

Sous la direction de
François Bourdillon
Gilles Brücker
et Didier Tabuteau

Traité
de **santé publique**

2^e édition

Médecine-Sciences
Flammarion

Arnaud VEÏSSE et Élodie AÏNA STANOJEVICH

Immigrés, étrangers, réfugiés, sans-papiers ou encore « personnes d'origine étrangère », l'usage parfois indifférencié de ces termes témoigne d'une certaine confusion dans l'ensemble de la société sur le statut des migrants en France (Encadré 1), cette confusion tenant pour partie à la politisation des questions d'immigration et d'asile au cours des trente dernières années. Dans la même période, l'émergence de nouvelles priorités de santé publique, en premier lieu la lutte contre l'épidémie de VIH/SIDA, a progressivement conduit les pouvoirs publics à prendre en compte les spécificités des populations migrantes en matière de santé. Si les données d'épidémiologie médicale restent rares, la contribution des sciences humaines et l'expertise des acteurs de terrain ont permis d'améliorer les connaissances sur les facteurs de vulnérabilité de ces populations et d'adapter ainsi les actions à mettre en œuvre pour la santé des migrants.

Évolution de l'immigration en France

Dans nos sociétés organisées en États, la liberté de circulation ne s'applique pas à l'ensemble des individus. Les lois de l'immigration contemporaine sont soumises aux logiques de l'exploitation économique, aux rythmes des guerres et des persécutions. En France, les politiques d'immigration ont composé, selon les périodes, avec

les principes du droit et de l'universel d'une part, ceux de l'exclusion et de la xénophobie d'autre part [40, 41]. De la construction de l'État-nation aux exigences de l'internationalisation, en passant par les effets de la colonisation-décolonisation, ces politiques ont évolué au gré des changements des majorités politiques, mais dans un cadre très largement commun [7, 51].

La France est un vieux pays d'immigration. En tant que phénomène de masse, celle-ci a débuté vers la fin du XIX^e siècle et s'est poursuivie jusqu'en 1974, essentiellement avec l'arrivée de travailleurs européens et nord-africains. Entre 1945 et 1974, les nouveaux arrivants – dont les réfugiés originaires de nombreux autres pays – faisaient l'objet d'une politique globale d'admission au séjour. En 1974, avec la crise économique et l'essor du chômage, le gouvernement décide par circulaire l'arrêt de l'immigration du travail, une « fermeture des frontières » qui met fin à soixante années d'immigration planifiée pour répondre aux besoins des entreprises françaises.

En 1980, la loi Bonnet inaugure un mouvement de modification continue de l'ordonnance du 2 novembre 1945 qui subordonne l'installation en France à une autorisation. À l'exception de la création de la « carte de résident de 10 ans » renouvelable de plein droit, votée à l'unanimité par l'Assemblée nationale en 1984, l'ensemble des réformes restreint progressivement le droit d'asile et le droit au séjour (Pasqua 1986, Joxe 1991, Pasqua 1993, Debré 1997, Chevènement 1998, Sarkozy 2003 et 2006). De nouvelles catégories

Encadré 1 Définitions.

Termes utilisés

- *Migrant* : personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France, terme utilisé notamment en santé publique.
- *Immigré* : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition utilisés lors pour le recensement démographique (INSEE). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.
- *Étranger* : personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique. L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.
- *Exilé* : personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, terme évoquant notamment les conséquences psychologiques des migrations forcées.
- *Demandeur d'asile* : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève de 1951.
- *Réfugié* : personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordés par l'OFPPA (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la Commission des recours des réfugiés.
- *Sans-papiers* ou *clandestin* : étranger en séjour irrégulier, termes destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère illégitime

(situation irrégulière du « clandestin ») ou légitime (attaches en France du « sans-papiers ») de la présence de la personne.

Titres de séjour pour les étrangers

- *Séjour stable* : titre de séjour de 1 (CST), 5 ou 10 ans (carte de résident) avec autorisation de travail et garantie de renouvellement.
- *Séjour précaire* : absence de titre de séjour ou document de séjour sans autorisation de travail et/ou sans garantie de renouvellement.
- *Carte de résident* : conditions légales d'attribution (dont parent d'enfant français, conjoint de Français, réfugié statutaire), validité de 10 ans, avec autorisation de travail.
- *Carte de séjour temporaire (CST)* : conditions légales d'attribution (dont étudiants, scientifiques, membres de famille, malades), validité inférieure ou égale à 1 an, avec ou sans autorisation de travail.
- *Récépissé de demande de carte de séjour* : délivré à l'étranger « admis à souscrire à une première demande de titre », validité de 1 à 6 mois, avec ou sans autorisation de travail
- *Autorisation provisoire de séjour (APS)* : document provisoire de séjour, le plus souvent sans autorisation de travail, validité de 1 à 6 mois.

d'étrangers basculent dans la plus grande précarité, avec la suppression du droit au travail pour les demandeurs d'asile en 1991 [4, 32] ou la création d'une nouvelle catégorie d'étrangers « ni expulsables, ni régularisables » en 1993 [39]. Pratiquées depuis quarante ans en fonction des besoins de l'économie [40], les régularisations prennent un tour humanitaire en 1997-1998, sous l'impulsion notamment des associations de lutte contre le SIDA. La maladie devient un motif de protection contre l'éloignement (Debré), puis de droit au séjour, parmi d'autres critères de régularisation de plein droit relatifs à la vie privée et familiale (Chevènement).

Le statut des étrangers dépend étroitement de leur nationalité et de leur qualification professionnelle. Si les citoyens de l'Union européenne bénéficient de la liberté de circulation et d'installation, le droit au séjour en France des ressortissants des « pays tiers » est soumis à des conditions particulières (réfugiés, raisons de « vie privée et familiale », travailleurs qualifiés) et reste pratiquement inaccessible pour les travailleurs non qualifiés.

Cette évolution s'inscrit dans un contexte socio-politique où le séjour d'une partie de la population est conçu comme « provisoire » par les pouvoirs publics, bien que la majorité des personnes concernées soient de futurs citoyens [40]. Malgré la fermeture des frontières, la légitimité de l'étranger tient toujours à son corps, hier force de travail [46], aujourd'hui source de compassion [12, 18]. La contradiction du « provisoire qui dure » est au cœur des problèmes de santé de nombreux migrants confrontés à la fois à l'aggravation des inégalités sociales en France et à la détérioration de la situation du pays d'origine. Le séjour est de plus en plus précaire et le retour de moins en moins possible. Si les politiques françaises ont occupé une position médiane à l'échelle européenne, l'exception française réside toutefois dans le droit à la santé des étrangers, notamment le droit au séjour des malades.

Caractéristiques démographiques

Selon l'INSEE, 4,9 millions d'immigrés résidaient en France métropolitaine en 2004 [25], dont 40 p. 100 de Français (acquisition de nationalité). Un tiers des immigrés sont originaires de l'Espace économique européen, un tiers d'Afrique du Nord et un tiers de l'ensemble des autres régions. Par rapport aux recensements précédents, la proportion d'immigrés originaires d'Afrique, d'Asie et d'Europe de l'Est a augmenté, alors qu'elle a diminué pour l'Espagne et l'Italie. Dans la population immigrée, hommes et femmes sont désormais aussi nombreux, par l'effet notamment du regroupement familial. Le niveau de formation s'est nettement élevé pour les immigrés, tout comme pour l'ensemble de la population. Compte tenu du vieillissement des populations plus anciennes sur le territoire, l'âge moyen des immigrés est plus élevé (45 ans) que celui des autochtones (38,5 ans). Quatre immigrés sur dix résident en Île-de-France, un sur dix en Rhône-Alpes et un sur dix en Provence-Alpes-Côte-d'Azur [24].

Fin 2005, le ministère de l'Intérieur comptabilisait 2 294 506 étrangers ressortissants de « pays tiers » [12] titulaires d'une carte de résident (78 p. 100, dont 117 803 réfugiés sous protection de l'OFPRA [42]), d'une carte de séjour temporaire (15 p. 100) ou d'un document provisoire de séjour (6 p. 100, dont les demandeurs d'asile). Estimé entre 200 000 et 400 000 personnes par le ministre de l'Intérieur en 2006, le nombre des étrangers en séjour irrégulier reste très largement sujet à caution [47].

Contraints de vivre hors de leur pays d'origine pour des raisons politiques et/ou médicales, les exilés sont originaires de régions très diverses : principalement Europe de l'Est hors Union européenne (37 p. 100 des demandeurs d'asile, 27 p. 100 des réfugiés), Afrique centrale (25 p. 100 des « étrangers malades », 15 p. 100 des réfugiés), Asie de l'Est (26 p. 100 des réfugiés), Afrique du Nord (22 p. 100 des « étrangers malades »), Afrique de l'Ouest (29 p. 100 des « étrangers malades »), Asie du Sud (15 p. 100 des réfugiés) et Caraïbes (12 p. 100 des demandeurs d'asile). Ces populations résident principalement dans les régions Île-de-France, départements d'outre-mer, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

Vulnérabilité et morbidité

Si la migration est généralement admise comme un déplacement, celui-ci est vécu par de nombreux migrants comme une rupture, source de déséquilibres de tous ordres. Au-delà de l'obstacle linguistique, la compréhension et l'adaptation au fonctionnement de la société d'accueil génèrent une accumulation de difficultés administratives, économiques et sociales dont la résolution prime souvent le besoin de « prendre soin » de soi. Le système de soins paraît opaque aux primo-arrivants [10] et la communication avec les professionnels de santé est rendue difficile par la confrontation de représentations et d'expressions différentes de la maladie physique et mentale [5, 8, 38]. De plus, certains migrants sont fragilisés sur le plan psychologique – et physique – par des antécédents de violence au pays d'origine, comme les exilés victimes de torture [14] ou les femmes victimes de mutilation sexuelle [15].

La vulnérabilité liée à la migration ou à l'exil est renforcée par une exposition particulière à la précarité sociale. Les migrants sont plus souvent en situation précaire que le reste de la population (revenus inférieurs de 32 p. 100, niveau de vie inférieur de 26 p. 100, risque de chômage plus élevé, conditions de logement moins favorables [24]). Ils sont exposés à des phénomènes de précarisation spécifiques, notamment du fait de leur statut juridique pour les étrangers en séjour précaire (obstacles à l'hébergement et à un apport de ressources légales, exploitation économique [21]), et de discriminations, en particulier dans le domaine de l'accès aux soins [19].

En termes de morbidité, les données épidémiologiques caractérisant les migrants sont rares. Les références raciales sont illégales en France, mais le recensement de l'« origine » des individus est autorisé dès lors que celle-ci est définie par des variables sociodémographiques classiques (lieu de naissance, nationalité, nationalité des parents...). Et s'il semble difficile, dans les travaux épidémiologiques, de mettre en évidence le rôle éventuel de l'ethnicité, la caractérisation des immigrés n'est pas un obstacle à la mise en place des enquêtes [33]. La pauvreté des études représentatives disponibles sur la santé des migrants s'explique moins par l'argument législatif que par des réticences culturelles et politiques à voir ce champ de la santé investi par la recherche et les pouvoirs publics [22].

La prise en compte par l'Institut national de veille sanitaire (InVS) des critères de nationalité ou du lieu de naissance dans la surveillance de quelques maladies infectieuses permet pourtant d'observer des taux de prévalence significativement plus importants dans certaines populations étrangères que dans le reste de la population, en particulier pour le VIH [30, 35], les hépatites virales chroniques [29] et la tuberculose [28]. Une approche « par conglomérat » faisant la somme des travaux réalisés sur des échantillons restreints de migrants et des rapports d'activité des principales

Tableau 67-1 Épidémiologie comparative dans le monde [43, 44] et en France [1, 13, 28, 29, 30]. Taux de prévalence pour 1 000 personnes.

Pathologie	Dans le monde	En France	
		Population générale	Migrants, étrangers et exilés selon la région d'origine
Maladies cardiovasculaires (sauf diabète)	107 (OMS 2005)	167 (OMS 2005)	19 toutes régions d'origine (ANAEM 2005) 68 Afrique centrale, 31 Afrique de l'Ouest, 25 Asie du Sud (Comede 2005)
Hépatite B chronique	58 (OMS 2005)	7 (InVS 2006)	52 Afrique subsaharienne, 27 Asie du Sud, 24 Moyen-Orient (InVS 2006) 90 Afrique de l'Ouest, 40 Asie de l'Est, 37 Afrique centrale (Comede 2005)
Diabète	35 (OMS 2005)	33 (OMS 2005)	12 toutes régions d'origine (ANAEM 2005) 46 Asie du Sud, 42 Afrique du Nord (Comede 2005)
Hépatite C chronique	31 (OMS 2005)	8 (InVS 2006)	102 Moyen-Orient, 72 Amérique du Nord, 31 Afrique subsaharienne (InVS 2006) 21 Afrique centrale, 14 Europe de l'Est (Comede 2005)
Infection par le VIH/SIDA	7 (Onusida 2006)	2 (Onusida 2006)	37 Afrique centrale, 19 Afrique de l'Ouest, 16 Caraïbes (Comede 2005)
Tuberculose	2,4 (OMS 2005)	0,1 (InVS 2005)	2 Afrique subsaharienne, 0,3 Afrique du Nord (InVS 2005) 13 Afrique centrale, 12 Caraïbes, 9 Afrique de l'Ouest (Comede 2005)

associations ou institutions permet également d'établir un certain nombre d'hypothèses sérieuses sur la santé des migrants.

Selon le rapport de l'ANAEM [1] réalisé à partir des résultats de 8 086 visites médicales obligatoires en mai et novembre 2005, l'obésité, les maladies cardiovasculaires et le diabète sont les principaux pourvoyeurs de maladies chroniques des étrangers bénéficiaires d'une carte de résident. Les résultats des bilans de santé proposés par le Comede à 20 000 patients exilés suivis entre 2000 et 2006 (Tableau 67-1) mettent en évidence trois principaux groupes pathologiques : les psycho-traumatismes, les maladies infectieuses (dont le diagnostic est effectué en France dans 94 p. 100 des cas) et les maladies chroniques [13]. La fréquence importante de psycho-traumatismes parmi l'ensemble des migrants est également retrouvée par l'INPES dans une étude réalisée par téléphone auprès d'un échantillon aléatoire de 2 000 personnes en population générale, parmi lesquelles 174 personnes étaient nées à l'étranger (enquête ANADEP/INPES 2006, en cours de publication). S'il n'apparaît pas de différence entre les migrants et les autochtones en matière de dépression et de recours aux soins de santé mentale, les migrants présentent des antécédents significativement plus fréquents de crise d'angoisse et d'état de stress post-traumatique.

C'est également parmi les groupes démographiques les plus vulnérables que la précarité et les difficultés générées par la migration ont les plus graves conséquences sur la santé : les enfants (47 p. 100 des enfants primo-dépistés entre 1995 et 2002 pour le saturnisme sont originaires d'Afrique subsaharienne, 23 p. 100 d'Afrique du Nord ou de Méditerranée orientale [26] ; deux tiers des enfants défenestrés sont d'origine étrangère, dont 55 p. 100 d'origine africaine [27]), les femmes (prévalence plus élevée de grossesses non désirées et de complications obstétricales chez les étrangères [2]) les mineurs étrangers isolés [15] ou encore les personnes âgées vivant en foyer (capital santé fortement dégradé, vieillissement précoce [3]).

Accès aux soins et protection maladie

Au cours des vingt dernières années, l'exclusion des soins est apparue comme l'un des grands problèmes de santé en France. Les pouvoirs publics y ont répondu par une succession de réformes conduisant à favoriser l'accès aux soins des Français et des étrangers en séjour stable, au prix toutefois de l'exclusion progressive

des étrangers en séjour précaire [36, 37]. Ainsi en 1992, la réforme de l'aide médicale devait-elle permettre à toute personne démunie et résidant en France d'accéder à l'intégralité des services de soins mais, en 1993, la loi Pasqua conditionne pour la première fois la Sécurité sociale à la régularité du séjour. Face aux restrictions d'application du droit à l'aide médicale, la loi Aubry de 1998 crée les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) pour faciliter l'accès aux soins de tous au sein de l'hôpital public, mais celle de 1999 entérine l'exclusion des sans-papiers d'une couverture maladie pourtant « universelle » (CMU), par un dispositif résiduel d'exception, l'aide médicale d'État (AME).

Les nouvelles restrictions à l'AME votées par le Parlement en 2002 et 2003 ont conduit à exclure de toute protection maladie une partie de la population résidant en France pendant certaines périodes (instauration d'un délai de trois mois de séjour et suppression de la procédure d'admission immédiate prévue jusqu'alors en cas de nécessité médicale) et, simultanément, à compliquer l'accès à la CMU pour d'autres étrangers en séjour régulier mais précaire en raison de la difficulté pour la Sécurité sociale de déterminer le statut des étrangers face à la diversité des documents de séjour délivrés par les préfetures. L'instauration du ticket modérateur pour les bénéficiaires de l'AME (paiement d'une partie des soins par le malade), prévue par la loi de 2002, reste suspendue en juin 2007 à l'édiction du décret d'application par le gouvernement. Progressivement exclus des dispositifs de « droit commun » qui requièrent le paiement ou dispense d'avance des frais pour les bénéficiaires de la CMUc ou de l'AME, les étrangers en séjour précaire constituent désormais la file active prépondérante des dispositifs de soins « à bas seuil », gérés par les associations humanitaires et les PASS des hôpitaux publics.

Or, pour des patients très démunis financièrement, seule l'obtention d'une protection maladie intégrale (base et complémentaire) permet de garantir la continuité des soins, au-delà des premiers soins délivrés dans les dispositifs de soins « gratuits » [11, 17]. Bien qu'ils aient théoriquement droit à une telle protection au terme des périodes d'exclusion pouvant atteindre trois mois, les étrangers en séjour précaire restent confrontés par la suite à la complexité de la réglementation et à sa méconnaissance par les acteurs du système de santé, y compris la Sécurité sociale, ce qui se traduit par des refus illégaux, des délais non réglementaires ou encore l'admission erronée à l'AME d'un demandeur assurable [13]. Et si leur intervention permet de résoudre les principales difficultés d'accès

à la protection maladie, les associations et professionnels spécialisés sont impuissants face à d'autres problèmes d'accès aux soins, comme l'inexistence d'un service public d'interprétariat ou encore les refus de soins de la part de certains professionnels de santé à l'encontre des bénéficiaires de l'AME ou de la CMU [23].

Principes de prise en charge médico-psycho-sociale

La prise en charge proposée doit tenir compte des multiples facteurs de vulnérabilité des migrants. Les professionnels de la santé et du social ont à faire face à une demande souvent associée de soins médicaux, de soutien social et psychologique et de conseil médico-juridique [6, 13, 49]. La capacité d'accueil, d'écoute, de reconnaissance, l'exercice pluridisciplinaire et la prise en compte du contexte administratif déterminent alors l'efficacité de la prise en charge [15]. La présence d'un interprète professionnel est parfois indispensable, à la place d'accompagnateurs qui peuvent manquer de la neutralité nécessaire dans les domaines les plus sensibles (prévention du VIH, psychothérapie...). Ces conditions peuvent être réunies dans les dispositifs de droit commun, en liaison avec les associations d'aide et les centres ressources dans le domaine de la santé des migrants (Tableau 67-II).

Parfois mis en avant pour justifier la nécessité d'une prise en charge spécifique axée sur la seule différence ethnique, les « malentendus culturels » résultent le plus souvent de situations où l'étranger a été « mal écouté », faute de temps, d'interprète et parfois de motivation [13]. Pour les étrangers en séjour précaire et quelle que soit leur origine, la culture commune est celle de la survie au

quotidien, les démarches administratives et sociales primant logiquement le recours aux soins curatifs et plus encore préventifs [31]. La méconnaissance de la culture d'origine n'est pas en soi un obstacle pour la rencontre thérapeutique [45], mais peut justifier le recours aux relais communautaires et aux médiateurs de santé publique, notamment dans certains programmes de prévention du VIH. Pour ces personnes souvent isolées et itinérantes, la consultation médicale reste une opportunité précieuse d'échange autour des questions de prévention et de proposition de bilan de santé destiné au dépistage des affections graves les plus fréquentes [15].

La grande fréquence des demandes de soutien juridique, plus ou moins explicites, nécessite de connaître le contexte réglementaire dans lequel elles s'exercent, au besoin à l'aide d'une association ou d'un avocat spécialisé. Sans entretenir l'illusion d'un quelconque bénéfice de la maladie et de la souffrance, il faut pouvoir informer les personnes vulnérables de leurs droits et des procédures d'application : protection maladie pour tous, protection sociale pour quelques-uns, droit à une carte de séjour pour les étrangers en séjour irrégulier atteints d'une maladie grave qui ne pourrait être soignée dans le pays d'origine. Il s'agit également d'éviter les dérives, préjudiciables pour la santé et le droit des étrangers, de la certification médicale destinée au droit au séjour pour raison médicale [12, 50] et/ou à la demande de statut de réfugié [20, 48]. Il faut enfin connaître les moyens d'obtenir ces droits, face aux pratiques restrictives observées en matière de protection maladie comme de droit au séjour [15].

Enjeux des politiques de prévention

En amont de la prise en charge, la prise en compte de la spécificité des migrants dans les politiques publiques est au cœur des débats sur la prévention [16]. Comme pour l'accès aux soins et la protection maladie, les programmes de lutte contre le VIH ont joué un rôle majeur dans l'identification de populations particulièrement vulnérables, au premier rang desquelles figurent les migrants notamment originaires d'Afrique subsaharienne. La caractérisation d'attitudes, croyances et comportements fréquents dans ces populations a conduit les acteurs de terrain, puis les pouvoirs publics à adapter leur approche.

Confortés par l'alerte épidémiologique lancée par l'InVS à la fin des années 1990, l'État a mis en place un programme spécifique de lutte contre le VIH en direction des migrants, en renforçant significativement sa politique de prévention. Outre le financement d'études et de recherches, la mise à disposition gratuite de matériel de prévention et le soutien aux acteurs de terrain, un dispositif de communication en direction des Africains a émergé en 2002 avec, notamment, pour la première fois, la diffusion d'une campagne télévisée sur les antennes nationales.

Progressivement, la lutte contre le VIH a ainsi ouvert la voie à une approche spécifique en matière de santé pour les populations migrantes. La prise en compte par l'InVS du critère de nationalité dans ses études, la mise en place d'un programme national spécifique aux migrants par le ministère chargé de la Santé et la mise en œuvre d'une politique de prévention ciblée et visible ont battu en brèche les tabous liés à la prise en compte de l'étranger dans les politiques publiques et ainsi désamorcé la crainte d'une stigmatisation inévitable. Si un tel risque existe, l'expérience a désormais montré qu'il pouvait être évalué et minimisé.

Tableau 67-II Principales ressources dans le domaine de la santé des migrants.

Revue et documents

Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire, Comede, DGS, INPES (diffusion gratuite sur commande auprès de l'INPES)

Hommes et migrations, Cité nationale de l'histoire de l'immigration (www.hommes-et-migrations.fr)

L'autre, cliniques, cultures et société (www.revues-plurielles.org)

Livret de santé bilingue en 23 langues, Comede, DGS, INPES (diffusion gratuite sur commande auprès de l'INPES)

Migrations société, la revue du Centre d'information et d'études sur les migrations internationales (www.ciemi.org)

Remisis, Réseau d'information sur les migrations internationales et les relations interethniques (<http://remisis.org>)

Revue européenne des migrations internationales (<http://remi.revues.org>)

Terra, Travaux, études et recherche sur les réfugiés et l'asile (<http://terra.rezo.net/>)

Sites internet

Association Minkowska, Portail santé mentale et cultures (www.minkowska.com)

Le Comede, Comité médical pour les exilés (www.comede.org)

Médecins du monde (www.medecinsdumonde.org)

Migrations santé, comité médico-social pour la santé des migrants (www.migrations-sante.org)

INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (www.inpes.sante.fr et www.lasantepourtous.com)

ISM interprétariat, Interservice-migrants (<http://www.ism-interpretariat.com/>)

OMS, Organisation mondiale de la santé (www.who.int)

Picum, Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (www.picum.org)

Encadré 2 Discriminations à l'encontre des migrants en matière de santé publique.

La discrimination, c'est-à-dire la restriction des droits d'une personne par rapport à une autre, est caractérisée, selon la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE), dès lors qu'elle se fonde sur des critères interdits par la loi, à savoir « l'âge, le sexe, l'origine, la situation de famille, l'orientation sexuelle, les mœurs, les caractéristiques génétiques, l'appartenance vraie ou supposée à une ethnie, à une nation ou à une race, l'apparence physique, le handicap, l'état de santé, le patronyme, les opinions politiques, les convictions religieuses et les activités syndicales ». Lorsqu'elle est fondée sur l'origine, la discrimination s'appuie sur la perception par un individu appartenant à un groupe dominant d'une différence, réelle ou supposée, chez un autre individu, qui le désigne et le traite au nom de cette différence. Cette discrimination peut prendre la forme d'une différenciation, mais aussi d'une délégitimation [9, 19].

Ce traitement différentiel est le plus souvent entendu au sens défavorable et illégitime en ce qu'il s'oppose au principe d'égalité, garanti par la Constitution et hérité d'une longue tradition républicaine. Cependant, le principe d'égalité reçoit exception dès lors que les différences de traitement trouvent leur justification au travers d'une différence de situation ou de l'intérêt général. En l'espèce, la vulnérabilité particulière de certains migrants (épidémiologique, juridique, socio-économique, culturo-linguistique) et l'intérêt de la santé publique (coûts générés par les retards de prise en charge, développement de maladies transmissibles, etc.) peuvent prévaloir au principe de non-discrimination. La discrimination, instaurée en

faveur des individus, est alors définie comme positive. La mise en place de mesures préférentielles à certains groupes, de politique de vaccination ciblée ou de campagnes de prévention spécifiques est ainsi justifiée, à condition toutefois que l'impact de la mesure ne soit pas disproportionné par rapport au but visé et que les retombées négatives potentielles, notamment le fichage ou la stigmatisation, demeurent maîtrisées [34].

L'exclusion du principe d'universalité d'une partie de la population peut néanmoins générer des effets pervers, y compris dans le cadre d'une politique volontariste d'atténuation des inégalités. Ainsi l'AME, qui institue un régime à part pour les personnes en situation irrégulière, peut-elle engendrer une stigmatisation potentielle des personnes concernées par ce statut d'exception, voire une auto-exclusion des soins du fait de la réticence des candidats potentiels à l'officialisation de leur statut d'irrégularité face au risque – réel ou supposé – du recours au système de santé [19]. La lutte contre les discriminations peut donc paradoxalement passer par la mise en place de mesures inégalitaires, afin de corriger l'inégalité illégitime dont sont victimes certaines catégories de population. Mais la difficulté que pose la question particulière de la discrimination des migrants en matière de santé publique tient à la contradiction qui existe entre la légitimité du droit à la santé pour tous, consacré par l'OMS, et l'illégitimité, en droit ou en fait, objective ou subjective, de certaines catégories de migrants : les étrangers en séjour précaire et, plus généralement, l'ensemble des personnes supposées d'origine étrangère.

Aujourd'hui, les pouvoirs publics en charge de la prévention, dont l'INPES, s'engagent sur la voie d'une approche ciblée et étendue à d'autres pathologies que celle du VIH/SIDA auxquelles les migrants sont particulièrement exposés. Face à l'inadaptation de certains dispositifs de communication « grand public », la prise en compte des multiples facteurs de vulnérabilité et des représentations culturelles a progressivement évincé l'approche uniforme à laquelle est parfois réduite l'application des principes universalistes.

Cependant, les réticences à cette approche « spécifique » persistent et les avancées restent fragiles, ses détracteurs alléguant tantôt le manque de travaux épidémiologiques représentatifs, tantôt la « nécessité » de dissoudre la question des migrations dans celle de la précarité sociale, ignorant ainsi les particularités épidémiologiques et juridiques des migrants dont la connaissance détermine l'efficacité des actions de santé. Faisant écho au débat sur l'immigration, la peur du communautarisme et l'argument de l'intégration républicaine alimentent parfois l'illusion de l'existence d'une égalité de fait, que la seule égalité de droit ne peut garantir (Encadré 2).

Conclusion

Pays d'immigration depuis plus de 150 ans, la France entretient pourtant avec cette question des relations complexes, au gré des fluctuations économiques et politiques nationales comme internationales. Les migrants forment une population très hétérogène sur le plan socio-démographique, et certaines populations présentent des facteurs de vulnérabilité pour la santé dont l'association fait la spécificité : prévalence plus importante de plusieurs

affections médico-psychologiques graves, précarité sociale plus profonde que dans le reste de la population, obstacles juridiques et difficultés de communication spécifiques. Les étrangers en séjour précaire connaissent en outre des difficultés d'accès aux soins aggravées par les dernières réformes législatives.

La prise en charge médico-psychologique des migrants les plus vulnérables est toujours possible dans les services de droit commun, à condition de disposer du temps, de l'information et des moyens adéquats, et parfois de l'aide d'associations spécialisées. Pour être efficaces, les approches de santé publique doivent tenir compte des spécificités épidémiologiques, sociales, juridiques, linguistiques et culturelles de ces populations afin de mettre en œuvre des actions favorables à la santé des migrants.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANAEM. La santé des primo-migrants en 2005. Paris, ANAEM.
2. ASSEMBLÉE NATIONALE. Contraception, IVG. Mieux respecter les droits des femmes. Les documents d'information, 2000.
3. ATTIAS-DONFUT C, TESSIER P. Santé et vieillissement des immigrants. *Retraite et société*, 2005, 46 (89).
4. AUGUST P, VEISSE A. Droit à la santé et situation d'exil. *Informations sociales*, CNAF, 1999, 78.
5. BAUBET T, MORO MR. Psychiatrie et migrations. Paris, Masson, 2003.
6. BELKIS D, BOURGEOIS F, DROGOU F et al. Demandeurs d'asile, un engagement clinique et citoyen. *Rhizome*, 2005, 21.
7. BLANC-CHALEARD MC. Histoire de l'immigration. Paris, La Découverte, 2001.
8. BOUCHAUD O, CHÉRABI K. Particularité de la prise en charge des migrants infectés par le VIH en France. *Rev Prat*, 2006, 56: 1005-1010.

9. CARDE E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Thèse de santé publique, université Paris XI, 2006.
10. CFES. Étude qualitative exploratoire sur les modes et les sources d'information des migrants issus des pays d'Afrique subsaharienne, du Maghreb, d'Asie du Sud/Sud-Est, d'Europe de l'Est concernant le VIH/SIDA. Sorgem, 2002.
11. CHAUVIN P, PARIZOT I, REVET S. Santé et recours aux soins des populations vulnérables. Paris, Inserm, Questions en santé publique, 2005.
12. COMEDE. La raison médicale et le droit au séjour. *Maux d'exil*, 2005, 12.
13. COMEDE. Rapport 2005 sur la santé des exilés. Le Comede, 2006.
14. COMEDE. Violence et torture, survivants et soignants. *Maux d'exil*, 2006, 14.
15. COMEDE. Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire. Saint-Denis, INPES, 2008.
16. COMITI VP, PATUREAU J. La santé des migrants en France, dispositifs et politiques sanitaires. *Santé, société et solidarité*, 2005, 129.
17. DELBECCHI G, FLEURY F, VEISSE A et al. Charité et continuité des soins, des logiques divergentes. *Presse Méd*, 1999, 28 : 1075-1079.
18. FASSIN D. Quand le corps fait loi, la raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers. *Sciences sociales et Santé*, 2001, 19.
19. FASSIN D, CARDE E, FERRÉ N, MUSSO-DIMITRIJEVIC S. Un traitement inégal, les discriminations dans l'accès aux soins. CRESP, 2001.
20. FASSIN D, RECHTMAN R, D'HALLUIN E et al. Traumatisme, victimologie et psychiatrie humanitaire. *Cahiers de recherche de la Mire*, 2003, 16.
21. GARSON JP. Où travaillent les clandestins ? Direction de l'éducation, de l'emploi, du travail et des affaires sociales, OCDE observateur, 1999.
22. HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Paris, ministère de la Santé, 1998.
23. IGAS. Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU. Rapport Chadelat, novembre 2006.
24. INSEE. Les immigrés en France. *Statistique publique*, 2005.
25. INSEE. Près de 5 millions d'immigrés à la mi-2004. *INSEE Première*, 2006, 1098.
26. INVS. Dépistage du saturnisme de l'enfant en France de 1995 à 2002. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2005.
27. INVS. Les accidents de la vie courante. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2006.
28. INVS. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2003. *Bull Épidémiol Hebd*, 2005, 17-18.
29. INVS. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2006.
30. INVS. Surveillance de l'infection à VIH-SIDA en France, 2003. *Bull Épidémiol Hebd*, 2006, 48.
31. LAMOUR P. Promotion de la santé des exilés : est-ce bien raisonnable ? *Maux d'exil*, 2006, 16.
32. LEGOUX L. La demande d'asile en France : le pic de 1989 et la théorie de la dissuasion. *Revue européenne des migrations internationales*, 2004, 9.
33. LERT F, MARTIN M, MELCHIR M et al. Comment caractériser l'ethnicité dans les travaux épidémiologiques en France : approche exploratoire à partir de l'étude INSEE-histoire de vie. *Épidémiologie sociale et inégalités de santé, colloque thématique de l'Adelf*, 2006.
34. LOCHAK D. Concilier protection des plus vulnérables et principe d'égalité. *Audition publique sur la vaccination des enfants par le BCG. Société française de santé publique*, 2006.
35. LOT F. Place des étrangers dans l'épidémie de VIH-SIDA en France. *Maux d'exil*, 2006, 17.
36. MAILLE D, TOULLIER A, VOLOVITCH P. L'aide médicale d'état : comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel. *Revue de droit sanitaire et social*, 2005, 4.
37. MAILLE D, VEISSE A. Accès au système de santé pour les étrangers : le droit progresse, l'exclusion aussi. *Écorev*, 2001, 6.
38. MIGRATIONS SANTÉ. La santé mentale des migrants et des réfugiés. Actes du colloque de l'association Minkowska, 2003/2004, 115/120.
39. MIGRATIONS SOCIÉTÉ. Sans-papiers : d'hier et d'aujourd'hui. *Migrations société*, 2006, 104.
40. NOIRIEL G. Le creuset français, histoire de l'immigration XIX-XX^e siècle. Paris, Le Seuil, 1987.
41. NOIRIEL G. Réfugiés et sans-papiers, la République face au droit d'asile, XIX^e-XX^e siècle. Paris, Hachette Pluriel, 1998.
42. OFPRA. Rapport de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides. Paris, OFPRA, 2005.
43. OMS. Rapport sur la santé dans le monde. Genève, OMS, 2005.
44. ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. 2006.
45. RECHTMAN R. L'ethnisation de la psychiatrie : de l'univers à l'international. *L'Information psychiatrique*, 2003, 79.
46. SAYAD A. La maladie, la souffrance et le corps. In : La double absence : des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré. Paris, Le Seuil, 1999, 443 pages.
47. SÉNAT. Rapport de la commission d'enquête sur l'immigration clandestine. Paris, Sénat, 2006.
48. VEISSE A. Les lésions dangereuses. *Plein droit*, 2003, 56.
49. VEISSE A. Malades en exil, exilés malades. *Transcriptives*, 2004, 114.
50. VEISSE A. Le médecin, la santé et le séjour des étrangers. *Plein droit*, 2006, 69.
51. WEIL P. La France et ses étrangers, l'aventure d'une politique de l'immigration de 1938 à nos jours. *Folio histoire*, 2004.