



LA SANTE ET LES MIGRANTS EN FRANCE

FAITS ET QUESTIONNEMENTS

Murielle Rondeau-Lutz, Valérie Wolff, Catherine Jung¹

LES FAITS

Des sociétés de plus en plus multiculturelles

Depuis 20 ans, les migrations internationales s'accroissent. Le PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement) estime que chaque année, 200 millions de personnes se déplacent d'un pays vers un autre. La majorité des migrations se fait d'un pays en voie de développement vers un autre, ou d'un pays développé vers un autre. « Moins de » 70 millions de personnes se sont déplacées d'un pays en voie de développement vers un pays développé, et d'une façon générale, les habitants des pays pauvres sont les moins mobiles.

Le rapport 2009 du PNUD souligne que les « bénéficiaires [*de la migration*] ne sont plus à démontrer dans des domaines comme la diversité sociale et la capacité d'innovation » alors qu'on ne dispose pas de preuves alimentant la crainte que la migration ait un impact négatif sur l'économie, le marché du travail et le budget. Les bénéficiaires de la migration sont d'autant plus importants pour le pays d'accueil que les conditions de vie des migrants sur place ne sont pas trop précaires, que les migrants amenés à vivre dans la clandestinité, et que leurs droits fondamentaux (logements, alimentation, santé, éducation) sont respectés.

Les services de soin comme lieu de convergence de la population

Cette tendance internationale d'intensification des migrations se reflète dans notre société : en France, si le nombre d'étrangers augmente assez peu ces dernières années et reste stable en proportion (de l'ordre de 8 %), leurs origines cependant sont plus variées : il y a actuellement moins de personnes qui viennent du Sud de l'Europe, mais plus d'Afrique et de Chine. En Alsace, on retrouve également beaucoup de personnes originaires de Turquie, d'Europe de l'Est et de l'ex-URSS.

Par ailleurs, les services de soin, et en particulier les médecins généralistes et l'hôpital public, sont un lieu de convergence de la population en général, lors d'un problème de santé aigu ou chronique, ainsi que pour le suivi d'un enfant ou d'une grossesse. En conséquence de cette évolution de nos sociétés, ces services, qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires en

¹ **Murielle Rondeau-Lutz**, Praticien hospitalier, Nouvel Hôpital Civil, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Présidente de Migrations Santé Alsace ; **Valérie Wolff**, Sociologue, Maître de conférences associé en Sociologie, Université de Strasbourg ; **Catherine Jung**, Médecin Généraliste, Maître de Conférences associée en Médecine Générale, Faculté de Médecine, Université de Strasbourg.

ville, ne peuvent plus ignorer cette diversité. Cependant, les soignants semblent assez peu outillés pour accompagner de façon satisfaisante les patients d'autres cultures.

Quelques éléments sur les migrants et la santé

Rappelons qu'un migrant est une personne ayant vécu l'exil. La grande majorité des migrants séjournent de façon régulière en France ou ont la nationalité française. En théorie, ils bénéficient des mêmes soins de santé que l'ensemble de la population française. Cependant, leur état de santé est beaucoup moins favorable que le reste de la population² : à titre d'exemple, la mortalité périnatale est plus élevée, les accidents de travail et domestiques également. Les sociologues attribuent ces différences à l'accumulation de facteurs de risque pour la santé (plus de travailleurs manuels avec des conditions de travail plus difficiles et plus usantes, moins de longues études...), ainsi qu'à des formes spécifiques de discrimination. Les messages de prévention, qui atteignent préférentiellement leurs buts dans les catégories socio-professionnelles favorisées, ne parviennent en général pas à cette partie de la population, pour des raisons linguistiques ou socio-culturelles.

LES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS DES MIGRANTS

Lorsque les migrants doivent accéder à des soins dans un pays qu'ils ne connaissent pas ou mal, ils doivent affronter bien des obstacles (ils ne sont bien sûr pas les seuls à avoir des difficultés pour l'accès aux soins, mais ce cours est centré sur cette population), dont voici quelques exemples.

Le fonctionnement du système de soin

D'abord, il faut comprendre comment ce système de soins fonctionne : qui le malade doit-il consulter en première intention et dans quelles circonstances : l'hôpital ? Un médecin de ville ? Une clinique ? A l'hôpital, comment s'orienter et trouver le service adéquat, surtout lorsque l'on ne sait pas lire pas la langue ? Ils vont parfois reproduire le mode d'accès aux soins dans leur pays, ce qui peut expliquer le recours inapproprié à l'hôpital ou aux urgences hospitalières.

Les frais de prise en charge

Ensuite vient la question des frais de prise en charge : les soins seront-ils payants ? Dans quelle proportion ? Cela est-il compatible avec les revenus du patient ?

Il faut savoir qu'en 2000, l'OMS a reconnu le système de santé français comme l'un des meilleurs au monde. En effet, comme le souligne le rapport 2007-2008 de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, « le législateur a reconnu un droit universel à la protection de la santé » en ajoutant à l'assurance sociale classique (régime général, ou régime local en Alsace) 3 systèmes supplémentaires qui concernent, à l'exception de l'AME, l'ensemble de la population française :

² DOURGNON, P., JUSOT, F., SERMET, C., SILVA, J., « La santé perçue des immigrés en France », in *Questions d'économie de la santé*, n° 133 juillet 2008 ; JUSOT, F., et al. « Inégalités de santé liées à l'immigration en France », in *Revue économique* 2/2009 (Vol. 60), pp. 385-411.

- la couverture maladie universelle de base (CMU), qui est une assurance maladie destinée aux personnes ne pouvant bénéficier du régime général et aux étrangers en situation régulière en France depuis plus de 3 mois. Elle permet une affiliation directe au régime de base de l'assurance maladie, qui prend en charge environ les 3/4 des dépenses de santé des patients). Elle est gratuite en dessous d'un plafond de ressource de 9029 euros par an en 2011 pour une personne seule. Au delà, la cotisation à payer est de 8 % du montant fiscal au delà de ces 9029 euros.
- la CMU complémentaire (CMU-C) prend en charge le « ticket modérateur » (ce qui reste habituellement à la charge du patient ou de sa mutuelle après l'indemnisation du régime général). La CMU complémentaire est une « mutuelle gratuite », destinée aux personnes en situation régulière en France depuis 3 mois et dont les revenus sont inférieurs à un plafond de ressource (647 €/mois pour une personne seule).
Bien que la CMU et la CMU-C ne soient pas un système d'assurance maladie réservé aux migrants, beaucoup d'entre eux en sont bénéficiaires. Ayant des parcours sociaux et une insertion professionnelle souvent plus émaillés de difficultés que le reste de la population vivant sur le territoire, ils n'ont souvent pas les moyens de réunir le nombre de cotisations nécessaires pour une affiliation directe au régime général de l'assurance maladie
- l'aide médicale d'état (AME), qui est une couverture de santé qui permet la prise en charge des dépenses de soins, de consultations médicales à l'hôpital ou en médecine de ville, de prescriptions médicales et de forfait hospitalier, par application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie. Elle est limitée aux personnes résidant en France depuis 3 mois de façon ininterrompue, sans titre de séjour et pouvant justifier ne pas dépasser un plafond de ressource (le même que celui de la CMUC). Le bénéficiaire de l'AME est dispensé de faire l'avance des frais.
- enfin il existe une procédure pour la prise en charge de certains soins urgents en secteur hospitalier pour les personnes en situations irrégulières exclues de l'AME et de la CMU.

Grâce à ces différents systèmes, en théorie, toute personne résidant en France, même en situation irrégulière, en dehors des étrangers en séjour touristique, a droit à une couverture de ses frais médicaux. La réalité n'est pas si simple :

- certaines personnes ont des droits théoriques, mais n'y accèdent pas. Par exemple, pour obtenir les droits, les démarches nécessitent de multiples justificatifs, parfois impossibles à fournir pour une personne en situation irrégulière, avec ou sans assistante sociale combative. De plus, il existe des délais entre la demande et la date d'effectivité de la prise en charge qui retardent les soins certes non urgents, mais de façon parfois préjudiciable à la santé du patient.
- d'autres personnes sont en possession de leurs droits (ont la CMU et la CMUC par exemple) mais se voient refuser l'accès aux soins. Une enquête réalisée en 2006 par le Fonds CMU a permis de montrer que 14 % des médecins et dentistes de ville s'arrangent pour ne pas prendre en charge un patient ayant une couverture CMU CMU-C (qu'il soit d'ailleurs français ou non). On sait aussi que 22% des ménages de la population française renoncent à des soins pour des raisons financières.

Il est à noter que de nombreux ménages n'ont pas de couverture complémentaire, c'est-à-dire pas de mutuelle, parce qu'ils n'ont pas les moyens de cotiser. Parmi ces personnes, un peu au-dessus du seuil d'accès à la CMU, beaucoup renoncent aux soins pour des

raisons financières, en particulier des personnes âgées, ou des personnes handicapés bénéficiant de l'AAH (allocations aux adultes handicapés).

Pour les personnes dont les revenus ne dépassent pas plus de 35% (dernier changement 1.1.12) le plafond de la CMU Complémentaire, il existe un dispositif d'aide financière appelé « chèque santé », mais celui-ci ne permet de recouvrer que partiellement les cotisations nécessaires à l'affiliation à une mutuelle.

Les obstacles linguistiques

Il n'est pas rare qu'un migrant ne maîtrise pas la langue du pays d'accueil, ou pas assez pour être à l'aise dans une consultation médicale. Dans ces cas-là, la consultation peut se dérouler selon différentes éventualités :

- la première est que le soignant cherche à mener la consultation malgré tout. Or l'expression des plaintes, des inquiétudes, le diagnostic, les explications concernant le traitement reposent essentiellement sur le dialogue entre soignant et soigné. Lorsque ces échanges ne sont pas possibles du fait d'un éloignement linguistique trop grand des deux interlocuteurs, on comprend aisément le risque d'erreurs diagnostiques ou thérapeutiques et le manque de confiance que le patient peut avoir sur l'aboutissement de la consultation.
- la deuxième éventualité est que le soignant fasse appel à un membre de l'entourage du patient (famille, ami, connaissance) immédiatement disponible. Parmi les conséquences de ce choix, retenons l'évident problème de confidentialité. Le degré de maîtrise des deux langues par la personne « improvisée interprète » n'est pas connu et les études ont montré que le risque d'erreurs diagnostiques et thérapeutiques est quasiment aussi important que sans interprète. Enfin, les diagnostics graves, les problèmes intimes, d'ordre digestif, génital ou psychologique, peuvent poser problème au patient ou à son interprète improvisé et risquent de ne pas être traduits ou abordés.
- la troisième éventualité est de se servir d'un autre soignant bilingue. Dans ce cas, le secret médical est respecté, le soignant bilingue y étant tout aussi obligé. Cependant le métier d'interprète ne s'improvise pas et les études ont montré que les erreurs de traduction restent importantes, avec parfois des risques pour la santé du patient. De plus actuellement, le temps des soignants est compté et il est possible que la personne faisant office d'interprète ne pourra pas se libérer aussi longtemps que nécessaire.
- la meilleure éventualité reste le recours d'un interprète professionnel, formé, neutre et soumis au secret médical, qui permet de contourner la plupart des inconvénients suscités, à la réserve près qu'il nécessite un délai d'organisation de rendez vous. Le coût occasionné par l'utilisation d'un interprète professionnel est vraisemblablement sans commune mesure avec les avantages et économies engendrées.

Les représentations des maladies

Une des caractéristiques de l'être humain est de chercher à donner un sens à ce qu'il vit. La maladie est un épisode de la vie qui n'échappe pas à cette règle³. Cette interprétation est individuelle avant tout, mais bien évidemment imprégnée aussi de la culture du sujet⁴. Ceci

³HERZLICH, C., *Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale*. Ecole Pratique des Hautes Etudes, Paris, 1969.

⁴LEBRETON, D., *Anthropologie de la douleur*, Métailié, Collection : "Traversées", Paris, 1995 (3e édition 1999)

peut être un motif d'incompréhension entre deux interlocuteurs. Il ne faut donc pas hésiter à chercher à comprendre comment un patient vit sa maladie, pour mieux comprendre ses choix concernant sa santé, de façon à pouvoir adapter au mieux sa prise en charge. A l'inverse, la représentation que les soignants ont du migrant est de ses représentations est aussi à l'origine de malentendus. Par exemple, le fatalisme des patients musulmans est souvent mis en avant pour expliquer l'inobservance des certaines prescriptions. Leur fatalisme se rapproche d'avantage d'une acceptation, il ne gêne en rien les soins puisqu'il est recommandé de faire tout ce qui est nécessaire pour se soigner.

QUESTIONNEMENTS PLUS GENERAUX

Pourquoi si peu d'outils pour prendre en charge la santé des migrants en France ?

En Europe, les adaptations des services de soins en direction des étrangers varient beaucoup selon les pays. Il ne s'agit pas ici de juger de l'opportunité de choix politiques, mais de comprendre l'état d'esprit dans lequel sont formés les soignants et dans lequel ils accueillent les étrangers. Prenons comme premier exemple la Suède, qui a cherché à donner l'image d'une société multiculturelle, en faisant cohabiter ensemble des groupes d'individus de plus en plus différents sur le plan social et culturel, ainsi qu'en favorisant la préservation de la langue et de la culture des migrants, grâce à la mise à disposition dans les services publics des outils nécessaires. On reconnaît là une vision relativiste de l'homme.

A l'opposé, l'orientation de la nation française s'explique d'une part par l'article 1^{er} de notre constitution qui déclare égaux devant la loi, sans distinction d'origine, de race ou de religion, tous les citoyens. Il s'agit donc d'une conception universaliste de l'homme : chaque être vaut pour lui-même, indépendamment de la communauté à laquelle il appartient⁵. Mais d'autre part, pour les Français, « la nation serait le fruit d'un accord commun, d'un pacte fictif né d'une volonté de vivre ensemble ». Le modèle français d'intégration vise l'assimilation, fondée sur une adhésion individuelle à la nation. Dans ces conditions, peu de choses sont mises en place pour accueillir l'étranger, notamment au XX^{ème} siècle, où il est attendu en France essentiellement pour combler un besoin de main d'œuvre à bas prix, souvent en provenance des anciennes colonies.

Cela explique peut être qu'il n'y ait donc pas ou très peu d'outils encore mis à disposition des soignants en France pour la prise en charge de la diversité culturelle. Ces soignants, non formés, non sensibilisés, ont peu conscience des obstacles qu'ont à franchir les étrangers pour accéder à la santé et aux soins.

De nombreux discours politiques contemporains, affichent l'accès aux soins des migrants comme une variable d'ajustement de la politique d'immigration. Il s'agit d'agiter l'épouvantail de « l'appel d'air » : le développement de la prise en charge sanitaire et l'attribution de droits d'aide médicale aux migrants favoriseraient les arrivées massives d'étrangers sur le territoire français. Pourtant, la récente enquête de l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecin du monde⁶ démontre que les motifs de migration sont majoritairement économiques (56%) ou politiques (26%). Seules 6% des migrants invoquent des motifs en lien avec la santé. La tendance des gouvernements à restreindre

⁵ LECRUBIER, S., *La conception française de l'intégration*, septembre 1999, <http://base.d-p-h.info/fr/fiches/premierdph/fiche-premierdph-5316.html>, consulté le 16 novembre 2010)

⁶ CHAUVIN, P. PARIZIT, I. SIMONNOT, N *Deuxième enquête européenne de l'accès aux soins*, Médecin du Monde, Paris, 2009.

l'accès aux soins des étrangers dans le but de réduire l'immigration semble donc vaine et illusoire.

La prise en charge des migrants avec des outils adaptés dans les services de soins en France : un acte humanitaire (louable mais non obligatoire) ou professionnel ?

De nombreux soignants souhaitent cependant prendre en charge correctement les patients migrants malgré les difficultés, notamment linguistiques, qui entravent ce projet. Leurs efforts leur permettent d'improviser des solutions qu'ils mettront en œuvre à titre individuel, ou à l'échelle d'un service mais rarement au-delà. Cette mobilisation, cette énergie dépensée dans ce but, pour compenser des outils manquants, donne à ces soignants l'impression de fournir un travail supplémentaire. Cette impression fait que la prise en charge des migrants peut alors leur paraître au pire comme une exception qui ne fait pas partie de leur travail, au mieux comme une démarche humanitaire, alors qu'il ne devrait s'agir que de professionnalisme, d'obligation déontologique et légale.

En effet, le code de déontologie médicale précise bien que «le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. » .

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires du 21 janvier 2009 mentionne que « L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'[article L. 6112-1](#), garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions l'égal accès à des soins de qualité... »

EN CONCLUSION...

La mondialisation, les conséquences de l'accélération des migrations font évoluer la structure de notre société française. Les obligations morales, déontologiques et légales n'ont pas changé pour les soignants qui doivent prendre en charge les patients étrangers de la même façon que les autres, bien que les adaptations du système de santé, et les outils fournis aux soignants soient en retard sur ces évolutions. Ce retard donne parfois l'impression d'une prise en charge plus complexe des patients étrangers, alors qu'à bien y regarder, chaque patient, quels que soient son origine, son âge, son état psychologique, son problème de santé, exige et mobilise chez les soignants une souplesse d'adaptation dont ils n'ont pas toujours conscience.