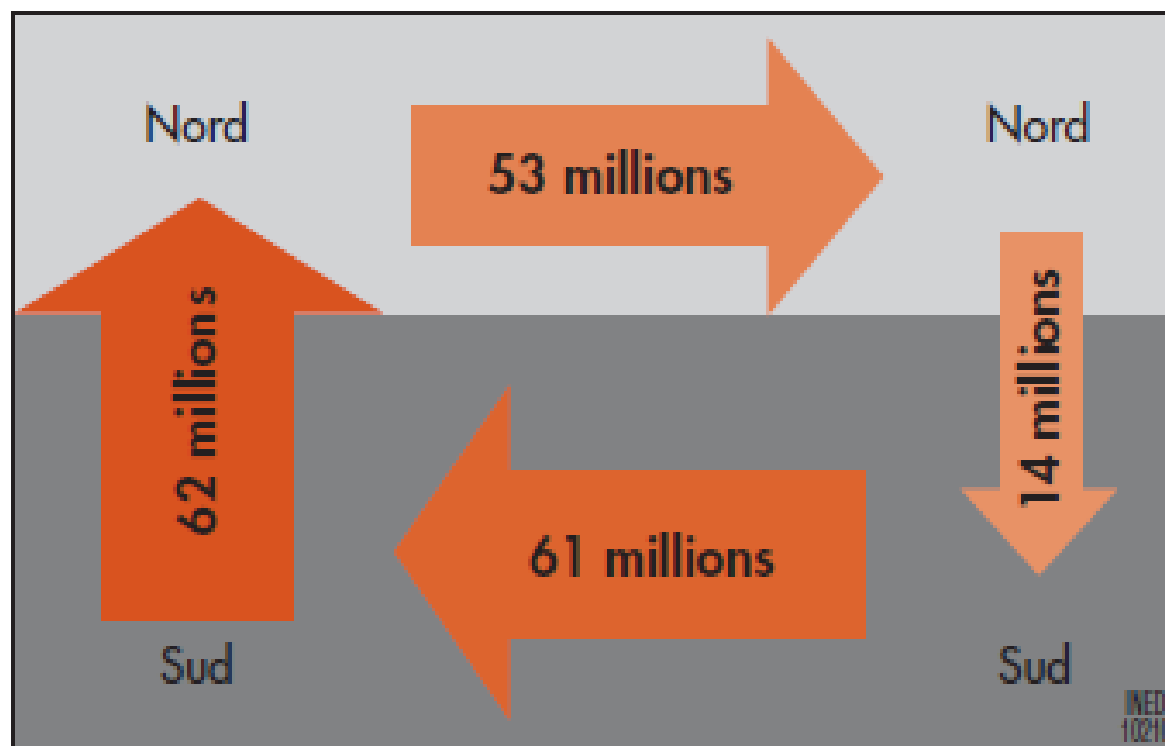


- **Proportion de personnes vivant dans un autre pays que le leur aujourd'hui ?**
  - 3%, soit 230 millions de personnes et  $> 1.10^9$  en déplacement...
- **Migrations dites internes : IDPs ?**
  - 740 millions, dont  $> 800.000$  en France... (gens du voyage)
  - Frontières internes pour qui ? / barrages routiers en Guyane, extra territorialité à Calais
- **4 tendances des migrations aujourd'hui ?**
  - Accélération
  - Diversification raisons différentes et pays anciennement d'émigration devenant d'immigration ou de transit (Italie, Asie centrale)
  - Mondialisation et classes moyennes / remise en cause paradigme du développement comme frein migratoire
  - Féminisation # 1/2



- **Migrations forcées dans le monde ?**
  - Réfugiés ou déplacés # 60 millions, mais 11 millions pour conflits et violences
    - ✦ 20 millions de réfugiés
    - ✦ 2 millions de DA
    - ✦ 38 millions de personnes déplacées
  - Déplacées par des catastrophes naturelles 22 millions en 2013, sans tenir compte de celles impactées par les changements progressifs

*Figure 2 - Les quatre grands groupes de migrants internationaux - Effectifs en 2005*



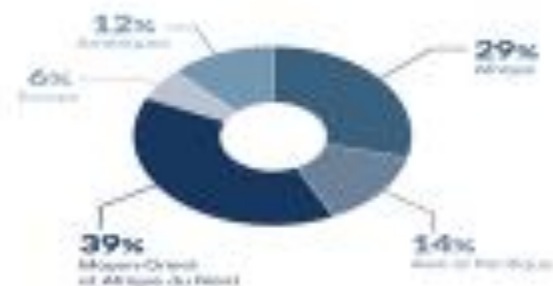
(G. Pison, *Population & Sociétés*, n° 472, Ined, novembre 2010)

*Source: Nations unies [4]*

# La situation globale : quelques chiffres



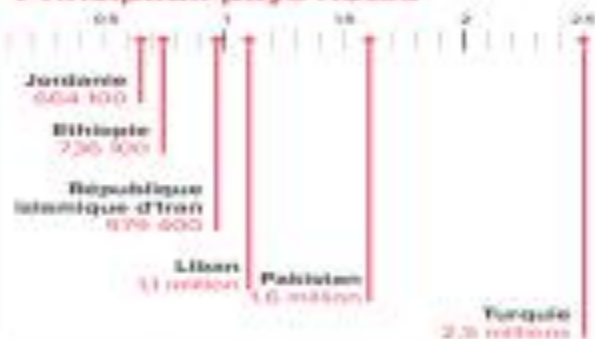
## Où sont hébergées les personnes déplacées à travers le monde



## 53% des réfugiés à travers le monde sont originaires de trois pays



## Principaux pays hôtes



**33 972 personnes**

font chaque jour leurs bagages à l'aube du conflit et de la persécution

**10 800 employés**

Le HCR emploie 10 800 personnes sur le territoire suisse

**128 pays**

Nous sommes présents dans 128 pays (à fin décembre 2019)

Le HCR est financé presque entièrement par des contributeurs volontaires, dont 86% de la part des gouvernements et de l'Union européenne.

Source: HCR | 2019 Jan. 2020

**1** refugee without hope  
**is too many.**





## La situation européenne

Total des demandes d'asile au sein de l'UE en 2016 : 1,2 million

### Premiers pays d'arrivée

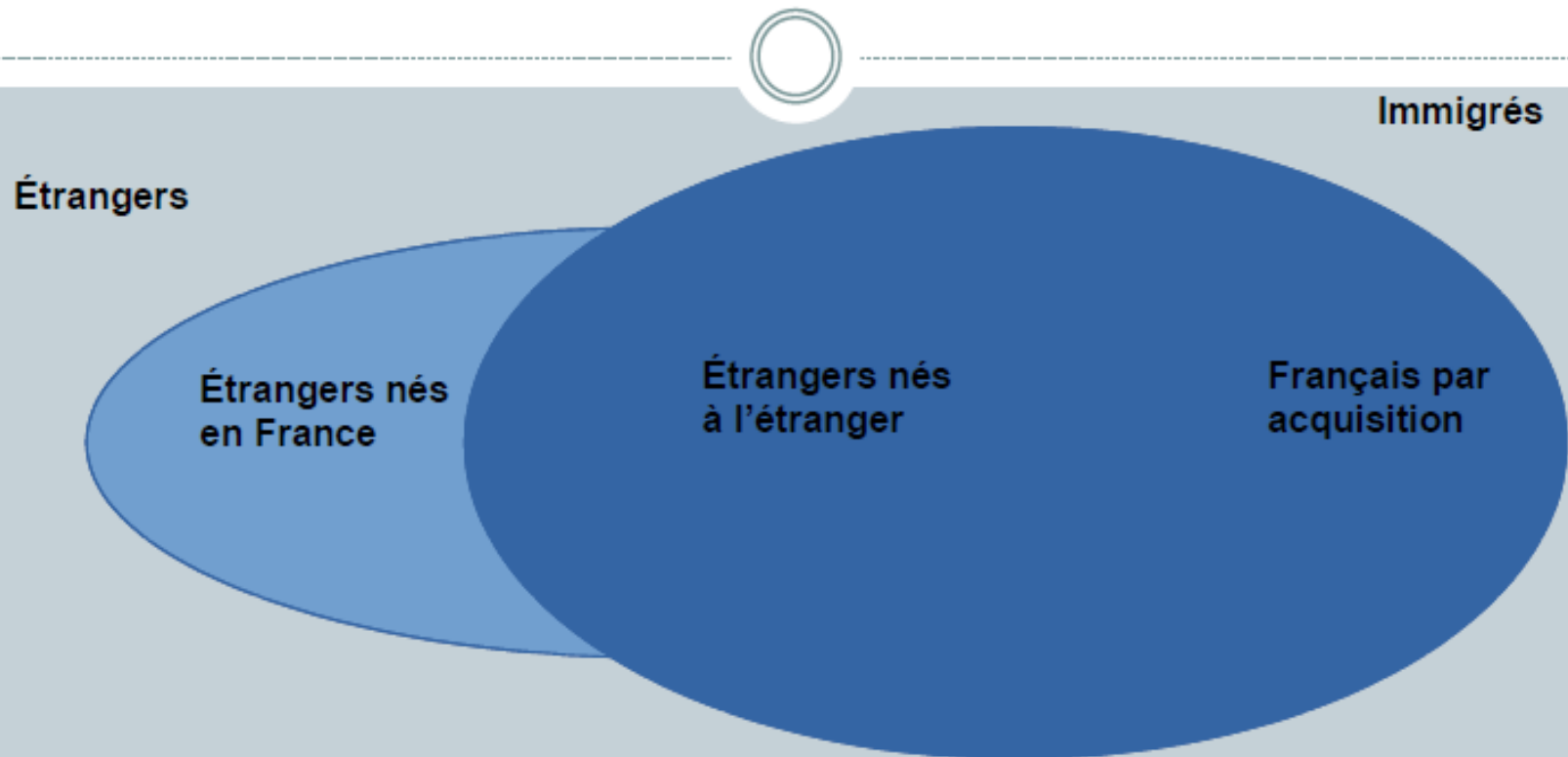
Allemagne	722 265 (441 800 en 2015)
Italie	121 185 (83 540)
France	75 990 (70 570)
Grèce	49 875 (11 370)
Autriche	39 860 (85 505)
Hongrie	28 215 (174 435)
Royaume Uni	38 290 (39 720)
Suède	23 330 (156 110)

### Principales nationalités

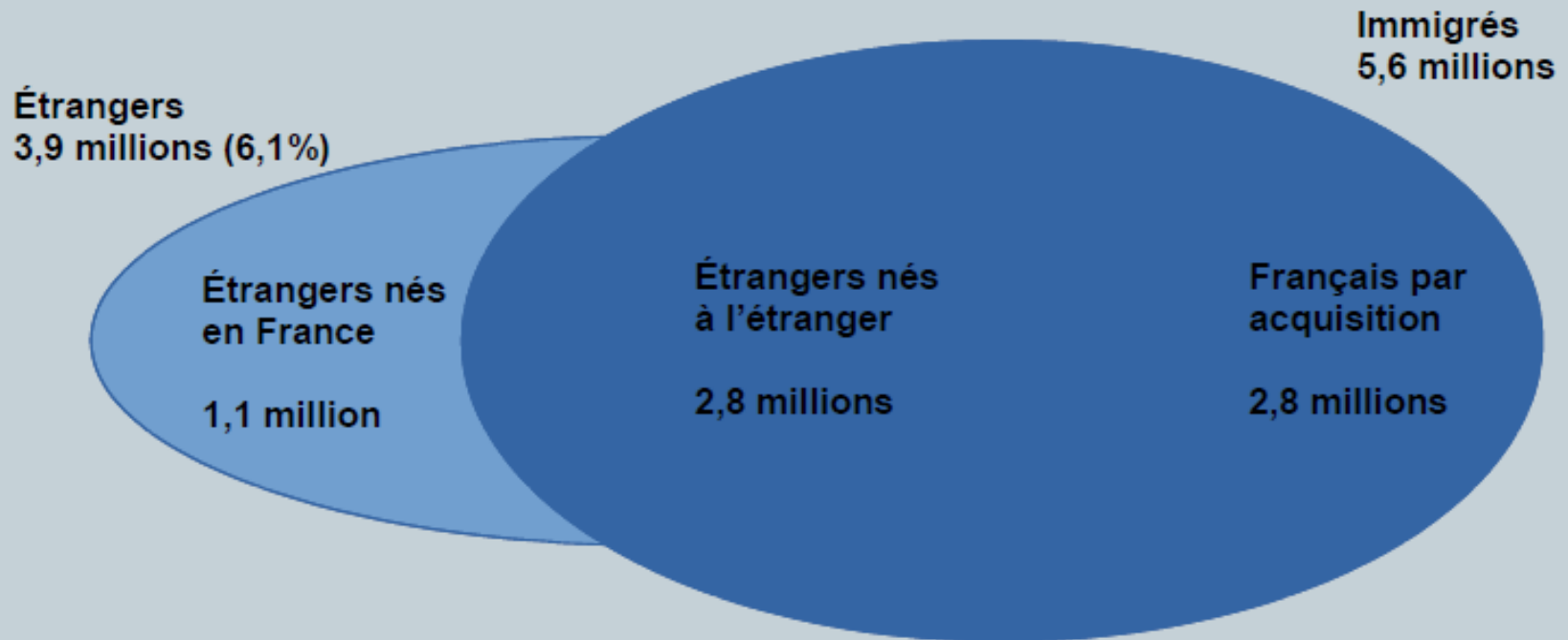
- Syrie
- Afghanistan
- Irak
- Pakistan
- Nigeria
- Iran
- Erythrée
- Albanie
- Russie
- Somalie

**1** refugee without hope  
**is too many.**

# Étrangers, immigrés en France: les chiffres Insee



# Étrangers, immigrés en France: les chiffres Insee



**Nationalités UE** : 36 %

**Nationalités non-UE** : 64% dont : Afrique du Nord 44%, Europe de l'Est 15%, Afrique de l'Ouest 10%  
Asie de l'Est 7%, Afrique centrale 7%, Caraïbes 4%, Asie du Sud et Amérique du Sud 3%

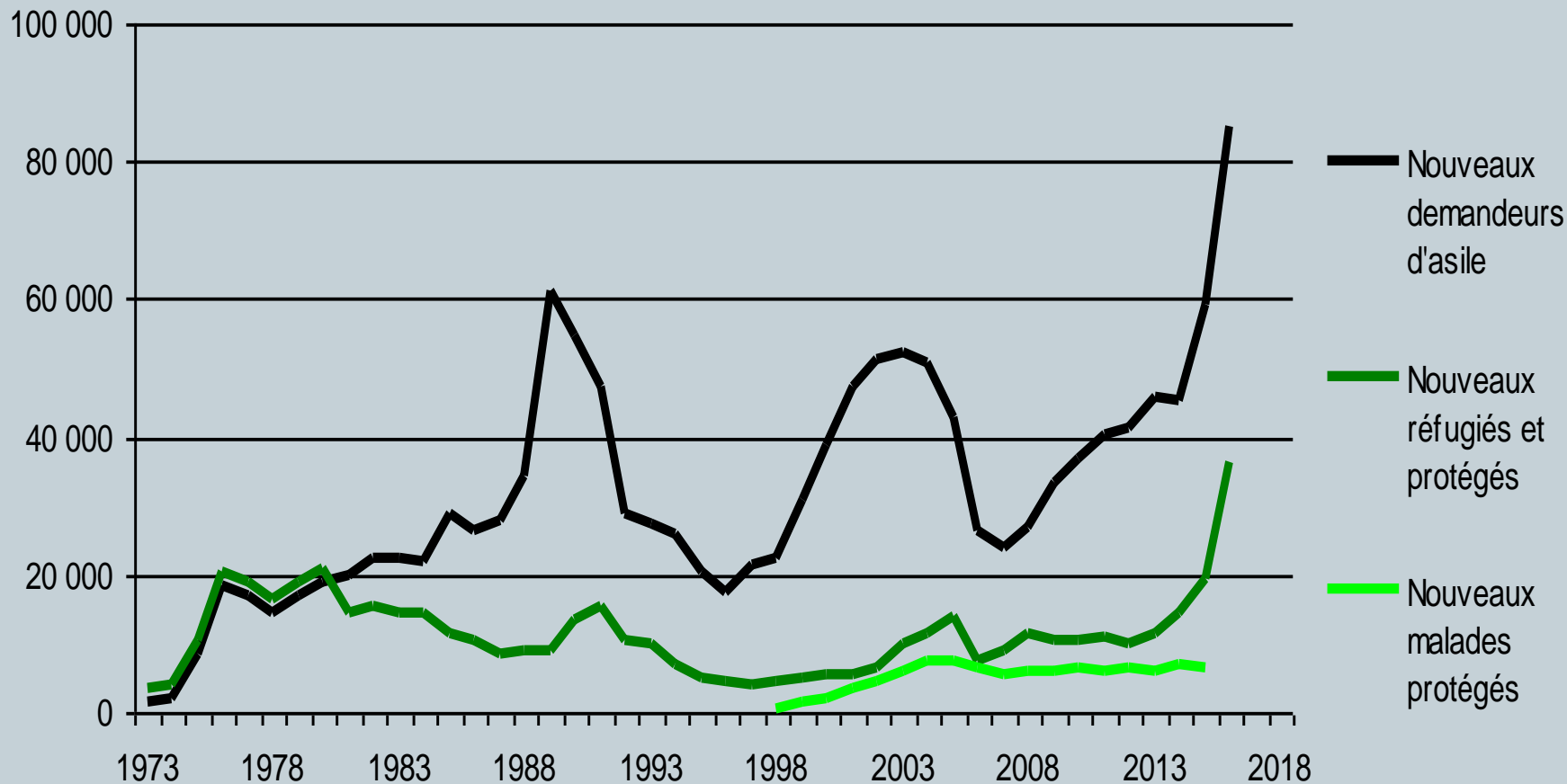
**Réfugiés** : 174 000 (+ 19 550 protections subsidiaires)

**Demandeurs d'asile** : 79 130 enregistrées en 2015

*Ministère de l'intérieur (Titres de séjour 2013) et Insee (Immigrés/étrangers 2012)  
Rapport Ofpra 2014 sur les demandeurs d'asile et réfugiés*

# Evolution du droit d'asile et du droit au séjour pour raison médicale en France

Sources : Ofpra 2016, Ministère de l'Intérieur 2017 - NB : aucune donnée disponible concernant le nombre de nouveaux demandeurs de carte de séjour pour raison médicale



# Une question de perspective



- Votation suisse sur la limitation de l'immigration et proportion d'étranger dans les cantons
  - + opposés à l'immigration et le – d'étrangers
- 2014, sondage German Marshall Fund of the USA
  - 30 à 50% pensent qu'il y a trop d'immigrés dans leur pays
  - Après information, de 29% à 15% (Proportions # en France)

## Santé et épidémiologie : quelles définitions ?

- Santé :
- Santé publique :
- Santé mondiale :
- Epidémiologie :

## La santé par delà nature et culture ?

« C'est une précieuse chose que la santé : et c'est la seule chose qui mérite à la vérité que l'on s'y emploie, non le temps, seulement la sueur, la peine, les biens, mais encore la vie à sa poursuite : d'autant que sans elle, **la vie nous vient à être injurieuse**. La volupté, la sagesse, la science et la vertu sans elle se ternissent et évanouissent... Toute voie qui nous mènerait à la santé, ne peut se dire pour moi, ni âpre, ni chère »

Montaigne, *Les Essais*, Livre II, chapitre XXXVII, 1191-1192,  
Librairie générale Française 2001, La Pochothèque, Le livre de  
poche, (édition 1595)

Page de garde d'une édition du [\*Kitab Al Qanûn fi Al-Tibb\*](#) du début du [XV<sup>e</sup> siècle](#). Article détaillé : Qanûn





## Bien avant ? Ibn Sina (980-1037)

- Insiste sur l'importance des relations humaines dans la conservation d'une bonne santé mentale et somatique
- La médecine d'Avicenne pourrait être résumée par la phrase d'introduction de *Urdjuza Fi-Tib'* (Poème de Médecine) : « *la médecine est l'art de conserver la santé et éventuellement, de guérir la maladie survenue dans le corps* »

## Santé et épidémiologie : quelles définitions ?

- Santé : OMS 1946 – Un état de complet *bien être* physique, mental et social, pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité/ une capacité d'adaptation et de choix – Amartya Sen capabilities années 1980 ?
  - Santé publique : Winslow 1920, OMS 1952 & 2002 – Améliorer la santé de la population, prévenir la maladie, prolonger la vie, promouvoir la santé et les services de santé, par la *coordination* des efforts de la société = évaluation et définition des priorités + politiques de santé + accès aux soins & prévention
  - Santé mondiale : Koplan 2009 – une santé publique au-delà des frontières et d'une région prioritaire (santé internationale) ou d'une nation (santé publique s.s.), fondée sur la coopération et l'*équité* mondiale, multidisciplinaire
- Epidémiologie : Last 2001 - l'étude et la distribution des *déterminants* des états de santé ou événements dans une population et (?) l'action qui en découle pour contrôler le problème de santé

# Lieux de privation de liberté 1/4



- M. K, 32 ans, géorgien, arrivé en France en 2017 après diagnostic d'une TB résistante dont le TT a été un échec en Géorgie
- TT antituberculeux redéfini et mis en route à l'hôpital Bichat en août 2017 de « dernière ligne » pour 18 à 24 mois
- Arrêté lors d'un contrôle de police en 2018, mis en rétention après IRTF
  - *Comment diminuer le risque d'arrestation dans ce contexte ?*
  - *Quels conseils fournir en cas d'arrestation ?*

# Lieux de privation de liberté 2/4



- Une association présente dans les lieux alerte le médecin du CRA lui demandant si l'état de santé de M. K est compatible avec la rétention et quels sont les risques en cas d'expulsion ?
- Le médecin du CRA alerte l'OFII, qui remet l'avis suivant 5 jours après : « si l'état de santé de M. K. nécessite une prise en charge médicale au long cours dont l'absence peut entraîner des conséquences graves, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il peut y bénéficier effectivement d'un traitement approprié ». Enfin, le médecin de l'OFII conclut que « l'état de santé de M. K. peut lui permettre de voyager sans risque vers son pays d'origine. »
  - *Que pensez-vous de cette avis ?*
  - *Que proposez-vous dans cette situation ?*

# Lieux de privation de liberté 3/4



- L'association alerte le Comede qui demande les documents médicaux de Bichat stipulant : *«la prise en charge de cette pathologie a été un échec dans son pays d'origine qui ne dispose actuellement pas de la possibilité de traiter correctement ce patient »*
  - Qu'en pensez-vous ?
- A deux reprises M. K refuse d'embarquer malgré les menaces de la police
- L'association, forte de la certification de l'hôpital Bichat et de l'avis du Comede, effectue une saisine du ministère de l'Intérieur et de la Santé, qui reste sans réponse après une semaine
  - Que proposez-vous ?

# Lieux de privation de liberté 4/4



- M. K est présenté au JLD, qui demande à l'OFII un ré-examen de sa situation médicale
- Le Comede alerte le cabinet de la Santé, qui dit être au courant de la situation et discuter avec l'Intérieur et malgré trois relances sur 15 jours ne propose rien
  - Qu'en pensez-vous ?

# Demande d'asile 1/3



- Mme D, 28 ans, née en RDC, arrivée en France en 2017 via le Portugal, placée en rétention (passeport d'emprunt) avant d'arriver en France sous procédure Dublin
- Menacée en RDC à cause des activités politiques de son mari qui a disparu (a confié sa fille de 8 ans à sa sœur)
- Relations sexuelles non consenties avec fausses couches dans le cadre « d'hébergement » à Paris
  - *Quelles sont les priorités à discuter avec Mme D ?*

# Demande d'asile 2/3



- Au CDS du Comede : après appréciation de la vulnérabilité
  - Explicitation de Dublin
  - Demande de CMU-C en AI
  - Hébergement avec mise à l'abri, certification médicale / vulnérabilité
  - Bilan de santé, à l'examen Mme D est enceinte DDR 5 mars 2018
    - *Que discutez-vous ?*
- Décision de transfert, d'où recours devant le TA qui enjoint à la préfecture de délivrer une APS, mais toujours sous convocation Dublin
  - *Qu'en pensez-vous ?*



# Demande d'asile 3/3



- Mme D demande un certificat médical dans le cadre cadre de sa DA
  - *Que répondez-vous ?*
- *Le bilan médical retrouve :*
  - *Des arguments en faveur d'un psychotraumatisme*
  - *Une hyperEOSINO # 1000 + une sérologie anguillule 104 U*
    - *Quels sont les éléments du psychotraumatisme et les risques ?*
    - *Quel traitement proposer dans ce contexte ?*

- **The role of social vulnerability after migration in France on transactional and forced sex: the case of Sub-Saharan immigrants living in Paris in the PARCOURS ANRS survey 2012-2013 – *International Aids Conference 2014 Melbourne***

## Accès aux soins, vu du Comede

- **Progression des obstacles à l'accès aux soins** observés lors des recours au Comede (CDS, ESD, PT) pour près d'une personnes sur trois
- **80% sont des obstacles à l'accès aux droits** : 32% erreurs de droits Sécurité sociale, 24% erreurs de procédure, 21% difficultés d'accès CSS
- **20% obstacles au sein des dispositifs de soins** : la moitié consiste en des refus/restrictions de soins, l'autre en des renoncements / soins différés
- **Des prestations nécessaires non « prises en charge »** : interprétariat, psychothérapie, soutien socio-juridique...

## L'accès à l'Hôpital, vu du Comede

**Multiplication des cas de refus de soins** observés lors des recours au Comede (CDS, ESD, PT) :

- **Blocages Sécurité sociale** (erreurs de droit et de procédure) pour des personnes ayant des droits potentiels
- **Méconnaissance du droit à la protection maladie et du DSUV** au sein des services sociaux et administratifs des hôpitaux, y compris des IP pour l'AME et AI pour la CMUc
- **Conditionnalité de la délivrance de soins à la prise en charge financière** : restrictions et ajournements de soins, ruptures de la continuité des soins, etc.

# En France, une dégradation de l'état de santé des immigrés depuis 30 ans ?



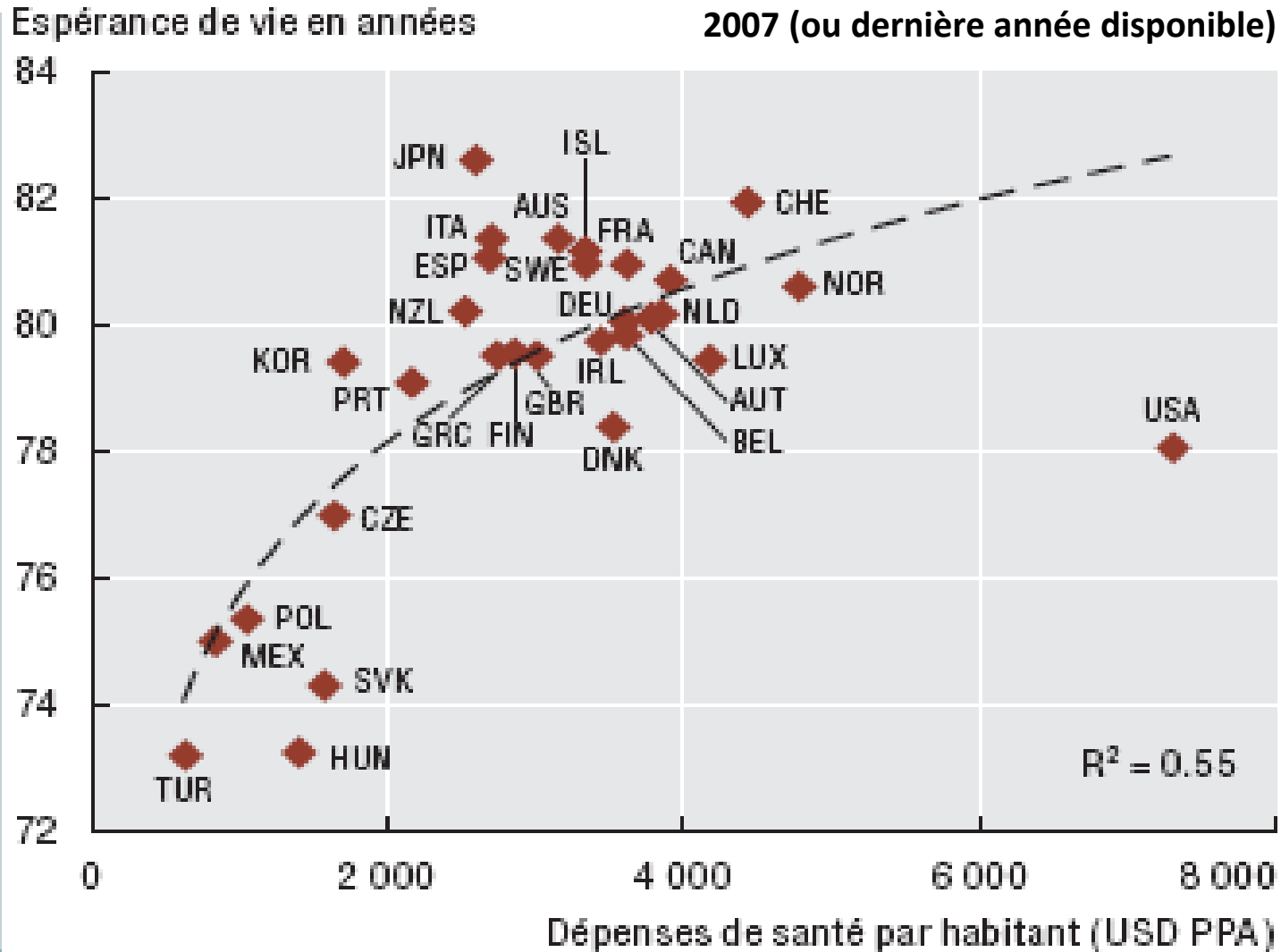
- Des différences de méthodologie et de résultats
  - 1ers travaux années 1980
    - ✦ Meilleure espérance de vie que les natifs
    - ✦ Et moindre morbidité/invalidité
    - ✦ Mais résultats contrastés chez les femmes : surmorbidity endocrinienne et périnatale
  - Travaux des années 2000
    - ✦ Santé perçue moins bonne que chez les natifs (Europe de l'Est +++)
    - ✦ Variété des indicateurs utilisés et définition d'un immigré variable
    - ✦ Compréhension des items, différences de normes sociales ( pour l'Afrique subsaharienne moins de déclaration)
    - ✦ Corrélation avec la durée de résidence (en particulier chez les femmes ayant immigré pendant l'adolescence) / enquête histoire de vie 2007

# Des disparités confirmées en Europe



- Notamment après ajustement de la structure démographique, les immigrés étrangers déclarent moins de maladies chroniques et des limitations d'activités que les français de naissance 2009, Jusot *et al.*, étude décennale 2002 et 2003 – revue Economique
- Mais les conclusions des études récentes comparatives européennes notamment en matière de taux de mortalité par maladies cardiovasculaires sont similaires à celles récentes en France :
  - ✦ L'état de santé des immigrés est plus altéré que celui des personnes natives, 2008, SHARE
- A souligner : un gradient de l'état de santé en fonction des PIB des pays d'origine : 2009, Jusot *et al.*, – revue Economique

**Des dépenses de santé plus élevées sont liées à une espérance de vie plus grande, même si cette relation est moindre dans les pays où les dépenses sont les plus importantes. D'autres facteurs influencent aussi l'espérance de vie ...**



# Des facteurs explicatifs protecteurs aux déterminants sociaux de la santé



- Effet protecteur des habitudes de vie (alcool -, régimes riches en fruits et légumes), apparaîtrait modeste 2003, Khlat *et al.*
- Effet de sélection des immigrés en bonne santé
  - ✦ Taux de morbidité des immigrés tunisiens < à ceux de la population tunisienne de la région d'origine et < à celle globale de la population française 2007, Méjean *et al.*
- Sous enregistrement des taux de morbi-mortalité
  - ✦ Notamment par passage à la retraite dans le pays d'origine 2005, Attias-Donfut *et al.*



# Des facteurs explicatifs délétères aux déterminants sociaux de la santé



- Facteurs culturels ? D'information surtout : maîtrise et inscription dans le système de santé
  - ✦ Langue +++ 2006, Chaouchi *et al.*
- Interactions entre professionnels de soins et immigrés 2007, Carde
  - ✦ Discrimination (préjugés-xénophobies-capacités estimées à se soigner...)
  - ✦ 1/3 de bénéficiaires de l'AME déclare avoir subi un refus de soins
  - ✦ Langue et différences de représentation culturelle avec réponses thérapeutiques inappropriées

# Des inégalités sociales de santé – rapport Marmot OMS



- Durée de vie dans le pays et emplois plus pénibles ou situations sociales plus précaires
  - ✦ Chômage plus long et concernant davantage de personne / discrimination et étude *Trajectoires et origines 2008*
  - ✦ Et moindre recours aux soins corrélé, en sachant que :
  - ✦ 35% des immigrés étrangers et 20% des immigrés naturalisés pour 7% des français de naissance n'ont pas accès à une complémentaire santé

## Capital social et santé

- ✦ **Le différentiel de capital social** entre la population immigrée et française de naissance expliquerait 54% des disparités de santé observées 2009 Berchet *et al.*
- ✦ « agrégat des **ressources réelles ou potentielles** qui sont liées à la possession d'un réseau durable de plus ou moins de rapports institutionnalisés de la connaissance et de l'identification **mutuelles.** » Bourdieu P., Chamboredon J.-C. & J.-C. Passeron (1983), *Le Métier de sociologue. Préalable épistémologique*, Paris, Éditions Mouton

# L'ODSE : un observatoire en réseau du droit à la santé des étrangers



De l'origine de la vulnérabilité au droit de la santé ?

précarité – discrimination

groupes à risque / parcours de soins

O'Malley J., Mann J., Tarantola D. Vulnerability and HIV prevention. *Hygie : International Journal of Health Education*. 1993 ; 12 ( 2 ) : 12-15.

# Les vulnérabilités font partie des déterminants sociaux de la santé



## Facteurs de risque – inégalités sociales de santé – gradient

C. Meffre et coll. Prevalence of Hepatitis...Social Factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *Journal of Medical Virology*. 2010 ; 82 : 546-555.

M. Marmot. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux. OMS. 2008.  
[www.who.int/social\\_determinants/fr/](http://www.who.int/social_determinants/fr/)

# Quelles vulnérabilités ?



- Qui est en situation de vulnérabilité ?
- Quels sont les critères d'appréciation de la vulnérabilité des migrants/étrangers qui permettent un suivi et un accueil en centre de santé favorisant la prévention d'une aggravation de l'état de santé d'une part, la mesure de l'évolution des situations d'autre part (observatoire) ?

## Situations de vulnérabilité

1,3 million femmes RPT (49%)

## Vulnérabilités

1,3 million femmes RPT

**Mineurs 40 000**



## vulnérabilités

1,3 million femmes RPT

**Migrant.e.s RPT âg.e.s ≥60 ans**  
**320 000**

**Mineurs 40 000**

vulnérabilités

1,3 million femmes RPT



## vulnérabilités

1,3 million femmes RPT



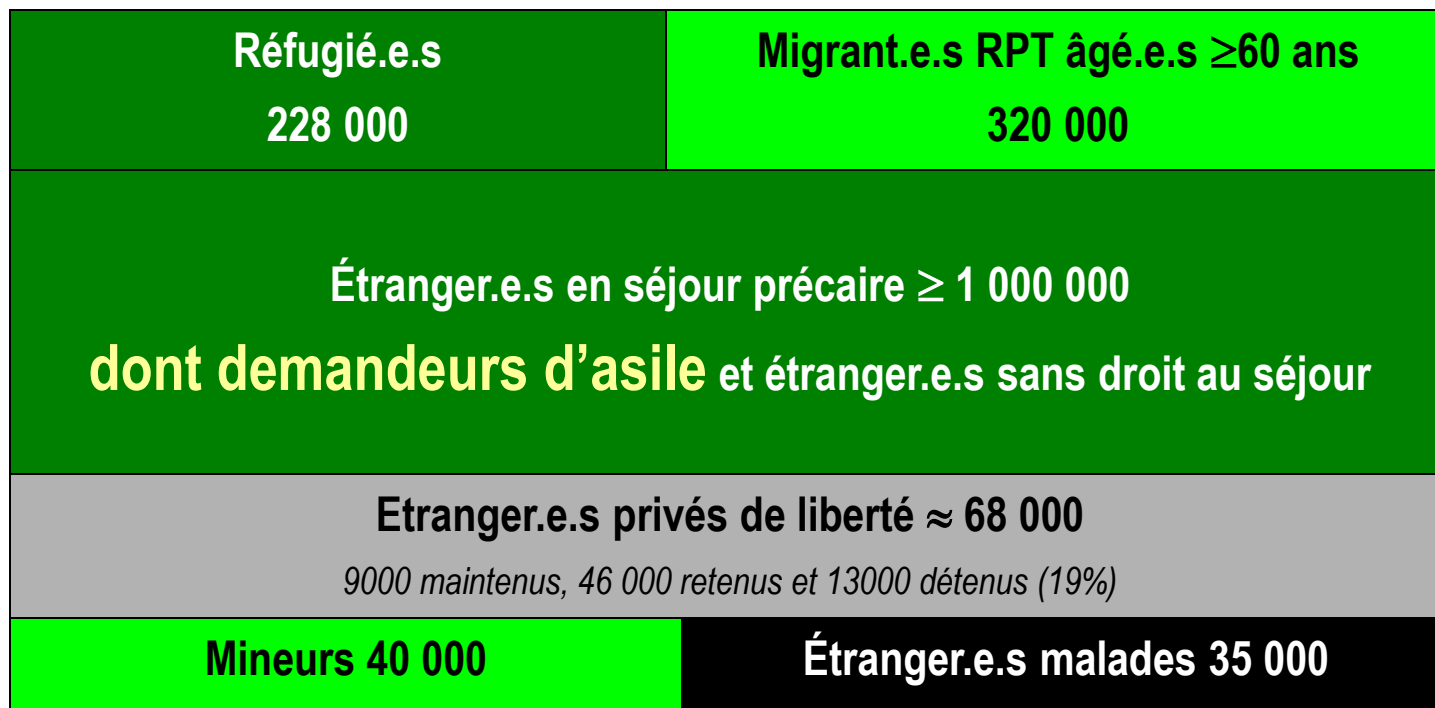
## vulnérabilités

1,3 million femmes RPT



vulnérabilités

1,3 million femmes RPT



## **Vulnérabilité explorée au Comede :**

- Allophone : *pas de maîtrise orale suffisante du français ou de l'anglais pour s'orienter, comprendre une information, solliciter un recours*
- Isolement relationnel : *n'avoir personne sur qui compter, avec qui partager ses émotions*
- Difficulté à se déplacer : *difficultés (handicap, pas de carte transport) à venir aux rendez-vous des structures qui soignent-accompagnent, ou pour réaliser les démarches administratives*
  - Pas de PM : *pas de dispense d'avance des frais (ni C-CMU, ni AME)*
    - Irrégulier : *sans titre de séjour*
  - Sans hébergement stable : *précarité de l'hébergement déclarée sans assurance*
    - Ressources : *< = seuil C-CMU*
- Déficit d'alimentation : *dans les derniers jours, avez-vous eu faim, vous êtes vous privé d'un repas habituel pour des raisons financières*

## Ce que ne devrait pas être l'appréciation de la vulnérabilité

- Une discrimination dans le traitement des situations
- Un outil de gestion des flux
- Une mesure du risque sans accueil personnalisé et accompagnement

## 1. Cumul de vulnérabilité sociale et administrative, 2014

- **Hébergement** : 98%-93% précaire, 65%-45% chez un particulier, 19%-6% sans abri (Samu social, squat, à la rue), 2%-13% « chez eux »
- **Isolement relationnel et social** : > 20%
- **Ressources financières** : 99%-95% < CMUC
- **Protection maladie** : 87%-29% sans protection
- **Séjour précaire** : 93%-84%
- **Langue** : 41% allophones
- **Alimentation** : 24% ne peuvent « manger à leur faim »



## 2. Violences et vulnérabilité psychique, 2014

- **68% ont subi des violences** (OMS), 17% des tortures (ONU, 21% DA) et 14% des violences liées au genre (32% femmes), 24% des grossesses consécutive à un viol
- **Corrélation avec vulnérabilité sociale** (84%, 25% et 21%)
- **Facteur de risque de psychotraumatisme grave** (risque relatif 2,6 avec ATCD torture et 2,3-4 avec violence genre)
- **Troubles psychiques** : 50% TCAM, 26% idées suicidaires, 6% tentatives de suicide
- **Syndromes** : 57% SPT, 26% Dépression, 11% Trauma complexe

### 3. Epidémiologie et vulnérabilité médicale, 2016

- **Des besoins largement « ignorés » au regard de la situation épidémiologique :**
  - Santé mentale (interprétariat)
  - Infection chronique par le VHB et le VHC
  - et « maladies chroniques » non transmissibles, les plus fréquentes
- **Insuffisance de prévention, retards aux dépistage et aux soins**
- **Questionnement du focus et des méthodes de dépistage sur les maladies transmissibles / VIH, tuberculose**

# Dépistage et morbidité

## Caractéristiques démographiques des malades et taux de prévalence par région d'origine

Taux pour 1000 personnes, parmi 16 095 patients accueillis en médecine au Centre de santé, 2007-2016

□ Les cases en vert clair signalent des occurrences supérieures à la moyenne

	Cas	Sexe	Age	Diagnostic *		Taux de prévalence par région d'origine (p. 1000)							
	n	(F/H)	médian	pays	Fra.*	AFC 3598	AFE 349	AFN 403	AFO 4148	ASS 5566	CAR 185	EUE 1164	TOT 16095
Troubles psych.	<b>2 668</b>	41%	32 ans	4%	11%	224	166	99	202	99	135	231	<b>166</b>
Mal. cardio-vas.	<b>1 123</b>	48%	50 ans	50%	72%	137	9	94	59	37	108	51	<b>70</b>
Infection à VHB	<b>1 095</b>	16%	34 ans	8%	29%	68	46	20	143	24	76	40	<b>68</b>
Diabète	<b>794</b>	32%	46 ans	54%	73%	54	6	120	32	65	76	17	<b>49</b>
Infection à VHC	<b>282</b>	36%	43 ans	15%	40%	33	3	17	8	7	-	47	<b>18</b>
Asthme persist.	<b>262</b>	26%	37 ans	72%	88%	10	11	30	24	16	22	9	<b>17</b>
Infection à VIH	<b>210</b>	66%	36 ans	20%	33%	27	17	2	22	<1	11	5	<b>13</b>
Handicap	<b>124</b>	20%	37 ans	61%	81%	7	-	34	11	4	-	10	<b>7</b>
Cancer	<b>91</b>	54%	49 ans	38%	86%	8	-	32	4	2	11	12	<b>6</b>
Bilharziose Uri.	<b>91</b>	8%	29 ans	4%	4%	1	-	-	21	-	-	-	<b>6</b>
Tuberculose	<b>84</b>	27%	36 ans	5%	49%	11	-	-	5	3	11	2	<b>5</b>

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

# Vulnérabilité sociale

## Consultants du Centre de santé

### VULNERABILITE SOCIALE

	n	pas de chez soi	ress. <650€	Séj. préc.	pas de PMal.	Mal- ades	pas de Proche	pas d' Accom.	pas de Comm.	pas d'Alim.	Gr. Vuln.
<b>Total</b>	<b>3924</b>	<b>97%</b>	<b>98%</b>	<b>94%</b>	<b>64%</b>	<b>52%</b>	<b>24%</b>	<b>24%</b>	<b>42%</b>	<b>21%</b>	<b>18%</b>
<b>Groupes vulnérables</b>											
Dem. asile	3026	99%	>99%	100%	65%	50%	28%	26%	43%	23%	20%
Malades	1996	95%	96%	91%	51%	100%	33%	28%	38%	25%	35%
Femmes	1271	97%	99%	96%	68%	55%	30%	29%	33%	25%	21%
Agés≥60	145	98%	97%	96%	62%	66%	8%	17%	50%	10%	23%
Mineurs<18	126	95%	100%	-	67%	25%	38%	12%	44%	12%	2%
<b>Région d'origine</b>											
ASS	1233	99%	98%	95%	68%	39%	18%	15%	73%	9%	10%
AFC	1068	98%	98%	96%	67%	58%	34%	36%	11%	32%	22%
AFO	938	96%	97%	91%	57%	65%	35%	28%	20%	28%	26%
EUE	307	96%	99%	97%	58%	57%	14%	16%	82%	12%	15%
AFE	84	100%	100%	93%	75%	42%	32%	30%	44%	33%	14%
AFN	62	98%	93%	82%	63%	40%	21%	18%	16%	21%	11%
ASE	52	98%	98%	98%	75%	37%	19%	15%	62%	4%	8%

Revault P, Giacobelli M, Lefebvre O, Veïsse A, Vescovacci K. Infections par le VHB et le VHC chez les personnes migrantes, en situation de vulnérabilité, reçues au Comede entre 2007 et 2016. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(14-15):271-6. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/14-15/2017\\_14-15\\_3.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/14-15/2017_14-15_3.html)

Tableau 3

**Indicateurs de vulnérabilité sociale à la première consultation médicale parmi l'ensemble des personnes accueillies en consultation médicale et parmi les personnes chroniquement infectées par le VHC et le VHB reçues au Comede entre 2014 et 2015**

	Ensemble des personnes accueillies en 1 <sup>ère</sup> consultation médicale (n=2 412)	Parmi les personnes chroniquement infectées par le VHB (n=159)	Parmi les personnes chroniquement infectées par le VHC (n=58)
Pas de logement personnel	98%	94%	96%
<i>Dont sans abri</i>	18%	20%	27%
N'a pas mangé à sa faim	18%	24%	29%
Séjour précaire (titre de séjour <1 an)	90%	76%	93%
<i>Dont sans droit au séjour</i>	29%	33%	29%
Sans protection maladie	82%	69%	81%
Allophone	38%	20%	55%
Isolement relationnel	9%	12%	11%
Pas d'accompagnement	6%	10%	11%
Détresse sociale (cumul d'au moins 5 items)	16%	20%	38%

## Impact sur la prévention et les soins ex. Santé des femmes

- **Dépistage du cancer du col de l'utérus (BEH 2017) :**  
21% n'ont jamais eu de frottis (9% en population générale)
  - Une association significative entre le fait d'être exilée et l'absence de dépistage
  - Raisons : difficultés accès aux droits, manque d'infos sur le système de santé, langue, instabilité hébergement....etc. Mais pour les femmes qui ont consulté : 1 sur 2, jamais été proposé
- **Dépistage du cancer du sein : 8 fois plus de femmes**  
n'ont jamais eu de mammographie

**> ARTICLE // Article**

**CARACTÉRISATION DES FEMMES NE RÉALISANT PAS DE DÉPISTAGE DU CANCER  
DU COL DE L'UTÉRUS PAR FROTTIS CERVICO-UTÉRIN EN FRANCE**

**// CHARACTERISTICS OF FRENCH WOMEN WHO FAIL TO UNDERGO REGULAR PAP SMEARS  
FOR CERVICAL CANCER SCREENING**

**Stéphanie Barré<sup>1</sup> (sbarre@institutcancer.fr), Marc Massetti<sup>2</sup>, Henri Leleu<sup>2</sup>, Nathalie Catajar<sup>1</sup>, Frédéric de Bels<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt, France*

<sup>2</sup> *Public Health Expertise, Paris, France*

# Santé des femmes exilées

- **Santé périnatale** (enquête nationale 2013) chez les femmes d'Afrique subsaharienne
- Mortalité maternelle 3 fois plus élevée
- Déclaration de grossesse hors délai
- Moins de visites prénatales
- Moins bon suivi échographique
- Taux de prématurité et petits poids de naissance plus élevés
- Dépistage trisomie 21 moins souvent réalisé, moins souvent proposé...
- 16% d'entre elles se sont senties mal ou très mal durant leur grossesse (8% des françaises).



**Alors quelles politiques de santé en France ?**

## Accès aux soins, et politiques migratoires : progrès et reculs

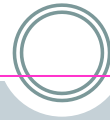


- 1893 : création de l'Aide médicale pour les « indigents »
- 1902 : 1ère loi de santé publique en France
  - Chadwick au RU *First Public Health Act 1848* au RU,
  - travaux de Villermé en France 1840 – Comité d'Hygiène et de salubrité publique et force productive - *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*
- 1946 : création de la Sécurité sociale
- 1991 : Suppression du droit au travail pour les DA
- 1992 : réforme de l'Aide médicale : accès aux soins pour toute personne démunie et résidant en France
- 1993 : exclusion de la sécurité sociale pour les étrangers en séjour irrégulier
- 1998 : Droit au séjour pour raison médicale pour les étrangers en séjour irrégulier

## Accès aux soins, progrès et reculs

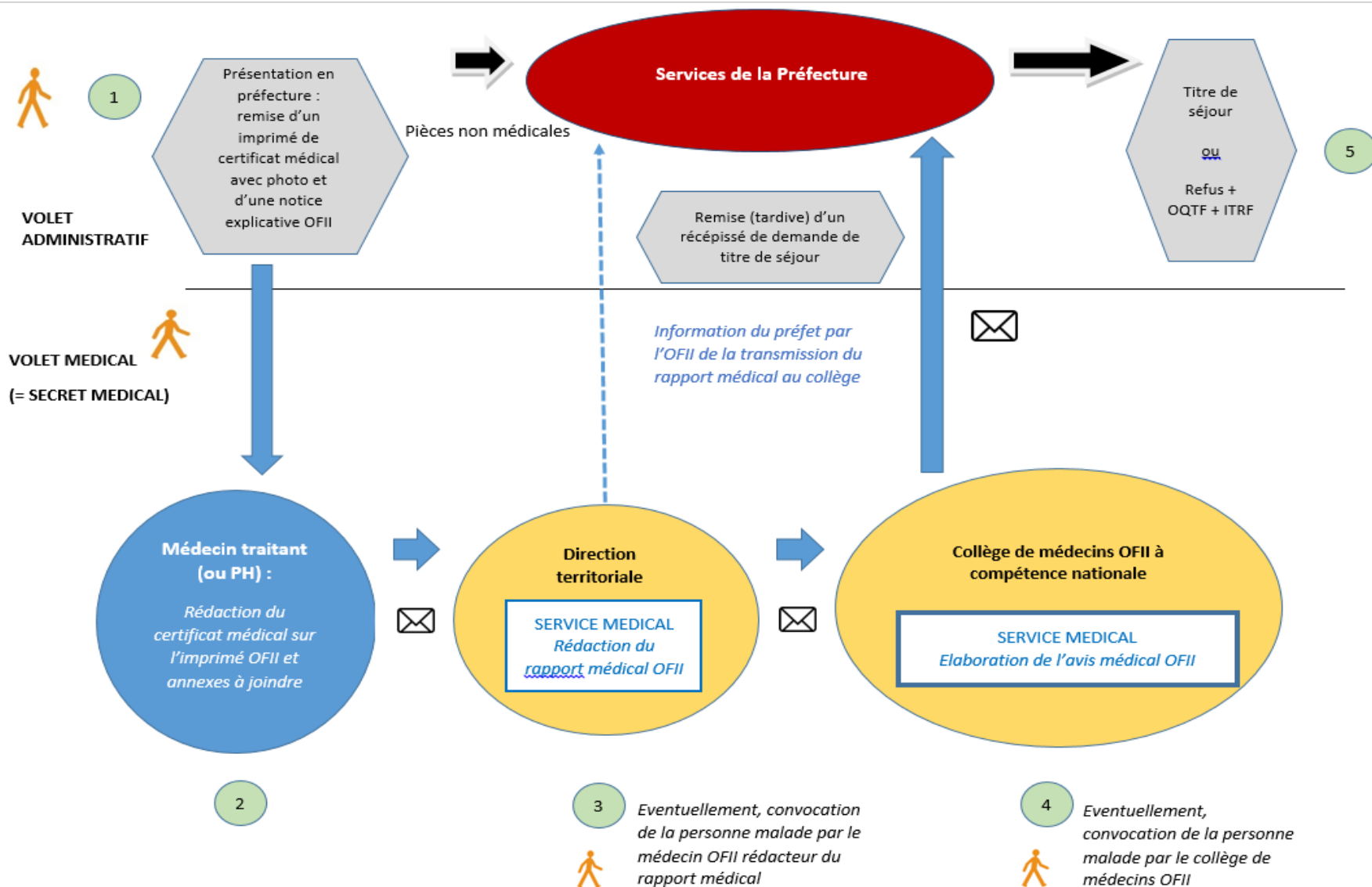
- 1999 : réforme de la CMU et de l'AME, création des Permanences d'accès aux soins de santé (Hôpital Public)
- 2002, 2003 : réformes de l'AME en lois de finances
- 2010 : Restrictions apportées à l'accès à l'AME (entrée payante, panier de soins délimité/diminué, accord nécessaire pour les soins jugés coûteux)
- 2011 : réforme de la loi sur l'immigration, évolution du droit au séjour pour raison médicale : « existence d'un traitement » (disponibilité) / « accessibilité » et introduction de dispositions « humanitaires » sous l'autorité du préfet
- 2015/16 : PUMA et restriction du panier de soin de l'AME, SMR jugés insuffisants pour l'AME, modalités d'accès à la PUMA et limitations comme la nécessité d'une convocation par la préfecture / titre de séjour ou passeport-carte d'identité pour « lutter contre la fraude; même si prolongation des droits de protection maladie 12 mois après l'échéance du titre de séjour

## Accès aux soins, progrès et reculs



- 2015/2016 : Loi de santé publique interprétariat et médiation, moyens financiers après recommandations de la HAS
- 2016/17 : réforme de la loi sur l'immigration, nouvelle évolution du droit au séjour pour raison médicale, de nouveau l'accessibilité comme critère de jugement, mais passage à l'OFII de l'instruction de la demande, projet *Protectable* et vulnérabilité psychique
- 2018 : nouveau projet de loi contrôle de l'immigration et amélioration de la DA ?, durée de la rétention, DA et demande de régularisation pour raison médicale obligatoirement concomitantes... vers une santé des immigrés sous l'entier contrôle du ministère de l'Intérieur ? *A contrario* Etudiants étrangers. Projet de recherche et légitimité de l'OFII.

# Procédure médicale



## Procédure médicale

- **Procédure en 4 étapes depuis le 1er janvier 2017 :**
- Présentation au guichet de la préfecture (notice explicative et modèle de « certificat médical »), enregistrement de la demande;
- Faire remplir ce certificat par le «médecin qui suit habituellement l'étranger ou par un médecin praticien hospitalier, adressé au service médical de l'OFII »;
- Sur la base de ce certificat et éventuellement au vu d'autres éléments demandés au médecin ou au demandeur, le médecin de l'OFII établit un rapport médical, transmis à un collège de médecins de l'OFII à compétence nationale ;
- Avis du collège communiqué au préfet.

## Procédure médicale

- Transfert de mission aux médecin du service médical de l'OFII sous la tutelle du ministère de l'intérieur
- Principaux objectifs affichés, de cette réforme :
  - Favoriser une application plus homogène de l'appréciation médicale
  - Améliorer la prévention des fraudes
- Les règles de déontologie médicale sont applicables à la procédure :
  - Respect du secret professionnel (art. 4 CSP)
  - Indépendance professionnelle (art. 5 & 95 CSP)
  - Principes de moralité et de probité (art. 28 CSP)

# Evaluation médicale de la demande

## 2 risques à évaluer

- Le risque « **d'exceptionnelle gravité du défaut de soins appropriés** »
- Le risque de « **non bénéfice effectif d'un traitement approprié** » en cas de retour au pays d'origine



# Le risque « d'exceptionnelle gravité »

- Interprétation du Comede : **risque significatif de mortalité prématurée et/ou de handicap grave = espérance de vie sans incapacité**
- Repose
  - sur l'appréciation de chaque médecin
  - sur le **pronostic de l'affection en cause en l'absence de traitement**
- Pas de liste de référence pour les affections

# Evaluation de ces risques médicaux :

---



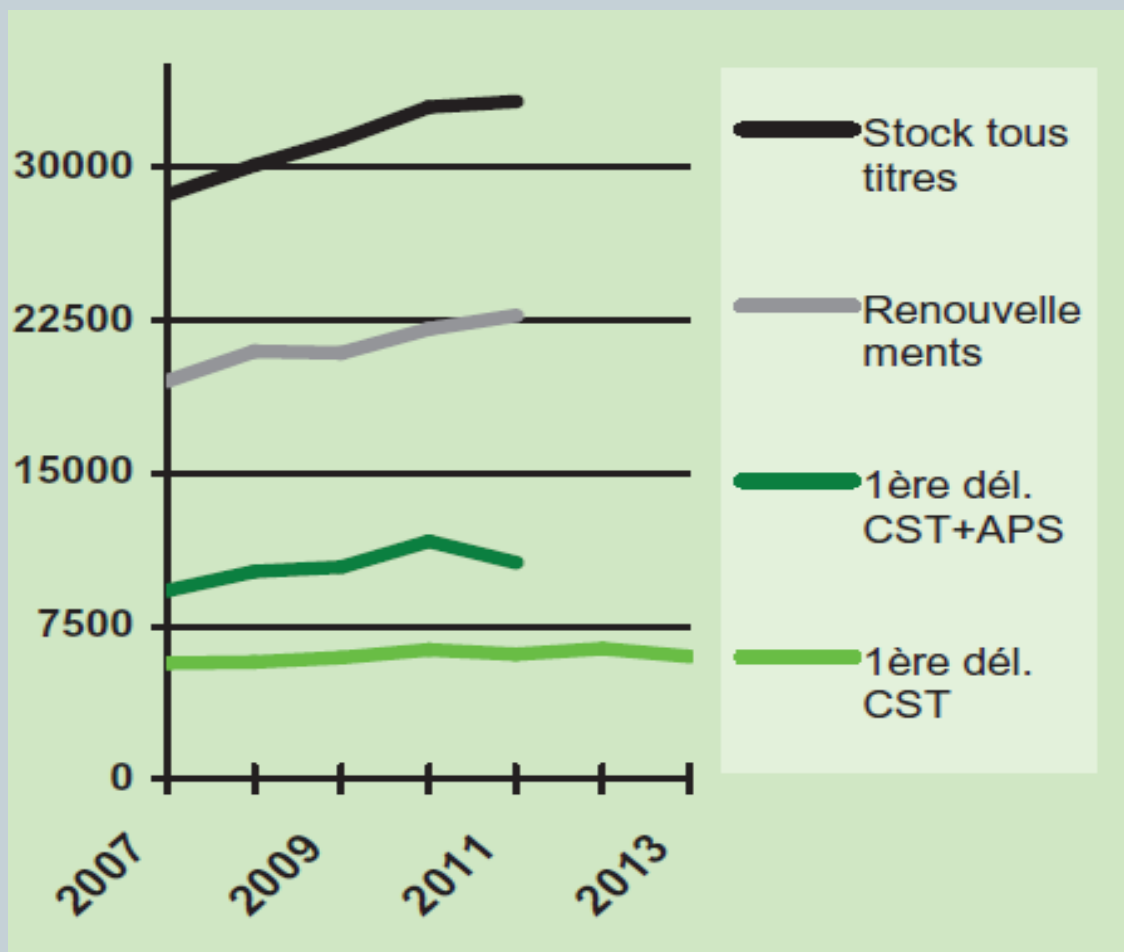
- **Sans limitation temporelle** (ex: VIH)
- **Sans certitude évolutive** (ex: hépatite B chronique)
- Appréciation de la **perte de chance due au différentiel de prise en charge thérapeutique** (maladie chronique)
- Après un délai suivant **l'efficacité du traitement et l'absence de survenue de complications** (ex : TB, VHC)
- Appréciation du risque d'aggravation du **psychotraumatisme**

# Le risque « de non bénéfice effectif d'un traitement approprié »



- Cette notion renvoie à la **perte de chance** dans le pays d'origine par rapport au traitement en cours
- Correspond à l'**ensemble des moyens** mis en œuvre pour guérir ou soulager une maladie, incluant les examens complémentaires, les molécules, prescrites ou les techniques particulières de prise en charge
- Ne peut reposer sur une liste de pathologie en fonction de pays, nécessite une documentation au-delà des dispositifs de droit commun à un instant T
- Questionne la réalité de l'accès financier, géographique, discriminations existants en fonction des publics

Droit au séjour pour raison médicale, « stocks » et « flux »



# Droit au séjour pour raison médicale

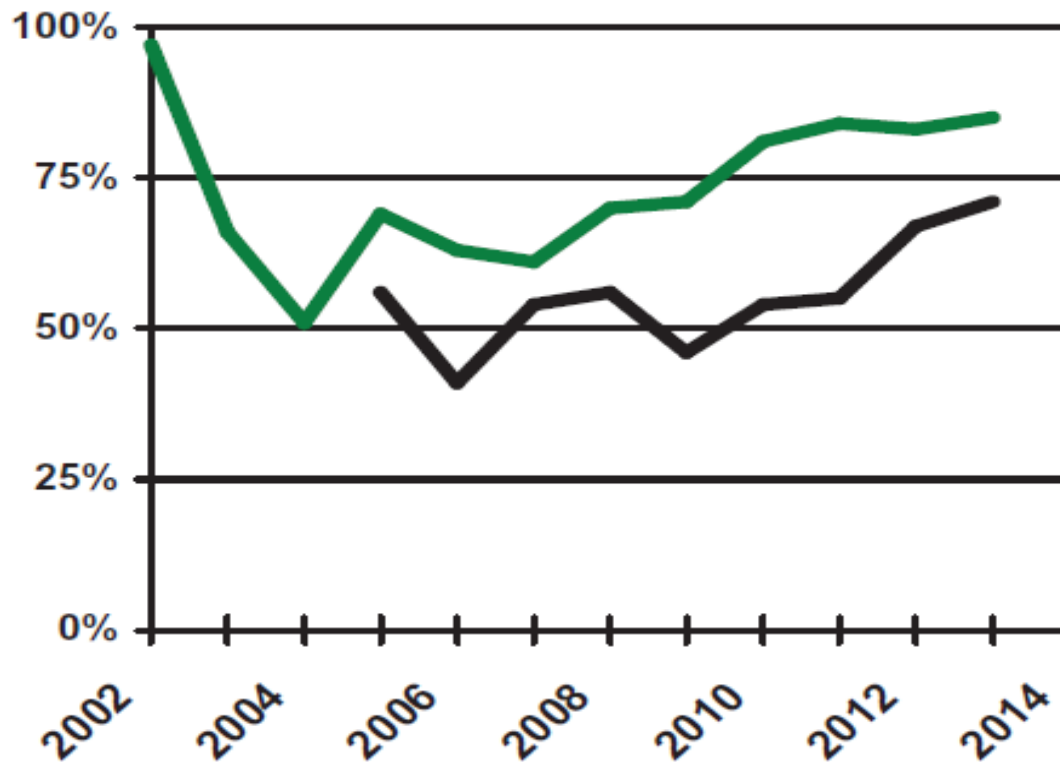
## Taux d'accord des préfectures et des tribunaux

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Total préf/MARS</b> 1398 demandes	51%	69%	63%	61%	70%	71%	81%	84%	83%	85%
	102	119	129	126	134	187	108	136	207	150
Arcat 23								13/15	6/8	
								15	8	
Case de santé 195								8/10	93%	90%
								10	97	88
CDS Comede 915	51%	69%	63%	62%	72%	70%	80%	83%	70%	10/16
	102	119	129	123	108	123	81	71	44	16
ESD Cimade-Comede 166				1/3	16/26	73%	23/27	10/13	13/16	12/16
				3	26	64	27	13	16	16
MDM-Comede 13 99								24/27	74%	90%
								27	42	30
<b>Total tribunaux</b> 395 demandes	4/5	56%	41%	54%	56%	46%	54%	55%	12/18	10/14
	5	39	46	56	91	65	39	33	18	14
Arcat 3								1/3		
								3		
Case de santé 2									2/2	
									2	
CDS Comede 246	4/5	56%	41%	53%	54%	50%	7/17	6/12	1/2	4/5
	5	39	46	55	39	30	17	12	2	5
ESD Cimade-Comede 136				1/1	58%	43%	14	11/17	7/9	5/8
				1	52	35	22	17	9	8
MDM-Comede 13 6								0/1	2/5	1/1
								1	5	1

# Droit au séjour pour raison médicale

## Taux d'accords des préfectures et des tribunaux administratifs

*Evolution 2002-2013*



# Droit au séjour pour raison médicale

**Taux d'accord préfecture par maladie**  
*1976 maladies recensées pour 1398 demandes*  
*2004-2013 dans 17 préfectures*

Maladie	demandes	taux
Infection à VIH	82	94%
Cancer	58	88%
Infection à VHC	107	79%
Maladie cardio-vasc.	341	79%
Handicap	55	78%
Psychiatrie	289	76%
total / moyenne	1976	74%
Diabète	185	73%
Asthme persistant	131	71%
Infection à VHB	437	63%

# Droit au séjour pour raison médicale

## Taux d'accord préfecture par nationalité

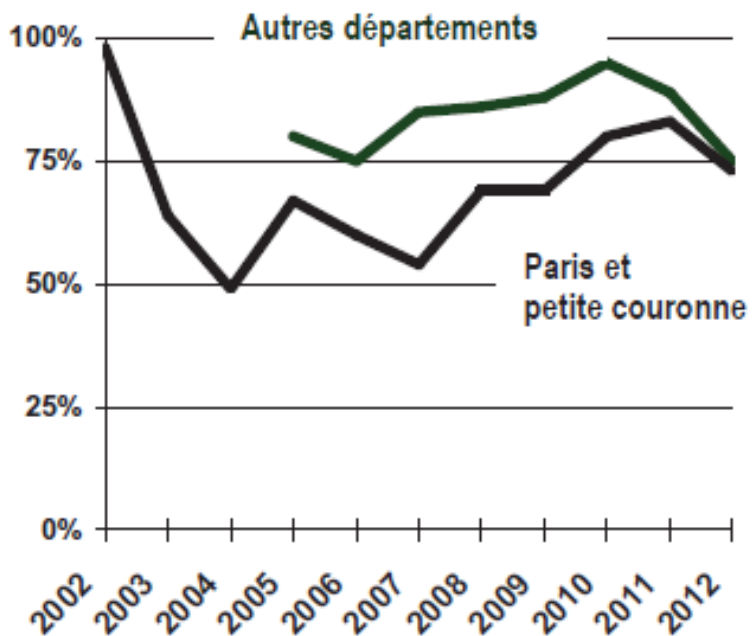
1398 demandes 2004-2013 dans 17 préfectures

Nationalité rang IDH*	demandes	taux
Nigeria 153 <sup>ème</sup>	50	86%
Angola 148 <sup>ème</sup>	62	82%
Congo 142 <sup>ème</sup>	41	78%
Congo RD 186 <sup>ème</sup>	232	78%
total / moyenne	1398	73%
Guinée Con. 178 <sup>ème</sup>	67	72%
Algérie 93 <sup>ème</sup>	96	71%
Bangladesh 146 <sup>ème</sup>	51	69%
Mali 182 <sup>ème</sup>	181	69%
Cameroun 150 <sup>ème</sup>	44	68%
Mauritanie 155 <sup>ème</sup>	96	63%
Sénégal 154 <sup>ème</sup>	45	60%
Côte d'Ivoire 168 <sup>ème</sup>	50	50%

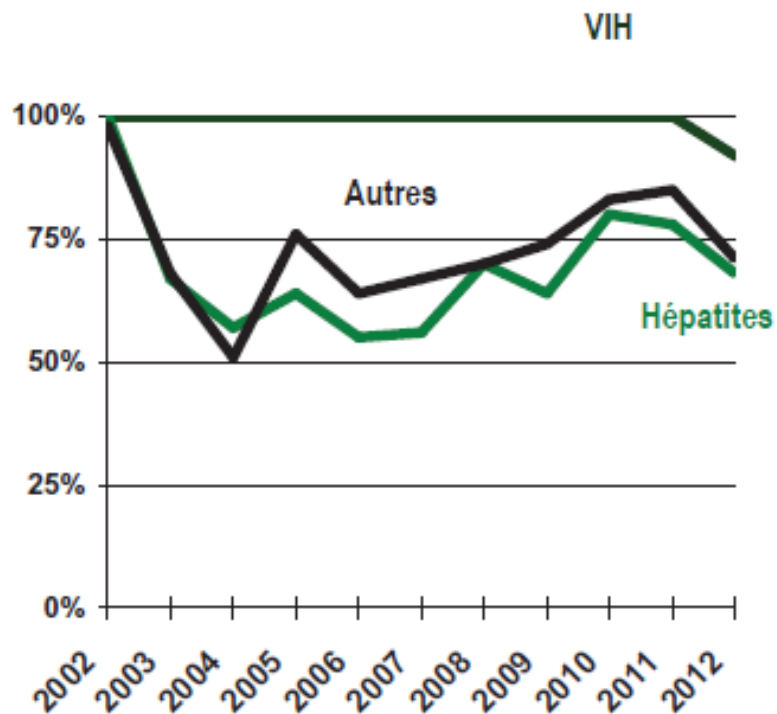


## Droit au séjour pour raison médicale

Evolution par département



Evolution par pathologie





- Les restrictions d'application du droit entraînent un **renforcement de l'argumentaire juridique sur l'accès aux soins** (stratégie adaptative de l'étranger et de ses conseils), qui contribue à son tour à légitimer le cadre restrictif officieux (décisions fondées sur la « disponibilité » / accessibilité)
- La **référence aux textes de lois et aux principes de la santé publique** conduit à privilégier une démarche de défense du droit axée avant tout sur le caractère « d'exceptionnelle gravité » pour les ressortissants des pays à faible revenus -> rôle-clé du ministère de la Santé

## *II. Des discriminations : définition, éléments de caractérisation. Le soin coupé ou la figure de l'apocope.*



## Discrimination et droit



<http://www.cairn.info/revue-politix-2011-2-page-3.htm>

« La distinction ou la différence de traitement illégitime : illégitime parce qu'arbitraire, et interdite puisqu'illégitime » Lochak

- La loi de 1972 a pour la première fois introduit le principe de non-discrimination fondée sur « l'appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée » dans le Code pénal français.

- La Haute autorité de lutte contre les discriminations (HALDE), créée en 2005 offre une assistance juridique aux personnes s'estimant victimes de discrimination.

« L'action publique antidiscriminatoire vise généralement à faciliter le recours au droit par les victimes potentielles. Elle a pu aussi se traduire par la mise en place de politiques de discrimination positive, qui suspendent provisoirement la norme de l'égalité de traitement afin de remédier à des inégalités réelles dont sont victimes des individus en raison de leur appartenance à certains groupes considérés comme structurellement désavantagés. » Bereni et Chappe.



# Article 225-1 du code pénal modifié le 24 juin 2016 :

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

E. Carde Carde E. [Access to health care and racial discrimination].  
Santé Publique 2007; 19(2):99-109.



Les travaux d'E. Carde caractérisent 3 types de discriminations suivant les origines :

- Les deux premiers se fondent sur la perception, par le professionnel, d'une différence d'origine chez l'utilisateur
  - « délégitimation »
  - « différenciation » et essentialisation « la différence culturelle » / dédifférenciation de F. Héritier
- Le troisième résulte de logiques institutionnelles indépendantes de l'intentionnalité des professionnels (discriminations indirectes)

Et...

## Mesurer la discrimination de situation

Enquête Trajectoires et origine – Ined Doc de travail 184- 2008-2009 <http://teo.site.ined.fr> Questions directes personnelles sur un traitement différencié – illégitime :

- Est-il déjà arrivé qu'on vous refuse une consultation médicale parce que vous êtes à la CMU ou à l'AME ?
- Vous est-il déjà arrivé qu'un médecin ou du personnel médical vous traite moins bien ou vous reçoive plus mal que les autres patients ?

# Utilisation du service des urgences à Saint Laurent du Maroni :

## French Guiana: Does Being Undocumented Make a Difference?

### 2013-J Immigrant Minority Health



- Les résultats suggèrent que les personnes « sans papier » ont des indicateurs de santé et d'accès aux soins plus défavorables que les autres patients à leur arrivée aux Urgences (# 28% des patients de plus de 16 ans)
- Les analyses montrent que la différence observée de taux d'hospitalisation est liée, par ordre d'importance :
  - au défaut de couverture maladie,
  - à la moindre maîtrise du français,
  - à une résidence hors Saint-Laurent du Maroni,
  - à des niveaux de gravité plus élevés
  - et, dans une moindre mesure, à un suivi moins régulier chez un médecin
- Il ne s'agit donc pas d'une utilisation des urgences en priorité pour se soigner, comme certains soignants pouvaient en avoir la représentation – mais bien d'une absence d'accès aux soins faisant utiliser ce service



# Nouvelle loi de santé publique 2015

- Article L.1110-13
- Relatif à la médiation sanitaire et *l'interprétariat professionnel*
- En tant qu'outils d'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins
- En garantissant la confidentialité des informations et l'aide « à révéler ce qui n'est pas dit »
- Arrêtés parus et Référentiel du cadre par la HAS

Code de déontologie médicale  
(R4127 CSP)



- **L'Article 47** (article R.4127-47 du code de la santé publique) : « Quelles que soient les circonstances, la **continuité des soins aux malades doit être assurée** »
- **L'Article 7** (article R.4127-7 du code de la santé publique) : « Le médecin doit, non seulement, soigner mais aussi écouter, examiner, conseiller, avec la même conscience tous ses malades, **quels que soient leur origine**, leurs moeurs, 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'ils lui inspirent.(...) »

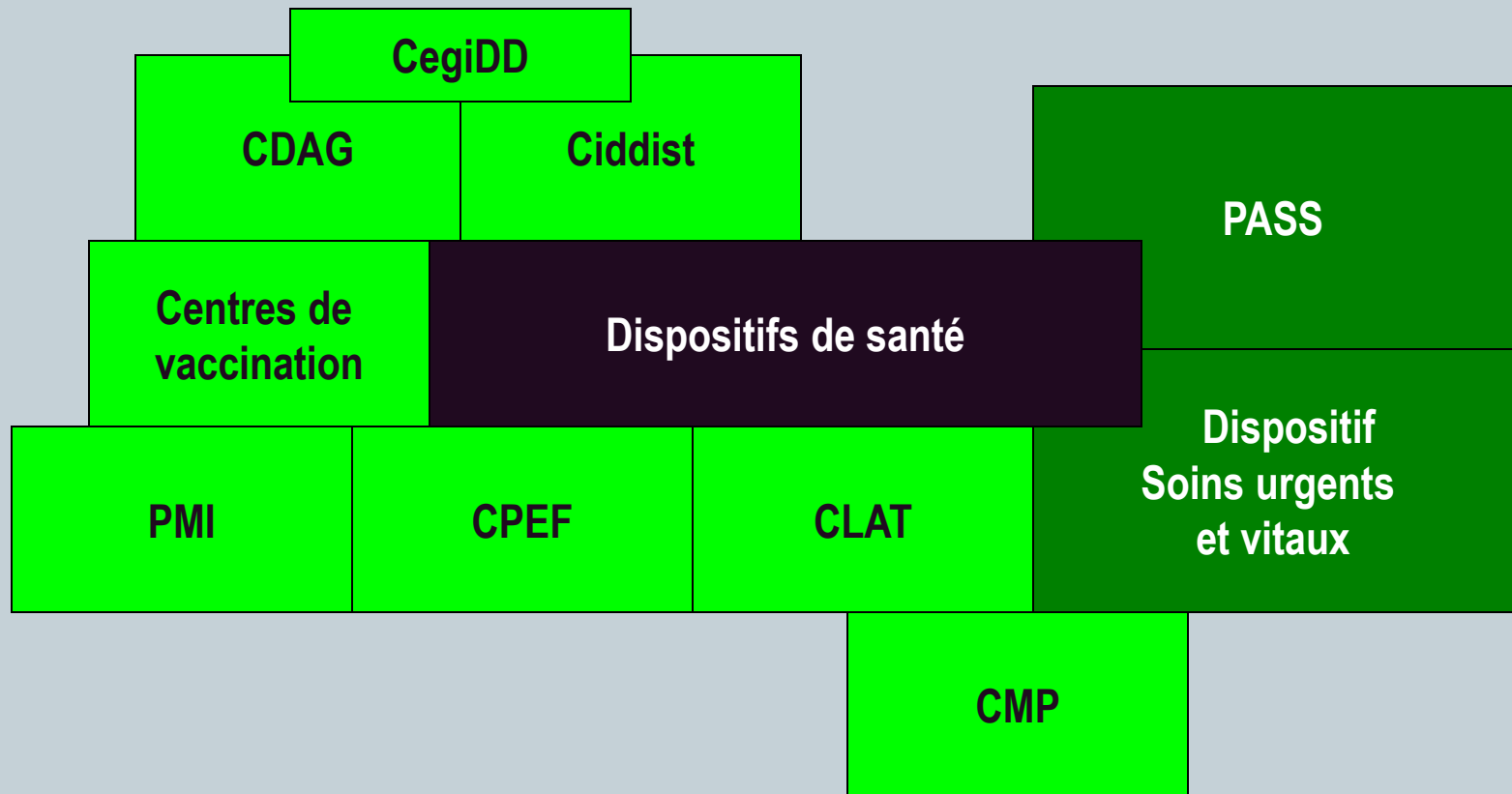
### *III. Déontologie et éthique des soins et de la prévention : L'exemple des 3X90 dans la lutte contre le VIH à travers différentes études et les politiques de dépistage.*

#### Travail en groupe : simulation d'une intervention

1. Trois 90% et lutte mondiale contre le VIH.  
ONUSIDA, OMS & atelier santé ville, PNUD
2. Comment impliquer la population étrangère vivant en France, sachant qu'elle compte pour près de la moitié des nouveaux cas d'infection par le VIH # 6000/an ?
3. Discutez les mesures envisagées en particulier auprès des populations « en grande précarité »
4. Finalement que recommandez-vous ?

Dispositifs  
de santé publique

Dispositifs  
D'accès aux  
« soins gratuits »



# Quelle stratégie avancée ? / *Outreach* – aller vers



ET :

Interprétariat ?

Médiation ?

Approche par les droits & besoins exprimés ?

Non confusion des rôles ?

# Un bilan de santé : démarche et examens retenus au centre de santé de l'hôpital Bicêtre

- Accueil inconditionnel et orientationS # 40
- Interprétariat, près de 50%
- Appréciation de la vulnérabilité sociale
- Suivi médical et médecins référents # 10
- Travail transdisciplinaire
  - Inter-visions hebdomadaire
  - Debriefing intrapôle hebdomadaire
  - Analyse des pratiques bimensuelle

Examen proposé systématiquement en fonction de la région d'origine et de l'exposition	AFA, AFC AFE, AFO ASE	AFN	ANT ASS	AUT
Examen clinique complet + BU	✓	✓	✓	✓
NFS-plaquettes	✓	✓	✓	✓
Glycémie, suivant recommandations HAS		✓	✓	
Sérologie VHB	✓	✓	✓	✓
Sérologie VHC	✓	✓	✓	✓
Sérologie VIH, TPHA+VDRL ADN Chlamydia + Gono / âges	✓	✓	✓	✓
Rx thorax face	✓	✓	✓	✓
EPS + sérologie Anguillule	✓		✓	
EPU + sérologie Schistosome	✓			

# En conclusion



- **Consentement libre et éclairé ET participation à la détermination des projets de dépistage, y compris son organisation**
  - Ne pas opposer éthique de responsabilité et de conviction, biopouvoir et M. Foucault - *outreach*
  - Article 100 du code de déontologie médicale (CSP R 4127) : pas de confusion médecine de contrôle / soins et prévention – *OFII* en France
- **Continuité et globalité des soins :**
  - Entrée par les droits
  - Ne pas opposer observation épidémiologique et besoins exprimés !
  - Reformuler les questions avec les populations



## **Permanence tél. DROITS, SOUTIEN, ACCES AUX SOINS :**

** 01 45 21 63 12, du lundi *au* vendredi 9h30-12h30**

Soutien et expertise pour l'accès aux soins, les procédures d'obtention d'une protection maladie, les dispositifs de droit au séjour pour raison médicale, et les autres prestations liées à l'état de santé des étrangers

## **Permanence tél. MEDICALE**

** 01 45 21 38 93, du lundi *au* vendredi, 14h30-17h30**

Soutien et expertise relatifs aux soins médicaux, à la prévention, aux bilans de santé, et aux aspects médico-juridiques pour le droit des étrangers

## **Permanence tél. SANTE MENTALE**

** 01 45 21 39 31, mardi *ou* mercredi, 14h30-17h30**

Soutien et expertise pour l'orientation et l'accès aux soins en santé mentale. Information et partage d'expérience sur les questions relatives à la clinique de l'exil et au droit au séjour pour raison médicale